

Sammanfattning av genomförd internkontroll 2014 för KS ansvar och nämnder

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Bygg- och tekniknämnden | 2 |
| Miljönämnden | 4 |
| Socialnämnden | 5 |
| Utbildning, arbetsmarknad och integrations-nämnden | 7 |
| Vård och omsorgsnämnden | 10 |
| Barn- och ungdomsnämnden | 12 |
| Kultur- och fritidsnämnden | 15 |
| Överförmyndarnämnden | 16 |
| Division Barn, utbildning och kultur | 17 |
| Division Social omsorg | 24 |
| Tekniska divisionen | 30 |
| Samhällsbyggnad | 32 |
| Räddning & Säkerhet | 37 |
| Kommunledningskansliet | 39 |
| Beställarkontoret | 43 |
| HR-avdelningen | 45 |
| IT-enheten | 46 |
| Internkontroller som inte genomförts under året | 54 |
| Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner | 55 |
| Kommunikationsavdelningen | 58 |
| Ekonomiavdelningen | 59 |

Bygg- och tekniknämnden

Genomförd internkontroll

Verksamhet

Uppföljning av gällande internöverenskommelser och övriga avtal
Internkontroll av internöverenskommelser och ev. andra avtal har skett under året genom tre uppföljningsmöten med Samhällsbyggnad respektive Tekniska divisionen. Vid uppföljningsmötena har ordförande, nämndansvariga tjänstemän, divisionschefer och verksamhetschefer/enhetschefer deltagit.

- Uppföljningsmöten den 10 april. Protokoll från uppföljningsmötena redovisades för nämnden 2015-04-28 § 82 som beslutade att godkänna uppföljningen.
- Uppföljningsmöten den 23 och 30 september. Protokoll från uppföljningsmötena har redovisats för nämnden 2015-10-20 § 164 som beslutade att godkänna uppföljning.
- Uppföljningsmöten den 7 och 8 december avseende hela 2015. Protokoll från uppföljningsmötena redovisas för nämnden 2016-01-26.

I uppföljningen framkom bland annat att ärendevolymen inom Bygg har ökat kraftigt jämfört med 2014. Det är framför allt ansökningar om bygglov (17 %) och anmälan om Attefallsåtgärd (190 %) som står för ökningen. Produktionen har under året presenterat förslag på förändrat arbetssätt i syfte att effektivisera bygglovprocessen och öka kvaliteten. För att möta ökningen av ärenden har aktiviteter tagits in i internöverenskommelsen för 2016.

Kontroll av om verksamheterna uppfyller de villkor som anges i miljötillstånden
I samband med de återkommande uppföljningsmötena av internöverenskommelserna har produktionen löpande informerat om saker av vikt som rör anläggningar och verksamhet inom VA och renhållning, exempelvis resultat av tillsynsmyndigheternas inspektioner.

En granskning av miljörapporterna för år 2014 har utförts av nämndansvarig tjänsteman. Granskningen visar att det förekommer en del brister. Utöver den granskning som nämndansvarig tjänsteman utfört av miljörapporterna redovisas miljörapporterna även för nämndens ordförande i mars varje år. Det med anledning av att det är ordförande som undertecknar rapporterna innan de skickas till respektive tillsynsmyndighet.

Åtgärder som vidtagits under 2015 med anledning av internkontrollen är utökad ersättning för underhåll till VA-anläggningar. Åtgärder som vidtas inför 2016 är att Tekniska divisionen, VA, i internöverenskommelsen för året har fått ett specifikt uppdrag att ta fram underhållsplaner för VA-anläggningarna. Ytterligare åtgärder är att kontrollområdet tas med i internkontrollplanen även för 2016 och att det läggs till ett kontrollområde som rör underhåll på VA-anläggningar.

Administration

Internkontrollen av kontrollområde med kontroll av att beslut är fattade med stöd av gällande styrdokument och aktuell lagstiftning

Kontrollen genomfördes vid ett tillfälle, genom kontroll av fyra olika delegationsbeslut. Följande brister framkom i kontrollen

- I beslut hänvisas till ett beslut om vidaredelegation från 2005-01-25. Detta beslut om vidaredelegation är inte aktuellt. Gällande vidaredelegation beslutades 2013-12-17.
- Beslut har endast signerats med initialer. Detta gör det svårt att klargöra vem beslutsfattaren är.

Produktionen har vidtalats om att förändra beslutsmallen så att hänvisningen till vidaredelegationen tas bort eller ändras så att hänvisningen sker till gällande beslut. Produktionen har även vidtalats om att förändra rutinerna för beslutsfattande så att samtliga delegationsbeslut undertecknas av behörig delegat. Uppföljning av internkontrollen kommer att ske i samband med uppföljning av internöverenskommelsen 2016.

Internkontroll som inte har genomförts under året

Internkontrollen av kontrollområde administration har endast genomförts en gång under året. Detta kontrollmoment skulle, enligt fastställd plan, genomföras vid två tillfällen under 2015.

Kontrollområdet finns även med i internkontrollplanen för 2016. Kontrollen kommer då att genomföras inom andra verksamhetsområden.

Miljönämnden

Genomförd internkontroll

Internkontroll av kontrollområde Verksamhet - uppföljning av gällande planer och överenskommelser har skett genom tre uppföljningsmöten med Samhällsbyggnad. Vid uppföljningsmötena har nämndens presidide, nämndansvarig tjänsteman, samhällsbyggnadschef samt enhetschefer deltagit.

- Uppföljningsmöten den 4 respektive 21 maj. Protokoll från uppföljningarna redovisades för nämnden 2015-06-08, § 29 som beslutade att godkänna uppföljningsdokumentet.
- Uppföljningsmöte den 21 september. Protokoll från uppföljningen redovisades för nämnden 2015-11-02, § 49 som beslutade att godkänna uppföljningen.
- Uppföljningsmöte den 15 december. Protokoll från uppföljningsmötet redovisas för nämnden 2016-02-01.

I samband med uppföljningarna har det bland annat framkommit att:

- Nya analyser visa att antalet enskilda avlopp är högre än tidigare beräkningar. För att därför kunna klara nämndens prioriterade mål inom målområdet Grön omställning har en ambitionsökning gjorts inför de kommande åren, vilket innebär att inventeringstakten ökas med nästan det dubbla.
- På grund av vakanser hos produktionen kommer årets beslutade kontrollplan inom livsmedelsområdet inte att kunna genomföras i sin helhet. Det innebär att en så kallad kontrollskuld uppstår från nämnd till berörda verksamhetsutövare. För att denna ska kunna åtgärdas redan i början av nästa år har nämnden valt att skjuta till extra medel till produktionen 2016.

Internöverenskommelserna kommer att följas upp vid tre tillfällen även under 2016. I nämndens internkontroll för 2016 har ett kontrollmoment angående genomförande av kontroll- och tillsynsplaner lagts till.

Internkontroll av kontrollområde Beslutshantering – kontroll av handlingar i beslutsärenden har skett vid ett tillfälle under året genom kontroll av tre slumpvist utvalda ärenden som nämnden behandlat under 2015. Genom att gå igenom det underlag som handläggarna har haft inför sin framskrivning till nämnden och jämföra det med innehållet i tjänsteskrivelsen har en bedömning gjorts. I samtliga ärenden har den information som varit relevant för nämnden inför beslut funnits med i aktuella tjänsteskrivelser.

Internkontroll som inte har genomförts under året

Internkontroll av kontrollområde Verksamhet – kontroll av myndighetsutövning inom livsmedelskontroll och miljötillsyn har inte skett. När det gäller Livsmedelsområdet har både produktionen och nämndansvarig tjänsteman undersökt möjligheterna att byta/köpa revision av livsmedelskontrollen från en annan kommun, men inte lyckats hitta någon som är intresserad. Trots att kravet på revision finns i livsmedelslagstiftningen är det än så länge endast ett fåtal av landets kommuner som genomför årlig revision. Inför 2016 har Samhällsbyggnad därför fått ett specifikt uppdrag i internöverenskommelsen att utreda hur en revision skulle kunna genomföras, internt eller externt. Utifrån resultat av den utredningen får nämnden ta ställning till hur gå vidare med frågan.

När det gäller revision inom miljötillsynen finns det inte något lagkrav på detta motsvarande det för livsmedelskontrollen. Det innebär att det inte finns några kända etablerade samarbeten för byte av revision kommuner emellan. Nämnden har därför valt att avvakta Samhällsbyggnads utredning rörande revision inom livsmedelsområdet innan den tar ställning till revision inom miljötillsynen.

Socialnämnden

Genomförd internkontroll

Delegationsordning

Risk: Delegationsordningen följs inte

Stickprov har gjorts av inkomna delegationsanmälningar. Inga avvikelser att rapportera. Dock har många otydligheter i delegationsordningen uppmärksamats och en större omarbetning av dokumentet har påbörjats i samarbete med division Social omsorg.

Socialnämndens riktlinjer

Risk: Nämndens riktlinjer inte kända/följs inte, bristande politisk styrning

Implementering och tolkning av socialnämndens riktlinjer för ekonomiskt bistånd och för handläggning inom missbruksvården har diskuterats med enhetschefer och handläggare. Nämndansvarig tjänsteman bedömer att dessa två riktlinjer är väl kända bland personalen och att riktlinjerna beaktas i handläggningen av ärenden. Flera av nämndens riktlinjer är i behov av revidering och ett arbete har påbörjats.

Internöverenskommelse

Risk: Verksamheten arbetar/rapporterar inte enligt IÖK, bristande uppföljning och analys

Rapporteringen enligt internöverenskommelsen 2015 har följts upp i möten med ledningen för division Social omsorg. Två särskilda uppdrag rapporterades inte till nämnden på det sätt som var beställt och divisionen har fått uppdragen på nytt i internöverenskommelsen för år 2016. I övrigt har rapporteringen varit tillfredsställande.

Missbruksvården

Risk: Ökade behov av placeringar inom missbruksvården, svårigheter att klara uppdraget

Utveckling av antalet externa placeringar har löpande följts upp under året. Antalet har under en lång tid legat mycket högt men förväntad utveckling var att antalet externa placeringar skulle minska under året när antalet platser på kommunens eget HVB Nygården utökades. Under hösten har antalet externa placeringar, som förväntat, visat en stadig minskning. I budget 2016 har nämnden satsat på en utökning av insatser på hemmaplan i form av uppsökande- och boendestödsverksamhet. Satsningen förväntas ge en fortsatt positiv utveckling vad gäller de externa placeringarna.

Försörjningsstöd

Risk: Ökade behov inom försörjningsstöd, svårigheter att klara uppdraget

Utvecklingen av försörjningsstödet har följts fortlöpande under året och såväl antalet hushåll som utbetalt bistånd har ökat mycket. På uppdrag av nämnden har division Social omsorg rapporterat flera åtgärder som de avser vidta för att hantera de ökade volymerna. Bland åtgärderna finns att genomföra en intern översyn av hur handläggaresurserna är fördelade i syfte att använda kompetensen bland medarbetarna på bästa sätt och att påbörja införande av ett nytt utredningsverktyg. I budget 2016 har nämnden tillfört medel för att förstärka handläggningen av försörjningsstöd. Situationen med försörjningsstödet är dock oroande och påverkas av faktorer som ligger bortom nämndens kontroll.

Barn, ungdom och familj

Risk: Ökade behov av placeringar inom barn, ungdom och familj, svårigheter att klara uppdraget

Utvecklingen av antalet placeringar har följts fortlöpande under året och området har varit stabilt varför inga åtgärder har varit aktuella.

Utbildning, arbetsmarknad och integrationsnämnden

Genomförd internkontroll

Kontrollområde delegationsordning

| Kontrollområde (process/styrdokument/rutin) | Hot/risk | Kontrollmoment | Ansvarig | Metod | Frekvens | Konsek/Sannolikhet | Rapport till |
|---|--|-----------------------------------|----------|--|----------|--------------------|--------------|
| Delegationsordning UAIN | Delegationsordningen följs inte, är inte känd i verksamheten. Beslut tagna enligt delegationsordningen vinner inte laga kraft. | Kontroll av anmälningar av beslut | NAT | Delegationsbeslut jämförs med delegationsordning | 4 ggr/år | 15 | UAIN |

- Vilka kontroller som har genomförts?

Nämndansvarig tjänsteman på Utbildnings-, arbetsmarknads- och integrationsnämnden har gått igenom alla delegationsanmälningar som redovisats på nämndsammanträden under 2015.

- Vilka avvikelser som har upptäckts?

Det som framkommit är en positiv avvikelse jämfört med 2014. Det är fler gjorda delegationsanmälningar. Analysen pekar på att delegater har tagit uppdraget på större allvar eftersom inget pekar på att det är fler ärenden att hantera.

- Vilka åtgärder som ni vidtagit eller planerar att vidta?

Under året har nämndens delegationsordning regelbundet varit föremål för genomgång och revidering vilket även gjort att rutinerna för hur en delegationsanmälan ska ske tas på större allvar. NAT planerar att under 2016 träffa delegater för fånga upp eventuella oklarheter, ny lagstiftning och organisationsförändringar.

Kontrollområde Internöverenskommelser

| Kontrollområde (process/styrdokument/rutin) | Hot/risk | Kontrollmoment | Ansvarig | Metod | Frekvens | Konsekvsannolikhet | Rapport till |
|--|---|----------------|-------------------|--|---------------|--------------------|--------------|
| Internöverenskommelser 2015 | Internöverenskommelserna följs inte, är inte kända i verksamheten. Brister i återrapportering | Uppföljning | NAT/Ek controller | Skriftlig och muntlig rapportering vid nämndsammansammanträden | Kontinuerligt | 10 | UAIN |

- Vilka kontroller som har genomförts?

Alla uppföljningar av internöverenskommelserna har genomförts. Detta har skett genom både inlämnade rapporter och föredragningar på nämndsammansammanträden.

- Vilka avvikelser som har upptäckts?

