

Stadsbyggnadsförvaltningen

Namngivningsnämnden

Handläggare:
Eriksson Lind Helen
Hessling Pernilla

Uppföljning av internkontrollplan 2019

Förslag till beslut

Namngivningsnämnden föreslås besluta

att godkänna uppföljningen av internkontrollplan per augusti 2019.

Sammanfattning

Namngivningsnämnden beslutade den 5 februari 2019 om en internkontrollplan för verksamheten under 2019. Nämndens internkontrollplan utarbetades i enlighet med reglemente för intern kontroll i Uppsala kommun och dess helägda bolag (KF 2007). Planen syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och kostnadseffektivt.

I samband med delårsuppföljningarna och årsredovisningen följs arbetet med internkontrollplanen för innevarande år upp.

Den 11 juni 2019 beslutade nämnden om rättelse i internkontrollplan för 2019.

Granskningen per augusti 2019 visar att samtliga planerade kontrollmoment för perioden har genomförts. Samtliga fyra kontrollmoment har följts upp ”utan anmärkning”.

Ärendet

Namngivningsnämnden beslutade den 5 februari 2019 om en internkontrollplan för verksamheten under 2019. Nämndens internkontrollplan utarbetades i enlighet med reglemente för intern kontroll i Uppsala kommun och dess helägda bolag (KF 2007). Planen syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och kostnadseffektivt.

Per augusti har samtliga två kontrollmoment följts upp. Kontrollområdena som följts upp är verksamhetskontroll och kontroll av system och rutiner. Samtliga fyra kontrollmoment har följts upp ”utan anmärkning”.

Stadsbyggnadsförvaltningen

Mats Norrbom

Stadsbyggnadsdirektör

Bilagor:

1. Uppföljning av internkontrollplan per augusti 2019
2. Internkontrollplan för 2019

Stadsbyggnadsförvaltningen

Namngivningsnämnden

Handläggare:
Hessling Pernilla
Rinander Barbro

Bilaga 1: Uppföljning av internkontrollplan per augusti 2019

Bakgrund

Namngivningsnämnden beslutade den 5 februari 2019 om en internkontrollplan för verksamheten under 2019. Nämndens internkontrollplan utarbetades i enlighet med reglemente för intern kontroll i Uppsala kommun och dess helägda bolag (KF 2007). Planen syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och kostnadseffektivt. Planen är en del i att säkra en tillförlitlig finansiell rapportering samt att verksamheten följer tillämpliga lagar och andra styrdokument.

Internkontrollarbetet består av riskanalys, upprättande av internkontrollplaner samt löpande information, uppföljning och utvärdering. Arbetet syftar till en god internkontrollmiljö där risker hanteras och avvikelser upptäcks eller förhindras löpande.

Den 11 juni 2019 beslutade nämnden om rättelse i internkontrollplan för 2019.

Kontrollområden 2019

Internkontrollplanen för 2019 beskriver kontrollåtgärder utifrån de risker som framkommit vid riskanalysarbetet som genomförts under våren 2018 och sedan prioriterats av förvaltningens ledningsgrupp i augusti 2018. Planen omfattar kontroll av verksamhetens organisation, rutiner samt efterlevnad av lagstiftning och kommunens interna styrdokument. Arbetet med intern kontroll genomförs inom ramen för nämndens budget 2019.

Uppföljning av internkontrollplan

Uppföljning av planen görs enligt beskriven frekvens och metod kopplat till respektive kontrollpunkt. Resultat av genomförd granskning utifrån internkontrollplanen redovisas till nämnden i samband med tertialuppföljning. Redovisning görs vid angiven

tidpunkt i planen samt sammanfattas i en rapport per helår som vidare rapporteras till kommunstyrelsen.

Den här uppföljningen är en sammanställning av resultat från granskningen av de kontrollområden i planen som ska rapporteras till nämnden per augusti 2019.

Uppföljning per kontrollområde

Nedan finns beskrivning av respektive kontrollområde tillsammans med uppföljningen inom området. Uppföljningen omfattar resultat av granskningen, analys och vid behov beskrivning av genomförda och planerade åtgärder för respektive område.

- 1. Uppdatera förteckning över prioriterad IT-utveckling.**
- 2. Följ upp genomförande av prioriterad IT-utveckling**

Kontrollområde: verksamhetskontroll

Riskbeskrivning: Otydlig ansvarsfördelning avseende IT-utveckling och IT-förvaltning leder till att gemensamma prioriteringsprocesser saknas. Detta leder i sin tur till ineffektiv digitalisering och därmed att verksamhetsutvecklingen blir lidande.

Metod

Planerad kontrollmetod: 1. Kontrollera att förteckning över prioriterad IT-utveckling är uppdaterad tre gånger per år. 2. Kontrollera att prioriterad IT-utveckling genomförs tre gånger per år.

