

Datum:
2019-11-18

Diarienummer:
GSN-2019-1548

Stadsbyggnadsförvaltningen

Gatu- och samhällsmiljönämnden

Handläggare:
Annika Bexelius
Martin Larsson

Analys och utvärdering av system och rutiner för intern kontroll 2019

Förslag till beslut

Gatu- och samhällsmiljönämnden föreslås besluta

att godkänna upprättad analys och utvärdering av system och rutiner för intern kontroll 2019, samt

att översända analys och utvärdering av system och rutiner för intern kontroll 2019 till kommunstyrelsen.

Sammanfattning

Enligt kommunens reglemente för intern kontroll ska styrelser och nämnder årligen till kommunstyrelsen rapportera in en analys och utvärdering av sina system och rutiner för intern kontroll. Nämndens analys för 2019 lämnas till kommunstyrelsen senast den 31 december 2019.

Med stöd av det självskattningsverktyg för intern kontroll som kommunledningskontoret har tagit fram har följande förbättringsområden identifierats för nämnden:

- Medarbetare och chefer har tillräcklig kunskap om intern kontroll.
- Riskanalysen är underlag för relevanta åtgärder och kontrollmoment.
- Riskhanteringen följs upp och utvecklas.
- Det finns kontrollmoment som åtgärdar riskerna.
- Resultatet av åtgärderna följs upp och rapporteras.

Ärendet

Enligt kommunens reglemente för intern kontroll ska styrelser och nämnder årligen rapportera in en analys och utvärdering av sina system och rutiner för intern kontroll till kommunstyrelsen. Nämndens analys för 2019 lämnas till kommunstyrelsen senast den 31 december 2019.

Inrapporteringen ska stödja utvecklingen av den interna kontrollen inom nämndernas verksamhetsområden men också på kommunövergripande nivå, genom att ge kommunen underlag för samordning och lärande.

Inrapporteringen kan ge större kunskap om vad intern kontroll är och vilken roll den har i nämndernas arbete mot måluppfyllelse. Den kan också ge en helhetsbild över vad den interna kontrollen består av, hur den fungerar och är organiserad inom respektive ansvarsområde samt bidra till en starkare koppling mellan den interna kontrollen och internkontrollplanen.

Med stöd av det självskattningsverktyg för intern kontroll som kommunledningskontoret har tagit fram har följande förbättringsområden identifierats för nämnden:

- Medarbetare och chefer har tillräcklig kunskap om intern kontroll.
 - o Information finns men svår att hitta. Utbildningar har inte genomförts för chefer inom nämndens verksamhet.
- Riskanalysen är underlag för relevanta åtgärder och kontrollmoment.
 - o Behöver omfatta mer verksamhetsnära risker vilket leder till fler och mer relevanta kontrollmoment för verksamheten och således nämnden.
- Riskhanteringen följs upp och utvecklas.
 - o Nämnden / Verksamheten är mitt uppe i ett pågående förbättringsarbete.
- Det finns kontrollmoment som åtgärdar riskerna.
 - o Finns till viss del i verksamhetsplanen. Det saknas delvis arbetssätt för ett strukturerat erfarenhetsutbyte.
- Resultatet av åtgärderna följs upp och rapporteras.
 - o Beslutade åtgärder genomförs och följs upp. Resultaten rapporteras ej vidare.

Bilagor

1. Analys enligt reglementet
2. Upprätta och följa upp internkontrollplan, stadsbyggnadsförvaltningen
3. Sammanfattningssida, Verktyg för självvärdering av intern kontroll

Stadsbyggnadsförvaltningen

Mats Norrbom

Stadsbyggnadsdirektör

Datum:
2019-11-18

Diarienummer:
GSN-2019-1548

Stadsbyggnadsförvaltningen

Gatu- och samhällsmiljönämnden

Handläggare:
Annika Bexelius
Martin Larsson

Bilaga 1

Analys och utvärdering av system och rutiner för intern kontroll 2019

Enligt kommunens reglemente för intern kontroll ska styrelser och nämnder årligen rapportera in en analys och utvärdering av sina system och rutiner för intern kontroll till kommunstyrelsen. Nämndens analys för 2019 lämnas till kommunstyrelsen senast den 31 december 2019.

