

Arbetsmarknadsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till Arbetsmarknadsnämnden

Datum:
2025-09-02

Diarienummer:
AMN-2025-00459

Handläggare:
Ingrid Edberg

Deluppföljning av internkontrollplan för 2025

Förslag till beslut

Arbetsmarknadsnämnden beslutar

1. **att** godkänna delrapportering av internkontrollplan för 2025 samt
2. **att** lägga ärendet till handlingarna.

Ärendet

Enligt arbetsmarknadsnämndens internkontrollplan 2025 ska rapportering till nämnden ske direkt efter delårsbokslut per augusti samt i samband med årsbokslut. Ärendet redovisar nuläget i arbetet med åtta av de elva riskerna i planen och pekar ut vilka åtgärder som behöver fortsätta eller förstärkas under andra halvåret 2025.

Bilaga 1 i ärendet utgör förvaltningens återrapporering av arbetet med riskerna under första halvåret 2025. Resultatet visar att förvaltningen i flera fall har vidtagit relevanta och tillfredsställande åtgärder. Flera kontrollmoment är granskade utan anmärkning, några med mindre anmärkning som kräver fortsatta åtgärder, och två med anmärkning som visar på tydligare behov av åtgärder.

Beredning

Ärendet har beretts av arbetsmarknadsförvaltningen.

Ärendet har inga konsekvenser sett ur perspektiven för barn, jämställdhet eller näringsliv.

Föredragning

Intern kontroll är ett verktyg som hjälper nämnden att nå sina mål med hög kvalitet och goda resultat. Den omfattar processer, organisation och rutiner som skapar

ordning, struktur och förutsättningar för att fullgöra verksamhetsansvaret. Som en del av nämndens ledningssystem syftar intern kontroll till att säkerställa att verksamheten bedrivs på avsett sätt. Nämndens internkontrollplan är ett centralt verktyg för att identifiera och hantera risker som annars kan påverka verksamheten negativt.

Internkontrollplanen 2025 omfattar elva risker med tillhörande kontrollmoment (åtgärder) och kontrollmetoder (sätt att granska åtgärderna). Deluppföljningen omfattar resultat av granskning för åtta av dessa elva risker, innefattande totalt 11 av 27 kontrollmoment. Resultat för de återstående 16 kontrollmomenten redovisas i samband med den samlade uppföljningen av internkontrollplanen i december 2025.

Resultatet av delgranskningen visar att förvaltningen i flera fall har vidtagit relevanta och tillfredsställande åtgärder för att hantera riskerna. Flera kontrollmoment har granskats utan anmärkning, vilket innebär att förvaltningens arbete bedöms som tillfredsställande. I andra fall har granskningen genomförts med mindre anmärkning, där resultatet pekar på behov av fortsatta åtgärder för att stärka rutiner, utbildningsinsatser eller dokumentation. I två fall har granskningen genomförts med anmärkning, vilket indikerar att det finns brister som kräver tydligare åtgärder och uppföljning. Dessa gäller främst rutiner kopplade till myndighetsutövning (det vill säga beslut och handläggning gentemot enskilda) och administrativa processer.

Sammanfattningsvis visar delrapporteringen att förvaltningen i huvudsak har ett fungerande arbete med intern kontroll, men att det också finns områden där ytterligare insatser krävs för att minska riskerna. **Bilaga 1** redovisar förvaltningens arbete med kontrollmomenten under första halvåret 2025.

Ekonomiska konsekvenser

Inte aktuellt med föreliggande förslag till beslut.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad den 2 september 2025
- Bilaga 1 Deluppföljning av internkontrollplan för 2025, daterad den 2 september 2025

Arbetsmarknadsförvaltningen

Helena Clementson
Förvaltningsdirektör

Arbetsmarknadsnämnden
Bilaga 1

Datum:
2025-09-02

Diarienummer:
AMN-2025-00459-1

Handläggare:
Ingrid Edberg

Deluppföljning av internkontrollplan för 2025 För arbetsmarknadsnämnden

Innehåll

Arbetet med intern kontroll under första halvåret 2025	4
Sammanfattning av granskningar till och med augusti 2025	5
Fördjupad redovisning: Risk 1.....	14
Kontrollmoment 1a Rutiner för störningar och avbrott	14
Genomförd kontroll.....	14
Bedömning.....	16
Åtgärder	16
Fördjupad redovisning: Risk 2.....	17
Kontrollmoment 2d Ansvar kring personuppgifter	17
Genomförd kontroll.....	17
Resultat av kontroll	17
Bedömning.....	17
Bilaga: Enkät ”Hur väl känner du till ditt ansvar kring personuppgifter?”	18
Fördjupad redovisning: Risk 3.....	19
Kontrollmoment 3a Utbildning i informationssäkerhet	19
Genomförd kontroll.....	19
Resultat av kontroll	19
Bedömning.....	19
Åtgärder	19
Fördjupad redovisning: Risk 4.....	20
Kontrollmoment 4b Rutiner i KLS	20
Genomförd kontroll.....	20
Resultat av kontroll	20
Bedömning.....	20
Åtgärder	20
Kontrollmoment 4c Rutiner är kända och används	21
Genomförd kontroll.....	21
Resultat av kontroll	21
Bedömning.....	22
Åtgärder	22
Fördjupad redovisning: Risk 10.....	23
Kontrollmoment 10a	23
Genomförd kontroll.....	23
Resultat av kontroll	23
Bedömning.....	24
Övrig kontroll	24
Fördjupad redovisning: Risk 11.....	25

Kontrollmoment 11c Rapportering av bisysslor	25
Genomförd kontroll	25
Resultat av kontroll	25
Bedömning	26
Åtgärder	26
Kontrollmoment 11e	27
Genomförd kontroll	27
Resultat av kontroll	27
Bedömning	28
Åtgärder	28

Arbetet med intern kontroll under första halvåret 2025

Internkontrollplanen för 2025 antogs i december 2024 och arbetet med att möta riskerna i planen påbörjades efter årsskiftet. Planen för 2025 omfattar elva risker med tillhörande kontrollmoment (åtgärder) och kontrollmetoder (sätt att granska åtgärderna). Förvaltningen har arbetat för att tydliggöra roller och ansvar kopplat till arbetet med internkontrollplanen: chefer ansvarar för att åtgärderna genomförs i enlighet med planens kontrollmoment, medan kontrollansvariga följer upp arbetet genom granskning enligt kontrollmetoderna. Målsättningen är att skilja på ansvar för åtgärder och granskning, även om detta i praktiken är resurskrävande.

En intern avstämning i mars 2025 visade att arbetet med att möta samtliga risker hade kommit igång. Samtidigt genomfördes årets riskanalys som underlag för nästkommande års verksamhetsplan och internkontrollplan. Riskanalysen genomfördes först inom avdelningarna och därefter förvaltningsövergripande. Resultatet blev ett förslag om sex delvis nya prioriterade risker. Nämnden fick i maj möjlighet att diskutera förslaget och bidra med synpunkter och perspektiv, vilket gav fördjupade analyser.

Deluppföljningen redovisar resultat för åtta av elva risker och omfattar totalt 11 av 27 kontrollmoment. Resultaten visar att förvaltningen i de flesta fall vidtagit relevanta och tillfredsställande åtgärder för att hantera riskerna. För flertalet kontrollmoment är granskningen genomförd utan anmärkning, vilket bedöms som tillfredsställande. I några fall noteras mindre anmärkningar, med behov av stärkta rutiner, utbildningsinsatser och förbättrad dokumentation. Två kontrollmoment har fått anmärkning, där tydligare åtgärder och uppföljning krävs. Dessa gäller främst rutiner kopplade till myndighetsutövning (det vill säga beslut och handläggning gentemot enskilda) och administrativa processer.