Genomförd kontrollmetod: Kontrollen genomfördes genom intervju. Aktivitetslista för prioriterad utveckling inom digitalisering för stadsbyggnadsförvaltningen kontrollerades den 27 augusti.

Tidpunkt för rapportering: augusti

Resultat av kontrollen

1. Aktivitetslistan för prioriterad utveckling inom digitalisering uppdateras kontinuerligt, senast den 15 augusti 2019.
2. Utvecklingen inom digitaliseringen sker löpande enligt vad som prioriteras i aktivitetslistan för digital utveckling. Detta sker i samarbete med respektive förvaltningsobjekt (PM3).

Slutsats och förslag till åtgärder

Granskning är genomförd utan anmärkning, inga åtgärder planeras. Utvecklingen inom digitalisering sker enligt plan. Vissa planerade insatser tar mer tid än vad som tidigare planerats. Förvaltningen planerar för att i samband med verksamhetsplanering 2020 införa digitaliseringsaktiviteter i verksamhetsplaner vilket möjliggör förbättrad uppföljning av aktiviteterna.

Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning.

- 1. Att beslut fattas av utsedd delegat.**
- 2. Att delegationsbeslut anmäls till nämnd inom skälig tid.**

Kontrollområde: kontroll av system och rutiner.

Riskbeskrivning: Bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende. Detta innebär att beslutet är ogiltigt och kan även medför att beslutet är felaktigt och kan

leda till bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada. Delegationsbeslut inte anmäls till nämnd i rätt tid eller inte alls och därmed inte blir kända för nämnden, vilket kan medföra bristande rättssäkerhet och förtroendeskada.

Metod

Planerad kontrollmetod: För varje tertial slumpas fem stickprov fram ur diariet. Stickproven ska gälla ärendetyper där det finns beslut som fattas på delegation. De valda besluten jämförs mot delegationslistor.

Genomförd kontrollmetod: Två ärenden har kontrollerats ur diariet.

Tidpunkt för rapportering: augusti

Resultat av kontrollen

Det finns inte några delegationsbeslut registrerade hittills under 2019.

Slutsats och förslag till åtgärder

Granskningen genomförd utan anmärkning, inga åtgärder föreslås. Ytterligare granskning genomförs som planerats i december.

- 1. Kontroll av att handläggare i kommunen har rätt kunskaper i diarieföring**
- 2. Kontroll av att handlingar registreras enligt regelverket och är sökbara**
- 3. Kontroll av att nämnden har upprättat de styrdokument (informationshanteringsplan, beskrivning av allmänna handlingar) som krävs och att dessa är aktuella enligt nuvarande verksamhet.**
- 4. Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och ökar i mängd.**

Kontrollområde: kontroll av system och rutiner

Riskbeskrivning: Handlingar diarieförs inte korrekt. Det går därför inte att hitta handlingar eller att följa ärenden och beslut vilket försvårar både för kommunens interna arbete och för allmänhetens insyn.

Metod

Planerad kontrollmetod:

1. Uppföljning av antalet utbildningar i förhållande till antal handläggare i DHS projektet. Jämför utfall med plan. Anpassa mättidpunkter efter plan för utrullning.
2. Stickprov om cirka 30 handlingar. Kontroll av handlingar på webben. Finns något som är sekretessbelagt (i namnet), personuppgifter utifrån GDPR (i namnet), obegripligt/otillräckligt som namn, överensstämmande med innehåll.
3. Kontroll att det finns datum för beslut. Måste uppdateras regelbundet för att ta hänsyn till ändringar i organisation/verksamhet. Vara tillgänglig och lätt att använda.
4. Kontrollera att antalet öppna ärenden är relativt konstant. Antalet öppnade och stängda ärenden tar normalt ut sig över tid. De flesta ärenden brukar stängas inom ett år. Nu jämfört med föregående år

Genomförd kontrollmetod:

1. Avstämning om medarbetare deltagit i DHS utbildning eller kommer att delta under året.
2. Stickprov om 11 ärenden.
3. Kontroll av status för upprättad informationshanteringsplan och fortsatt arbete.
4. Antalet öppna ärenden per 19 augusti 2019 har kontrollerats.

Tidpunkt för rapportering: augusti.

Resultat av kontrollen

Medarbetare planeras utbildas i DHS under hösten 2019. Samtliga ärenden som granskats har diarieförts på rätt sätt. Förslag till informationshanteringsplan finns framtagna och ska inom kort ut på remiss till bland annat Lantmäteriet. Antalet öppna ärenden var vid granskningen 102 stycken. Granskningen ses som en nollmätning och jämförelsevärden tas fram nästa år.

Slutsats och förslag till åtgärder

Granskningen är genomförd utan anmärkning, inga åtgärder föreslås.