Inrapporteringen ska stödja utvecklingen av den interna kontrollen inom nämndernas verksamhetsområden men också på kommunövergripande nivå, genom att ge kommunen underlag för samordning och lärande.

Inrapporteringen kan ge större kunskap om vad intern kontroll är och vilken roll den har i nämndernas arbete mot måluppfyllelse. Den kan också ge en helhetsbild över vad den interna kontrollen består av, hur den fungerar och är organiserad inom respektive ansvarsområde samt bidra till en starkare koppling mellan den interna kontrollen och internkontrollplanen.

Analysens innehåll

Nedan redovisas svaren för det som kommunstyrelsen efterfrågar av nämnden.

Fråga

Eventuella riktlinjer för den interna kontrollen som nämnden antagit inom sitt verksamhetsområde¹ samt en analys över hur de fungerar. Om nämnden inte antagit några riktlinjer beskrivs istället orsaker till detta samt om nämnden avser att ta fram några sådana.

¹ Från reglementet: ”Varje nämnd/styrelse ska dessutom utforma de regler som anses nödvändiga för den egna verksamheten samt tillämpningsanvisningar för reglementet.”

Svar

Under 2019 har det inom stadsbyggnadsförvaltningen tagits fram ett normerande styrdokument med fokus på hur verksamhet inom förvaltningen ska göra för att upprätta och följa upp internkontrollplaner. Styrdokumentet har inte beslutats av nämnd. Styrdokumentet kommer ses över och eventuellt revideras under 2020 om behov av detta uppstår.

Styrdokumentet har följts under året avseende processen att ta fram internkontrollplaner för nämndens verksamhet.

Fråga

En beskrivning av hur arbetet med den interna kontrollen inom nämndens verksamhetsområde bedrivs och är organiserat² samt en analys över arbetets funktionalitet.

Beskriv då bland annat nämndens involvering i arbetet med den interna kontrollen och om det finns nämndledamot med särskilt ansvar för intern kontroll, uppgifter om ansvariga chefer och handläggare på förvaltningen samt en beskrivning av ansvarsfördelning och arbetssätt.

Beskriv även hur nämnden säkerställer att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt och efterlever tillämpliga lagar, föreskrifter, policyer och riktlinjer.

Beskriv också hur den interna kontrollen kopplas till övrigt arbete med ledning, styrning och utveckling av verksamheten.

Svar

Under 2019 har det upprättade normerande styrdokumentet följts. Det innebär att verksamheten reviderat befintliga risker under perioden juni till augusti. Revideringen har gjorts enligt det tillvägagångssätt som beskrivs i bilagd rutin, se bilaga 3.

Nämnden involverades vid en riskworkshop den 26 september 2019. Nämnden tog då del av de risker som verksamheten prioriterat under juni till augusti samt gavs möjligheten att justera och prioritera de risker som verksamheten under oktober och november skulle upprätta åtgärder för. Åtgärderna fördelades sedan till antingen internkontrollplan 2020 eller verksamhetsplan 2020. Alternativt accepterades en risk eller att risken 2020 hanteras inom linjearbetet och därmed inte placerades i internkontrollplanen 2020 eller verksamhetsplanen 2020.

I bilaga 2 redovisas svaren som tjänstepersonerna gett när självvärderingsverktyget som kommunledningskontoret tagit fram avseende intern kontroll använts. Följande förbättringsområden har identifierats:

- Medarbetare och chefer har tillräcklig kunskap om intern kontroll.
 - o Information finns men svår att hitta. Utbildningar har inte genomförts för chefer inom nämndens verksamhet.
- Riskanalysen är underlag för relevanta åtgärder och kontrollmoment.

² Från reglementet: ”Den enskilda nämnden och styrelsen har därvid att tillse att en organisation för internkontrollen upprättas.”

- Behöver omfatta mer verksamhetsnära risker vilket leder till fler och mer relevanta kontrollmoment för verksamheten och således nämnden.
- Riskhanteringen följs upp och utvecklas.
 - Nämnden / Verksamheten är mitt uppe i ett pågående förbättringsarbete.
- Det finns kontrollmoment som åtgärdar riskerna.
 - Finns till viss del i verksamhetsplanen. Det saknas delvis arbetssätt för ett strukturerat erfarenhetsutbyte.
- Resultatet av åtgärderna följs upp och rapporteras.
 - Beslutade åtgärder genomförs och följs upp. Resultaten rapporteras ej vidare.

