



Uppföljning internkontrollplan 2023

Samhällsbyggnadsnämnden

1 Inledning

Nämnderna och bolagen är enligt kommunallagen (2017:725, 6 kap 6§, 10 kap 1§) skyldiga att årligen genomföra en intern kontroll som säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de lagar och föreskrifter som styr verksamheten. Det är även nämndernas/bolagens ansvar att se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

I detta syfte antar nämnderna och bolagen varje år en särskild plan för det kommande årets uppföljning av internkontrollen som innehåller en analys av de allvarligaste riskerna för nämnden/bolaget, samt planerade granskningar och åtgärder för att minimera riskerna.

Utöver nämnd-/bolagsspecifika risker, beslutar kommunfullmäktige årligen om så kallade kommungemensamma risker, d.v.s. risker som anses existera hos samtliga eller flertalet av kommunkoncernens nämnder/bolag. Dessa risker har även inkorporerats i nämndernas/bolagens internkontrollplaner.

Denna rapport är en uppföljning av nämndens internkontrollplan för 2023.

I avsnitt 2 *Riskanalys* beskrivs de risker som nämnden beslutat att granska och/eller åtgärda 2023 och grunderna för detta.

I avsnitt 3 *Analys och uppföljning* redovisas resultatet av genomförda granskningar och åtgärder kopplade till respektive risk.

2 Riskanalys

Inom internkontroll används följande bedömningsskala för att värdera tänkbara risker:

1–3 (grönt) - risken bedöms inte vara sannolik och/eller bedöms ej ha några större konsekvenser om den inträffar

4–8 (gult) - risken bedöms ha viss möjlighet att inträffa och/eller kan få lindriga eller kännbara konsekvenser om den gör det.

9–16 (rött) - risken bedöms ha relativt hög sannolikhet att inträffa och kan få kännbara eller allvarliga konsekvenser om den gör det.

Nedan summeras de risker som prioriterats av nämnden inför internkontrollplan 2023 (inklusive kommungemensamma risker - dessa är markerade med (G). Beroende på typ av risk har i sin tur *åtgärder* eller *granskningar* genomförts. Genomförande och utfall av åtgärderna/granskningarna redovisas närmare under 3.1 samt 3.2.

Tabell 1

| Återblick | | | |
|-----------|---|---|-----------|
| Risk nr. | Risk | Beskrivning | Bedömning |
| 1 | Ansökningar fastnar i e-tjänst | Risk för att ansökningar fastnar i e-tjänst funktionen och inte kommer vidare in i EDP Vision. Risk även för fördröjningar i överföringen | Högrisk |
| 2 | Myndighetsbeslut blir inte debiterade | Risk för att glömma att lägga debiteringspost i Vision så att bygglovsbeslut och tillsynsavgifter inte blir fakturerade. Detta läggs in manuellt efter varje beslut | Medel |
| 3 | Otillräcklig registrering i diariet | Risk för att registreringar av ärenden i Vision görs otillräckligt eller inte enligt rutin, så att ärenden inte blir sökbara, eller finns med i statistik | Medel |
| 5 | Interndebiteringar Geodata uteblir | Risk för att utförda uppdrag av Geodata tjänster internt i kommunen inte debiteras fullt ut enligt beslutad taxa pga otillräcklig information | Medel |
| 6 | Delgivningskvitton skickas inte in | Om det finns otillräcklig bevakning av att delgivningskvitton skickas in, finns risk för att beslut inte vinner laga kraft, eller har otydlig överklagandetid. | Medel |
| 9 | Brister att inventera och ställa krav på godkända enskilda avloppsanläggningar | Om avloppsärenden inte hanteras i tid och på rätt sätt, finns risk för utsläpp av orenat avloppsvatten, vilket i sin tur kan få konsekvenser för vår miljö. Punkten granskades år 2020 med beslut att föreslå ny granskning 2022-2023 | Högrisk |
| 10 | Erfarenhetsutredning görs inte efter händelser/olyckor och insatser. | Risk för att man inte tar tillvara på lärdom från händelser/olyckor och insatser. Sämre operativ förmåga. | Medel |
| 11 | 24 h svarstid vid alla typer av ärenden inom räddningstjänsten uppfylls ej om nyckelperson inte är tillgänglig för arbete | Risk för längre svarstid, och kommunens policy uppfylls inte | Stabil |
| 12 | Räddningspersonal uppnår inte uppsatt mål om minst 250 h heltid / 50 h deltid övningstid per år. | Risk för försämrad operativ förmåga vid händelser/olyckor eller insatser | Medel |
| 13 | Tar ej leg eller yrkesleg av besökande till Trygghetens hus | Risk för okända personer rör sig fritt och kan komma åt känslig information samt utrustning på Trygghetens hus | Medel |
| 14 | Års/kvartalsuppföljning av sotning och brandskyddskontroll genomförs inte | Kan ej säkerställa att rätt antal kontroller är genomförda | Medel |
| 15 | Antalet genomförda tillsyner i Trelleborgs kommun underskrider uppsatt mål om 55 stycken. | Risk för försämrat systematiskt brandskyddsarbete i fastigheter/lokaler | Medel |
| 16 | Efterlevnaden av antagna styrdokument kan förbättras (G) | Viktigt att nya och gamla styrdokument kommuniceras och följs upp. | Högrisk |
| 17 | Samordning av bolagens ägardirektiv och kommunens målstyrning kan förbättras (G) | Alla ska ha samma agenda och mål. Kan annars bli svårigheter att arbeta för kommunens politiska mål samtidigt som nämnderna och bolagen ska utföra deras ordinarie uppdrag | Högrisk |