Under våren 2025 tillträdde en ny förvaltningsdirektör, som snabbt satt sig in i internkontrollarbetet. Ambitionen under hösten är att utveckla arbetssätt, roller, ansvar och organisering för att ytterligare integrera internkontrollen i ledningssystemet. Ett särskilt fokus inför kommande år är att förstärka arbetet med kontrollmomenten samt att förenkla och effektivisera granskningsarbetet, så att kontrollmetoderna blir både ändamålsenliga och resurseffektiva.

Sammanfattning av granskningar till och med augusti 2025

Granskningar som rapporteras per augusti

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner					
1.	Nödvändiga rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar saknas, är okända eller oprövade vilket gör att ett avbrott i informationsförsörjningen medför stora störningar i produktionen och svårigheter vid återgång till normal verksamhet.	1a ☐ <i>Obligatoriskt kontrollmoment:</i> Kontroll av att behovet av rutiner och planer för analogt arbete vid avbrott och störningar är inventerat inom verksamheten. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och övade.	1a ☐ Kontrollera att det finns ett dokumenterat underlag som beskriver hur verksamheten ska bedrivas analogt då digitala system inte är tillgängliga. Kontrollera att rutiner och planer har övats och utvärderats.	1a ☐ Granskningen är genomförd med mindre anmärkning . Anmärkningen motiveras av att det återstår arbete för att säkerställa att både förvaltningen som helhet och dess avdelningar har tillfredsställande och uppdaterade rutiner och planer för att hantera störningar och avbrott, samt att dessa rutiner och planer är övade och utvärderade. Anmärkningen bedöms emellertid som mindre, eftersom samtliga avdelningar har etablerade rutiner och det är att förvänta att dessa behöver utvecklas kontinuerligt. Se resultat av granskning under avsnittet fördjupad redovisning.	1a ☐ Förvaltningen fortsätter att utveckla rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar, med planerad kompetensutveckling hösten 2025. Arbetet med kontinuitetshanteringsplaner och risk- och sårbarhetsanalyser är långsiktigt och beräknas färdigställas nästa verksamhetsår.

2.	Ledningen saknar en aktuell bild över verksamhetens systematiska arbete med informationssäkerhet vilket leder till bristfälliga underlag för prioritering av nödvändiga säkerhetsåtgärder. Detta i sin tur medför risker för störningar i verksamhetens uppdrag och det kan också medföra sanktionsavgifter från tillsynsmyndigheter.	2a ☐ <i>Obligatoriskt kontrollmoment:</i> Kontroll av att förvaltningsledningen genomfört mognadsdialogen informationssäkerhet. 2b ☐ Säkerställ att den kommungemensamma rutinen ”Kontroll av behörigheter i kommungemensamma system” är känd och efterlevs i förvaltningen så att medarbetares användarbehörigheter till IT-system är relevanta och motsvarar deras aktuella arbetsuppgifter. Rätt åtkomst till rätt medarbetare vid rätt tidpunkt är en förutsättning för att kunna uppfylla krav på konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. 2c ☐ Säkerställ att Artikel 30-registret över personuppgiftsbehandlingar uppdateras löpande med alla nya behandlingar och att avslutade behandlingar tagits bort. 2d ☐ Säkerställ att chefer och andra nyckelpersoner är	2a ☐ Kontrollera att det finns en redovisning av utfallet från mognadsdialogen med ett tillhörande förslag på förbättringsåtgärder. 2b ☐ Genomför stickprov där behörigheter för en slumpmässigt vald grupp medarbetare granskas för att säkerställa att åtkomst är begränsad till det som är nödvändigt för arbetsuppgifterna. 2c ☐ Kontrollera genom stickprov av slumpvist valda behandlingar att uppgifterna i Artikel 30-registret är aktuella. 2d ☐ Genomför en enkätundersökning bland ett urval av chefer och andra nyckelpersoner för att ta reda på hur väl de känner sitt ansvar att informera dataskyddsamordnaren om nya personuppgiftsbehandlingar. 2e ☐ Kontrollera att rapporterade avvikelser har hanterats med vidtagna och relevanta åtgärder. (EB)	2d ☐ Granskningen är genomförd utan anmärkning. Resultaten visar sammantaget att kunskapen om ansvar och rutiner är god inom förvaltningen. Se resultat av granskning under avsnittet fördjupad redovisning. 2f ☐ Granskningen har genomförts med mindre anmärkning. Den gäller att samtliga nyanställda ännu inte har slutfört utbildningen i sekretess och allmänna handlingar. Anmärkningen bedöms som mindre eftersom det kan förväntas att en viss andel nyanställda vid varje given tidpunkt ännu inte fullföljt utbildningen. Granskningen visar att 137 personer har godkänts på utbildningen, medan 13 personer har kvar att slutföra utbildningen under året (Lärportalen, 2 september 2025. (EB) 2a, 2b, 2c och 2e redovisas i december.	2d ☐ Ingen åtgärd. 2f ☐ Avdelningschef för EB säkerställer att samtliga nyanställda fullföljer utbildningen i sekretess och allmänna handlingar under hösten 2025. Kontroll av genomförandegrad görs genom utdrag från kommunens kompetensutbildningssystem Lärportalen.
----	--	---	--	--	--

		medvetna om sitt ansvar att informera dataskyddsamordnaren vid införande av nya eller förändrade personuppgiftsbehandlingar inom verksamheten. 2e ☐ Säkerställ att medarbetare känner till och följer bestämmelser för säker kommunikation med klienter och rapporterar in uppkomna incidenter i avvikelshanteringssystemet. (EB) 2f ☐ Säkerställ att samtliga nyanställda genomfört utbildningen i sekretess och allmänna handlingar. (EB)	2f ☐ Kontrollera i kommunens utbildningsportal att samtliga nyanställda har genomfört utbildningen i sekretess och allmänna handlingar. (EB)		
3.	Brister i medarbetarnas motståndskraft mot cyberangrepp och bedrägerier medför att en medarbetares agerande möjliggör att en attack lyckas vilket i sin tur medför omfattande störningar och avbrott i samtliga it-leveranser.	3a ☐ <i>Obligatoriskt kontrollmoment:</i> Kontroll av att samtliga medarbetare har genomfört obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.	3a ☐ Kontrollera i kommunens utbildningsportal Lärportalen att samtliga medarbetare genomfört den obligatoriska utbildningen i informationssäkerhet.	3a ☐ Granskningen har genomförts med mindre anmärkning. Den gäller att samtliga medarbetare ännu inte har slutfört den obligatoriska utbildningen. Anmärkningen bedöms som mindre eftersom det kan förväntas att en viss andel medarbetare vid varje given tidpunkt ännu inte fullföljt utbildningen. Se resultat av	3a ☐ Avdelningscheferna har fått information om genomförandegraden samt en påminnelse om att medarbetare som ännu inte slutfört utbildningen i Lärportalen behöver göra det. Under hösten 2025 kommer ytterligare påminnelse att skickas ut till avdelningscheferna, med uppdaterad status över genomförda utbildningar, i syfte att ytterligare höja andelen