Vid självskattningen framgick det att intern kontroll inte enbart är ett begrepp som kopplas till internkontrollplanen och/eller verksamhetsplanen utan att samtliga kontrollerande moment inom verksamheten kopplas till begreppet, exempelvis genom att ha två attestanter vid fakturahantering.

I samband med att internkontrollplanen upprättas beslutas det om vilken funktion inom organisationen som ansvarar för att genomföra beslutad kontroll.

Fråga

En beskrivning av hur nämnden avser att utveckla arbetet med den interna kontrollen på lång och kort sikt.

Svar

I samband med stadsbyggnadsförvaltningen tar fram ett förvaltningsövergripande ledningssystem kommer fler arbetssätt och metoder inom verksamheten dokumenteras i rutiner och processer. Det kan då uppstå behov av att kontrollera ifall upprättade rutiner och processer har implementerats i verksamheten och att effekten faller ut som planerat. Vidare bör samverka med förtroendevalda inom området intern kontroll ytterligare utvecklas under året för att fler ska delta i hanteringen av identifierade risker.

På längre sikt undersöker stadbyggnadsförvaltningen möjligheten till att skapa en förvaltningsorganisation avseende intern kontroll. Organisationen skulle möjliggöra kunskapsöverföring mellan de nämnder som styr stadsbyggnadsförvaltningen samt att det inom förvaltningen utvecklas arbetssätt för intern revision.

Fråga

En förteckning över vilka riktlinjer eller regler för verksamheten som nämnden beslutat om, eller planerar att besluta om, en beskrivning av hur de följs upp samt en analys över deras funktionalitet.

Svar

Beslutade:

- Handlingsplan för arbetet med cykeltrafik (GSN 2017)
- Åtgärdsprogram omgivningsbuller (GSN 2015)
- Parkplan för Uppsala stad (GSN 2013)
- Parkplan för Uppsalas prioriterade tätorter (GSN 2017)

- Riktlinjer för lekmiljöer (GSN 2019)
- Riktlinjer och handlingsplan för offentliga toaletter (GSN 2017)

Planerar att besluta om:

- Sittplatsstrategi
- Regler om fritidsodling
- Parkplan (uppdatering)
- Badplatsplan

Sammanfattningssida

Verktyg för självvärdering av intern kontroll

<p>Ledningen tar ansvar för att det finns en kultur där medarbetare tar ansvar för sitt arbete och som tillåter att medarbetare påtalar fel och brister</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none">- Tas frågor om intern kontroll kontinuerligt upp i ledningen på olika nivåer?- Sker utvärdering, uppföljning och förbättring av ansvarsfördelning och rutiner och arbetssätt årligen?	Tillfredsställande
<p>Motivering till valt alternativ</p>	Varierar mellan enheter. Mycket av intern kontrollen sker löpande, dock inte uttryckt kopplat till orden intern kontroll. Brister i dokumentation av identifierade förbättringar.
<p>Ansvar för den interna kontrollen är tydligt</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none">- Är det dokumenterat vem som har vilket ansvar avseende arbetet med intern kontroll?- Är ansvarsfördelningen förståelig?- Tar utsedda sitt ansvar?	Tillfredsställande
<p>Motivering till valt alternativ</p>	Inte övergripande inom avdelningen, finns dock i flertalet stöddokument som t.ex. rutiner.
<p>Det finns funktionella arbetssätt för den interna kontrollen</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none">- Finns det dokumenterade arbetssätt för arbetet med intern kontroll inom verksamheten?- Finns dokumenterad tidplan över året för arbetet med intern kontroll?- Genomförs den interna kontrollen enligt plan?	Tillfredsställande

