

Datum 2023-11-27

Diarienummer AN-07600/23

Bilaga 1, Arkivnämndens budget
och verksamhetsplan 2024

Internkontrollplan och samlad riskbild 2024

Arkivnämnden



ARKIVNÄMNDEN

Västra Götalandsregionen
och Göteborgs Stad

Innehåll

Inledning	3
Syftet med denna plan.....	3
Vem omfattas av planen.....	3
<i>Arkivnämndens ansvar.....</i>	<i>3</i>
<i>Förvaltningchefens ansvar.....</i>	<i>3</i>
<i>Verksamhetsansvariga chefers ansvar.....</i>	<i>3</i>
<i>Medarbetarnas ansvar</i>	<i>3</i>
Bakgrund.....	3
Koppling till andra styrande dokument.....	4
Internkontrollplan och samlad riskbild 2023.....	5
Risk- och väsentlighetsanalys	5
Riskanalysprocessen	6
Plan för intern kontroll.....	6
Information och kommunikation	6
Uppföljningen av denna plan	6
Internkontrollplan	7
Samlad riskbild 2023	8

Inledning

Syftet med denna plan

Varje nämnd/styrelse ska ha ett etablerat system för styrning, uppföljning och kontroll. Syftet är att verksamheten ska bedrivas i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige beslutat om och de föreskrifter som gäller för verksamheten. Den interna kontrollen ska utformas så att man med rimlig grad av säkerhet ska kunna uppnå ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet genom:

- efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera
- tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- att eliminera eller upptäcka allvarliga fel och brister.

Vem omfattas av planen

I denna interna kontrollplan framgår vem som har kontrollansvaret. Det övergripande ansvaret för den interna kontrollen är enligt följande:

Arkivnämndens ansvar

Nämnden har ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Nämnden ska upprätta en organisation för den interna kontrollen samt se till att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen.

Förvaltningschefens ansvar

Förvaltningschefen eller motsvarande ansvarar för att leda arbetet med intern kontroll och se till att konkreta regler och anvisningar är utformade så att god intern kontroll kan upprätthållas. Regler och anvisningar ska antas av nämnd. Förvaltningschef eller motsvarande ska löpande rapportera till nämnd om hur den interna kontrollen fungerar. Denna rapportering ska göras inom ramen för förvaltningens samlade uppföljning.

Verksamhetsansvariga chefers ansvar

Verksamhetsansvariga chefer ska se till att planen följs samt informera medarbetarna om dess innebörd. Vidare ska de verka för att medarbetarna arbetar mot uppställda mål och att de arbetsmetoder som används bidrar till god intern kontroll. Respektive avdelningschef ansvarar för att arbeta utifrån lokal riskanalys med kontroller och åtgärder. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till närmast överordnad.

Medarbetarnas ansvar

Samtliga medarbetare är skyldiga att följa antagna regler och anvisningar i sitt arbete. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till närmast överordnad chef eller den som nämnd utsett.

Bakgrund

I enlighet med kommunfullmäktiges riktlinjer för styrning, uppföljning och kontroll § 17 fastställer nämnden i samband med budget intern kontrollplan som innehåller områden eller processer som särskilt ska granskas under kommande verksamhetsår för att följa upp att det interna kontrollsystemet fungerar tillfredsställande inom nämndens verksamhetsområde.

I enlighet med kommunfullmäktiges riktlinjer för styrning, uppföljning och kontroll § 16 fastställer nämnden i samband med budget samlad riskbild som innehåller risker samt åtgärder som redan införts och nya åtgärder som behöver vidtas.

Koppling till andra styrande dokument

Kommunfullmäktiges riktlinjer för styrning, uppföljning och kontroll.

Internkontrollplan och samlad riskbild 2024

Risk- och väsentlighetsanalys

En riskanalys är en kartläggning och analys av tänkbara risker som kan inträffa i verksamheten. Utgångspunkten är verksamhetens mål samt relevanta lagar och förordningar. En risk- och väsentlighetsanalys genomförs genom att identifiera och dokumentera verksamhetens viktigaste rutiner/processer och se över hur dessa fungerar.

Analysen ska genomföras både på ledningsnivå och på respektive avdelning där kritiska moment i respektive rutin/process analyseras.

I analysen av risk bedöms sannolikheten för att en händelse inträffar samt hur allvarlig konsekvensen blir av inträffandet. För att få en rimlig omfattning på den interna kontrollen bör intern kontroll begränsas till väsentliga risker.