				granskning under avsnittet fördjupad redovisning.	medarbetare som fullföljer utbildningen.
4.	Risk att ärenden inte handläggs på ett rättssäkert sätt på grund av att rutiner som beskriver handläggningsarbetet inom verksamheten saknas, är okända eller inte följs. Detta kan leda till felaktiga beslut, att de som tar del av nämndens insatser inte får det stöd de behöver och att uppföljning av nämndens insatser försvåras.	4a ☐ Säkerställ att rutin “dokumentation i individärenden” samt “avslutsorsaker vid inskrivning och resultatorsaker” är uppdaterade och följs i handläggningen av ärenden. (UJC-A) 4b ☐ Säkerställ att samtliga rutiner är inlagda i kvalitetsledningssystemet (KLS). (UJC-V) 4c ☐ Säkerställ att rutiner som beskriver handläggningsarbetet inom verksamheten är kända och används av handläggare. (UJC-V) 4d ☐ Säkerställ att nödvändiga kontroller genomförs för att garantera rättssäkra beslut vid handläggning av nya ansökningar och återansökningar om ekonomiskt bistånd, genom regelbundna kvalitetsgranskningar och ärendegenomgångar. (EB)	4a ☐ Kontrollera via stickprov av handlagda ärenden att handläggare följer rutinen “Dokumentera i individärenden” och vägledningen “Avslutsorsaker inskrivning och resultatorsaker aktiviteter”. (UJC-A) 4b ☐ Kontrollera att samtliga rutiner är inlagda i kvalitetsledningssystemet (KLS). (UJC-V) 4c ☐ Kontrollera att rutiner är kända och används genom en enkätundersökning riktad till slumpmässigt utvalda medarbetare. (UJC-V) 4d ☐ Kontrollera att resultaten från kvalitetsgranskningarna har sammanställts och att förbättringsområden har identifierats. Kontrollera med gruppledare att ärendegenomgångar genomförts enligt rutin. (EB)	4b ☐ Granskningen har genomförts med anmärkning. Anmärkningen grundar sig dels på att målet om att samtliga rutiner ska vara införda i KLS ännu inte är uppnått, dels på att flera rutiner saknas, är inaktuella eller förekommer i olika varianter. Se resultat av granskning under avsnittet fördjupad redovisning. 4c ☐ Granskningen är genomförd med anmärkning. Anmärkningen motiveras av att det i samtliga kontrollerade processer saknas rutiner samt råder en osäkerhet gällande lagstiftning och arbetssätt. Se resultat av granskning under avsnittet fördjupad redovisning.	4b och 4c ☐ Avdelningschef har uppdragit åt samtliga enhetschefer att genomföra en genomlysning av respektive enhet utifrån myndighetsutövning och administrativa rutiner samt kontroll av dessa. Avdelningschef har också uppdragit åt enhetschefer att föreslå relevanta åtgärder utifrån eventuella upptäckta brister och risker. Resultat från genomlysning ska vara avdelningschef tillhanda 30 september 2025.

5.	Otillräcklig uppföljning gör det svårt att bedöma om förvaltningens insatser är effektiva och leder till avsedda resultat. Detta innebär en risk för att nämndens resurser inte används optimalt och att deltagarnas tid i arbetslöshet och bidragsberoende förlängs.	5a ☐ Säkerställ att insatser och utbildningar utvärderas i tillräcklig omfattning och att underlaget används för att utveckla verksamheten. (UJC-A) 5b ☐ Säkerställ att insatser som finansieras via föreningsbidrag utvärderas i tillräcklig omfattning och att underlaget används för att utveckla nämndens bidragsgivning. (ESF)	5a ☐ Granska de utvärderingar som gjorts av olika insatser och utbildningar. Kontrollera att de innehåller analyser av insatsernas effektivitet, mål och resultat samt rekommendationer för förbättring (UJC-A) 5b ☐ Granska de utvärderingar som gjorts av insatser finansierade via föreningsbidrag. Kontrollera att de innehåller analyser av insatsernas resultat och effekter i förhållande till uppsatta mål samt rekommendationer för förbättring. (ESF)	5a och 5b redovisas i december.	
Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut					
6.	Om kommunen saknar ett öppet arbetsklimat där medarbetare kan och vågar säga vad de tycker finns risk att missförhållanden inte upptäcks. Det kan leda till olyckor och ohälsa bland medarbetare, brukare och invånare. Dessutom finns en risk att brottslighet förblir oupptäckt under sådana förhållanden.	6a ☐ Säkerställ ett systematiskt arbetsmiljöarbete i förvaltningen för att främja ett öppet arbetsklimat där medarbetare kan och vågar säga vad de tycker i syfte att minimera riskerna för missförhållanden, olyckor, ohälsa och oupptäckt brottslighet.	6a ☐ Kontrollmomentet omhändertas genom ordinarie uppföljning till nämnd av den årliga medarbetarundersökningen. Vid den ordinarie uppföljningen kommer extra fokus kring delområdet <i>Andra viktiga frågor</i> och frågan <i>Det råder ett öppet arbetsklimat på min arbetsplats där medarbetare vågar säga vad de tycker</i> att särskilt lyftas fram till nämnd. Vidare omhändertas kontrollmomentet avseende systematisk arbetsmiljö även upp via kontrollmetoden	6a redovisas i december.	

			skyddskommitté som sker i samband med samverkan vid fyra tillfällen under året.		
7.	Ämnesreformen inom den kommunala vuxenutbildningen skapar osäkerhet kring bedömning av elevers kunskaper, vilket innebär risk för att elever inte får det betyg de ska ha.	7a ☐ Säkerställa att samtliga medarbetare genomgår fortbildning i de nya ämnesplanerna. (UJC-V) 7b ☐ Inför rutin för sambedomning av nationella prov. (UJC-V)	7a ☐ Kontrollera att samtliga medarbetare deltagit vid aktuell fortbildning. (UJC-V) 7b ☐ Kontrollera skillnader mellan betyg på nationella provet och ämnesbetyg. (UJC-V)	7a ☐ Granskningen är genomförd utan anmärkning . Samtliga medarbetare har deltagit i funktionsanpassade fortbildningsinsatser inför ämnesreformen inom den kommunala vuxenutbildningen. Fortbildningen har genomförts av extern leverantör.	Ingen åtgärd.
8.	Ämnesreformen inom den kommunala vuxenutbildningen medför ökad risk att bedömning av elevers behörighet skiljer sig åt mellan handläggare, vilket medför risken att elever inte får tillgodoräkna sig kurser/ämnen de har rätt till.	8a ☐ Säkerställ att gemensamma behörighetsmöten hålls med Väglednings- och antagningsenheten. (UJC-V)	8a ☐ Kontrollera behörighetsbedömningen av elever som sökt yrkesutbildning via stickprov fem ansökningar per ansökningsperiod. (UJC-V)	8a ☐ Granskningen är genomförd utan anmärkning . Stickprov har genomförts inför antagning. Samverkan med utbildningsanordnare har skett för att avgöra om sökande har förutsättningar att tillgodogöra sig utbildning eller ej. Särskilda ansökningar har lyfts för diskussion vid veckovisa möten.	Ingen åtgärd.
9.	Risk för att beslut om omorganisering och förändrade arbetssättet inom handläggningsenheterna inte implementeras fullt ut eller inte uppnår önskad effekt. Detta kan leda till ineffektiva arbetsprocesser, försämrade måloppfyllelse och minskat förtroende för	9a ☐ Säkerställ att en utvärdering om beslutet av omorganisering och förändrat arbetssätt av handläggningsenheterna genomförs och att den innehåller slutsatser om hur väl organisationen har implementerat förändringarna	9a ☐ Kontrollera att en utvärderingsrapport är upprättad som innehåller slutsatser om hur väl organisationen har implementerat förändringarna och vad som kan förbättras ytterligare. (UJC-A)	9a följs upp i december.	