3 Analys och uppföljning

3.1 Granskningar

Tabell 2

| Granskningsuppföljning | | | |
|---|--|---|---------|
| Risk | Granskning | Uppföljning av granskning | Status |
| Myndighetsbeslut blir inte debiterade | Kontroll att debitering har skett enligt beslutad taxa | Bygglov: Årlig genomgång i ärendehanteringssystemet och rutiner ska skapas. Miljö: Svårt att avgöra om debitering skett enligt timtaxa, då det saknas tidsredovisning på nerlagd handläggningstid. Åtgärd blir nya rutiner för tidsredovisning som införs första kvartalet 2024 | Medel |
| Interdebiteringar Geodata uteblir | Kontroll att debitering har skett enligt beslutad taxa för inkomna uppdrag | Genomgång av ärenden i ärendehanteringssystemet där samtliga ärenden som är inlagda är fakturerade. Rutin kommer att skapas under 2024 för att säkerställa att uppdragen inte missas att läggas in i EDP Vision för debitering | Medel |
| Brister att inventera och ställa krav på godkända enskilda avloppsanläggningar | Kontroll att rutin finns för inventering av godkända enskilda avloppsanläggningar och att krav ställs på detta | Miljö ställer inga krav på godkända avloppsanläggningar. På ej godkända har upprättats rutiner och planering för tillsynen av dessa. Sen ska en riskklassning utföras på samtliga enskilda avlopp. Under 2023 har tillsyn utförts på samtliga ej godkända anläggningar i två avrinningsområden. Under 2023 utfördes 215 tillsynsbesök | Högrisk |
| Räddningspersonal uppnår inte uppsatt mål om minst 250 h heltid / 50 h deltid övningstid per år | Följa uppsatt övningsschema. Varje övning ska dokumenteras i Daedalos | Deltidspersonalen uppnår 50 timmars övningstid om året. Heltidspersonalen uppnådde under 2023, 200 timmars övning. En genomgång av övningsverksamheten visar att 250 timmar var ett för högt uppsatt mål och detta kommer därför att revideras. | Medel |
| Antalet genomförda tillsyner i Trelleborgs kommun underskrider uppsatt mål om 55 st | Kontroll att uppsatt tillsynsplan följs och att avvikande resultat i tidigt skede rapporteras in | Tillsynsplanen är reviderad och vi genomförde fler än 55 tillsyner. | Medel |

3.2 Åtgärder

Tabell 3

| Åtgärdsuppföljning | | | |
|--|--|---|--------|
| Risk | Åtgärd | Uppföljning av åtgärder | Status |
| Otillräcklig registrering i diariet | Översyn av rutin för hur registrering ska ske i EDP Vision | Bygglov: Genomgång av rutiner på avdelningsmöte där uppföljning sker gällande registreringar i diariet. Plan: Rutin finns för ärendehantering i Vision. Miljö: Visionmanualer upprättats för resp arbetsområden för att samtliga handläggare ska registrera och diarieföra på samma sätt. Manualerna finns skriftliga bland rutiner. Utbildning har skett till samtliga, samt tagits upp på personalmöten | Stabil |
| Erfarenhetsutredning görs inte efter händelser/olyckor och insatser. | Fastställa två personer som ansvarar för att erfarenhetsutredningar görs efter intressanta händelser | Den nuvarande rutinen är under uppdatering för att säkerställa funktionen. | Medel |
| Tar ej leg eller yrkesleg av besökande till Trygghetens hus | Påminnelser | Genomförs | Medel |
| Års/kvartalsuppföljning av sotning och brandskyddskontroll genomförs inte | Fastställa rutin | Genomförs | Medel |
| Efterlevnaden av antagna styrdokument kan förbättras (G) | Kartläggning och eventuell revidering av styrdokument. | Riktlinje för styrande dokument är framtagen och beslutad. Fortsatt arbete pågår med implementering av riktlinje. | |
| Samordning av bolagens ägardirektiv och kommunens målstyrning kan förbättras (G) | Implementering av Policy för ledning och styrning – politiska prioriteringar på koncernnivå. | Arbetet är pågående. Policy för ledning och styrning är beslutad och nya effektmål har tagits fram för nämnderna enligt nya målstrukturen. Fortsatt arbete krävs för att förankra policy för ledning och styrning bland bolagen. | |
| Ansökningar fastnar i e-tjänst | Översyn av rutin med digital utveckling | E-tjänsten fungerar inte tillfredsställande, men dialog och uppföljning sker med IT-avdelningen. Förhoppning att funktionen fungerar för alla på förvaltningen under 2024. | Medel |
| Delgivningskvitton skickas inte in | Rutin ska implementeras för bevakning av delgivningskvitton | Rutin ska tas fram och som också ska utgöra ett enhetligt arbetssätt på förvaltningen. Färdigställs under 2024. | Medel |

| | | | |
|--|-------------|--|--------|
| 24 h svarstid vid ärenden uppfylls ej om nyckelperson inte är tillgänglig för arbete | Skapa rutin | Alla inkommande mejl till räddningstjänstens inkorg får via autosvar reda på att vi mottagit ärendet och att vi inom kort höra av oss. | Stabil |
|--|-------------|--|--------|