Begärda rapporter har vid något tillfälle inte lämnats in i tid för att kunna gå ut tillsammans med övriga handlingar inför sammansammanträden.

- Vilka åtgärder som ni vidtagit eller planerar att vidta?

Nämnden har påtalat vikten av att lämna rapporter och uppföljningar enligt överenskommelse. Inför 2016 är uppföljningstidpunkter tydligare framskrivet i internöverenskommelserna.

| Kontrollområde (process/styrdokument/rutin) | Hot/risk | Kontrollmoment | Ansvarig | Metod | Frekvens | Konsekvens/annolikhet | Rapport till |
|--|---|-----------------------------|----------|------------------------|---------------|-----------------------|--------------|
| Nämndprotokoll | Beslut tagna i nämnd följs inte, är inte kända i verksamheten | Uppföljning av tagna beslut | NAT | Möten NAT/verksamheten | Kontinuerligt | 15 | UAIN |

- Vilka kontroller som har genomförts?

Tidpunkter för uppföljning av beslut har varit tydligt angivna i besluten och kontroll av att så skett har genomförts av NAT.

- Vilka avvikelser som har upptäckts?

Inga avvikelser.

- Vilka åtgärder som ni vidtagit eller planerar att vidta?

Fortsätta vara tydliga i beslutsformuleringen när det gäller krav på uppföljning/återrapportering.

| Kontrollområde (process/styrdokument/rutin) | Hot/risk | Kontrollmoment | Ansvarig | Metod | Frekvens | Konsek/Sannolikhet | Rapport till |
|--|---|--------------------------------|----------|------------------------|---------------|--------------------|--------------|
| Förändrad lagstiftning | Nya lagar och förordningar följs inte, är inte kända i verksamheten | Uppföljning av ny lagstiftning | NAT | Möten NAT/verksamheten | Kontinuerligt | 5 | UAIN |

- Vilka kontroller som har genomförts?

NAT har gjort avstämningar med utbildningschefer/verksamhetschefer under 2015.

- Vilka avvikelser som har upptäckts?

Inga avvikelser.

- Vilka åtgärder som ni vidtagit eller planerar att vidta?

Fortsatt dialog med berörda för att vara överens om konsekvenser av ny lagstiftning.

Vård och omsorgsnämnden

Genomförd internkontroll

På grund av personalbyte som nämndansvarig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden har internkontroll inte kunnat genomföras som planerat då endast en tjänsteman funnits i tjänst under perioden 2015-09-01 till 2015-11-23

Anhörigstöd är kontrollerat och nämnden bedömer att lagkravet på stöd till anhöriga är uppfyllt.

Nämndens bedömning av nattbemanningen är att de boende får sina behov tillgodosedda även om det finns brister i form av att flera enheter nattetid lämnas tomma om personalen behöver hjälpa varandra. Förslag från DSO finns att med hjälp av stimulansmedel från Socialstyrelsen "Ökad bemanning inom äldreomsorgen" förstärka nattbemanningen.

Nämnden har för avsikt att följa utvecklingen.

I Vård- och omsorgsnämndens internkontroll plan för 2015 finns följande punkter:

Anhöriga får inte det stöd som lagen föreskriver.

Vid två tillfällen under 2015, senast 2015-10-15 har Vård- och omsorgsnämnden fått återrapporterat hur Anhörigcenter utvecklats. Nämndens bedömning är att utvecklingen och arbetet väl uppfyller lagens krav. Inga ytterligare åtgärder har vidtagits.

Personaltäthet nattetid räcker inte till för att uppmärksamma brukarens behov:

Kontroll har genomförts på de boenden som drivs Division Social omsorg. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har begärt in uppgifter på hur nattbemanningen ser ut. En skriftlig rapport lämnas till VON 2015-12-17. Granskningen visar att på många boenden blir en avdelning helt tom om personalen behöver gå över till en annan avdelning för att hjälpa till. På vissa enheter fungerar det dock tillfredsställande. Några enheter inom DSO och även hos privat utförare har förstärkt nattbemanningen med hjälp av stimulansmedlen från Socialstyrelsen "Ökad bemanning inom äldreomsorgen". Nämnden kommer också att göra tillsyn nattetid för att se hur det fungerar i praktiken.

Dessutom har larmlistor för vecka 34 begärts in. Endast vissa larmlistor har kunnat användas för sammanställning. Den sammanställningen visar att väntetider från larm till besvarande är acceptabla.

Internkontroller som inte har genomförts under året

På grund av personalbyte på Beställarkontoret har följande kontroller inte kunnat genomföras.

Hot och våld i nära relationer upptäcks inte:

- Hur rutiner och riktlinjer implementeras och hur personalen arbetar med frågan

Utförarens personal brister i sin tystnadsplikt:

- Hur utföraren informerar om tystnadsplikt

Utföraren kan inte säkerställa behovet av kontinuerlig tillsyn vid situationer som akut fordrar ytterligare bemanning:

- Avvikelser, brukarens nöjdhet, täthetsschema

Brukare lämnas ensam eller erfaren persona saknas vid vård i livets slut.

- Nationell statistik.

Divisionen klarar inte av att ge rätt vård till dementa:

- Brukares nöjdhet.

Barn- och ungdomsnämnden

Genomförd internkontroll

Internöverenskommelse

Kontroller som genomförts är uppföljning av beställar- utförarmöten. Det är i dagsläget svårt att svara på vad i Internöverenskommelsen som är och inte är genomfört. Kontrollen visar att årets internöverenskommelse inte varit en fast punkt kvartalsvis vid beställar- och utförarmöten. Det hänger samman med att den systematiska kvalitetsuppföljningen, som även följer upp IÖK, fått uppskov.

IÖK styr vad som ska genomföras och vart verksamheten ska under året och ska så även styra innehållet i möten mellan beställare och utförare. Med en större efterlevnad blir rollerna beställare/utförare tydligare, liksom ansvaret för genomförande. Tidigt under året har fokus istället hamnat på kommande internöverenskommelse, liksom diverse frågor och ärenden som dykt upp under året. Detta riskerar att splittra och försvaga styrningen från beställningen.

Åtgärder som vidtagits är:

- Fördjupad dialog inför 2016 års internöverenskommelse, för att på så sätt öka acceptansen för överenskommelsen.
- Mer avskalad internöverenskommelse med ett ännu tydligare beställarperspektiv.
- Fast punkt på varje mötes dagordning.

Systematisk kvalitetsuppföljning

Kontrollmoment har delvis genomförts under året. Årets systematiska kvalitetsuppföljning har på ett sätt behandlats på beställar- utförarmöten. Det reviderade dokumentet för uppföljning var dock inte tillräckligt implementerat i produktionen och det fanns därför inte beredskap för en mer omfattande uppföljning av samtliga nationella mål. Produktionens avighet mot det befintliga systemet tillsammans med begäran om ytterligare uppföljning, i enlighet med skolinspektionens tillsynsbeslut, har varit hämmande för

verksamheten. Nämnden har beviljat produktionen uppskov med deras resultatredovisning.

Det går inte i dagsläget att säga att nämndens systematiska kvalitetsuppföljning lever upp till lagkrav. Nämnden har som huvudman för verksamheten ansvar för att på en huvudmannanivå systematiskt följa upp verksamhetens resultat och kvalitet i relation till både det statliga och lokala uppdraget. Nämndens fortsatta styrning ska baseras på analys av behov och åtgärder från den systematiska kvalitetsuppföljningen. På enhetsnivå ansvarar respektive rektor och förskolechef för detsamma när det gäller det statliga uppdraget. Nämnden har fram till dags dato reglerat vad nämnden vill ha för uppgifter från verksamheten. Nämndens förfrågan har inte stämt överens med verksamhetens uppfattning om vad som ska följas upp och hur.

Åtgärder som vidtagits är:

- Produktionen har fått i uppdrag att ta fram ett system för systematisk kvalitetsuppföljning av det statliga uppdraget på enhetsnivå och det lokala uppdraget på divisionsnivå.
- Nämndens systematiska kvalitetsuppföljning utgår från produktionens kvalitetshjul och styrs till delårsrapport och verksamhetsberättelse.
- Rekommenderas som fortsatt kontrollområde.

Utbetalning av bidrag till fristående förskolor och grundskolor

Kontroll som genomförts är en sammanställning av andelen felaktiga utbetalningar under perioden jan-oktober. Kontrollen visade en ökning av felaktiga utbetalningar jämfört med förgående år, från 1 % till 10 %. Främsta orsaken till ökningen är att så gott som samtliga utbetalningar i februari månads utbetalning baserades på fel belopp från beslutsunderlaget för bidrag till fristående. 2015 års beslutsunderlag liksom tidigare års har redogjort för belopp med moms samt utan moms. Även om februari undantas från sammanställningen har det skett en ökning av felaktiga utbetalningar, från 1 % till 3 % respektive 4 % för utbetalning till fristående grundskolor och förskolor, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet. Felaktiga utbetalningar beror på svårtolkat statistiskt underlag i samband med tidspress. Åtgärder som vidtagits är:

- Samtliga felaktiga utbetalningar är åtgärdade.
- NAT och statistikansvarig granskar gemensamt hur statistiken kan tydliggöras.
- Ansvarsfördelning inom nämndens verksamhetsområden för ett mer effektivt nyttjande av resurserna.
- Ansvarsfördelning leder även till ett tydligare ansvar för granskning och kontroll.
- Beslutsunderlaget för 2016 redovisar endast beloppen inklusive moms.
- Rekommenderas som fortsatt kontrollområde

Ny lagstiftning

Kontrollområdet är granskning av lagstiftning som trätt i kraft under året. Ingen avvikelse har iakttagits. Området är ett fortsatt viktigt kontrollområde och under 2016 sker träder många förändringar i Skollagen i kraft.

Åtgärder som vidtas:

- Rekommenderas som fortsatt kontrollområde

Tillkommande beslut

Kontrollen har visat att de flesta nämndärenden som berör Division Barn, utbildning och kultur har behandlats på beställar- /utförarmöten inför beslut. Inför nämndsammanträde finns det ofta en kännedom om vad som är på väg. Det pågår dialog med berörda inför beslut. Efter beslut finns det dock brister. Besluten skickas ut av nämndregistrator men verkar inte alltid föras vidare ut i verksamheten. Besluten kan också tydligare lyftas på beställar-/utförarmöten för att säkerställa att berörda känner till beslutet. Kontrollområdet har utvecklats och behöver inte fortsatt kontrolleras.

- Återkoppla från förgående nämnd vid beställar-/utförarmöten.

Delegationsanmälningar

Sammanställningen av delegationsanmälningar har visat på stora avvikelser och brister. Bristerna finns på alla nivåer inom produktionen och beror på bristande rutiner och bristande kunskap om delegationer. Åtgärder som vidtagits är:

- Dialog med Division Barn, utbildning och kultur om resultatet från sammanställningen och på förfrågan även dialog kring tänkbara åtgärder.
- Revidering av delegationsordning för att tydliggöra och korrigera där det finns missvisande eller otydliga delegationer.

Internkontroller som ännu inte har genomförts under året

Tilläggsbelopp

Den riktade uppföljningen av Tilläggsbelopp genomförs vid nämndens sammanträde i december.

Kultur- och fritidsnämnden

Genomförd internkontroll

Målstyrningsprocess: Godkänd

Avtal med externa utförare: Godkända

(avtal som kontrollerats: Verdandi, Jönåkers IF, Arnögruppen, Nävekvarns Golf, samtliga gällande fritidsgårdsverksamhet).

Styrdokument: Godkända

(Styrdokument som kontrollerats: Konstpolicy i Nyköpings kommun, Taxor för kultur- och fritidsanläggningar)

Föreningsbidrag - utbetalning Nyköpings Arenor t o m november 2015: Godkänt.

Delegationsordning: godkänd anmälan av delegationsbeslut förutom följande:

- a) Beslut om stipendietilldelning saknas i åiterrapporteringen;
- b) Beslut om lotteritillstånd har i två fall tagits av en annan person än den som stadgas i vidaredelegationsordningen.
- c) I ett fall har åiterrapportering av beslut skett inte skett inom stadgad tid.
- d) Detaljer i åiterrapporteringen kan förbättras, t ex redovisningen av tidsperiod då beslut fattats.

Internkontroller som inte har genomförts under året

Kontroll av utbetalningar av föreningsbidrag KFN har inte genomförts eftersom detta moment felaktigt finns med i internkontrollplanen (alla utbetalningar sker via Nyköpings Arenor).

Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Förhandlingar med bidragsberättigade föreningar sker fr o m 2015 under första kvartalet (istället för under hösten) året efter att internbudgeten beslutats. Anledningen till att detta är i första hand beroende på att internbudgeten inte beslutas förrän i december varje år.

Fr o m 2015 gäller en reviderad och tydligare ordning för nämndens vidaredelegation, vilket underlättat uppföljningen.

Under 2015 skedde en delrapport av internkontrollen, vilket inte skedde 2014.

Överförmyndarnämnden

Genomförd internkontroll

Internkontroll har genomförts vid delår och bokslut.

Avikelser fanns inom byte av ställföreträdare där nämndemålet om byte inom tre månader inte kunnat genomföras i två ärenden.

Kontoret har kontorsmöten varannan vecka för kollogial granskning.

Internkontroller som inte har genomförts under året

Länsstyrelsen genomförde ingen tillsyn under år 2015. Trolig orsak är att inga anmärkningar uppdagades vid tillsyn 2014.

Division Barn, utbildning och kultur

Genomförd internkontroll

Campus Nyköping

Inom gymnasial utbildning för lärlingsvuxenutbildning med externa leverantörer har stickprov genomförts för att kontrollera att relevant kompetens finns hos arbetsgivares handledare. Inga avvikelser har upptäckts. Stickprovkontrollen fortsätter under 2016.