	organisationens förändringsarbete.	och vad som kan förbättras ytterligare. (UJC-A)			
Finansiell kontroll					
10.	Risk för felaktiga utbetalningar av föreningsbidrag och ekonomiskt bistånd på grund av brister i bedömningar och kontrollrutiner eller att förvaltningen utsätts för välfärdsbrott och bedrägerier. Detta kan leda till ökade kostnader och att allmänhetens förtroende för verksamheten och de sociala skyddsnäten skadas.	10a ☐ Säkerställ att nödvändiga och tillräckliga kontroller genomförs vid beslut om föreningsbidrag och ekonomiskt bistånd för att motverka risker för felaktiga utbetalningar, välfärdsbrott och bedrägerier. (ESF, EB) Säkerställ att socialsekreterare anvisar ärenden för återkrav och misstänkt bidragsbrott enligt fastställda rutiner. (EB) 10b ☐ Säkerställ att handläggare och socialsekreterare utbildas i former av och tecken på välfärdsbrott och bedrägerier. (ESF, EB) 10c ☐ Säkerställ att rutinen ”Förebygga bidragsbrott och anmäla misstänkt brott” går igenom med socialsekreterare årligen vid exempelvis arbetsplatsträff (APT). (EB)	10a ☐ Utför stickprovskontroll av slumpmässigt utvalda ärenden inom föreningsbidrag för att verifiera att beslut är korrekta och att kontrollrutiner har följts. Stickproven ska omfatta ärenden från olika handläggare och olika typer av bidrag. Fokusera på föreningar med hög risk (exempelvis sådana som mottagit större belopp eller nya föreningar). (ESF) 10a ☐ Kontrollera i verksamhetssystemet Lifecare att socialsekreterare anvisat ärenden för återkrav och misstänkt bidragsbrott. (EB) 10b ☐ Följ upp vilka utbildningsinsatser som har genomförts för bidragshandläggare och socialsekreterare under året med fokus på att identifiera former av och tecken på välfärdsbrott och bedrägerier (EB och ESF)	10a ☐ (ESF) Granskningen är genomförd utan anmärkning . Se resultat av granskning under avsnittet fördjupad redovisning.	Ingen åtgärd.

			10c ☐ Kontrollera att rutinen "Förebygga bidragsbrott och anmäla misstänkt brott" har gåtts igenom under året vid arbetsplatsträff (APT) genom att ta del av protokoll via ärendehanteringssystemet DHS. (EB)		
Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv					
11.	Risk för felaktiga beslut samt ineffektiv eller felaktig användning av kommunens resurser till följd av otillåten påverkan på tjänstepersoner och förtroendevalda samt bristande efterlevnad av kommunens riktlinjer för representation, bisysslor, mutor och jäv. Detta kan leda till minskat förtroende hos allmänheten för kommunens och offentliga verksamheters tillförlitlighet.	11a ☐ Genomför utbildnings- och informationsinsatser för tjänstepersoner och förtroendevalda om otillåten påverkan samt regler och riktlinjer för representation, bisysslor, mutor och jäv. Säkerställ att dessa inkluderar praktiska exempel och scenarioövningar för att tydliggöra hur reglerna tillämpas i olika situationer. 11b ☐ Säkerställ att rutinen för att hantera situationer med mutor, jäv och otillåten påverkan går igenom 1 gång per år via arbetsplatsträff (APT) och att enhetschef informerar områdeschef när så gjorts. (EB)	11a ☐ Följ upp vilka utbildnings- och informationsinsatser som har genomförts för tjänstemän och förtroendevalda under året med fokus på otillåten påverkan samt regler och riktlinjer för representation, bisysslor, mutor och jäv. 11a ☐ Följ upp resultaten från den kommungemensamma enkäten om mutor, jäv och representation och identifiera behov av åtgärder för att stärka regelkunskapen i organisationen. 11b ☐ Kontrollera att rutinen för att hantera situationer med mutor, jäv och otillåten påverkan har gåtts igenom under året vid arbetsplatsträff (APT) genom att ta del av protokoll via	11c ☐ Granskningen är genomförd utan anmärkning, dock utifrån en annan kontrollmetod än den angivna. Se resultat av granskning från UJC-A under avsnittet fördjupad redovisning. Samtliga enhetschefer inom UJC-V uppger att de följer upp medarbetarnas bisysslor minst en gång per år. EB har säkerställt att avdelningschef och områdeschefer har gått igenom gällande regelverk om bisysslor tillsammans med enhetscheferna och tydliggjort deras ansvar. I avdelningens årshjul för ledningsgruppen ingår att årligen ta upp reglerna om bisysslor vid enhetsmöte. Enhetscheferna ansvarar för att informera medarbetarna om reglerna vid	11c ☐ Ingen åtgärd. Om kontrollmomentet ska kvarstå i kommande internkontrollplan bör kontrollmetoden ändras så att den blir ändamålsenlig utan att vara alltför resurskrävande. 11e ☐ Under hösten 2025 kommer UJC-A att genomföra månatliga loggningskontroller i Lifecare Arbetsmarknad och föra dialog med systemleverantören om förbättringar i verksamhetsloggen. För systemet Feriebas, som i dagsläget saknar loggkontroller, kommer dialog för utveckling av sådan funktionalitet att inledas under samma period.

		11c ☐ Säkerställ att enhetschefer följer upp medarbetares bisysslor minst en gång per år, exempelvis i samband med medarbetarsamtal. 11d ☐ Säkerställ att enhetschefer regelbundet för dialog med medarbetare om upplevda incidenter av otillåten påverkan och att sådana incidenter rapporteras i kommunens tillbuds- och skaderapporteringssystem (KIA) så att erfarenheterna kan tas tillvara och bidra till organisatoriskt lärande. 11e ☐ Genomför regelbundna loggningskontroller för att upptäcka misstänkta oegentligheter i samband med handläggning av ärenden. (UJC-A, EB)	ärendehanteringssystemet DHS (EB) 11c ☐ Genomför stickprovskontroller av anmälda bisysslor bland tjänstemän och förtroendevalda för att säkerställa att kommunens regler följs. 11d ☐ Kontrollera att uppkomna incidenter som markerats med otillåten påverkan i kommunens tillbuds- och skaderapporteringssystem (KIA) har hanterats och att åtgärder har vidtagits för att förebygga liknande händelser i framtiden. Kontrollmomentet följs även upp via kontrollmetoden skyddskommitté som sker i samband med samverkan vid fyra tillfällen under året. 11e ☐ Ta del av sammanställning från utförda loggningskontroller och följ vid behov upp att incidenter som omfattar oegentligheter rapporteras i kommunens tillbuds- och skaderapporteringssystem (KIA). (UJC-A, EB)	arbetsplatsträffar (APT) eller i andra relevanta forum. Varje enhetschef ansvarar också för att kontrollera och uppdatera antalet anmälda bisysslor för medarbetarna i den egna enheten. 11e ☐ Granskningen är genomförd utan anmärkning, utifrån att båda avdelningarna regelbundet utgör loggningskontroller för att upptäcka misstänkta oegentligheter i samband med handläggning av ärenden.	
--	--	---	--	--	--

Tabell 1. Granskningar som rapporteras per augusti.

Fördjupad redovisning: Risk 1

Kontrollmoment 1a Rutiner för störningar och avbrott

1a Obligatoriskt kontrollmoment: Kontroll av att behovet av rutiner och planer för analogt arbete vid avbrott och störningar är inventerat inom verksamheten.

Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och övade.