Säkerställa att förvaltningen har rutiner och kompetens för att stödja att chefens ansvar i löneprocessen, utifrån rätt indata till korrekt utbetalad lön, fungerar korrekt

Kontrollområde: kontroll av system och rutiner

Riskbeskrivning: Brister i kunskap, rutiner och system leder till att felaktiga löner ibland betalas ut. Felaktiga löner är negativt ur arbetsgivarperspektivet då medarbetare får minskat förtroende för kommunen som arbetsgivare. Dessutom uppstår merkostnader för extra utbetalningar, felaktiga löneskulder och merarbete för både chefer och medarbetare inom löneservice.

Metod

Planerad kontrollmetod: HR-chef säkerställer att förvaltningens chefer har kompetens och följer rutiner avseende löneprocessen.

Genomförd kontrollmetod: Avstämning med medarbetare och chef.

Tidpunkt för rapportering: augusti.

Resultat av kontroller

Medarbetare har under perioden fått rätt lön utbetald. Chef uppger att denne har kunskap om rutiner och ansvar i löneprocessen. Vid behov av stöd i löneprocessen vet denne var inom organisationen som stöd ges.

Slutsats och förslag till åtgärder

Granskningen genomförd utan anmärkning, Inga åtgärder föreslås.

Internkontrollplan 2019

För namngivningsnämnden

Ett aktiverande dokument som namngivningsnämnden
fattade beslut om den 5 februari 2019

Innehåll

Internkontrollplan 2019	3
Inledning	3
Nämndens arbete med intern kontroll.....	3
Utveckling av den interna kontrollen	4
Begrepp som används i internkontrollplanen	4
Risker och kontrollmoment	5

Internkontrollplan 2019

Inledning

Kommunfullmäktige i Uppsala kommun antog den 26 mars 2007 ett reglemente för intern kontroll i Uppsala kommun och kommunens helägda bolag. I reglementet beskrivs hur arbetet med den interna kontrollen ska struktureras och rapporteras till kommunstyrelsen, som har det övergripande ansvaret för frågan.

Namngivningsnämnden upprättar årligen en internkontrollplan. Planen ska vara ett stöd i styrningen av verksamheten och ett hjälpmedel för att nå verksamhetsmålen. Planen ska försäkra att

- Verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt
- Den finansiella rapporteringen och information om verksamheten är tillförlitlig
- Verksamheten bedrivs i enlighet med lagar, föreskrifter, policyer och riktlinjer

Internkontrollplanen beskriver vad som behöver göras utifrån viktiga risker som framkommit i riskanalysen. Varje kontrollmoment i internkontrollplanen följs upp enligt beskriven frekvens och metod. Resultatet av uppföljningen redovisas årligen till kommunstyrelsen.

Internkontrollplanen innehåller också en beskrivning av hur nämnden arbetar med intern kontroll och hur internkontrollplanen används för att utveckla detta arbete.

Nämndens arbete med intern kontroll

Internkontrollarbetet består av riskanalys, värdering och prioritering av identifierade risker, upprättande av internkontrollplaner samt löpande information. Arbetet syftar till en god internkontrollmiljö där risker hanteras och avvikelser upptäcks eller förhindras löpande.

Internkontrollplanen för 2019 beskriver kontrollåtgärder utifrån de risker som framkommit vid riskidentifiering inom verksamheten hösten 2018. Riskerna har värderats och prioriterats.

Planen omfattar kontroll av verksamhetens organisation, rutiner samt efterlevnad av lagstiftning och kommunens interna styrdokument. Arbetet med intern kontroll genomförs inom ramen för nämndens budget 2019.

Uppföljning av planen görs enligt beskriven frekvens och metod kopplat till respektive kontrollpunkt. Resultat av genomförd granskning utifrån internkontrollplanen redovisas till nämnden i samband med tertialuppföljningarna. Redovisning görs vid angiven tidpunkt i planen samt sammanfattas i en rapport per helår som vidare rapporteras till kommunstyrelsen.

Utveckling av den interna kontrollen

Under året planeras utveckling genom att för verksamheten utomstående medarbetare inom Stadsbyggnadsförvaltningen granskar att de kontroller som angivits i Namngivningsnämndens internkontrollplan är genomförda enligt angivna tidpunkter.