Inom yrkeshögskoleutbildningar finns en risk att könsrollstänkande cementeras i utbildningarna via ledningsgrupperna. Diskussioner om detta har genomförts i olika ledningsgrupper. Dock är inte rutiner om motverkan implementerade ännu. Arbetet fortsätter, samtidigt som det är svårt att hitta medlemmar till ledningsgrupperna i olika utbildningar med en jämn könsfördelning.

En rutin har tagits fram inom arbetet med att nå de ungdomar som omfattas av det kommunala aktivitetsansvaret. Trots detta finns avvikelser då det ändå inte varit möjligt att nå alla ungdomar. Arbetet med att förbättra rutinen och att nå så många ungdomar som möjligt fortsätter.

Det finns en risk att flyktingar och invandrare inte får tillgång till SFI inom utsatt tid. Detta följs upp genom månadsvisa kontroller av väntetider samt kontroll av antal deltagare. Politiken är informerad och uppföljningen rapporteras månadsvis. Under 2015 fanns inga avvikelser. Risken är större 2016 då bristen på lärare inom SFI och även lokalbrist kan uppstå. Arbetet med månadsvisa kontroller fortsätter.

Nyköpings gymnasium

Kontroll har utförts av samtliga ärenden för Antagningen till gymnasiesärskolan och resultatet är att antagningen uppfyller kraven i SKkollagen.

Stickprov har genomförts på erbjudande av modersmålsundervisning respektive studiehandledning på modersmålet. Resultatet är att erbjudandet av modersmålsundervisning följer kraven i lagen. För erbjudandet av

studiehandledning på modersmålet visar enkäten att det finns ett fåtal elever som behöver stödet för att nå målen, men inte erbjuds sådant stöd.

Planerade åtgärder är att se över rutinerna för erbjudande av stöd och tillhörande blanketter.

BUK gör en översyn av ansvaret för samordning och administration av kompetenta lärare som kan ge studiehandledning på modersmålet.

Grundskola

Kontroll har utförts av samtliga områden från internkontrollplanen 2015.

Risk: Brist på strategisk planering ang.mottagande och placering av nyanlända.

Åtgärd: Översyn av samarbetet mellan berörda divisioner och Migrationsverket.

Resultat: Vi har tagit flera steg i den strategiska planeringen i mottagandet av nyanlända främst inom vår egen division tex Nykomsten och I-bas. Det pågår en översyn och även ett ökat samarbete mellan berörda divisioner och Migrationsverket.

Risk:

Rektorer saknar befogenhet för att genomföra delar av sitt uppdrag, tex rekrytering.

Åtgärd: Översyn av kommunala styrdokument så de överensstämmer med lagkrav

Resultat: Beslut av anställning har delegerats till utbildningschef från divisionschef. En ökad tydlighet i arbetet med rekrytering och samarbetet med Hr. Detta är ett område som behöver arbetas mer med.

Risk:

Brist på behörig/legitimerad personal

Åtgärder:

Erbjuda goda arbetsvillkor och bra marknadsföring.

Resultat: Ett pågående arbete att nå goda arbetsvillkor och medinflytande på arbetsplatsen. Det finns en arbetsgrupp som arbetar med marknadsföring och fokus är nu att vi alla är goda ambassadörer för Nyköpings kommun. Här finns mer att arbeta med inom detta område.

Risk:

Brist på studiehandledare, modersmåls lärare

Åtgärder:

Erbjuda goda arbetsvillkor och bra marknadsföring.

Resultat: Vi har nått goda resultat inom detta område

Risk:

Små enheter saknar lärare med behörighet i alla ämnen

Åtgärder: Erbjud goda arbetsvillkor översyn av organisationen med för många små enheter

Vi har infört ett lönetillägg och bl.a. genom detta ökat andelen behöriga lärare på de små enheterna utanför tätorten. Antalet små enheter kvarstår och det förs en diskussion runt att småenheter går samman till större skolenheter men inga beslut är tagna.

Risk:

Svårt att grundbemanna inom ramen för ekonomin

Åtgärder: Översyn av kommunala styrdokument så de överensstämmer med lagkrav

Förändringar gjorda inför budget 2016 och vi kan inte se effekterna av detta ännu

Risk:

Färre personal påverkar flexibiliteten som stöd till elever i behov av särskilt stöd

Åtgärder: Översyn av organisation och hantering av resurser

Resultat: En pågående diskussion för att nå goda resultat inom detta område

Risk:

Bristfälliga och ofärdiga IT-system som inte ger stöd till verksamheten äventyrar ekonomiskt slutresultat och statistik sammanställning.(SCB)

Åtgärd: Se över de generella kommunlösningar som inte beaktat skolans behov

Resultat: Pågående diskussioner

Förskola

Kontroll har utförts av samtliga kontrollområden från internkontrollplanen 2015.

Risk:

För få antal pedagoger per barn utgör risker på barns säkerhet, utveckling och trygghet.

Åtgärd: Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska ingå som en naturlig del i förskolans arbete där alla vuxna har ansvar för att uppmärksamma risker i arbetsmiljön som kan påverka barns ohälsa och utveckling.

Resultat: Antalet barn per pedagog skiftar mellan olika förskolor. Det skiftar också mycket mellan olika enheters korttidsfrånvaro bland personalen. Vi har inte generellt kunnat konstatera att antal barn per pedagog och korttidsfrånvaron har ett samband, även om det finns enskilda sådana identifierade fall. Förskolecheferna har i större utsträckning än tidigare samarbetat med HR i frågan om återkommande frånvaro.

Risk:

Barn i behov av särskilt stöd ges inte det stöd de har rätt till

Åtgärd: Utarbeta en verksamhetsplan där det framgår hur stödet till barnen ska utarbetas

Resultat: Någon särskild plan har inte utarbetats. Förskolechefer och personal har genom sitt arbetssätt och samarbete med resursteamets specialpedagoger säkerställt barnens rätt till stöd för sin utveckling.

Risk:

Förskoleverksamheten ges inte möjlighet att planera för en basorganisation pga ev återbetalning för outnyttjade platser som vi inte kan styra över pga föräldrars val. Kommunens resursfördelningssystem.

Åtgärd: Översyn av rådande resurssystem i syfte att få förutsättningar att bedriva verksamhet med en budget i balans.

Resultat: I IÖK 2016 samt genom BUNs resursfördelningssystem delegeras till divisionens utbildningschef att fördela SALSA resurser utifrån identifierade

behov på enheterna. Fördelningen av resurser görs mot bakgrund av Skolverketes kriterier för resursfördelning i förskolan.

Risk:

Personalens sjukfrånvaro ökar. Hög arbetsbelastning och stress.

Åtgärd: Alla medarbetare skall uppmärksamma risker för ohälsa i syfte att förebygga sjukfrånvaro.

Resultat: Förskolan har arbetat med sjukfrånvaron genom att djupintervjua den grupp personal som stod för den högsta korttidsfrånvaron. Arbetet har lett till att berörda personal har ökat sin närvaro.

Kultur och fritid

Kontroll och i förekommande fall åtgärder har utförts enligt plan inom Kultur och fritids verksamhet:

Risk:

Rutiner gällande systematiskt säkerhetsarbete är felaktiga/inaktuella.

Kontroll: Rutiner inte felaktiga men inaktuella och behöver göras mer kända i personalgruppen.

Åtgärd: Prioritering av brandskydd med revidering av rutinerna gjort. Dessa är avstämde med Räddningstjänsten, liksom utvärdering av genomförd brandövning.

Risk:

Hög ljudnivå i bokhallen på Culturum olägenhet för besökare och personal.

Kontroll: Problemet med akustiken kvarstår. Fortsatt enstaka klagomål från besökare. Tagits upp som arbetsmiljöproblem på APT.

Åtgärd: Investeringsäskande för förbättring av akustiken är framtaget i samverkan med Kommunfastigheter men inga beslut fattade. Åtgärder därför inte tidsatta ännu.

Risk:

Hot om våld från allmänhet för besökare och personal i publika lokaler

Kontroll av åtgärder: Test av personlarm genomfört. Beredskap vid hot och våld säkerställt genom utbildning. Stickprov av personalarmshantering hos personalen gav positivt resultat.

Ekonomi

Kontroll av rutiner för leverantörsfakturor har skett på 20 enheter inom divisionen. Metod stickprov.

Följande har kontrollerats:

- att fakturan är ställd till Nyköpings kommun
- att rätt ref kod är angiven
- att F-skatt finns om en tjänst har utförts
- att organisationsnr. och momsreg.nr. finns angiven
- att rätt momsavdrag gjorts vid t.ex. representation
- att rätt person attesterat fakturan
- att rätt konton är angivna.
- att syfte, ändamål och deltagare framgår vid representation.

Resultat av kontrollen:

Kontrollerna har även i år visat att rutinerna fungerar bra men det finns enstaka avvikelser som är redovisade. Uppgift om t.ex. referenskode vid hantering av leverantörsfakturor förbättrats successivt men det är fortfarande fakturor som saknar ref kod. Informationen om bland annat regler för kontering vid representation måste ständigt förnyas och under våren 2015 fick alla administratörer inom divisionen en halvdags genomgång/utbildning.

Vid kontroll av leverantörs fakturor har också köptroheten och att investeringar inte konteras på driften granskats stickprovsmässigt. När det gäller köptroheten har medvetenheten att följa avtal förbättras succesivt men vid köp av tjänster och varor som inte är så ofta förekommande uppstår ofta oklarheter. I vissa fall finns det inte upphandlat eller är det svårt att tolka om just den varan ingår i det upphandlade sortimentet. Det krävs fortsatt mycket information till alla som gör inköp i divisionen, att kommunens avtalsdatabas uppdateras hela tiden och att den är lättillgänglig för alla som gör inköp.

När det gäller punkten om uppföljning av avtalstrohet har kontrollen var mycket begränsad se ovan. Det vore värdefullt om gemensamma rutiner i kommunen för hur vi skulle kunna utföra en bra uppföljning av köptroheten så det blir på ett likartat arbetssätt i hela kommunen.

2016 måste vi jobba vidare med mer information ut till fakturamottagare och attestanter för att säkerställa att rutinerna och granskningen vid hanteringen av leverantörsfakturor ständigt förbättras.

För kontrollpunkten att investeringar är rätt bokförda har kontrollen varit mycket begränsad. Kontrollen har inte genomförts systematiskt dvs att vissa konton granskats utan ingått vid stickprovsgranskningen av leverantörsfakturor. För 2016 kommer granskningen att ske mer systematiskt.

Kontrollpunkt ang. kontanthantering har det skett vid Nyköpingshögstadiums café.

Under året beslöt divisionsledningen att samtliga handkassor skulle avvecklas och enbart växelkassor fick finnas kvar för Biblioteket som säljer evenemangs biljetter mm. Totalt har verksamheten avvecklat ett 60 tal handkassor och resterande fyra handkassor avslutas under första halvåret 2016.

Vid kontanthantering för caféverksamheten inom Nyköpings högstadium har rutinerna förbättras och åtgärderna kommer att följas upp under 2016.

Rutiner för uppföljning per enhet genomförs enligt plan.

Kommungemensamma rutiner arbetades fram i början på 2015. Tillsammans med en tidplan för uppföljningsarbetet skickades rutinerna ut till samtliga budgetansvariga chefer. Ekonomer och utbildningschefer har träffat de budgetansvariga cheferna löpande under året och alla enheter har gjort en uppföljning varan månad när rapporten gått till Kommunstyrelsen. Arbetet och rutinerna får utvärderas under 2016 för att säkerställa att samtliga chefer har kontroll på sin ekonomi.

Följa upp åtgärder för att få en budget i balans, att de genomförs och rapporteras.

Samtliga chefer fick i uppdrag i samband med budgetarbetet 2015 att ta fram en åtgärd och konsekvensrapport för att få en budget i balans. I samband med första uppföljningen fick samtliga rektorer inom F-9 ett tydligt uppdrag att lägga en grundorganisation inom tilldelad budgetram inför läsåret 2015/2016.

Åtgärderna har följts upp och redovisats i uppföljningarna. Inför 2016 behöver detta arbetet följas upp och systematiseras bättre och rutinerna utarbetas ännu tydligare.

Internkontroller som inte har genomförts under året

Ekonomi

Samtliga punkter i internkontroll planen för 2015 har genomfört men dock med begränsad kontroll och för 2016 behöver internkontrollarbetet inom ekonomi området ses över och eventuell hitta en annan samverkan med centrala ekonomiavdelningen.

Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Avskaffandet av handkassorna har minskat kontanthantering inom divisionen.

För övrigt inget att redovisa.

Internkontroller som inte har genomförts under året

Förskola:

Risk: Svårt att rekrytera förskollärare p.g.a. löneläget. Detta arbetar vi med fortlöpande tillsammans med HR

Division Social omsorg

Genomförd internkontroll

Område 1

Kontrollmoment: Avvikelsehantering – avvikelser tas upp på APT/hälsokonferens. Åtgärder följs upp.

Vilka avvikelser har upptäckts?

Flest antal avvikelser upptäcks kring att man glömt ge medicin enligt ordination eller glömt signera på listan.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Diskuterar på APT vad som kan ligga till grund varför det missas och pratar om hur vi kan förbättra rutinerna. Kommer fortsätta att ha dessa diskussioner och påminnelser när avvikelser kommer på APT. Analys av avvikelserna och förbättringsåtgärder utifrån dessa ska ske.

Kontrollmoment: Säkerhetspärm innehåller checklista

Vilka avvikelser har upptäckts?

Att det i vissa fall hade missats att uppdatera de senaste bladen. Ser att man behöver bryta ner egna rutiner på respektive verksamhet. Säkerhetspärm innehåller fortfarande ingen gemensam checklista.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Vi kommer kontinuerligt att följa upp pärmerna och se att den följer riktlinjerna

som gäller. Arbeta med att ta fram en gemensam checklista utifrån verksamhetsområde kommer att genomföras.

Område 2

Kontrollmoment: Genomförandeplaner; Att genomförandeplan finns upprättad

Vilka avvikelser har upptäckts?