Genomförd kontroll

Förvaltningen har kontrollerat om det finns ett dokumenterat underlag som beskriver hur verksamheten ska bedrivas analogt då digitala system inte är tillgängliga, samt om rutiner och planer har övats och utvärderats. Kontrollen har genomförts genom att respektive avdelningschef inkommit med information och underlag. De analoga rutinerna för utbetalning av ekonomiskt bistånd omfattas av sekretess.

Resultaten av granskningen presenteras avdelningsvis. Bedömningen av resultaten görs övergripande för förvaltningen som helhet.

Utbildning och jobbcenter – arbetsmarknad

Utbildning och jobbcenter – arbetsmarknad (UJC-A) har under våren 2025 arbetat med att ta fram en rutin för hur avdelningen ska hantera störningar och avbrott, och fört diskussioner kring ett flertal relaterade frågeställningar. En återkommande utmaning har varit att fastställa en rimlig ambitionsnivå för den driftsäkerhet som verksamheten bör upprätthålla vid olika typer av störningar och avbrott.

UJC-A använder ett flertal olika digitala system. De system som ligger utanför avdelningens kontroll, exempelvis Word, Excel, Teams, Heroma och ASTA, har inte inkluderats i granskningen.

Avdelningen har identifierat följande system som verksamhetskritiska, och för dessa ska analoga rutiner tas fram:

- Lifecare Arbetsmarknad – det huvudsakliga systemet för det dagliga arbetet med arbetssökande.
- Feriebas – det huvudsakliga systemet för det dagliga arbetet med feriejobb.
- Boss+ – det huvudsakliga systemet för det dagliga arbetet med budget- och skuldrådgivning.

Avdelningen har under våren identifierat följande system som icke-nödvändiga för verksamheten, och för dessa ska analoga därför *inte* tas fram:

- Winningtemp – system för att kontinuerligt mäta medarbetarnas upplevelse av arbetsmiljön. Arbetsmiljöfrågor kan oavsett systemet fångas upp via APT, skyddsombud, enhetsmöten eller direkt med chef.

- AMF företagsregister (CRM-system för företagskontakter) – det huvudsakliga systemet för arbetet med arbetsgivarkontakter. Bedöms som användbart men inte nödvändigt för det dagliga arbetet.
- App för besöksstatistik – statistik är inte avgörande för verksamheten. Det finns dessutom redan möjlighet att föra denna analogt vid behov.
- RiTA – AI-lösning för att ställa frågor och hitta dokumentation. Motsvarande behov kan tillgodoses genom sökningar i KLS eller via andra AI-tjänster. Bedöms därför inte som nödvändigt för verksamheten.

För både Lifecare Arbetsmarknad och BOSS+ finns driftstoppsrutiner att tillämpa vid systembortfall. Dessa rutiner innehåller inslag av analoga lösningar, men endast som en sista utväg när även alternativa digitala lösningar har fallerat. Rutinerna omfattar inte alla tänkbara situationer, eftersom det inte bedöms möjligt. När händelser inträffar som rutinerna inte täcker krävs beslut av avdelningschef eller förvaltningsdirektör om hur arbetet ska fortgå. Under hösten 2025 kommer arbetet med att vidareutveckla rutiner för både BOSS+ och Lifecare Arbetsmarknad att fortsätta. När granskningen genomfördes (juni 2025) saknades driftstoppsrutiner för FerieBas.

Driftstoppsrutinen för Lifecare Arbetsmarknad har prövats vid faktiska driftstopp och därefter utvärderats. Rutinen bedömdes vara ofullständig och har därför reviderats under våren 2025. Driftstoppsrutinen för BOSS+ togs fram i april 2025 och har ännu inte testats eller utvärderats.

Avdelningen kommer under hösten 2025 att arbeta med att ta fram en driftstoppsrutin för Feriebas samt en övergripande kontinuitetshanteringsplan. Arbetet beräknas vara färdigställt först under 2026.

Socialtjänst – Ekonomiskt bistånd

Avdelningen Socialtjänst – Ekonomiskt bistånd har etablerade rutiner för hur avbrott och störningar ska hanteras. På grund av den höga sekretessnivån kring dessa rutiner kan detaljer om hanteringen inte redovisas.

Utbildning och jobbcenter - vuxenutbildning

Vuxenutbildningen har genomfört en riskbedömning avseende arbete vid avbrott och störningar. Bedömningen visade att konsekvenserna inte var så allvarliga att en separat handlingsplan bedömdes nödvändig. Arbetet med att säkerställa drift av systemstöd inom Pedagogiska objektet ansågs tillräckligt. Däremot identifierades behovet av en rutin för att säkerställa dialog med CSN vid längre avbrott – en sådan rutin saknades vid kontroll.

Under våren har verksamheten drabbats av driftstörningar, men arbetet har kunnat fortgå även utan systemstöd. Eventuella förseningar har hanterats inom ramen för det ordinarie arbetet och kunnat återhämtas.

Utveckling och service

Det finns upprättade rutiner för IT-objektet HVO. Förvaltningen har även en intern rutin för hantering av avbrott i system kopplade till HVO-objektet (Lifecare).

Ett stort antal system som berör arbetsmarknadsförvaltningen omfattas dock inte av HVO-objektet. Varje avdelning ansvarar för egna rutiner vid driftstopp i dessa system.

Avdelningen bedömer att förvaltningen behöver en övergripande rutin för samtliga system, som anger hur man ska agera på både taktisk och strategisk nivå vid avbrott som påverkar förutsättningarna för verksamheten – på motsvarande sätt som för HVO-objektet.

Rutiner på operativ nivå behövs för att säkerställa att arbetet kan fortgå smidigt trots tillfälliga systemavbrott, samt för att tydliggöra hur viktig information på ett effektivt sätt ska återföras till systemen när dessa är i drift igen.

Rutiner på taktisk och strategisk nivå bör ange hur förvaltningens behov fångas upp, hur dessa lyfts och hanteras samlat, samt hur central information sprids. Det ska framgå tydligt vem som ansvarar för respektive del och vilka kommunikationskanaler som ska användas.

Förvaltningsövergripande

Förvaltningens ledningsgrupp genomförde i juni 2025 en utbildning i stabsmetodik samt en krisledningsövning. Leverantören har inkommit med en utvärdering av krisledningsövning och där föreslås bland annat att förvaltningen och respektive avdelning behöver uppdatera ledningsplaner. Under hösten 2025 planeras ytterligare en krisledningsövning med fokus på IT-haveri.

Inom nämnden arbetar respektive avdelning med att ta fram kontinuitetshanteringsplan och i september 2025 kommer medarbetare inom förvaltningen delta i utbildningsinsats för att höja kompetensen inom området. Under hösten 2025 kommer även det även äga rum en krisledningsövning med fokus på ett inträffat (fiktivt) IT-haveri.

Bedömning

Granskningen är genomförd *med mindre anmärkning*. Anmärkningen motiveras av att det återstår arbete för att säkerställa att både förvaltningen som helhet och dess avdelningar har tillfredsställande och uppdaterade rutiner och planer för att hantera störningar och avbrott, samt att dessa rutiner och planer är övade och utvärderade. Anmärkningen bedöms emellertid som mindre, eftersom samtliga avdelningar har etablerade rutiner och det är att förvänta att dessa behöver utvecklas kontinuerligt.