Sannolikhet och väsentlighet bedöms utifrån fyrgradiga skalor:

Sannolikhet (risk)	Väsentlighet (konsekvens)
1. Osannolik	1. Försumbar
2. Mindre sannolik	2. Lindrig
3. Möjlig	3. Kännbar
4. Sannolik	4. Allvarlig

Risken kan formuleras som sannolikheten för att fel, misskötsel, brister i måluppfyllelse i olika grad ska uppstå. *Väsentlighetsgraden* kan uttryckas som ekonomiska, politiska, mänskliga och verksamhetsmässiga konsekvenser för nämnden eller för den enskilde som kan uppstå vid brister i hantering av ekonomi och/eller verksamhet eller vid bristande måluppfyllelse.

De riskområden som bör analyseras är

- *Ekonomiska risker*, till exempel brister som kan resultera i vikande/uteblivna intäkter respektive ökande eller oförutsedda kostnader.
- *Legala risker*, brister som kan leda till brott mot gällande lagstiftning men också brister ifråga om efterlevnad i förhållande till interna policys, regler och riktlinjer.
- *Verksamhetsrisker*, brister som hotar våra förutsättningar att genomföra vår verksamhet och nå våra uppställda mål.
- *Förtroendeskadador*, brister som kan leda till att förtroendet för förvaltningen och /eller nämnd skadas, till exempel vidlyftig representation, mutor och bestickning. Förtroendeskadador uppstår ofta som ett resultat av brister inom övriga områden.

Risikanalysprocessen



- Nämnden ges möjlighet att ge inspel om processer som de vill ha särskild intern kontroll av.
- Riskanalys av förvaltningsgemensamma processer genomförs av ledningsgrupp (LGR).
- Riskanalyser av verksamhetsprocesser görs på respektive avdelning.
- LGR prioriterar och sammanställer riskanalyserna till en samlad riskbild och förvaltningens förslag till internkontrollplan
- Nämnden fastställer samlad riskbild och internkontrollplan.

Plan för intern kontroll

Den interna kontrollplanen är en produkt av risk- och väsentlighetsanalysen och styr antalet riskområden. Internkontrollplanen ska innehålla följande delar:

- Riskområde/process
- Åtgärder/kontrollmoment - vad kontrollaktiviteten ska innehålla
- Kontrollansvar - vem som ansvarar för att utföra kontrollen
- Kontrollmetod - hur ska kontrollen göras
- Frekvens - när granskningen ska vara utförd
- Riskbedömning utifrån risk- och väsentlighetsanalysen

Information och kommunikation

Arbetet med den interna kontrollen måste vara känt och förankrat inom hela förvaltningen, på alla organisatoriska nivåer. De förändringar i verksamheten som föranleds av den interna kontrollen eller dess följdbeslut, till exempel kontrollaktiviteter, måste tydligt kommuniceras i verksamheten.

Uppföljningen av denna plan

Uppföljning av denna plan ska göras löpande under året i enlighet med bestämmelserna i planen om kontrollmoment, kontrollmetod, kontrollansvar och så vidare. Kontrollansvarig ska rapportera årligen till förvaltningschefen.

Rapportering till nämnden görs enligt planen och i samband med de uppföljningsrapporter och den årsrapport som förvaltningen upprättar. Om några oegentligheter framkommer under året ska förvaltningschefen omedelbart informera nämnden om det inträffande.

Internkontrollplan 2024

Riskområde/ Process och risk- beskrivning	Åtgärder/ Kontrollmoment	Kontroll- metod	Kontroll- ansvar	Frekvens	Rappor- tering till	Sannolikhet/ väsentlighet
Ekonomi Risk att nämnden inte når en budget i balans	Förvaltningen arbetar enligt ordinarie rutin för ekonomistyrning och i det fall en negativ prognos lämnas till nämnden kommer särskild åtgärdsplan utarbetas.	Ekonomisk uppföljning	Förvaltningschef	Enligt stadens riktlinjer.	Arkivnämnd	Mindre sannolikhet/kännbar
Oegentligheter Risk för missbruk av tillgång till information	Behörighets- hantering tillgång till information i system Rutin för behörighets- administration ska fastställas. Särskild förvaring av värdefulla analoga handlingar Rutin ska utarbetas för åtkomstkontroll. Åtkomstkontroller ska genomföras i Regina, system för bevarande	Åtkomst- begränsning Åtkomst- begränsning Åtkomstkontr oller	Säkerhets- chef	 Stickprov kommer att genomföras	Förvaltnings- chef	Mindre sannolikhet/kännbar
Bevarande- strategi Risk att Regionarkivet inte lyckas motivera och stödja myndigheterna så att rätt information bevaras	Dialog vid rådgivning och tillsyn Klarspråk Omvärldsbevakning Dialog med myndighetsrepresen- tanter vid framtagna av nya dokument	Dialog	Avdelnings- chefer	Vid tillsyn eller vid behov	Förvaltnings- chef	Möjlig /kännbar