Stickproven visar att det ser olika ut mellan enheter. Resultaten rymmer allt från att samtliga brukare har genomförandeplan till att relativt många saknar en.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Socialpedagoger och kontaktpersonal har fått i uppdrag att under år 2016 jobba med genomförandet i genomförandeplan. Arbetet med utformning av detta pågår men bland annat har ett antal exempel på hur en genomförandeplan kan se ut tagits fram. Vikten av att genomförandeplaner upprättas lyfts också i arbetsgrupperna. Fokus under år 2016 ligger på delaktigt för brukaren samt att utveckla dokumentationen ytterligare.

Kontrollmoment: Genomförandeplaner; Att genomförandeplan följs upp

Vilka avvikelser har upptäckts?

Genomförandeplaner följs inte upp tillfredsställande.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Ingår nu i socialpedagogs arbete att när genomförandeplan skrivs att de även följs upp var tredje eller sjätte månad.

Område 3

Kontrollmoment: Att skriva återbesättningsprövning till HR

Vilka avvikelser har upptäckts?

Utifrån budget skrivs återbesättningsprövning.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Ej aktuellt.

Kontrollmoment: Genomförandeplan och social dokumentation

Vilka avvikelser har upptäckts?

Vid granskning har brister i kvalitet vad gäller dokumentation och i upprättandet av genomförandeplaner identifierats.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Utbildning, uppföljning av Äldres behov i centrum (ÄBIC) och därefter kommer eventuella åtgärder vidtas.

Område 4

Område 5

Kontrollmoment: Att förhandsbedömning gjorts inom 2 veckor avseende samtliga anmälningar enligt 14:1 SoL

Vilka avvikelser har upptäckts?

Av 1542 st aktualiseringar under perioden 150101–151231 har 2 % inte gjorts inom 14 dagar. (31st)

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

För att öka effektiviteten har socialsekreterarna i mottagningsfunktion blivit en sammanhållen grupp med gemensamt ansvar för samtliga förhandsbedömningar. Flera utbildningssatsningar under året har ökat handläggarnas kunskap och medvetenhet. Enhetscheferna kommer att under 2016 göra tätare kontroller att förhandsbedömningarna görs inom lagens givna ramar.

Kontrollmoment: Att utredning kring barnet omedelbart startas vid inkommen anmälan om våld i nära relation

Vilka avvikelser har upptäckts?

Enhetscheferna har upptäckt att det förekommer 35 ärenden där det inte öppnats utredning jml 11 kap 1 § SoL. Det har upptäckts att dessa ärenden inte aktualiserats på ett enhetligt sätt vilket medfört den höga siffran.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras att vidtas?

Utbildningsinsatser under år 2015 har syftat till att handläggarna ska uppmärksammas på att utredning ska inledas i ärenden där barn bevittnat våld. Enhetschefen kommer att under år 2016 genomföra tätare kontroller och vara mer uppmärksam med att inleda utredning i samtliga ärenden där barn bevittnat våld. En enhetlig aktualiseringsrubrik ska införas.

Kontrollmoment: Att riskbedömning gjorts utan dröjsmål samt att den har dokumenterats vid samtliga inkomna anmälningar enligt 14:1 SoL

Vilka avvikelser har upptäckts?

Riskbedömning görs i samtliga barnärenden. Handläggarna har blivit bättre på att dokumentera riskbedömningar.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Ej aktuellt då inte behov bedöms föreligga.

Område 6

Kontrollmoment: Kontroll av kostnadsutvecklingen per handläggare och ändringar i beloppskontroller mm (fyra delrutiner/kontrollmoment).

Vilka avvikelser har upptäckts?

Vi kontrollerar dokumentation i tio ärenden per månad utifrån följande fyra aspekter: Följs lag o riktlinjer? Finns planering och dokumenteras mål? Vi har även lagt till "barnperspektiv" samt "besök/hembesök" som en följd av åtgärdsplan gällande barnperspektivet som vi blev anmodade av socialnämnden att göra. De brister vi funnit har genomgående handlat om brister i dokumentation och oftast till följd av för lite kontakt med klient och för mycket administrativ handläggning utan besök.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras att vidtas?

Bristerna har i sin tur varit ett resultat av personalsituation och arbetsbelastning under en längre tid. Allt detta ligger till grund för det arbete vi gjort/gör med att stabilisera personalsituation och skapa en bättre intern organisation med införandet av ekonomihandläggare som gör en del av processen, mottagningsgrupp för nya ärenden med mera.

Kontrollmoment: Att placeringar i första hand görs inom ramavtal och att placeringsavtal upprättas

Vilka avvikelser har upptäckts?

Alla externa placeringar på HVB diskuteras i ärendesamråd. I samband med detta tas val av institution upp och handläggaren motiverar varför placering behöver göras utom ramavtal i de fall detta är aktuellt. Inför varje placering av barn och ungdom i familjehem eller en ungdom i HVB-hem diskuteras placeringsform i Kollegium där flera av IFO cheferna deltar. En noggrann diskussion förs om placering inte kan göras inom ramavtal.

En stor andel av placeringar görs utom ramavtal men det är medvetna och genomtänkta val. Det finns en rad förklaringar till detta;

1. Placeringar vid ansvarsförbindelse/kontraktsvård följer Kriminalvårdens avtal och det har varit en hel del sådana.
2. Klienter under LVM-vård är ofta svårmotiverade och har inte sällan vårdats vid upprepade tillfällen tidigare, stor vikt läggs därför vid eget önskemål vid val av institution för s.k. § 27 vård (vård under öppnare former under LVM) samt de har ofta ett komplext vårdbehov till följd av samsjuklighet.
3. Antal personer med allvarlig samsjuklighet ökar, upphandlade behandlingshem saknar rätt kompetens och/eller säger nej på förfrågan
3. Upphandlade behandlingshem motsvarar inte nuvarande behov då det är stor andel 12-stegs gruppbehandling och fler klienter har behov av enskild KBT-behandling pga. funktionshinder mm
4. Unga vuxne med narkotikamissbruk och kriminalitet bör ej placeras på samma behandlingshem

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras att vidtas?
Deltar vid upphandling av HVB för vuxna och för där fram förändrade behov tillsammans med övriga kommuner som deltar.

Kontrollmoment: Att barnens situation belyses i utredningar på vuxenteamet. Rubrik barnperspektiv.

Vilka avvikelser har upptäckts?
Under året infördes en ny rubrik i utredningsmallar inom missbruk "Barn- och föräldraperspektivet" för att bättre fånga upp hur barns situation påverkas, och hur individens önskan att vara en god förälder kan användas i motivations- och förändringsarbetet. Har inte upptäckt några avvikelser men underlaget är otillräckligt för att veta säkert om kvaliteten hålls överlag.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras att vidtas?
Behöver kontrollera samtliga utredningar systematiskt. Har endast kontrollerat de utredningar som passerar enhetschef och i övrigt fåtal stickprov

HR

Kontrollmoment: Vikarier; att rutinen följs, avstämning 200 dagar utbildningskravet.

Vilka avvikelser har upptäckts?
För oktober månad hittades 10 medarbetare utan utbildning

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?
Brev skickas hem till medarbetaren om utbildningskravet. De ska komma in med intyg om påbörjad utbildning inom en månad annars avslutas timvikariatet/månadsvikariatet.

Kontrollmoment: Avstämning vikariebehov

Vilka avvikelser har upptäckts?
Finns en känsla att vikarier tycker att de får jobba för lite under året. Det beror på att behov av vikarier ändras under året på frånvaron för tillsvidareanställda. Vissa perioder är det mer frånvaro än andra perioder.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Vikarierna kan få bli inskolade på flera arbetsplatser och få information att de behöver registrera sig på mer tider de kan arbeta.

Administration

Kontrollmoment: Behörigheter; Avstämning med chefer

Vilka avvikelser har upptäckts?

Slumpvisa uttag av loggar tillsänds ansvarig chef för bedömning. Inga avvikelser har noterats i samband med det kontrollmomentet.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Ej aktuellt.

Kontrollmoment: Säbo; sökning i ProCapita av ej verkställda beslut

Vilka avvikelser har upptäckts?

Inga vad gäller särskilt boende. Alla personer som fått beslut om särskilt boende har fått erbjudande om plats inom tre månader. Däremot har det under hösten 2015 funnits brist på demensplatser och två personer har fått vänta mer än tre månader på erbjudande om plats.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Eftersom det funnits tillräckligt med säbo-platser har inga förbättringsåtgärder vidtagits. Dessutom är alla medvetna om att det kan svänga rätt kraftigt vad gäller tillgång på platser och att det är mycket svårt att prognosticera tillgång kontra efterfrågan. Vad gäller demensplatser så förs diskussion med den politiska ledningen om att göra om ett antal av nuvarande säbo-platser till demensplatser. Detta eftersom många av de som söker särskilt boende idag också har en demensdiagnos. Den gruppen har stadigt ökat på senare år.

Kontrollmoment: Posthantering; kontrollera att rutinen följs

Vilka avvikelser har upptäckts?

Inga avvikelser har identifierats.

Vilka åtgärder/förbättringsaktiviteter har vidtagits eller planeras vidtas?

Under tidigare år har det varit problem med att posten inte kommit i tid. Sedan ny registrator rekryterats och hanterat problemet har det i princip upphört.

Internkontroller som inte har genomförts under året

Ekonomi

Ekonomienheten har inte haft möjlighet att genomföra de planerade internkontrollerna under året på grund av problemen med integrationen mellan HR-systemet och Ekonomisystemet. Detta har inneburit att vi inte har kunnat följa vårt ekonomiska resultat under i princip hela året då inga enheter har visat korrekta siffror. Detta borde man kunna se som en avvikelse som berör hela det ekonomiska området inom DSO och arbete pågår både på divisionen och övergripande inom kommunen för att få ordning på problemet.

Område 4

På grund av införande av ny hälso- och sjukvårdsjournal med nya sökord enligt ICF och KVÅ under 2015 har kontrollmoment gällande journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation inte genomförts strukturerat under verksamhetsåret. Viss kvalitetssäkring har skett på annat sätt.

Tekniska divisionen

Genomförd internkontroll

Kontrollområden Ekonomi och Upphandling

1. Leverantörsbetalning

Kontroll: att varan är beställd och levererad till rätt kvalitet, pris och tid. Stickprovskontroll av följesedel mot faktura.

Avvikelse: Kontrollen visar att leveranserna fungerar men 97,5% av inköpen har handlats på rabattavtal.

Åtgärder: Kontrollpunkt även för 2016 då vi ser en fortsatt risk inom området.

2. Attestrutin

Kontroll: Kontroll av attestordningen på utbetalningar och omföringar.

Avvikelse: Av 10 kontrollerade utbetalningsorder fanns 1 felaktig attestant. Vid stickprov har det visat sig att problemet från föregående år kvarstår vad gäller granskningsattestanter och utfärdare. Beslutsattestant följer rutinen.

Åtgärder: Liten risk men punkten kvarstår under 2016.

Kontrollområden Personal och medarbetare

3. APT genomförs med obligatoriskt innehåll

Kontroll: Uppföljning av dokumentation från APT:er i Platina.

Avvikelse: APT genomförs och de fyra obligatoriska APT:områdena behandlas men inte vid separata möten utan mera kontinuerligt under året. Dokumentationen har därför inte heller följt rutinen fullt ut utan finns ofta med i form av anteckningar från veckomöten/APT-möten.

Åtgärder: Bättre ordning inför 2016.

4. Medarbetarsamtal med skriftlig utvecklingsplan

Kontroll: Uppföljning 1 gång/år av divisionschef.

Avvikelse: Medarbetarsamtal genomförs enligt plan. Skriftliga utvecklingsplaner finns inte för alla medarbetare. Mall för skriftlig utvecklingsplan saknas i kommunen.

Åtgärder: Punkten finns med även för 2016 och kommer att följas upp vid ledningens genomgång 2 ggr/år.

5. **Olyckor i samband med hantering av farligt avfall/kemikalier**

Kontroll: Miljöingenjörerna/arbetsmiljöingenjör kontrollerar att rutinerna följs genom stickprov.

Avvikelse: Flera stickprov har utförts och avvikelser mot rutinen finns. Inga olyckor har dock skett. Det finns brister som gäller t ex korrekt förvaring och tillgång till säkerhetsdatablad samt bristande utbildning för medarbetare.

Åtgärder: Kemikalieinventering genomförd mars 2015. Kemikalieskåp finns på plats men arbetet fortgår. Rutinen kommer att kompletteras med en kemikalieförteckning och utbildning av medarbetare sker under 2016. Nytt arbetssätt och ansvarig inköpssamordnare för kemikalier införs under 2016.

6. **Systematiskt arbetsmiljöarbete**

Kontroll: Uppföljning av en gemensam handlingsplan för arbetsmiljöåtgärder och mätning av arbetsskador och tillbud utförs månadsvis.

Avvikelse: Mätning av antal tillbud sker men det är fortfarande problem med att få personal att anmäla tillbud.

Åtgärder: Rutin för systematiskt arbetsmiljöarbete bör ses över och kompletteras med bl a riskbedömning. Bättre utbildning inom arbetsmiljöområdet kommer att hållas av arbetsmiljöingenjör under 2016.

Kontrollområden IT-system och säkerhet

7. **Obehörig åtkomst till IT-system - Riktlinjer för systematiskt säkerhetsarbete**

Kontroll: Antal divisionssystem med BITS-genomgång samt handlingsplan ska finnas för alla system.

Avvikelse: Ingen avvikelse. Säkerhetsplanerna BITS genomförs i samarbete med IT-enheten och är helt under kontroll.

Åtgärder: Ingen ytterligare åtgärd.

8. **Beredskap för krishantering**

Kontroll: Kontroll vid ledningens genomgång att krispärmar är uppdaterade och kända på divisionen.

Avvikelse: Fungerar men övning krävs.

Åtgärder: Krisövning under 2016.