<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>Finns övergripande SBF rutin.</p>
<p>Medarbetare och chefer har tillräcklig kunskap om intern kontroll</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns information om hur verksamheten ska arbeta med intern kontroll? - Har medarbetare och chef(er) tillgång till information om vad intern kontroll är och vad den ska användas till? - Får chef(er) och medarbetare utbildning om intern kontroll? 	<p>Förbättringsområde</p>
<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>Information finns, svår att hitta. Utbildningar för chefer har inte genomförts.</p>
<p>Relevanta risker identifieras och analyseras</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns det risker identifierade för alla områden som verksamheten ansvarar för? - Omfattar riskregistret risker inom samtliga riskkategorier (se Riktlinje för riskhantering)? 	<p>Tillfredsställande</p>
<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>Risker finns identifierade och riskregistret omfattar samtliga riskkategorier.</p>
<p>Riskanalysen är underlag för relevanta åtgärder och kontrollmoment</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utgör riskanalysen underlag för planering? - Visar riskanalysen vad som är viktigast att kontrollera, granska och åtgärda? - Lyckas vi ta fram åtgärder/kontrollmoment för de prioriterade riskerna? 	<p>Förbättringsområde</p>

<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>Behöver lyfta mer verksamhetsnära risker generellt --> leder till mer relevanta kontrollmoment för verksamheten och nämnden.</p>
<p>Risکانالysen kommuniceras med ledningen/nämnden /bolagsstyrelsen</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Får ledningen/nämnden /bolagsstyrelsen information om verksamhetens riskhantering? - Leder detta till att ledningen/nämnden/styrelsen blir involverad och att risکانالysen utvecklas? - Påverkar detta inriktningen på verksamheten? 	<p>Tillfredsställande</p>
<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>Nuvarande arbetssätt från 2020 är tillfredsställande. Nämnden är mer involverad i prioritering av risker som verksamheten ska jobba vidare med. Nämnden påverkar inriktningen utifrån detta.</p>
<p>Riskhanteringen följs upp och utvecklas</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utvecklas arbetet med riskhantering över tid? - Följer vi upp att arbetet med att åtgärda risker ger resultat? - Kan vi i efterhand se om vi prioriterade rätt risker? 	<p>Förbättringsområde</p>
<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>Verksamheten/nämnden är mitt uppe i förbättringsarbetet.</p>
<p>Det finns kontrollmoment som åtgärdar riskerna</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns kontrollmoment (i eller utanför internkontrollplanen) som är relevanta för att åtgärda riskerna? - Är kontrollmomenten effektiva? - Är kostnaderna för kontrollmomenten rimliga? 	<p>Förbättringsområde</p>

<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>Finns till viss del i verksamhetsplan. Det saknas delvis strukturerad erfarenhetsutbyte.</p>
<p>De förebyggande kontrollmomenten (t.ex. riktlinjer, rutiner och processbeskrivningar) gör att verksamheten kan bedrivas effektivt och rättssäkert</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns tillräckliga riktlinjer, rutiner och processbeskrivningar för att verksamheten ska kunna bedrivas effektivt och rättssäkert? - Följer vi våra riktlinjer, rutiner och processer (och om inte så varför)? - Utvecklar vi våra riktlinjer, rutiner och processer? 	<p>Tillfredsställande</p>
<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>Rutiner och andra stöddokument finns i tillräcklig utsträckning. Verksamheten följer och reviderar styrande dokument efter behov.</p>
<p>De upptäckande kontrollmomenten genomförs så att brister i verksamheten kan upptäckas och åtgärdas</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finns det definierade och relevanta metoder för respektive granskning t.ex. urval, omfattning, frekvens etc.? - Genomförs kontrollmomenten metodiskt och i passande omfattning i förhållande till riskerna? - Har ni i valet av kontrollmetod tagit hänsyn till jävsproblematik och oberoende? 	<p>Tillfredsställande</p>
<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>På de moment som finns är upptäckande kontrollmomenten tillräckliga. Antalet upptäckande kontrollmoment kan utökas.</p>