Åtgärder

Förvaltningen som helhet såväl som avdelningarna behöver fortsätta arbetet med att uppdatera rutiner och planer för hantering av avbrott och störningar, samt öva och utvärdera dessa. Ansvariga för arbetet är utsedd samordnare inom staben, tillsammans med förvaltningsdirektören och respektive avdelningschef. Under hösten 2025 planeras en kompetensutvecklingsinsats med fokus på kontinuitetshantering. Utvecklingen av förvaltningens kontinuitetshanteringsplaner, inklusive risk- och sårbarhetsanalyser, bedöms vara ett långsiktigt arbete som i huvudsak kommer att kunna färdigställas först under nästa verksamhetsår.

Fördjupad redovisning: Risk 2

Kontrollmoment 2d Ansvar kring personuppgifter

2d Genomför en enkätundersökning bland ett urval av chefer och andra nyckelpersoner för att ta reda på hur väl de känner sitt ansvar att informera dataskyddssamordnaren om nya personuppgiftsbehandlingar.

Genomförd kontroll

Förvaltningens stab har genomfört en enkätundersökning bland samtliga chefer och ett antal nyckelpersoner i förvaltningen för att ta reda på hur väl de känner sitt ansvar att informera dataskyddssamordnaren om nya personuppgiftsbehandlingar. Enkäten var möjlig att besvara under tidsperioden 30 juli – 22 augusti 2025. 42 av 58 tillfrågade besvarade enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens om 72 procent. Enkäten innehöll följande fem frågor:

1. Vilken av delning tillhör du?
2. Kände du till att vi enligt GDPR är skyldiga att föra ett register över våra personuppgiftsbehandlingar (artikel 30-register)?
3. Vet du vem du i praktiken ska kontakta om ni påbörjar, ändrar eller avslutar en behandling av personuppgifter i din verksamhet?
4. Har du under det senaste året genomfört någon ny eller ändrad behandling av personuppgifter?
5. Har du under det senaste året informerat avdelningens GDPR-kontaktperson eller förvaltningens dataskyddssamordnare om en ny eller ändrad behandling av personuppgifter?

Resultat av kontroll

Av de 42 svarande uppger 41 att de känner till förvaltningens skyldighet enligt GDPR att föra ett register över personuppgiftsbehandlingar (artikel 30-registret).

40 anger att de vet vem de ska kontakta om den egna verksamheten påbörjar, ändrar eller avslutar en behandling av personuppgifter (40 av 42).

Hälften av de svarande har under det senaste året genomfört en ny eller ändrad behandling (21 av 42), medan två är osäkra.

Av dessa har nästan alla informerat avdelningens GDPR-kontaktperson eller förvaltningens dataskyddssamordnare (20 av 21), vilket innebär att endast en person uppger sig ha genomfört en behandling utan att informera ansvariga funktioner.

Resultaten visar sammantaget att kunskapen om ansvar och rutiner är god inom förvaltningen. Att så gott som alla känner till reglerna och vet vem de ska kontakta, samt att nästan samtliga som genomfört nya eller ändrade behandlingar också informerat ansvariga, indikerar att rutinerna tillämpas i praktiken.

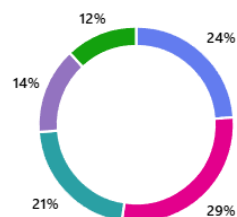
Bedömning

Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Bilaga: Enkät ”Hur väl känner du till ditt ansvar kring personuppgifter?”

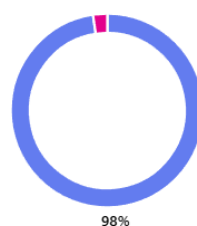
1. Vilken avdelning tillhör du?

UJC- arbetsmarknad	10
UJC - vuxenutbildning	12
Socialtjänst - ekonomiskt bistånd	9
Utveckling och service	6
Stab AMF	5



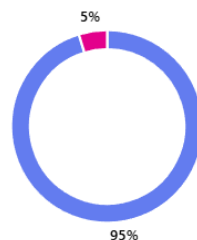
2. Kände du till att vi enligt GDPR är skyldiga att föra ett register över våra personuppgiftsbehandlingar (artikel 30-regi-ster)?

Ja	41
Nej	1



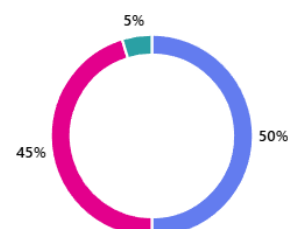
3. Vet du vem du i praktiken ska kontakta om ni påbörjar, ändrar eller avslutar en behandling av personuppgifter i din verksamhet?

Ja	40
Nej	2



4. Har du under det senaste året genomfört någon ny eller ändrad behandling av personuppgifter?

Ja	21
Nej	19
Vet inte	2



5. Har du under det senaste året informerat avdelningens GDPR-kontaktperson eller förvaltningens dataskyddsamordnare om en ny eller ändrad behandling av personuppgifter?

Ja	20
Nej	22



Fördjupad redovisning: Risk 3

Kontrollmoment 3a Utbildning i informationssäkerhet

3a Obligatoriskt kontrollmoment: Kontroll av att samtliga medarbetare har genomfört obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.

Genomförd kontroll

Kontroll har genomförts av hur stor andel av förvaltningens medarbetare som har genomfört den obligatoriska utbildningen i informationssäkerhet.

Statistik har tagits fram via den kommungemensamma utbildningsplattformen Lärportalen över andel godkända, startade respektive bokade utbildningar i informationssäkerhet. Uppgifterna hämtas genom funktionen ”Rapporter” och ”Kursframsteg (administratör)”. Sedan söks kursen ”Grundutbildning i informationssäkerhet” fram i kombination med arbetsmarknadsförvaltningen.

Resultat av kontroll

Avdelning	Antal anställda	Godkända	Startade	Bokade
UJC-A	191	169	8	28
EB	182	167	6	22
UJC-V	253	112	21	116
U&S	41	37	1	4
SUMMA	682	500	36	166

Tabell 1. Uppgifterna om antal godkända, startade och bokade på utbildningen är hämtade från Lärportalen den 19 augusti 2025. Observera att dessa inte matchar statistiken över antal anställda, som är hämtad från Hypergene den 2 september 2025. Se förklaring i löptexten nedan.

Drygt 70 procent av förvaltningens medarbetare har genomfört och godkänts på den obligatoriska utbildningen i informationssäkerhet. Cirka 5 procent har påbörjat men inte slutfört utbildningen och 24 procent är bokade men ännu inte startat.

Statistiken innehåller dock vissa avvikelser, bland annat att summan av registrerade deltagare överstiger antalet anställda. Detta skulle kunna bero på dubbelregistreringar mellan kategorierna eller att tidigare anställda fortfarande finns kvar i systemet. Sammanfattningsvis bedöms med rimlig säkerhet ändå omkring 70 procent ha genomfört utbildningen, medan cirka 30 procent återstår under året.

Bedömning

Granskningen har genomförts med en mindre anmärkning. Den gäller att samtliga medarbetare ännu inte har slutfört den obligatoriska utbildningen. Anmärkningen bedöms som mindre eftersom det kan förväntas att en viss andel medarbetare vid varje given tidpunkt ännu inte fullföljt utbildningen.

Åtgärder

Under hösten 2025 kommer en påminnelse att skickas ut till avdelningscheferna, med uppdaterad status över genomförda utbildningar, i syfte att ytterligare höja andelen medarbetare som fullföljer utbildningen.

Fördjupad redovisning: Risk 4

Kontrollmoment 4b Rutiner i KLS

4b Kontrollera att samtliga rutiner är inlagda i kvalitetsledningssystemet (KLS). (UJC-V)

Genomförd kontroll

Antalet publicerade rutiner i KLS har kontrollerats för respektive enhet inom vuxenutbildningen. Vidare har varje enhet ombetts förmedla aktuella rutiner som ännu ej publicerats i KLS till kontrollant för bedömning.