Kontrollområden Verksamhet

9. **Kontroll:** Uppföljning av besiktningssprotokoll för OVK-besiktning (ventilation) avseende kommunens fastigheter.

Avvikelse: Vissa brister finns fortfarande.

Åtgärder: Rutinen fungerar men behöver utvecklas. Övergång har skett till halvårsvis planering av OVK vilket behöver följas upp under 2016.

10. **Kontroll:** Rutinen för elsäkerhet följs.
Avvikelse: Vissa oklarheter finns runt roller och ansvar.
Åtgärder: Rutinen behöver kompletteras med ytterligare rutiner för vem och hur årlig kontroll av elsäkerhet ska ske inom organisationen. Detta utvecklas under 2016.
11. **Kontroll:** Uppföljning att service på alla leasade fordon i kommunen sker enligt plan.
Avvikelse: Verksamheterna har själva ansvar för att fordon servas men fordonssamordnarna påminner alltid. Kontroll sker också i och med att fakturan på service kommer till fordonsenheten.
Åtgärder: Påminnelser kommer att fortgå under 2016 och framåt men risken anses numera liten och punkten kommer inte med 2016.

Internkontroller som inte har genomförts under året

Kontroller har gjorts enligt planen.

Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Se ovan under Åtgärder.

Samhällsbyggnad

Genomförd internkontroll

Ekonomi

Felaktiga utbetalningar, utbetalning görs utan avtal eller underlag

Kontroll: Totalt har stickprov gjorts på 35 fakturor som avser köp av tjänst. Kontroll mot ramavtal, offentlig upphandling och direktupphandling.

Avvikelse: Vid 2 tillfällen har direktupphandling gjorts utanför ramavtal, motivering finns på fakturan.

Vid tecknade av avtal om direktupphandling på 500 tkr, slutade kostnaden på 800 tkr vilket är en avvikelse från avtalet. Motivering är att olika typer av tjänster köpts av samma leverantör, avvikelsen var godkänd av Upphandlingsenheten.

Direktavrop över avropsgräns inom ramavtal har skett vid 4 tillfällen utan att ny konkurrensutsättning gjorts, med motivering att uppdraget uppskattades från början hamna inom gränsen för direktavrop.

Motivering saknades på 1 faktura där rangordningen inte följts vid avrop inom ramavtal.

Anteckning saknades på 3 fakturor vid köp över 100 tkr.

Åtgärd: Checklista för internarbetsordning kommer att tas fram och förankras i arbetsgruppen samt genomgång av rutiner och utbildning för beställare kommer att genomföras under 2016.

Kostnader belastar rätt konton

Kontroll: Kontroll görs vid uppföljningar och bokslut att rätt konto och projektnummer används.

Avvikelse: Fel konto, ansvar, verksamhet eller projektnummer har konterats på 26 fakturor.

Efter anvisningar från Ekonomi har vi gjort 9 omföringar för att kostnaden för investeringar ska hamna rätt i statistiken till SCB.

8 omföringar på ansvar och verksamhet då förändringar skett i organisationen.

3 omföringar där projektnummer saknas, 6 rättelser på konto och aktivitet, betydligt bättre än tidigare år.

Åtgärd: Rättelserna görs direkt när felet upptäcks. Upprätta konteringsmallar och arbeta fram tydligare rutiner vid kontering.

Kontroll att exploateringsbudget inte överskrids

Kontroll:

1. Kontroll att uppdrag finns från KS/KF
2. Kontroll att exploateringskalkyl finns (nya uppdrag)
3. Vid större avvikelse mot budget än tillåtet (enl rutin), görs kontroll att godkännande finns från KS/KF

Avvikelse:

1. Inga nya exploateringsprojekt startades under 2015. På de större projekt som varit aktiva under 2015 finns det uppdrag. Några mindre åtgärder på gamla projekt är gjorda i syfte att antingen avsluta projekt eller förbereda för exploatering.
2. Då inga nya projekt startades under året finns det inte några avvikelser på exploateringskalkyler. De större aktiva projekten har exploateringskalkyl utom ett projekt (Stenbäret) som startade 2013.
3. Utfallet 2015 på alla exploateringsprojekt avviker positivt ca 7 mnkr i jämförelse med budget 2015.

De flesta avvikelser beror på framskjutning av intäkter eller kostnader och ändrade förutsättningar.

De projekt som avviker mer än 5 % i förhållande till budget finns inte godkännande från KS/KF.

Åtgärd: Färdigställa rutin för exploateringsprojekt och förankring av rutin i början av 2016.

Kontroll av att rätt taxor/avgifter debiteras och att avtal upprättas

Kontroll:

1. Kontroll att samtliga detaljplaner är debiterade görs när planen vinner lagakraft
2. Kontroll att planavgift tas ut vid handläggning av bygglov.
3. Fullständig kontroll att intäkter för fastighetsförsäljning bokförs rätt, kontroll görs mot fastighetsskatten
4. Kontroll att bygglov debiteras enligt taxan.

Avvikelse:

1. Ingen avvikelse.
2. Av fyra bygglov med planavgift har ett ärende inte debiterats planavgiften.
3. Ingen avvikelse
4. Av 26 kontrollerade ärenden har 18 debiterats enligt taxan. Det finns brister i tillämpning av taxan på individnivå. Resultatet överlag går att jämföra med 2014 års utfall. Dock har ingen konkret åtgärd ännu implementerats för bättre resultat. Bra rutiner saknas för att få med alla ingående delar i debiteringen.

Åtgärd:

1. Ingen åtgärd
2. Ingen debitering görs i efterhand, checklistan kompletteras med planavgift.
3. Ingen åtgärd
4. Under 2016 ska enheten regelbundet granska och följa upp bygglovsdebitering för att nå en enhetlig bedömning av taxan.

HR

Kontroll att medarbetarsamtal och arbetsmiljömätning är genomförd samt upprättat en handlingsplan

Kontroll:

Kontroll att medarbetarsamtal och återkoppling av arbetsmiljömätningen har genomförts

Avvikelse:

Medarbetarsamtal har genomförts på samtliga enheter. Under 2015 gjordes ingen arbetsmiljömätning och ingen handlingsplan har därför upprättats.

Åtgärd:

Arbetet pågår centralt med att ta fram ett alternativ till tidigare mätningar.

Kontroll att SHB:s grundläggande rutiner följs, som hindrar att personal försvinner eller skadar sig

Kontroll:

Skapa lokala rutiner för hot och våld samt ha genomgång av rutinen på en arbetsplatsträff.

Avvikelse:

Lokala rutiner har inte upprättats på samtliga enheter det är endast 2 enheter som har verksamhetsspecifika rutiner.

Åtgärd: Komplettera centrala rutinen för hot och våld med verksamhetsspecifika rutiner, genomgång av rutinen på samtliga enhetsmöten under 2016. Införa rutinen i introduktionen för nyanställda.

Kontroll att utbildningsplaner genomförs

Kontroll:

Kontroll om utbildningsplaner för verksamhetssystemen finns och om de är genomförda.

Avvikelse:

Utbildningsplaner är upprättade i samband med medarbetarsamtalet.

Åtgärd:

Nya utbildningsplaner kommer att upprättas i samband med medarbetarsamtalet för alla medarbetare. Introduktionen för nyanställda kommer att kompletteras med utbildningsbehov av verksamhetssystem.

IT

Kontroll av IT-driftstörningar

Kontroll:

Mäta antal timmar där vi haft bortfall av produktionen

Avvikelse:

ECOS, ByggR OL2 har haft servicefönster vid 10 tillfällen, varje gång 4h totalt 40h.

Förutom planlagda servicefönster har ByggR haft ett extra insatt servicefönster vid en uppgradering av TIS, 1h.

ECOS-användarna har i våras drabbats av orimligt långa svarstider. Det som normalt går på en bråkdel av en sekund kunde ta flera minuter. Genom lite

trixande gick det att slippa eller minska problemen. Vad felet beror på har inte kunnat kartläggas. Felet kan fortfarande uppstå men det händer mer sällan.

Platina har haft servicefönster vid 10 tillfällen, varje gång 5h totalt 50h, det har skett på kvällstid, vilket inte har upplevts störande. Uppgradering av Platina gjordes under våren men misslyckades ett nytt försök gjordes på hösten, totalt 10h.

Åtgärd:

Då Platinas servicefönster ligger på kvällstid innebär det inget större bortfall i produktionen. Även om det är 40h som verksamhetsprogrammen Ecos och ByggR är stängda upplever inte personalen det som ett problem, då enheterna planerar in sina möten under dessa tider.

Verksamhet

Kontroll av att politiska eller andra beslut verkställs

Kontroll:

Kontroll att de beslut som KS fattar återrapporteras enligt tidsram. Lista över KS-uppdrag används där samtliga KS-beslut har skrivits in.

Avvikelse:

Krav finns på återrapportering av 5 uppdrag, av dem har 2 återrapporterats till KS inom föreskriven tid. 1 uppdrag har nedprioriterats på grund av resursbrist. 2 kommer att rapporteras första kvartalet 2016.

Åtgärd:

Gemensam rutin behöver tas fram tillsammans med Kommunledningskansliet. Vid framskrivningar till KS kan återrapporteringdatum skrivas in i förslaget och på vilket sätt rapporteringen ska ske.

Kontroll av att handlingar registreras, förvaras och utlämnas korrekt

Kontroll:

Skapa/utveckla rutin för diarieföring i Platina och kontrollera att den följs. Revidera dokumenthanteringsplanen för KS och kontrollera att den följs.

Avvikelse:

Rutin för diarieföring av Mark- och exploateringsärenden är färdigställd, arbete försätter med att förtydliga o förankra rutinen under 2016.

Kontroll att rätt verksamhetskod har används på samtliga (18)

exploateringsärenden, ingen avvikelse. Kontroll att mappstruktur finns på varje exploateringsärende, 2 av 18 saknade mappstruktur.

Dokumenthanteringsplanen är ännu inte fastställd, några justeringar kvarstår.

Åtgärd:

Förankra och förtydliga rutinen för diarieföring av Mark- och exploateringsärenden under 2016.

Med stöd av rutinen för diarieföring kommer dokumenthanteringsplanen färdigställas i början av 2016.

Kontroll att KS-delegationsordning följs och att delegationsbeslut rapporteras**Kontroll:**

1. Kontroll att KS-delegationsordning följs och att delegationsbeslut har rapporteras till Kommunstyrelsen.
2. Skapa rutin för intern arbetsordning

Avvikelse:

1. Av 13 slumpmässigt kontrollerade försäljningar har 2 inte anmälts till KS, på samtliga har rätt delegat fattat beslutet och beslutet är rätt enligt delegationsordningen. Av 10 slumpmässigt kontrollerade nyttjanderätt/ arrende/servitut har 3 inte anmälts till KS. På 1 har fel delegat fattat beslutet, samtliga är rätt enligt delegationsordningen.
3. Rutin för intern arbetsordning är framtagen

Åtgärd:

1. Delegationsanmälan kommer att göras i efterhand.
2. Se över rutinen för delegationsanmälan, införandet av ny mötesmodul i Platina kommer att underlätta hanteringen av delegationsanmälan.
3. Checklista för internarbetsordning kommer att tas fram och förankras i arbetsgruppen under 2016.

Räddning & Säkerhet

Genomförd internkontroll

| Genomförd kontroll | Upptäckta avvikelser och vidtagna åtgärder |
|---|--|
| Genomgång av beredskapslistor | Listor genomgångna och uppdaterade där inga brister kunde hittas |
| Genomgång av representationskostnader så att bifogad deltagarlista finns och att inte | Deltagarförteckning finns oftast. Program med klart syfte |

| | |
|--|--|
| beslutsattestant finns med i deltagarlista | saknas ibland. Kostnader som avser utbildning har bokats som representation. Gå igenom rutiner och riktlinjer med berörda parter. |
| Genomgång av personalsystemet Medvind att personalen rapporterar flex och semester | De flesta rapporterar flex i minuter men några få avvikelser upptäckta. Chefer kommer att få mer information hur medarbetare ska redovisa flextid. |
| Kontroll mot prislistan att rätt debitering skett visar om rätt kostnader debiteras kund | Vid genomgång av debiteringar visar det inga avvikelser mot prislistan |
| Att insatser som utförts debiteras | Genomgång har skett när det gäller vägsanering. Flera händelser saknar rapport om vägsanering trots att detta är utfört Genomgång har skett när det gäller och akut restvärdesarbete. Flera händelser saknar rapport om akut restvärde trots att detta är utfört. Särskild person har under året utsetts att ansvara för samordning av dessa händelser |
| Kontroll av egen personal för att se vilka personer som arbetar utryckning utan att ha kompetensen rökdykare | Ej heltäckande att kunna se vilka som är dokumenterade i Core. Rutin för att detta kan ske införs 2016 |
| Vid kontroll av kontroll av löner upptäcktes att RIB fått för många beredskapsveckor utbetalda | Genomgång har skett från Medvindsrapport under oktober till december där inga felaktigheter hittas. |
| Ej återställt efter Lördagsövning, skrotbilar kvar, bil i övertändningscontainer samt | |

| | |
|--|---|
| ostädade lektionssalar. | |
| Olycksundersökningar, erfarenhetsåterföring. Det finns en för året framtagna rutin kring hur punkterna ska kunna följas upp i verksamhetssystemet Core. Denna lista kommuniceras fortlöpande med ansvariga för olika funktionsområden. Återkopplingen av genomförda åtgärder behöver förbättras | Förtsatt översyn av rutinen samt övriga rutiner inom området olycksundersökning |
| Rutin för att tillsyns och tillståndsprocessen följs. Vid stickprov av ett antal tillståndsärenden så har brister framkommit inom hantering av datum i verksamhetssystemet vid inkommen handling, hanteringen av inkommen komplett ansökan och avsyning som villkor vid explosiva tillstånd. Vid stickprov av ett antal tillsynsärenden så har brister framkommit inom hantering av skriftlig redogörelse vid säkerhetsronder och dokumentationen av inkommen skriftlig redogörelse och införandet av brister för uppföljning av dessa i verksamhetssystemet Core. | Processansvarig för tillsyn fortsätter arbeta med och följa upp arbetet enligt rutinen för tillsynsprocessen. |

Internkontroller som inte har genomförts under året

Rutin för inventariehantering är inte upprättad.