<p>Resultatet av den interna kontrollen återkopplas till beslutande nivå</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Återkopplas resultatet av den interna kontrollen till ledningen/nämnden /styrelsen? - Återkopplas resultaten regelbundet och vid behov? - Återkopplas resultaten på ett sådant sätt att de kan ge underlag för planering av verksamheten och för verksamhetsutveckling? 	<p>Tillfredsställande</p>
<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>Internkontrollplanen återkopplas till nämnd enligt det som beslutats.</p>
<p>Åtgärder vidtas vid konstaterade brister och andra konstaterade behov</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Används resultatet av den interna kontrollen? - Analyseras orsaker till konstaterade brister? - Genomförs åtgärder utifrån konstaterade brister och behov, t.ex. av utveckling av riktlinjer, rutiner och processer? 	<p>Tillfredsställande</p>
<p>Motivering till valt alternativ</p>	<p>Det som beslutats följs upp och resultaten används. Antalet upptäckande kontrollmoment kan behöva utökas.</p>
<p>Resultatet av åtgärderna följs upp och rapporteras</p> <p>Stödfrågor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Följs vidtagna åtgärder upp? - Leder åtgärderna till att verksamheten förbättras? - Återkopplas resultatet av vidtagna åtgärder till ledningen/nämnden /styrelsen? - Återkopplas resultaten på ett sådant sätt att de kan ge underlag för planering av verksamheten och för verksamhetsutveckling? 	<p>Förbättringsområde</p>

Motivering till valt alternativ	Åtgärderna genomförs och följs upp, resultaten rapporteras ej vidare.
Den interna kontrollen säkerställer att verksamheten är ändamålsenlig och kostnadseffektiv Stödfrågor - Vad visar era svar i självvärderingsverktyget? - Vad kan ni säga om detta? - Tänk på att uppföljningen av verksamheten också bidrar till kriterierna.	Tillfredsställande
Motivering till valt alternativ	Med intern kontroll menar vi alla rutiner, riktlinjer etc. som gör att verksamheten är ändamålsenlig och kostnadseffektiv. Till exempel budgetarbete, enhetsspecifika rutiner osv..
Den interna kontrollen säkerställer att det finns en tillförlitlig finansiell rapportering Stödfrågor - Vad visar era svar i självvärderingsverktyget? - Vad kan ni säga om detta? - Tänk på att uppföljningen av verksamheten också bidrar till kriterierna.	Tillfredsställande
Motivering till valt alternativ	Utifrån allt som görs verksamhetsnära med kostnadsuppföljning och månadsuppföljning.
Den interna kontrollen säkerställer att verksamheten följer tillämpliga lagar, föreskrifter, policyer, riktlinjer och rutiner Stödfrågor - Vad visar era svar i självvärderingsverktyget? - Vad kan ni säga om detta? - Tänk på att uppföljningen av verksamheten också bidrar till kriterierna.	Tillfredsställande

Motivering till valt alternativ

Lagar, föreskrifter och övergripande policyer --> ja. ☐

Riktlinjer och rutiner --> ok men går att förbättra.

**Här får ni gärna kommentera
verktyget. Vad tyckte ni fungerade
bra och hur kan det utvecklas?**

Inga svar

Förvaltning eller avdelning eller enhet: Stadsbyggnadsförvaltningen
Normerande styrdokument

Datum:
2019-08-20

Beslutsfattare:
Anna Axelsson

Version/Dokumentidentitet:
Fyll i dokumentidentitet på fliken arkiv

Dokumentansvarig:
Martin Larsson

Gäller för avdelning Samtliga avdelningar inom stadsbyggnadsförvaltningen	Gäller för enhet
--	------------------

Upprätta och följa upp internkontrollplan

Syfte

Rutinen fokuserar på hur, när och vem som ska utföra vad i verksamhet inom stadsbyggnadsförvaltningen för att identifiera risker, ta fram riskåtgärder samt följa upp dessa. Rutinen säkerställer att arbetet med att upprätta internkontrollplaner samt att följa upp dessa, i huvudsak, görs på samma sätt inom stadsbyggnadsförvaltningens verksamheter.

Rutinen kompletterar [Vägledning för arbetet med nämndernas interna kontroll](#) där det även finns mer information om "Vad är intern kontroll" samt "Styrning av intern kontroll".

Sammanfattningsvis handlar intern kontroll om tydlighet, ordning och reda och om att säkerställa att det som ska göras blir gjort på det sätt som är tänkt. Intern kontroll är mer än nämndens internkontrollplan och sker ofta i det löpande arbetet inbyggt i processer och rutiner.