Resultat av kontroll

En kontroll av KLS, samt övriga ej publicerade rutiner, visar att antalet rutiner för vuxenutbildningen generellt är väldigt lågt, men också att det råder stora skillnader mellan enheter. De rutiner som finns visade sig också vid kontrollen i många fall vara inaktuella och förekomma i olika varianter på olika ställen.

Bedömning

Granskningen har genomförts med anmärkning. Anmärkningen grundar sig dels på att målet om att samtliga rutiner ska vara införda i KLS ännu inte är uppnått, dels på att flera rutiner saknas, är inaktuella eller förekommer i olika varianter.

Åtgärder

Avdelningschef har uppdragit åt samtliga enhetschefer att genomföra en genomlysning av respektive enhet utifrån myndighetsutövning och administrativa rutiner samt kontroll av dessa.

Avdelningschef har också uppdragit åt enhetschefer att föreslå relevanta åtgärder utifrån eventuella upptäckta brister och risker. Resultat från genomlysning ska vara avdelningschef tillhanda 30 september 2025.

Kontrollmoment 4c Rutiner är kända och används

Genomförd kontroll

Eftersom antalet rutiner var så pass lågt bedömdes en enkätundersökning inte vara en lämplig kontrollmetod för att kontrollera huruvida rutiner var kända och användes.

För att få en bild av chefers och handläggares/medarbetares kännedom om rutiner och arbetssätt gjordes i stället bedömningen att en snävare men mer kvalitativ kontroll var en bättre lämpad metod. Då denna typ av kontroll är mer tidskrävande beslutades att kontrollen skulle genomföras löpande under våren vid de insatser i verksamheten som genomfördes inom verksamhetsnära stöds processutvecklande uppdrag.

Under våren har således verksamhetsnära stöd i sina planerade insatser kontrollerat chefers och handläggares/medarbetares kännedom om eventuella rutiner och arbetssätt. Enheten har i samband med detta även kontrollerat arbetssättens följsamhet utifrån gällande lagstiftning och övriga styrdokument.

Detta tillvägagångssätt innebär att processer/enheter där verksamhetsnära stöd har genomfört insatser har blivit mer kontrollerade än processer/enheter där verksamhetsnära stöd ej har gjort insatser.

Processer som har kontrollerats helt eller delvis är:

- a) Anmälan, mottagning och hantering av sökande och elever inom svenska för invandrare inom sfi-mottagning, antagningsenhet, UJC2 samt folkhögskola.
- b) Lagring, gallring och arkivering av personuppgifter i samband med individers begäran om registerutdrag och begäran om radering av personuppgifter.
- c) Hantering av individer med skyddad identitet i samband med införandet av nytt systemstöd för elevadministration.
- d) Framtagande av ekonomiska underlag för intern- och extern ersättning.
- e) Ansvarsfördelning administration huvudman och externa anordnare.

Resultat av kontroll

Kontroller visar att det i samtliga kontrollerade processer saknas rutiner samt råder en osäkerhet gällande lagstiftning, och arbetssätt. Kontrollen visar även att ansvariga chefer och handläggare/medarbetare i många fall har bristfälliga kunskaper om hur det egna ansvarsområdet och arbetssättet påverkar senare delar av processen.

Exempel på risker/sannolika brister som har identifierats:

- Sen avbrottsregistrering medför risk för felaktigheter i ekonomiska underlag; avbrottsregistrering av sökande som ej påbörjar sin utbildning görs sent. vilket innebär att ekonomisk ersättning med 50 procent riskerar att utgå till egen regi för en del av dessa, trots att de inte är elever inom vuxenutbildningen.

Stickprovskontroller har genomförts av sökande vid antagning oktober 2024 samt januari 2025 för UJC 1 och UJC 2.

- Brister i hantering av personuppgifter och informationshantering; personuppgifter lagras regelbundet i Teams och finns tillgängliga för fler än berörd personal. Förekomst av känsliga personuppgifter i Teams har upptäckts vid flera tillfällen. Stickprov i systemen vad gäller hantering av handlingar i de olika processerna visar att gallring och arkivering i många fall inte har utförts korrekt utifrån informationshanteringsplanen.

- Brister i meddelande av myndighetsbeslut; vissa negativa myndighetsbeslut som är överklagansbara uppges av medarbetare ska ha meddelats muntligt och utan information om hur en överklagan ska göras.

Även om tid inte funnits för att genomföra en systematisk kontroll av hela verksamheten så bedöms antalet upptäckta risker och brister i de kontrollerade processerna vara så pass vanligt förekommande att det inte kan uteslutas att liknande risker och brister förekommer i andra delar av verksamheten och inom andra processer. I och med detta är bedömningen att en övergripande genomlysning av verksamheten behövs.

Bedömning

Granskningen är genomförd med anmärkning. Anmärkningen motiveras av att det i samtliga kontrollerade processer saknas rutiner samt råder en osäkerhet gällande lagstiftning och arbetssätt.

Åtgärder

Avdelningschef har uppdragit åt samtliga enhetschefer att genomföra en genomlysning av respektive enhet utifrån myndighetsutövning och administrativa rutiner samt kontroll av dessa.

Avdelningschef har också uppdragit åt enhetschefer att föreslå relevanta åtgärder utifrån eventuella upptäckta brister och risker. Resultat från genomlysning ska vara avdelningschef tillhanda 30 september 2025.

Fördjupad redovisning: Risk 10

Kontrollmoment 10a

10a Säkerställ att nödvändiga och tillräckliga kontroller genomförs vid beslut om föreningsbidrag för att motverka risker för felaktiga utbetalningar, välfärdsbrott och bedrägerier. (ESF)

Genomförd kontroll

Enhetschefen för Enheten för stöd till föreningslivet (ESF) har genomfört kontroll av sex utvalda föreningsbidragsärenden för att verifiera att beslut är korrekta och att kontrollrutiner i handläggningen har följts. Kontrollen omfattar sex ärenden från olika handläggare och nämndens tre olika bidrag avseende åren 2024 och 2025. Under perioden har enheten handlagt omkring 70 ärenden. Från 2024 har två ärenden valts för att möjliggöra granskning av ärende från ansökan till beslut, återrapportering och avslut. Fyra av ärendena avser bidrag för 2025 och har valts ut för att möjliggöra granskning av ärenden som upprättats efter enhetens start den 30 september 2024.

Ärendena har granskats enligt följande kriterier:

- Dokumentation har gjorts löpande och ärendet går att följa
- Beslut med motivering är dokumenterat, utskickat och registrerat som delegationsbeslut.
- Gynnande beslut motsvaras av en ansökan om bidrag till motsvarande belopp, alternativt kompletterat med delavslag. Eventuell reviderad ansökan har dokumenterats
- Återrapportering har inkommit och granskats. Bedömning huruvida återrapportering är godkänd har dokumenterats.

Resultat av kontroll

Samtliga sex granskade ärenden är löpande dokumenterade och möjliga att följa. Alla innehåller beslut med motivering och har registrerats korrekt. I de fall ansökningar reviderats före beslut finns även reviderad ansökan och budget dokumenterad. Återrapportering har inkommit i samtliga fall och bedömningen av om den är godkänd har dokumenterats.

Två ärenden avsåg verksamhet under 2024 och skulle därför återrapporteras. Återrapport inkom i tid och granskades. I båda fallen ställde handläggaren kompletterande frågor utifrån underlaget, varefter godkänd återrapportering med komplettering dokumenterades och meddelades föreningen

I ett av 2024-ärendena noterade handläggaren avvikelser mellan ansökt och redovisad budget, där föreningen omfördelat medel mellan budgetposter utan att informera förvaltningen. Handläggaren kallade då föreningen till samtal och klargjorde att sådana förändringar framöver behöver stämmas av med förvaltningen under pågående verksamhetsår.