Samlad riskbild

I enlighet med kommunfullmäktiges riktlinjer för styrning, uppföljning och kontroll § 16 fastställer nämnden i samband med budget samlad riskbild som innehåller risker samt åtgärder som redan införts och nya åtgärder som behöver vidtas.

Riskområde/ process	Risk	S/K	Befintliga åtgärder	Nya åtgärder
Oegentligheter	Missbruk av tillgång till information	2x3=6	Behörighetshantering	I informationssäkerhetsarbetet ska rutiner för behörighetshantering och åtkomstkontroller utarbetas. Regelbundna stickprov kommer att genomföras
	Ekonomisk trolöshet och stöld	1x3=3	Attestreglemente, två attestanter	
	Otillåten bisyssla	1x1=1	Hanteras i medarbetarsamtal och regleras genom skyldighet att rapportera bisysslor	
	Jäv	1x3=3	Information vid introduktion av nya medarbetare om stadens riktlinjer. Årlig information och dialog på APT	
Ekonomi <i>Arkivnämnden ska ha en ekonomi i balans</i>	Risk att Arkivnämnden inte uppnår en balans i ekonomin	2x3=6	God ekonomisk hushållning och ekonomisk uppföljning	
Bevarandestrategi	Risk att Regionarkivet inte lyckas motivera och stödja myndigheterna så att rätt information bevaras	2x3=6	Omvärldsbevakning och samarbete med andra arkivinstitutioner Dialog med myndigheterna för att hitta lösningar Säkerställa att förvaltningar, bolag och stiftelser har kunskap om regelverk och processer. Detta görs genom tillsyn, utbildningar, samråd samt råd och stöd.	Vidareutveckla tillsynsarbetet
	Risk att aktiviteter för att främja god arkivhantering inte kan genomföras på grund av att andra arbetsuppgifter måste prioriteras högre	2x2=4	Dialog och tydliga prioriteringar inom Regionarkivet Uppföljning på ärende- och handläggarnivå	Kompetensbreddning Rapportera omprioriteringar till nämnden.
Ta emot leveranser av arkiv	Risk för bristande kvalitet på leveranser till Regionarkivet, ej ordnade och förtecknade enligt anvisningar	2x3=6	Handledningar framtagna. Utbildningsinsatser och rådgivningsbesök inför leverans. Vid leverans kontrolleras materialet för att säkerställa att det är ordnat och förtecknat enligt anvisningar. Återsändande av leveranser som inte följer regelverket.	Vidareutveckla processen för leveranser i samband med fortsatt utveckling av system för bevarande Arbete för att överenskommelser ska göras med myndigheter vid införande av nya system

	Risk för leverans med skadedjur eller handlingar som är fuktskadade eller mögliga	2x2=4	Leveransbesök innan leverans. Vid leverans genomförs stickprovskontroll Packas upp i upppackningsrummet vid misstanke om skadedjur. Kontakt med konservator. Vid brister återsänds leverans för åtgärd av levererande organisation	Ytterligare åtgärder bedöms inte genomförbara i nuläget
Vårda arkiv	Risk att handlingar som inte är arkivbeständiga förstörs	2x3=6	Inventeringar, prioriteringar och akuta insatser Digitisering av sökregister Arkiv- och registervård genomförs utifrån ny guide. Varje år fastställs prioriteringslista över arkivvårdsinsatser.	
Tillhandahålla arkiv	Risk att återsökning av handlingar försvåras eller inte är möjlig på grund av bristande dokumentation	2x3=6	Kontinuerlig dialog och säkerställande att materialet är sökbart. Arkiv- och registervård genomförs utifrån ny guide. Varje år fastställs prioriteringslista över arkivvårdsinsatser.	
	Risk att handlingar som ingår i IVO-leveranser inte kan lämnas ut skyndsamt. Särskilt när de är oordnade och/eller inte kan läsas i levererat format	2x3=6	Det går inte att påverka leveransernas kvalitet då IVO fattar beslut. Informationsblad skickas till berörd vårdgivare. Omprioritering av resurser och vid behov tillsätta resurser för att göra informationen läsbar	