Exempel:

Nämndens delegationsordning ska säkerställa att verksamheten fattar beslut inom sina ramar och anmäler dessa till nämnd. Ett kontrollmoment i internkontrollplanen kan vara att genom stickprov kontrollera att verksamheten fattar beslut enligt delegationsordning och att de anmäls till nämnd.

Omfattning

Rutinen ska användas av chefer, VP-grupp och verksamhetscontroller i samband med

- att arbetet med att ta fram internkontrollplan för nästkommande år påbörjas. (planering).
- att internkontrollplanen följs upp (uppföljning).

Rutinen gäller på avdelningsnivå för samtliga avdelningar inom stadsbyggnadsförvaltningen.

Bilagor till rutinen är:

1. Mall för riskidentifiering, kategorisering och värdering
2. Riskregister 20xx
3. Mall för internkontrollplan
4. UNDERLAG uppföljning internkontrollplan 20xx xxx

Bilagorna finns som länkar i rutinen.

Genomförande

Genomförandet är uppdelat i ”Planering” och ”Uppföljning”. I avsnittet planering förklarar rutinen hur arbetet med att ta fram internkontrollplan för nästkommande år ser ut. I avsnittet uppföljning får du mer information om rutinen för uppföljning av internkontrollplanen.

I avsnitten finns länkar till exempelvis mallar som ska användas i arbetet.

Planering					
	Vad	När	Vem	Hur	Resultat
1	Riskidentifiering och värdering	Vartannat år (startår 2018). Maj-juni.	Avdelningschefer, enhetschefer, VP-grupp samt verksamhetscontroller	<p>Riskidentifiering: arbetssätt kan variera mellan åren. Målet är att risker ska identifieras med utgångspunkt i inriktningsmål samt grunduppdrag. Identifierade risker ska kategoriseras. Använd ”Mall riskidentifiering, kategorisering och värdering”</p> <p>Riskvärdering: genomförs vid arbetsmöte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedömning av hur sannolikt det är att risken inträffar samt 2. Allvarlighetsgraden av vad konsekvensen/-erna blir om risken inträffar. 3. Ett värde mellan 1–4 ges för sannolikhet samt för konsekvens. 4. Värdet för sannolikhet multipliceras sedan med värdet för konsekvens. Risken får ett riskvärde mellan 1–16. 	Risker för nästkommande år har identifierats, kategoriserats (riskkategori) samt värderats.
1	Riskrevidering	Vartannat år (startår 2019). Genomfört augusti	Avdelningschef, enhetschefer och VP-grupp	<p>Öppna aktuellt riskregister (”Riskregister 20xx”), filtrera på din avdelning och:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ta bort inaktuella risker, 2. komplettera med nya risker, 3. ändra riskvärdet för de risker där så behövs. <p>Följs anvisningarna i riskregistret.</p>	Aktuellt riskregister har reviderats
2	Upprätta riskregister	September	Verksamhetscontroller	<p>Programkontoret upprättar riskregister för stadsbyggnadsförvaltningen. I riskregistret framgår beskrivning av riskerna, vad de beror på (på grund av...) och vad riskerna leder till.</p> <p>Uppdatera riskerna i Hypergene.</p>	Respektive avdelning samt stadsbyggnadsförvaltningen har ett aktuellt riskregister

