

Samhällsbyggnadsnämnden

Telefon
0141-22 24 87

Mobiltelefon
070-573 82 93

Telefax

e-postadress
stefan.a.johansson@motala.se

Diarienummer 19/SBN 0114

Internkontrollplan uppföljning delår 2019

Sammanfattning

Inledning och bakgrund

Syftet med intern kontroll är att säkerställa:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera.

Innebörden av begreppet intern kontroll har sitt ursprung i kommunallagen (KL, 6 kap, 6 §) och är en central del i kvalitetssäkringen av kommunens verksamhet. Enligt reglemente för intern kontroll så har nämnden ansvaret för intern kontroll inom det egna ansvarsområdet. I grunden handlar det om att all verksamhet ska följa lagar, anvisningar och rutiner men också ha en god kontrollmiljö, vilket innebär att ledarskap, attityder och engagemang på ett proaktivt sätt stödjer arbetet med den interna kontrollen. System och arbetsmetoder ska utformas så att kontroller byggs in i verksamhetsprocesserna så långt detta är möjligt. I annat fall ska andra kontroller och uppföljningar genomföras.

Internkontrollen är en process som utformas för att stödja målens uppfyllnad. Chefer på alla nivåer är ansvariga för att en god intern kontroll kan upprätthållas. Enligt reglementet ska en riskanalys genomföras och en internkontrollplan för året ska upprättas. Återrapportering av uppföljningen av internkontrollplanen till förvaltningsledning och nämnd/styrelse ska ske två gånger per år. Detta sker i samband med delårsrapport och årsredovisning. Återrapporteringen ger en kort beskrivning av genomförandet och resultat av uppföljningen av kontrollpunkterna. Vidare presenteras också eventuella förslag till åtgärder som bör genomföras eller har genomförts. Riskanalys och internkontrollplan presenterades och antogs i nämnderna under

hösten 2018 samt ett kompletterande beslut under våren 2019 i respektive nämnd av de nya nämndsledmöterna. Vid uppföljning i samband med delårsrapporten görs en kortfattad lägesrapport för varje risk som finns i internkontrollplanen. I samband med årsredovisningen kommer en slutlig bedömning och åtgärder till följd av internkontrollmomenten att presenteras.

Delårsuppföljning

Huvuddelen av presenteras internkontrollpunkterna redovisa en gång per och och i samband med helårsbokslutet. Vid delårsbokslutet redovisas uppföljning av tre punkter som uppfylla medan en kontrollpunkt behöver åtgärdas.

Förslag till beslut

Samhällsbyggnadsnämnden godkänner Internkontrollplan uppföljning delår 2019 i sin helhet

Bakgrund

Uppföljning internkontroll delår 2019

1. Räddningstjänstens insatstid

Kontroll av insatstider på genomförda utryckningar under året, 30 min

Servicegaranti delår larm fram till 2019-08-31. (Totalt har 26 larm tagits bort då de är under arbete eller framkomsttid saknas).

* Räddningstjänstens insatstid ska aldrig överstiga 30 min. Fakta har hämtats från verksamhetssystemet Daedalus där insatstiden sedan kontrollerats. Totalt har 477 händelserapporter analyserats för insatser som räddningstjänsten har åkt på.

Resultat

Vid 10 stycken räddningsinsatser översteg tiden 30 min. Förklaring: I 6 av fallen där tiden överstiger 30 minuter har det varit träd över väg eller översvämningar som efter inkommande samtal inte klassificerats som räddningstjänst och räddningstjänsten har därmed prioriterat ner händelsen då det vid åskoväder etc. inkommer många larm samtidigt. I 4 av fallen har händelsen registrerats felaktigt eller med felaktig tid.

Åtgärder

Vi bedömer att relevanta förklaringar finns i samtliga 10 avvikande fall varvid åtgärder inte bedöms aktuellt.

Samlad bedömning

Insatstiden och därmed servicegarantin är uppfyllt

2. Räddningstjänstens insatstid

Kontroll av antalet utryckningar som har en insatstid om max 10 min

Resultat

* Räddningstjänstens insatstid ska vid 6 av 10 insatser vara max 10 min. Resultat: Av 477 tidsrapporterade händelser har räddningstjänsten varit på plats inom 10 minuter på 351 st. Detta ger att räddningstjänsten har varit på plats inom 10 minut på 74 % av insatserna vilket uppfyller servicegarantin.

Samlad bedömning

Insatstiden och därmed servicegarantin är uppfylld

3. Verkställighet av nämndens beslut

Resultat

Då tidigare plan- och miljönämnden sällan använt sig av verkställighetsuppdrag så finns ingen direkt rutin med ärenden att följa upp. I denna uppföljning så har därför urvalet varit femte paragraf från var tredje protokoll under 2018-2019, vilket utgör fem ärenden. Verkställighet antas i dessa ärenden vara fullgjord när beslutet expedierats ut till berörda parter. I de fall besluten blivit överklagade återkopplas detta till nämnden via kännedomsårenden som är en stående punkt till sammanträdet. Verkställighet i dessa ärenden innebär att beslutet expedierats ut till berörda parter. I de fall besluten blivit överklagade återkopplas detta till nämnden via kännedomsårenden som är en stående punkt till sammanträdet. I samtliga fall har ärendena expedierats korrekt.

Samlad bedömning

Utfall utifrån beskriven frågeställning och av genomförda kontroller i sak korrekt. Bedömningen är dock åtgärder behöver vidtas, arbetssätt, rutiner behöver ses över för att säkerställa verkställighetsbeslut för att möjliggöra en adekvat uppföljning.

4. Arkivering vid PMF

* Finns samtliga handlingar arkiverade enligt gällande rutin

Resultat

Samhällsbyggnadsnämndens (fd PMF) enheter använder inte Platina som sitt verksamhetssystem vilket i sin tur innebär att handlingar arkiveras i respektive enhets arkiv. Ärenden som är förvaltningsövergripande arkiveras i bygglovenhetens arkiv. I samband med omorganisation från och med 2019 kommer handlingar som finns registrerade i tidigare plan- och miljönämnden samt tekniska nämnden att ligga kvar i sina respektive arkiv. I de fall ärendet fortsätter kommer nya handlingar att arkiveras hos respektive nämnd. När det gäller handlingar kopplat till bygglov, miljö- och hälsoskydd, lantmäteri och räddningstjänst arkiveras dessa handlingar fortfarande hos respektive enhet. Nämndsekreterare vid samhällsbyggnadsförvaltningen har som kontroll valt ut var femte paragraf från var tredje protokoll under 2014-2015. Totalt avser det 7 ärenden som kontrollerats. Samtliga handlingar i respektive ärende är arkiverade enligt gällande rutin.

Samlad bedömning

Det finns en uppbyggd rutin för hur arkivering har genomförts och en plan för hur den ska säkerställas i samband med omorganisationen. Genomförda kontroller visar ingen avvikelse. Kontrollpunkten bedöms som uppfylld.

Theres Sandstedt Johanson
Förvaltningschef

Stefan Johansson
Verksamhetscontroller/Kundansvarig

Bilaga: Bifogad handling
Ta bort denna tabellrad om ingen bilaga ska bifogas!

Beslutsexpediering

KS

Verksamhetscontroller/Kundansvarig

Godkänt av: Theres Sandstedt Johanson
Titel: Förvaltningschef
Datum: 2019-09-13