Begrepp som används i internkontrollplanen

Kontrollområde	Områden som det ska finnas kontrollmoment inom. Det finns fem stycken kontrollområden: <ul style="list-style-type: none"> - Verksamhetskontroller - Kontroller av system och rutiner - Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut - Finansiell kontroll - Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv
Riskbeskrivning	Beskrivning av den risk som ligger till grund för kontrollmomentet. Hämtas från riskregistret.
Kontrollmoment	Konkreta åtgärder som vidtas för att motverka, minimera eller i vissa fall eliminera riskerna. Kontrollmomenten kan antingen vara förebyggande eller upptäckande och korrigerande. Förebyggande kontrollmoment är åtgärder för att undvika att brister uppstår. Upptäckande och korrigerande kontrollmoment hjälper nämnden att se om riskerna har lett till de händelser som kan befaras och visar på vilka åtgärder som behöver vidtas för att komma tillrätta med bristerna.
Kontrollmetod	Beskrivning av hur, när och hur frekvent kontrollmomentet ska genomföras.
Tidpunkt för rapportering	Tidpunkt då kontrollmomentet ska rapporteras till nämnd.

Risker och kontrollmoment

Nämnden uppdrar åt förvaltningen att utse kontrollansvarig för respektive kontrollmoment.

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Tidpunkt för rapportering
Verksamhetskontroller	Otydlig ansvarsfördelning avseende IT-utveckling och IT-förvaltning leder till att gemensamma prioriteringsprocesser saknas. Detta leder i sin tur till ineffektiv digitalisering och därmed att verksamhetsutvecklingen blir lidande.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uppdatera förteckning över prioriterad IT-utveckling. 2. Följ upp genomförande av prioriterad IT-utveckling. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrollera att förteckning över prioriterad IT-utveckling är uppdaterad tre gånger per år. 2. Kontrollera att prioriterad IT-utveckling genomförs tre gånger per år. 	<p>Augusti och december</p> <p>Augusti och december</p>
Kontroller av system och rutiner	Bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att tjänsteperson utan mandat beslutar i ett ärende. Detta innebär att beslutet är ogiltigt och kan även medföra att beslutet är felaktigt och leda till	<p>Kontroll att beslut fattas inom ramen för gällande delegationsordning.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Att beslut fattas av utsedd delegat. 2. Att delegationsbeslut anmäls till nämnd inom skälig tid. 	För varje tertial slumpas fem stickprov fram ur diariet. Stickproven ska gälla ärendetyper där det finns beslut som fattas på delegation. De valda besluten jämförs mot delegationslistor.	Augusti och december

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Tidpunkt för rapportering
	<p>bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada.</p> <p>Bristande kunskap om delegationsordning eller andra omständigheter leder till att delegationsbeslut inte anmäls till nämnd i rätt tid eller inte alls och därmed inte blir kända för nämnden, vilket kan medföra bristande rättssäkerhet samt förtroendeskada.</p>			
Kontroll av system och rutiner	Handlingar diarieförs inte korrekt. Det går därför inte att hitta handlingar eller att följa ärenden och beslut vilket försvårar både för kommunens interna arbete och för allmänhetens insyn.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontroll av att handläggare i kommunen har rätt kunskaper i diarieföring. 2. Kontroll av att handlingar registreras enligt regelverket och är sökbara. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uppföljning av antalet utbildningar i förhållande till antal handläggare i DHS-projektet. Jämföra utfall med plan. Anpassa mättidpunkter efter plan för utrullningen. 2. Stickprov om cirka 30 handlingar. Kontroll av handlingar på webben. Finns något som är sekretessbelagt (i namnet), personuppgifter utifrån GDPR (i namnet), obegripligt/otillräckligt 	<p>Augusti och december</p> <p>Augusti och december</p>

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Tidpunkt för rapportering
		<p>3. Kontroll av att nämnderna har upprättat de styrdokument (informationshanteringsplan, beskrivning av allmänna handlingar) som krävs och att dessa är aktuella enligt nuvarande verksamhet.</p> <p>4. Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och ökar i mängd.</p>	<p>som namn, överensstämmande med innehåll?</p> <p>3. Kontroll att de finns och datum för beslut. Måste uppdateras regelbundet för att ta hänsyn till ändringar i organisation/verksamhet. Vara tillgänglig och lätt att använda.</p> <p>4. Kontrollera att antalet öppna ärenden är relativt konstant. Antalet öppnade och stängda ärenden tar normalt ut sig över tid. De flesta ärenden brukar stängas inom ett år. Nu jämfört</p>	<p>Augusti och december</p> <p>Augusti och december</p>
Kontroll av system och rutiner	Brister i kunskap, rutiner och system leder till att felaktiga löner ibland betalas ut. Felaktiga löner är negativt ur arbetsgivarperspektivet då medarbetare får minskat förtroende	Säkerställa att förvaltningen har rutiner och kompetens för att stödja att chefens ansvar i löneprocessen, från rätt indata till korrekt utbetalad lön, fungerar korrekt.	HR-chef säkerställer att förvaltningens chefer har kompetens och följer rutiner avseende löneprocessen.	Augusti och december

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Tidpunkt för rapportering
	för kommunen som arbetsgivare. Dessutom uppstår merkostnader för extrautbetalningar, felaktiga löneskulder och merarbete för både chefer och medarbetare inom löneservice.			