3	Nämnder kompletterar samt prioriterar risker till verksamheten För KS verksamhet görs detta på KS i augusti. KLK leder arbetet i KS.	September – oktober (Augusti för KS verksamhet)	Nämnd, stadsbyggnadsdirektör, avdelningschef och verksamhetscontroller	Vid respektive nämnd presenteras verksamhetens riskregister. Nämnderna ska 1. komplettera med egna risker. 2. avgöra vilka risker verksamheten ska prioritera att upprätta åtgärder till nästkommande år.	Risker som verksamheten ska åtgärdssätta har beslutats av respektive nämnd
4	Beslut om prioriterade risker omhändertas i verksamhetsplan eller i internkontrollplan	Oktober – november	Avdelningschefer, enhetschefer och VP-grupp	Vid arbetsmöte beslutar respektive avdelning om prioriterade risker ska omhändertas i 1. verksamhetsplan genom riskåtgärd eller 2. i internkontrollplan genom kontrollmoment.	Prioriterade risker är fördelade till verksamhetsplan eller internkontrollplan
5	Ta fram 1. riskåtgärder (till verksamhetsplan) eller 2. kontrollmoment och kontrollmetod (till internkontrollplan) samt bestämma ansvarig för kontrollmoment.	Oktober – november	Avdelningschefer och enhetschefer	Risken åtgärdssätts med syftet att minska 1. sannolikheten att risken inträffar eller 2. konsekvensen om den inträffar. En riskåtgärd (i verksamhetsplan) kan vara att ta fram en rutin. Om det redan finns en rutin som hanterar risken kan ett kontrollmoment (i internkontrollplan) vara att kontrollera om rutinen följs. I samband med att riskåtgärden/kontrollmomentet tas fram ska det beslutas vem som är ansvarig för att följa upp riskåtgärden/kontrollmomentet. Riskåtgärder i verksamhetsplan följs upp i samband med delårsuppföljningarna och årsredovisningen. För kontrollmomenten ska det även bestämmas i samband med vilken/vilka delårsuppföljningar som respektive kontrollmoment ska följas upp och redovisas till nämnd.	Prioriterade risker är åtgärdssätta/finns som kontrollmoment samt ansvarig för kontrollmoment i internkontrollplan har beslutats.
6	Upprätta verksamhetsplan och internkontrollplan inkl. missiv EJ KS VERKSAMHET (görs av KLK)	November – december	Avdelningschefer, VP-grupp samt verksamhetscontroller	Riskåtgärder inkluderas i • verksamhetsplan på 1. avdelningsnivå (Hypergene, Operativ plan) 2. enhetsnivå, om relevant (Hypergene) Riskbeskrivning, kontrollmoment, kontrollmetoder samt uppföljningsperiod finns med i internkontrollplan. Använd kommunens " Mall för internkontrollplan ".	Riskerna finns med i respektive nämnds verksamhetsplan eller internkontrollplan.

Uppföljning

Vad	När	Vem	Hur	Resultat
-----	-----	-----	-----	----------

1	Uppföljning av riskåtgärder (VP)	april, augusti, december	Chef/medarbetare med ansvar för riskåtgärd	Den som är ansvarig för en riskåtgärd (VP) följer upp åtgärden på samma sätt som för andra åtgärder vid uppföljning av verksamhetsplanen.	Samtliga riskåtgärder är uppföljda.
1	Uppföljning av kontrollmoment (IKP) KLK stöttar för KS verksamhet	april, augusti, december	Chef/medarbetare med ansvar för uppföljning av respektive kontrollmoment	Kontrollmomenten följs upp av den ansvarige i samband med att kontrollmomentet ska följas upp enligt internkontrollplanen. Uppföljning av kontrollmoment görs i " UNDERLAG uppföljning internkontrollplan 20xx xxx " och skickas sedan till verksamhetscontroller.	Samtliga kontrollmoment för perioden är uppföljda enligt plan.
2	Upprätta uppföljning av internkontrollplan KLK stöttar för KS verksamhet	april, augusti, december	Avdelningschef, verksamhetscontroller	Verksamhetscontroller upprättar i dialog med avdelningschef periodens uppföljning av internkontrollplanen och lägger in den i DokÄ för beslut i nämnd. I samband med årsredovisningen skickas handlingen även till kommunstyrelsen	Underlag är framtaget och skickas till respektive nämnd.

Kontrollområden

Nämnden avgör vilka risker som behöver åtgärdssättas/följas upp.

Internkontrollplanen ska alltid innehålla kontrollmoment inom följande områden:

Verksamhetskontroller

Används för att säkerställa att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Här ingår bl.a. att titta på säkerhetsfrågor, organisation, ansvarsfördelning, ledning och styrning. Exempel på kontrollmoment inom området kan vara kvalitetssäkring av underlag för beslut, om verksamheten går att följa upp, avtalskvalitet och att alla ärenden har en handläggare samt hanteras och avslutas.