Kommunledningskansliet

Genomförd internkontroll

Kommunledningskansliet

1. Kontrollområde Rutin för sjuk- och semesteranmälan

Kontroll har genomförts löpande, primärt genom att chef noterar sjukdom och ansökan om semester/flexitidsledighet manuellt och därefter kontrollerar den i HR2020. Några få avvikelser har upptäckts under samma månad som avvikelserna uppkommit och kunnat rättas omedelbart. Åtgärd som vidtagits är förtydligande om hur flexitid ska användas samt information om vikten av att sjukanmälan inkommer.

Kansliet

1. Kontrollområde Rutin för utlämnande av allmän handling. (risk att lämna ut sekretessbelagd information)

Kontroll har genomförts genom uppföljande möten 8 ggr under 2015. Inga avvikelser har upptäckts.

2. Kontrollområde Rutin för utlämnande av allmän handling (att handling ej lämnas ut skyndsamt)

Kontroll har genomförts genom uppföljande möten 8 ggr under 2015. Inga avvikelser har upptäckts.

3. Kontrollområde Rutin för diarieföring (kontroll av sökbarhet i kommunens diaries)

Kontroll har genomförts genom ett stickprov per kvartal. 143 ärenden och 479 handlingars rubriker har granskats. Av dessa fanns 2 avvikelser. Diskussion har tagits med berörd registrator och rättelse har skett. Inga övriga åtgärder planeras.

4. Kontrollområde Rutin för bolagsstämmor (att kommunens representeras)

Kontroll har genomförts halvårsvis avseende att inbjudan inkommit samt att representant deltagit. Av 8 bolagsstämmor har representanter kunnat närvara vid 6. Under året har det framkommit att bolag skickar kallelse direkt till behöriga. Åtgärd har vidtagits genom brev till bolagen om att skicka kallelse till Nyköpings kommun istället för enskilda personer.

5. Kontrollområde PuL och rutin för publicering på webb

Kontroll har genomförts halvårsvis av 10 kallelser/protokoll på webb. Totalt 20 kallelser/protokoll har granskats motsvarande cirka 350 ärenden. Möjligen en avvikelse, angivet namn i samband med vitesföreläggande. Ingen åtgärd har vidtagits och ingen planeras att vidtas.

6. Kontrollområde Rutin för diarieföring (att allt inte diarieförs enl gällande rutiner)

Kontroll har genomförts genom intervjuer med tre registratorer inom olika verksamheter. Flertalet rutiner var kända av de intervjuade men användes inte alltid. Åtgärder planeras genom fördjupat utvecklingsarbete för administrationen inom BUK, administrativa handboken på IN kommer att kompletteras med ytterligare efterfrågat material samt länkar till lagtexter och kontrollområdet kommer att fortsätta 2016.

7. Kontrollområde Rutin för kontroll av öppna ärenden

Kontroll har genomförts genom stickprov halvårsvis av ärenden öppna längre än tre månader. Kontrollen var dåligt formulerad och utfallet har därför brister. Detta åtgärdas till internkontrollplanen 2016. Utfallet i sig visar på avvikelser genom att ärenden tycks vara öppna under lång tid och att handläggare inte

svarar alternativt inte bereder ärendet. Åtgärder planeras genom tex utökad information i Administrativa handboken, utbildning till handläggare samt förbättrade utskick till handläggare från registrator med besked om antal öppna ärenden som denna ansvarar för.

8. Kontrollområde Systemförvaltningsplaner

Kontroll har skett genom fullständig kontroll per helår. Inga avvikelser.

9. Kontrollområde Att dokumentmallar i Platina följer den grafiska profilen

Kontroll har inte skett genom stickprov såsom internkontrollplanen angav. Kontrollen har istället uppnåtts genom inventering av kommunens 340 mallar varav 75 % är inventerade. Avvikelse har uppmärksammats. Åtgärd tas fram efter att samtliga inventerats.

Stadsarkivet

1. Kontrollområde, Ta emot handlingar som innehåller mögel/skadedjur, rutin vid mottagning av leveranser.

Kontroll har gjorts vid leveranser - inget spår av mögel eller skadedjur har hittats. Kontroll av miljön i arkiven har gjorts regelbundet - inga spår av skadedjur har hittats, rutinen har följts.

2. Kontrollområde, Inte få tillbaka akter som stadsarkivet lånat ut internt Hantering av akter internt.

Kontrollen delvis genomförd, förbättrade rutiner har tagits fram för att minimera risken att akter som lånas ut internt inte returneras där handläggare informeras vid lån om deras ansvar. Dock har rutin för påminnelse enligt rutin inte genomförts och ska förbättras under 2016.

3. Kontrollområde, Felaktigheter i hanteringen av nitratbilder, t.ex. att de kontaminerar andra handlingar.

Kontroll i arkivet att miljön är korrekt vad gäller temperatur och luftfuktighet har gjorts enligt rutin, inga avvikelser har upptäckts.

4. Kontrollområde, Rutin för utlämnande av allmän handling.

Diskussion har genomförts rörande utlämnande av sekretessbelagd handling vid veckovisa avstämningsmöten, inget felaktigt utlämnande har upptäckts.

Strategi- och Projektenheten

1. Kontrollområde, Verksamheten når inte uppsatta mål

Uppföljning av genomförts vid enhetsmöten samt vid avstämningsmöten mellan enhetschef och samordnare. Vad gäller Projektkontor har uppföljning

gjorts vid tavelmöten samt vid planering av projektprioriteringar. Resultatet visar att risken att resurserna används ineffektivt inte har inträffat då vi har kunnat planera in inkommande uppdrag och projekt så att beläggningen varit på en god nivå.

2. Kontrollområde, Uppdragsspecifikation saknas för uppdrag som omfattar insats om minst 7 arbetsdagar

Kontroll har skett vid tavelmöten. Mål: att alla större uppdrag ska ha en uppdragsbeskrivning. Resultatet blev 5/6 (83 %).

Åtgärder under 2016: infoga målet i verksamhetsplanen för enheten samt fortsätta mäta vid tavelmöten.

3. Projektbeställning och/eller Projektplan kvalitetssäkras inte

Kontroll har skett vid tavelmöten. Mål: att kvalitetssäkring har skett av 80 % av uppdragsbeskrivningar, projektbeställningar och projektplaner. Resultat: 4/7 (57 %).

Åtgärder under 2016: infoga målet i verksamhetsplanen för enheten samt fortsätta mäta vid tavelmöten.

4. Strategiskt arbetssätt

Uppföljning har genomförts vid enhetsmöten samt vid avstämningsmöten mellan enhetschef och samordnare. Förslag har tagits fram och presenterats för chef för Kommunledningskansliet där närmare koppling till CLL och ledningslag i divisioner (presentationer vid möten vid till exempel framtagande av styrdokument) ingick som en del. Vikten av att stärka strategernas koppling till respektive nätverk i kommunen var en annan. Dessa två delar ska fokuseras på under 2016.

5. Förändring av levererade projektrapporter, slutrapporter, tjänsteskrivningar etc.

Uppföljning har genomförts vid enhetsmöten samt vid avstämningsmöten mellan enhetschef och samordnare. Tjänsteskrivelser har förändrats och kommunikationen kring detta har varit bristfällig. Resultatet har varit att arbetet förlängs eller att onödigt arbete läggs ner. Detta återkommer därför i kommande års internkontrollplan för fortsatt uppföljning och hantering.

Generell kommentar till uppföljning av internkontroll på Strategi- och Projektenheten: de uppföljningar som ska ha skett vid enhetsmöten under året fram till och med september har inte dokumenterats. De uppföljningar som nämns ovan är gjorda vid enhetsmöten eller tavelmöten som varit under oktober – december.

Internkontroller som inte har genomförts under året

Kansliet

1 Kontrollområde Uppföljningsflik/rapport (metadata för KS)

Kontroll har inte skett till fullo på det sätt som angivits. Skälet är vakans i den aktuella befattningen och hög arbetsbelastning för kvarvarande medarbetare.

2 Kontrollområde Uppföljningsflik (verkställighet för KS)

Som ovan. I de fall kontroll har skett finns avvikelser med beslut som inte verkställts. Vidtagna åtgärder har skett genom diskussion med berörd enhet för inhämtande av förklaring till att beslut inte verkställts. Området kommer att prioriteras

Beställarkontoret

Genomförd internkontroll

Kontroll

Internöverenskommelse. Nat kvalitetssäkrar inte nämndernas verksamhet (det saknas formulerade kravnivåer). Analys internöverenskommelse

Avvikelser

Kravnivåer kan utvecklas under förutsättning att nämnden så önskar

Åtgärd

Fortsatt analys av interövenskommelser mellan NAT. Finns med i verksamhetsplan 2016 för Beställarkontoret NAT.

Kontroll

Tillsyn. Nat utför inte tillsyn på nämndernas verksamheter.

Avvikelse

Uppföljning i Nat gruppen visar att några av nämnderna har tillsynsplan och följer upp denna. Alla nämnder har ännu inte sett behov av tillsynsplan utöver den uppföljning av internöverenskommelse som redan sker.

Åtgärd

Finns med i verksamhetsplan för 2016 för Beställarkontoret NAT. Natgruppen ska under året utveckla uppföljning av beställning och avtal samt tillsyn.

Kontroll

Omvärldsbevakning. Nat genomför inte tillräcklig omvärldsbevakning och kan inte sakkunnigt stötta nämnden

Avvikelse

Intervju med enskild vid medarbetarsamtal utifrån kompetensinventering och behov. Kurs och konferenskostnaden har ökat från 2014 ca 20 tkr till 2015 då det var 114 tkr.

Åtgärd

Bevaka under år 2016. Finns i verksamhetsplan 2016.

Kontroll

Strategisk planering, Nat utför inte den strategiska planeringen åt nämnden. Kontroll av kallelse NAT ger genom informationsärenden samt planeringsdagar med presidium nämnden möjlighet att genomföra strategisk planering

Avvikelse

Ingen avvikelse

Åtgärd

Bättre och samordnad verksamhetsplanering för Nat gruppen.

Kontroll

Resurser, Nat/Beställarkontoret har inte tillräcklig bemanning, mellan nämnder och kontoret som helhet. Uppföljning av nyckeltal

Avvikelse

Uppföljningen av nyckeltal visar en viss ökning. De indikatorer som nyttjas mäter inte tillfredsställande vilken ökning eller minskning som finns i resp. nämnd.

Åtgärd

Förbättra indikatorer och nyckeltal för att bättre kunna resurs ätta vid ökning och minskning av arbetsbelastning. Undvika stress och ohälsa. Arbetet med Nat kluster ska fortsätta.

Kontroll

Rutiner och lagar, Nat följer inte administrativa rutiner, lagar och förordningar. Stickprov (5 ST) visar att Nat följer lagar och förordningar vid framtagande av tjänsteskrivelser.

Avvikelse

Ingen avvikelse

Åtgärd

Ingen åtgärd

Internkontroller som inte har genomförts under året

Prioritering, Nat jobbar inte med "rätt" saker. Enkäten genomfördes ej under 2015 då ej ekonomi eller kanli genomförde enkät. Enkät ska genomföras 2016

Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Uppföljning av resurssättning och arbetsbelastning i gruppen.
Kompetensinventering.

HR-avdelningen

Genomförd internkontroll

Hot/risk: Risk att korttidssjukfrånvaron kommer att vara fortsatt hög. Rutinen "aktiv återgång" syftar till att fånga upp sjukfrånvaro i god tid.

Uppföljning: I december 2015 fick alla chefer besvara en enkät, svarsfrekvensen var 80 %. Av de som besvarat enkäten angav 46,3 % av cheferna att de har medelgod kunskap om "aktiv återgång". 32,2 % angav att de har god kunskap om "aktiv återgång". Av dessa svarade 65,7 % att den utgör ett stöd i att hantera sjukskrivna medarbetare.

Åtgärder: Alla nyanställda chefer får utbildning i arbetsmiljö och rehabilitering som en del av ledarutvecklingsprogrammet för nya chefer. Under våren 2016 utbildas alla chefer inom BUK i arbetsmiljö och samverkan där information om "Aktiv återgång" ingår. En särskild kartläggning av korttidssjukfrånvaron inom förskolan avslutades under 2015. Information om "Arbetsplatsnära stöd" genomförs i samarbete med försäkringskassan. HR är ett arbetsrättsligt stöd för cheferna i enskilda rehabiliteringsärenden.

Hot/risk: Risk att chefer slutar sin anställning inom yrkesområden som är svårrekryterade och/eller där vi har en hög personalomsättning.

Uppföljning: I enkäten till kommunens chefer i december 2015 ställdes frågan vad som gjort att de valt kommunen som arbetsgivare och vad som får dem att stanna kvar i sin anställning. De främsta skälen till att de valt Nyköpings kommun som arbetsgivare var ett intressant uppdrag, geografiskt läge/kortare pendlingsavstånd och möjligheter till utveckling.

De främsta skälen till att de stannar kvar i sin anställning var ett intressant uppdrag, gott samarbete med medarbetare och geografiskt läge/kortare pendlingsavstånd.

Åtgärder: HR ansvarar för att ge råd och stöd samt utbilda cheferna så att de kan utföra sitt chefs- och ledaruppdrag på bästa sätt. HR fortsätter därför under 2016 med ledarutvecklingsprogrammet för nya chefer med halvdagsseminarier baserat på olika teman t. ex. kommunjuridik, ekonomi, arbetsmiljö och arbetsrätt. Utvecklingsprogrammet Klart ledarskap ska hållas vid tre tillfällen under året och vi kommer dessutom att erbjuda individuell ledarcoaching. HR ska också utveckla ett program för seniora chefer.