Bedömning

Granskningen har genomförts utan anmärkning. Resultaten visar att handläggarna följer fastställda rutiner och löpande dokumenterar i ärendena. När avvikelser har uppmärksamrats mellan föreningens beviljade och redovisade budget har dessa identifierats av handläggare, som därefter kontaktat föreningen för komplettering. Sammantaget bedöms handläggningsrutiner och kontroller vara tillräckliga samt följas på ett tillfredsställande sätt.

Övrig kontroll

Utöver denna interna kontroll har enheten genomfört en närmare granskning av tre föreningar som beviljats bidrag från nämnden under 2024 eller 2025. Granskningarna har utförts i enlighet med *Rutin för stickprov eller motiverad kontroll av arbetsmarknadsnämndens föreningsbidrag* och genomförs under perioden juni-september. Ärendena har valts ut utifrån en riskbedömning då de antingen är nya för nämnden eller har beviljats bidrag med ett högre belopp. Exempel på moment som kontrolleras är om föreningen är registrerad som arbetsgivare samt om föreningen eller har skulder registrerade hos Kronofogden. Resultat av stickprov eller motiverad kontroll kommer att sammanställas efter genomförd kontroll.

Fördjupad redovisning: Risk 11

Kontrollmoment 11c Rapportering av bisysslor

11c Säkerställ att enhetschefer följer upp medarbetares bisysslor minst en gång per år, exempelvis i samband med medarbetarsamtal.

Genomförd kontroll

Stickprovskontroll av anmälda bisysslor bland tjänstemän och förtroendevalda för att säkerställa att kommunens regler följs har *inte* utförts, eftersom metoden ansågs resurskrävande och otillräckligt ändamålsenlig.

Inom UJC- A har istället har följande kontroller gjorts:

- Kontroll att områdescheferna går igenom information om bisysslor med sina enhetschefer och förtydligar deras ansvar att gå igenom regelverket gällande bisysslor med sina medarbetare på APT eller i annat forum
- Kontroll av när och i vilket sammanhang enhetschefer ställt frågan om bisyssla till sina medarbetare
- Kontroll av antalet anmälda bisysslor inom avdelningen fördelat per ansvarsnummer

Resultat av kontroll

Områdescheferna inom Utbildning och jobbcenter – arbetsmarknad (UJC-A) gick igenom regelverket kring bisyssla på APT med enhetschefer i januari 2025, och informerade då om såväl medarbetares skyldighet som arbetsgivarens informationsskyldighet.

Områdescheferna har samlat in information om när och i vilket sammanhang enhetschefer ställt frågan om bisyssla till sina medarbetare. Alla enhetschefer uppger att de har gått igenom bildspel med sina medarbetare om bisysslor på APT i januari 2025 och alla enhetschefer uppger att alla medarbetare också fått frågan om bisyssla i individuella medarbetarsamtal under perioden januari till och med maj 2025.

Den 12 juni 2025 fanns det inom respektive ansvarsnummer följande antal medarbetare med bisysslor registrerade under 2025:

22007218	2
22007219	1
22007225	3
22007226	1
22007227	2
22007232	1
22007234	6
22007235	1
22007236	5
220072341	1
2200740252	1
2200741400	4
2200790100	5

Totalsumma unika anställda	27
-----------------------------------	-----------

OBS! Vissa medarbetare har flera placeringar, varför totalsumman för medarbetare är 33. Fem medarbetare har dubbla placeringar.

Bedömning

Granskningen är genomförd utan anmärkning. Avdelningen (UJC-A) bedöms i tillfredställande grad säkerställa att enhetschefer följer upp medarbetares bisysslor minst en gång per år.

Det är dock mycket svårt att fullt ut kontrollera "att kommunens regler följs", eftersom reglerna bygger på att medarbetare informerar om något som inte chef eller kontrollansvarig kan kontrollera. Detta eftersom chef och kontrollansvarig inte har tillgång till utdrag över alla medarbetares involveringar i registrerade företag/föreningar. Detta är information som måste beställas och kostar i digital form.

Åtgärder

Om kontrollmomentet ska kvarstå i kommande internkontrollplan bör förvaltningen se över hur metoden kan justeras så att den blir ändamålsenlig utan att vara alltför resurskrävande.

Kontrollmoment 11e

11e Genomför regelbundna loggningskontroller för att upptäcka misstänkta oegentligheter i samband med handläggning av ärenden. (UJC-A, EB)

Genomförd kontroll

Kontrollmetoden har bestått i att kontrollansvarig tagit del av sammanställningar från avdelningarnas (UJC-A, EB) utförda loggningskontroller och följt upp att incidenter som omfattar oegentligheter rapporterats i kommunens tillbuds- och skederapporteringssystem (KIA). (UJC-A, EB)

Resultat av kontroll

Utbildning och jobbcenter – arbetsmarknad

Den 17 juni 2025 genomförde Avdelningen Utbildning och Jobbcenter – Arbetsmarknad (UJC-A) en loggkontroll. Protokoll från kontrollen finns tillgängligt. Granskningen omfattade samtliga medarbetares aktiviteter i *Lifecare Arbetsmarknad* den 12 juni 2025.

Vid loggkontrollen framkom följande:

- Totalt antal unika arbetssökande som medarbetare hanterade den 12 juni 2025 uppgick till **166**
- Antal poster som bedömdes kräva manuell kontroll uppgick till **2**
- Den manuella kontrollen omfattade **1** unik användare
- Antal unika användare för vilka chef behöver vidta vidare kontrollåtgärder uppgick till **0**

Sammanfattningsvis visar granskningen att ingen olovlig hantering av personuppgifter kunde påvisas.

Övrig information

Under första halvåret 2025 har UJC-A arbetat med att utveckla och stärka loggkontrollerna i verksamhetssystemet Lifecare Arbetsmarknad. Bland de viktigaste åtgärderna märks framtagande av informationsmaterial till medarbetare och chefer, införande av blankettstöd för loggkontroller, utbildning av nyckelpersoner, samt tester för att effektivisera identifiering av olovlig åtkomst och systemfel. Upptäckta brister i loggfunktionen har åtgärdats i dialog med leverantören. Från juni 2025 genomförs loggkontroller månadsvis, och arbetet fortsätter under andra halvåret.

Ekonomiskt bistånd

Loggkontroller genomförs regelbundet inom avdelningen Socialtjänst - Ekonomiskt bistånd för att säkerställa att åtkomst till klientuppgifter sker korrekt. Urval görs både slumpmässigt och riskbaserat. Kontrollerna utförs av utsedd samordnare eller chef vid

avdelningens enhet för verksamhetsstöd. Vid avvikelser sker uppföljning med berörd medarbetare och vid behov eskaleras ärendet till avdelningschef.

Bedömning

Granskningen är genomförd utan anmärkning, utifrån att båda avdelningarna regelbundet utgör loggningskontroller för att upptäcka misstänkta oegentligheter i samband med handläggning av ärenden.

Åtgärder

Under hösten 2025 kommer UJC-A att genomföra månatliga loggningskontroller i Lifecare Arbetsmarknad och föra dialog med systemleverantören om förbättringar i verksamhetsloggen. För systemet Feriebas, som i dagsläget saknar loggkontroller, kommer dialog för utveckling av sådan funktionalitet att inledas under samma period.