Kontroller av system och rutiner

Kontroller av system och rutiner fokuserar på om verksamheten har nödvändiga och tillräckliga dokumenterade system och rutiner för att verksamheten ska fungera på ett bra sätt. I kontrollen ingår också att undersöka om system används korrekt och om rutiner följs. En del av kontrollen blir då även att se till att den interna informationen och kommunikationen fungerar på ett tillfredställande sätt. Exempel på kontrollmoment inom området kan vara kontroll av behörigheter, processer och avtal.

Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut

Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs på ett rättssäkert och demokratiskt sätt. Här ingår bl.a. att titta på handläggning av ärenden, upphandling och att fattade beslut blir verkställda. Exempel på kontrollmoment inom området kan vara om ärenden handlagts på ett korrekt sätt, om beslut fattats enligt delegationsordning och om upphandlingar gått konkurrensneutralt tillväga.

Finansiell kontroll

Den finansiella kontrollen undersöker om upprättad budget och prognos följs och syftar till säkra rättvisande räkenskaper för nämnden och verksamhetsansvariga. Den ska också förhindra onödiga utgifter. Exempel på kontrollmoment inom området kan vara kontroller av fakturahantering och attestrutiner samt intäktsredovisning.

Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv.

Kontroller avseende oegentligheter, mutor och jäv är ofta svåra att genomföra. Kontrollerna ska förhindra bl.a. korruption, vilket till sin natur sker i det fördolda. I kontrollerna ingår också att titta på representation, bisysslor och jävssituationer. Exempel på kontrollmoment inom området kan vara att undersöka kompetensen kring gällande regler om bisysslor, mutor och jäv och att regler för representation har följts. Ett sätt att arbeta förebyggande är annars att arbeta med information och värdegrundsfrågor i organisationen.

Riskkategorier

För att hantera risker delas identifierade risker in i olika kategorier. Uppsala kommun har valt fyra övergripande kategorier (strategiska-, operativa-, finansiella- och efterlevnadsrisker).

I tabellen nedan ses enkel guide till hur de flesta risker ska kategoriseras.

Typ av risk	Riskkategori
Operativa risker	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetskontroller • Kontroller av system och rutiner
Efterlevnadsrisker	<ul style="list-style-type: none"> • Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut • Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv
Finansiella risker	<ul style="list-style-type: none"> • Finansiell kontroll
Strategiska risker	Hanteras framförallt i verksamhetsplaner eller andra sammanhang och omfattas därför primärt inte av någon av riskkategorierna.

Begrepp

1. **Kontrollområde** – vad kontrollen avser.
 - a. Verksamhetskontroller,
 - b. kontroller av system och rutiner,
 - c. kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut,
 - d. finansiell kontroll
 - e. kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv.
2. **Riskbeskrivning** – beskrivning av risken som ligger till grund för kontrollmomentet.
3. **Kontrollmoment** – beskrivning av kontrollmomentet, t.ex. ”kontroll av att upphandling har gått konkurrensneutralt tillväga och att det finns tillräckligt tydliga rutiner för upphandlingens olika moment för att säkra detta”.
4. **Kontrollmetod** – kort beskrivning av metoden för att genomföra kontrollmomentet, t.ex. ”webbenkät till personer som deltagit i upphandling under senaste året. Kontroll att rutiner gått igenom inför upphandling”.
5. **Tidpunkt för rapportering** – den tidpunkt då kontrollmomentet ska rapporteras till nämnd.

Kontrollansvarig – utpekande av ansvar för att kontrollmomentet genomförs. Finns ej med i mallen för internkontrollplanen eftersom det inte är nödvändig information för nämnden.

Nedanstående är en bild ur Mall internkontrollplan 20xx. Den visar strukturen för internkontrollplanen.

1 Kontrollområde	2 Riskbeskrivning	3 Kontrollmoment	4 Kontrollmetod	5 Tidpunkt för rapportering
Verksamhetskontroller				
Kontroller av system och rutiner				
Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut				
Finansiell kontroll				
Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv				

Relaterade dokument

Styrdokument

1. [Vägledning för arbetet med nämndernas interna kontroll](#)

Mallar

1. [Mall riskidentifiering, kategorisering och värdering](#)
2. [Riskregister 20xx](#)
3. [Mall för internkontrollplan](#)
4. [UNDERLAG uppföljning internkontrollplan 20xx xxx](#)