Hot/risk: Vid rekrytering finns risk att kommunen inte får sökande som uppfyller kravspecifikationen.

Uppföljning: I enkäten till samtliga chefer i december 2015 angav 75 % att de under de senaste åren haft en eller flera tjänster där det varit svårt att rekrytera den kompetens som krävs. Exempel på svårrekryterade yrkesgrupper var ingenjörer, förskollärare, lärare, undersköterskor, fritidspedagoger, socionomer. Att det är för få som utbildar sig till yrket och lönenivån i Nyköpings kommun angavs som de viktigaste skälen till att grupperna var svårrekryterade.

Åtgärder: HR ansvarar för att det finns en övergripande strategi inom kompetensförsörjning, följt av en kompetensförsörjningsplan samt en systematisk metod för att så tidigt som möjligt identifiera våra kommande behov. Under 2016 ska en tydlig kompetensförsörjningsplan påbörjas med inriktning på kompetenskartläggning och karriärvägar. Identifiering av bristyrken och villkor för dessa grupper ska undersökas.

IT-enheten

Genomförd internkontroll

Kontrollområden samt resultat

Ekonomi

Risk:

Kostnader belastar fel konton.

Kontrollmoment:

Månatlig uppföljning av kostnader mot budget.

Månatlig uppföljning av kostnader mot budget har genomförts och avvikelser till följd av felaktig kontering har justerats. Rutinen fungerar.

Kommunen får inte in intäkter enligt avtal eller enligt beslut för levererade tjänster.

Kontroll genom månatlig uppföljning har genomförts för att säkerställa att intäkterna för levererade tjänster täcker kostnaderna. Avvikelser har konstaterats när det gäller interndebitering av datorkostnader. Intäkterna täcker inte kostnaderna för inköp av datorer.

Förslag till åtgärd:

Prisjustering av datorhyrorna till marknadspris från 1 januari 2015.

Risk: Kommunens inventarier försvinner. (4)

Kontrollmoment: Årlig uppdatering av inventarieförteckning och kontroll över existerande inventarier.

IT-arbetsplatserna (datorer) kontrolleras genom registrering i Nilex inventarieregister. Alla datorer skannas regelbundet med automatik och avvikelser registreras i en s.k. difflista. Vid misstanke om avvikelser stäms detta av med verksamheternas behöriga beställare.

Under året har ingen fullständig inventering av alla datorarbetsplatser genomförts. En selektiv inventering har gjorts där vi misstänkt att något fattas.

Förslag till åtgärd:

Under 2016 göra en uppföljning av inventarier med varje verksamhet där avvikelser konstaterats.

HR

Risk:

Inget löneavdrag görs vid sjukfrånvaro, VAB. Semesterledighet rapporteras inte. (6)

Kontrollmoment:

Uppföljning att resultat för rutinen kring sjukanmälan, VAB och semesteransökan fungerar.

Rapportering av frånvaro görs av den anställde direkt till koordinator för respektive funktion med kopia till ansvarig chef. Uppföljning av frånvaro kontra inrapportering i Medvind har genomförts varannan månad.

Rutinerna fungerar.

Risk:

Felaktigt utbetalda löner, reseersättningar, traktamente. (7)

Kontrollmoment:

Följa upp att resultatet för rutinen följs och att underlag är rätt ifyllt och rapporterat.

Kontroll med hjälp av rapporterna löne- och anställningsanalys genomförs regelbundet. Reseersättningar och traktamente kontrolleras vid inrapportering i Medvind.

Rutinerna fungerar.

Risk:

Brister i arbetsmiljön (8)

Kontrollmoment:

Skyddsronder, medarbetarsamtal, HRI-mätning

Medarbetarsamtal genomförs årligen, HRI-mätning utgick 2015 och har därför inte genomförts.

Under året har vi utökat lokalytan.

Risk:

Tillgång till rätt kompetens saknas för att kunna leverera tjänster till verksamheten (9)

Kontrollmoment:

Följ upp att planer finns för grundbemanning och att rätt kompetens finns.

I rollbeskrivningen för medarbetare på IT-enheten finns kraven på kompetens beskriven. På ledningsgruppsmöten förs dialogen om det uppstår förändringar i kompetenskraven och hur dessa ska hanteras. Inför varje år beslutas i IT-enhetens ledningsgrupp vilka utbildningar som ska prioriteras utifrån kompetensbehovet på IT-enheten.

IT

Risk:

1. Obehörig åtkomst till IT-system kan leda till te x ekonomisk förlust, skadegörelse, personsäkerhet som kan skada kommunens goodwill (11)

2. Felaktig tilldelning av behörighet från ej auktoriserad godkännare (12)

Kontrollmoment:

Följa upp att användarid som inte längre används är borttagna från verksamhetssystemen. Följa upp att verksamheterna tillämpar rutiner enligt systemförvaltningsplanen

Rutin finns för Användarid som inte längre används tas bort från verksamhetssystemen. De IT-system som IT-enheten har systemansvaret för kontrolleras regelbundet och inaktuella användarid har tagits bort. Tillgång till verksamhetssystem tillåts bara om godkännande inkommit från auktoriserad person. Rutinen fungerar.

Generell rutin för verksamhetssystem (387265)

Rutin för IT-enhetens verksamhetssystem samt underliggande/centrala system (356245)

Rutin vid förändring av arbetsuppgifter finns (356245). Förändringar följs upp 1 ggr/år i systemförvaltningsplanen.

Frågan tas upp vid varje informationssäkerhetsanalys av systemen, med hjälp av verktyget BITS.

Förslag till åtgärd:

1. För IT-enhetens system bör Nilex anpassas så att ärenden med behörighetsgivning blir sökbara, t ex en egen kategori.

2. Påminnelse om att följa upp Rutinen för behörigheter ska skickas från Systemförvaltningssamordnare till Systemansvariga och Systemägare 2 ggr/år. Tas med i ett månadsmail.

Risk:

Flera personer delar användarid och lösenord vilket försvårar spårbarhet. (13)

Kontrollmoment:

Följa upp att gruppkonton inte används

Användarid och lösen skall vara individuella. Gruppidentiteter tillåts inte. I dagsläget finns det användargrupper inom Vård och Omsorg som delar dator. Där är det inte praktiskt möjligt att använda individuell inloggning. Observera att detta bara gäller datorinloggning och inte verksamhetssystem.

Vissa gruppkonton i V&O finns kvar, men inga ny läggs upp. Efterfrågan är dock fortfarande stor från verksamheten men vi säger nej. Undantag finns för gruppkonton hos Räddningstjänsten för datorer i deras utryckningsfordon.

Riktlinjer för IT-resurser (IT-system) "Varje användare av något av kommunens IT-system ska ha en personlig användaridentitet". (3.9 Tillträde och behörighet till kommunens IT-resurser)

Förslag till åtgärd:

Arbeta bort gruppkonton succesivt

Risk:

Inaktuella konton är tillgängliga för obehöriga (14)

Kontrollmoment:

Följa upp att användarid är borttaget genom checklista när anställning upphör

Användarid för personal som slutar ska tas bort. Metakatalogen ger oss en fullständig och daglig matchning av användarkonton kontra tillsvidareanställd personal i lönesystemet. Syftet är att förhindra obehörig åtkomst till kommunens nät och inloggning i kommunens domän.

Borttagning av konton för e-post och inloggning i AD via Metakatalogen sker idag med automatik. När konton tas bort i AD't så kan de återanvändas efter en viss period, men konton kan inte tas bort i HR-systemet. När konton återanvänds i AD't så kan användaren komma in på en gammal användares konto i HR-systemet. En fungerande workaround finns som avhjälpt problemet samtidigt som leverantören arbetar för en permanent lösning av låsning av användarkonton i AD't/Metakatalogen.

Rutin finns för att hantera användarkonton vid anställningsupphörande (386616) Generell rutin.

Förslag till åtgärd:

Slutföra arbetet med att permanent lösa problemet med låsning av användarkonton i AD't/Metakatalogen.

Risk:**Obehörigt tillträde ökar risken för sabotage (15)****Kontrollmoment:****Kontroll av behörigheter till säkra utrymmen.**

Besökare skriver in sig vid tillträde till kontorslokaler på IT-enheten. För särskilda skyddsobjekt som ex datahallen är en särskild larmzon uppsatt med mycket begränsad behörighet..

Rutin för säker zon finns framtagen (138574). Rutinerna fungerar i stort, men kan förbättras. Blanketten för externa besök till serverrummen används inte.

Förslag till Åtgärd:

1. Se över rutinen för Säker Larmzon, och eventuellt justera.
2. Informera om att använda blanketten för Tillträde till säkra utrymmen.

Säkerhet**Risk:****Obehörig kommer åt inloggningsuppgifter som förvaras på otillbörligt sätt och kommer därefter åt känslig information (17)****Kontrollmoment:****Försäkra att nyanställd är informerad om innehållet i IT-riktlinjerna där det framgår hur lösenord ska förvaras**

Vid introduktion av nyanställda informeras personalen om policyn för IT-säkerhet i Nyköpings kommun och Riktlinjer för IT-resurser. I checklistan för arbetsplatsintroduktion kvitteras vem som informerat och när det utfördes. Rutinen finns på plats. Oklarheter finns när det gäller uppföljning av checklistan. Denna fråga har ännu ingen lösning.

Förslag till Åtgärd:

Att införa någon form av kvittens som möjliggör spårbarhet av vilka som kvitterat att man fått information om policyn för IT-säkerhet. En lösning kan vara en digital checklista, i ett digitalt introduktionsprogram där den nyanställde måste kvittera ett avsnitt innan hen går vidare.

Risk:**Virus- och malwareangrepp orsakar problem med tillgänglighet (18)****Kontrollmoment:****Regelbunden genomgång av loggar för antivirusuppdatering och säkerhetsuppdatering av klienter och servrar**

Regelbunden antivirusuppdatering och säkerhetsuppdateringar av klienter genomförs automatiskt. Varningsmeddelande kommer upp på användarens dator vid angrepp. Eventuella angrepp loggas, men följs inte upp annat än om

användaren felanmäler sin dator. Angrepp kan spåras till en specifik dator. Tiden för SA/TSA att regelbundet kontrollera loggarna finns inte.

Antivirusuppdatering av servrar görs automatiskt och i samband med serviceåtgärder vid månatliga servicefönster kontrolleras att dessa gått på. Nya versioner av antivirusprogrammet installeras manuellt på uppdrag av systemansvarig för antivirusprogrammet. Rutinen fungerar.

Rutin för servicefönster, där antivirusuppdateringar är en del, finns i Platina (232228) respektive Wikin.

Förslag till Åtgärd:

1. Följa upp att F-secure fungerar och går ut som den ska på klienter. Ta fram Rutin för uppföljning som skrivs in Systemförvaltningsplanen för F-secure och där följs upp årligen.
2. Undersöka förutsättningen för SA/TSA att ha tid att kontinuerligt följa upp loggningen.
3. Informera om att undvika att vara inloggad som lokal administratör
4. Undersöka möjligheten att använda Vitlistning som kontrollerar vilka program som får köras.
5. Informera användarna om vikten av att datorerna är nätanslutna och inte är avstängda under en längre period.

Risk:

Brand, stöld, inbrott, skadegörelse, vandalisering (19)

Kontrollmoment:

Säkerhetsronder. Tillsyn systematiskt säkerhetsarbete.

Säkerhetsronder genomförs av fastighetsägaren och protokoll på åtgärds punkter skrivs.

Säkerhetsronder genomförs av Räddningstjänsten enligt deras rutin för säkerhetsronder.

Brandövningar initieras av fastighetsägaren.

Rutinen fungerar

Risk:

Systemen går inte att återskapa vid ett haveri (20)

Återläsning av backup fungerar inte (21)

Kontrollmoment:

Se till att det finns en uppdaterad återstartsplan och att den är testad.

Test att säkerhetskopior går att återläsa.

Idag finns inga rutiner för att regelbundet kontrollera återskapning av data för hela eller delar av verksamhetssystem.

En ny backuplösning infördes 2015-03. Verktyget för testning av backup är under testning (2015-11-12). Rutin ska skrivas när testerna är klar.

Befintliga åtgärder:

1. Daglig kontroll av loggarna för backup genomförs och eventuella avvikelser noteras och rättas till.
2. Säkerhetskopiering av förändrad data genomförs dagligen. Fullständig säkerhetskopiering av data genomförs vecko/månadsvis till disk. Backup som utförs till disk är placerade i Brandstationens- och IT-enhetens datacenter.
3. Kontroll av att backupjobben fungerar görs dagligen av teknisk systemansvarig på IT-enheten.
4. Eventuella felarm skickas med automatik till it-enheten@nykoping.se som IT-supporten lägger upp som ärenden för åtgärd.
5. Supportärenden för att återskapa data kommer in regelbundet till IT-supporten och vid dessa tillfällen genomförs verifiering där vi ser att data går att återskapa.

Förslag till åtgärd:

1. Uppdatera Systemförvaltningsplanen för Backup och där säkerställa att rutiner för regelbunden kontroll av återskapning av data för hela eller delar av verksamhetssystem finns och fungerar. Följs upp årligen i Systemförvaltningsplanen.
2. Slutföra befintligt uppdrag Kontinuitets- och återstartsplan, doknr 129908). I återstartsplanen ingår rutin för test av återläsning av säkerhetskopior.

Risk:

Dataintrång orsakar informationsförlust (22)

Kontrollmoment:

Genomgång av loggar för kontroll av skydd mot intrångsförsök

Loggarna kontrolleras när intrång har upptäckts. Larm på interna Honeypot-system larmar när något/någon ansluter till platser där inga obehöriga ska vara.

Idag är risken större att hackare tar sig in än att användare lämnar datorer utan att logga ut, men åtgärder behövs för att minimera bägge riskerna. Risken för informationsförlust vid hackerintrång är mindre än risken att man vid hackerintrång lämnar ett malware som infekterar användarens dator för att användas vid ett senare tillfälle. Kryptering av informationen och begäran om lösensumma för att häva krypteringen eller hot om att lägga ut känslig information på internet är exempel på det.

Förslag till åtgärd:

1. Informera användarna om vikten av att uppdatera Antivirus och Windows på datorerna, och vikten av att de är nätanslutna och inte är avstängda under en längre period.
2. Undersöka möjligheten att införa obligatorisk användning av SITHS-kort som inloggning för dem som har kort och sedan information/Utbildning till användarna.

3. Informera användarna om hur intrången sker, hur bluffmejl ser ut och att koppla bort datorn från nätverket om man blir drabbad.
4. Undersöka möjligheten och om möjligt ta bort lokala administratörsrättigheter. Vid behov sen ge behörighet för kortare tid. Gå igenom vilka som har administratörsrättigheter och om möjligt ta bort.
5. Undersöka möjlighet att använda vitlistning som kontrollerar vilka program som får köras.
6. Ta fram en Incidenthanteringsrutin för IT-enheten när datorintrång upptäcks.

Risk:

Överbelastningsattack/DDOS minskar tillgängligheten till Internet (23)

Kontrollmoment:

Säkerställa att loggar signalerar när vi blir utsatta

Riskmoment

1. DDoS med så mycket trafik så att linan fylls = brandväggarna är uppe och alla system internt och på DMZ (skydd mot extern nättrafik) är nåbara. Externa tjänster nås inte och kommunens tjänster nås inte utifrån.
2. DDoS som använder sig av trasiga och illasinnande paket kan göra så att brandväggarnas cpu överbelastas. Detta har inverkan på servrar och tjänster på DMZ.
3. Netscaler används som lastbalanserare för nättrafiken. Idag har Netscalern ett ben på DMZ och ett ben på insidan. Insidan kan då påverkas under en DDoS – attack.

Internettrafiken övervakas kontinuerligt och larm går ut. Vi kan följa upp var attacken gjordes i vårt nät. Vi kan se vad som utsatts för attacken, men inte varifrån den kommer.

Åtgärdsförslag:

1. Ta fram en Incidenthanteringsrutin vid DDoS - attack för IT-enheten.
2. Undersöka möjligheten att använda två Netscaler, en på DMZ och en internt.
2. Undersöka möjligheten att flytta kritiska publika servrar till molnleverantör, t ex Nyköpings och Oxelösunds publika hemsidor.

Övrigt

Risk:

Medarbetare skor sig själva på kommunens bekostnad. T ex köper saker till sig själv, utnyttjar bensinkort privat. Kommunens tillgångar används privat, t ex bilar och släpkärror

Kontrollmoment:

Följ upp att kommunens regelverk följs exempelvis inköpsrutiner, fakturakontroll

Kontroll av körjournaler avseende körda mil mot förbrukad bensin

Kontroll att rutinen för t ex utlämnande av nycklar, bensinkort, bokningsrutiner fungerar

Bilar används vid serviceärenden och tillhörande körjournaler fylls i regelbundet. Avstämning görs varje år av journal samt antal körda mil. Användandet av bensinkort stäms av mot varje faktura.

Rutinerna fungerar.

Internkontroller som inte genomförts under året

Ekonomi

Åtgärdsförslag: Uppföljning under 2015 med varje verksamhet där avvikelser konstaterats.

Orsak: En fullständig inventering av IT-inventarier har inte gjorts pga tidsbrist.

HR

Kontrollmoment: Skyddsronder, medarbetaresamtal, HRI-mätning

Skydds rond är inte genomförd.(Osäkert om det gjordes under 2015)

IT/Säkerhet

Risk:

Inaktuella konton är tillgängliga för obehöriga (14)

Kontrollmoment:

Följ upp att användarid är borttaget genom checklista när anställning upphör

Åtgärdsförslag: Utredning för att få automatiken att fungera tillsammans med leverantören av Metakatalogen fortsätter med mål att aktivera funktionen i samband med införandet av nya HR/Lönesystemet i mars 2015.

Orsak: Automatik vid avslutning av tjänst fungerar inte. En workaround finns som avhjälpt problemet samtidigt som leverantören arbetar för en permanent lösning i AD´t/Metakatalogen.

Risk:

Obehörig kommer åt inloggningsuppgifter som förvaras på otillbörligt sätt och kommer därefter åt känslig information (17)

Kontrollmoment:

Försäkra att nyanställd är informerade om innehållet i IT-riktlinjerna där det framgår hur lösenord ska förvaras

Åtgärdsförslag: Att införa någon form av kvittens som möjliggör spårbarhet av vilka som kvitterat att man fått information om policyn för IT-säkerhet. Denna fråga har ännu ingen lösning.

Orsak: IT-enheten äger inte frågan. Kvittens av att man tagit del av informationen borde införas av HR i Rekryteringsrutinen.

Risk:

**Systemen går inte att återskapa vid ett haveri (20)
Återläsning av backup fungerar inte (21)**

Kontrollmoment:

**Se till att det finns en uppdaterad återstartsplan och att den är testad.
Test att säkerhetskopior går att återläsa.**

Åtgärdsförslag: Uppdatera förvaltningsplanen för backup och där säkerställa att rutiner för regelbunden kontroll av återskapning av data för hela eller delar av verksamhetssystem finns och fungerar.

Orsak: Åtgärden utförs i samband med införande av ny backuplösning. Rutinen är beroende av införandet av ny Kontinuitets- och återstartsplan som försenats på grund av tidsbrist.

Åtgärder som vidtagits utifrån tidigare års internkontrollplaner

Ekonomi

Prisjustering av datorhyrorna med +10% från 1 januari 2015.

IT

Rutin utvecklad för att tydliggöra vem som godkänner tillgång till verksamhetssystem som används internt på IT-enheten.

Alla underliggande system där gemensamma administratörskonton förekommer har identifierats och individuella administratörskonton har skapats

och används. Inga gemensamma administratörskonton används på IT-enheten.

Uppföljning av handlingsplanen för arbetsmiljömätningen avseende lokalyta. Utökning av arbetsytor har gjorts.

Aktivitetsplan för Åtgärder

| Nr | Åtgärdsförslag | Ansvarig | Upp-följning | Vidtagen Åtgärd | Klar- markerad |
|--------|--|----------|--------------|---|-------------------|
| | Ekonomi | | | | |
| | Prisjustering av datorhyrorna till marknadspris från 1 januari 2015 | Stig | | | |
| 4 | Under 2016 göra en uppföljning av inventarier med varje verksamhet där avvikelser konstaterats. | Stig | | | |
| | IT | | | | |
| 11, 12 | För IT-enhetens system bör Nilex anpassas så att ärenden med behörighetsgivning blir sökbara, t ex en egen kategori. | Harriet | 2016-02-22 | Ärende lagt till Sara | |
| 11, 12 | Påminnelse om att följa upp Rutinen för behörigheter ska skickas från Systemförvaltningssamordnare till Systemansvariga och Systemägare 2 ggr/år. Tas med i ett månadsmail. | Harriet | 2016-02-22 | Inlagt i planeringen för månadsmail. Påminnelse Kommer att skickas ut 2 ggr/år till SA/SÅ | |
| 13 | Arbeta bort gruppkonton succesivt | Pekka | | | |
| 14 | Slutföra arbetet med att permanent lösa problemet med låsning av användarkonton i ADt/Metakatalogen. | Pekka | | | |
| 15 | Se över rutinen för Säker Larmzon, och eventuellt justera. | Pekka | | | |
| 15 | Informera om att använda blanketten för Tillträde till säkra utrymmen | Pekka | | | |
| 17 | Att införa någon form av kvittens som möjliggör spårbarhet av vilka som kvitterat att man fått information om policyn för IT-säkerhet. En lösning kan vara en digital checklista, i ett digitalt introduktionsprogram där den nyanställde måste kvittera ett avsnitt innan hen går vidare. | Peter | | | |
| 18 | Följa upp att F-secure fungerar och går ut som den ska på klienter. Ta fram Rutin för uppföljning som skrivs in Systemförvaltningsplanen för F-secure och där följs upp årligen. | Pekka | | | |
| 18 | Undersöka förutsättningen för SA/TSA att ha tid att kontinuerligt följa upp loggningen | Pekka | | | |
| 18 | Informera om att undvika att vara inloggad som lokal administratör | Lars | | | |
| 18, 22 | Undersöka möjligheten att använda Vitlistning som kontrollerar vilka program som får köras. | Pekka | | | |
| 18,22 | Informera användarna om vikten av att datorerna är nätanslutna och inte är | Stig | | | |

| | | | | | |
|-------|--|------------|--|--|--|
| | avstängda under en längre period. | | | | |
| 20,21 | Uppdatera Systemförvaltningsplanen för Backup och där säkerställa att rutiner för regelbunden kontroll av återskapning av data för hela eller delar av verksamhetssystem finns och fungerar. Följs upp årligen i Systemförvaltningsplanen. | Pekka | | | |
| 20,21 | Slutföra befintligt uppdrag Kontinuitets- och återstartsplan, doknr 129908. I återstartsplanen ingår rutin för test av återläsning av säkerhetskopior. | Pekka | | | |
| 22 | Undersöka möjligheten att införa obligatorisk användning av SITHS-kort som inloggning för dem som har kort och sedan information/Utbildning till användarna | Pekka/Stig | | | |
| 22 | Undersöka möjligheten och om möjligt ta bort lokala administratörsrättigheter. Vid behov sen ge behörighet för kortare tid. Gå igenom vilka som har administratörsrättigheter och om möjligt ta bort | Lars | | | |
| 22 | Ta fram en Incidenthanteringsrutin för IT-enheten när datorintrång upptäcks | Pekka | | | |
| 23 | Ta fram en Incidenthanteringsrutin vid DDoS - attack för IT-enheten. | Pekka | | | |
| 23 | Undersöka möjligheten att använda två Netscaler, en på DMZ och en internt. | Pekka | | | |
| 23 | Undersöka möjligheten att flytta kritiska publika servrar till molnleverantör, t ex Nyköpings och Oxelösunds publika hemsidor. | Pekka | | | |
| | | | | | |

Kommunikationsavdelningen

Genomförd internkontroll

| Kontrollområde/Kontrollmoment | Resultat av kontrollen | Förslag till åtgärder som skall vidtas |
|-------------------------------------|------------------------|---|
| Bevakning och tillträdesbegränsning | Inga avvikelser | Daglig uppmärksamhet. Dörren låst. Säkerhetsgenomgång inbokad med R&S |
| Offentlighetsprincipen | Inga avvikelser | Noggrannhet enligt våra rutiner i samråd med huvudregistator. |
| Internbudget och måluppfyllelse | Inga avvikelser | Vi jobbar enligt verksamhetsplanen och uppföljningar i KKIK |

| | | |
|------------------------|-----------------|--|
| Medarbetare som slutar | Inga avvikelser | Utifrån medarbetarsamtal bedöms risken för att värdefulla medarbetare slutar inte så stor. |
|------------------------|-----------------|--|

Ekonomiavdelningen

Genomförd internkontroll

Kontroll av följsamhet till investeringsrutinen har genomförts. Avvikelser har konstaterats, fortsatta insatser av information och utbildning kommer att genomföras.

Granskning av exploateringsrutinerna visar att vi inte följer gällande råd och rekommendationer fullt ut. En ny rutin har påbörjats under 2015.

Kontroll av leverantörernas fakturering i förhållande till avtal visar att det förekommer att leverantörer fakturerar fel antal timmar, fel pris och att leverantörerna fakturerar tillägg som de inte har rätt till enligt avtal. En brist som identifierats är att avtalen eller inedexuppräknning av priser inte alltid är kända och lättillgängliga för den som attesterar fakturan och det kan också saknas tid och resurser för den som ska kontrollera volym och pris. Den nya avtalsdatabas som lanseras i början på 2016 kommer göra avtalen mer lättillgängliga men verksamheterna behöver också avsätta mer tid för att kunna ha en kontinuerlig uppföljning.

Granskning av avtalstrohet inom några områden visar på att många inköp görs av andra leverantörer än de kommunen har ramavtal med. Det leder många gånger till högre kostnader. Granskningen visar på behov av en ökad inköpsstyrning i kommunen.

Kontrollen av checklista för upplägg av nya leverantörer visar att en del saknas en fullständig checklista över vilka kontroller som behöver göras. En checklista kommer att upprättas. Samtidigt har internkontrollen av fakturor utvecklats och förstärkts under året bland annat genom att anlita ett externt företag (Inyett) för maskinell granskning av alla fakturor som betalas. Granskningen har identifierat betalning till bluffföretag och också betalningar till företag som saknar F-skattsedel.

Granskning av dröjsmålsavgifter visar på behovet av att beslutsattestanter i större utsträckning ser till att ha ersättare vid planerad frånvaro. Påminnelser om detta bör skickas ut från ekonomiavdelningen inför sommar- och juledigheter.

Granskning av att rätt person attesterar i samband med övriga utbetalningar visar på enstaka brister men inga systematiska fel.

Behörighetskontroll har lett till att felaktiga behörigheter har upptäckts. Det visar att det är angeläget att aktualisera frågan om hur behörigheter hanteras när användare byter arbetsuppgifter eller slutar.

Granskning av momsredovisning har bland annat visat på felaktiga momsavdrag vid korttidsleasing av bilar och felskannade momsbelopp. Granskningen visar på behov av ytterligare informationsinsatser till fakturagranskare.

Finansreglerna följs i stora drag. En identifierad brist är att det i ringa omfattning förekommer exponering mot andra valutor än SEK, EUR och USD vilket är i strid med finansreglerna. Då omfattningen är ringa föreslås inga åtgärder.

Internkontroller som inte har genomförts under året

Otydligheter kring styrmodellen har i diskuterats, men någon fastställd kommunicerbar bild har inte framkommit.