

Intern kontroll inom Mittskåne Vatten 2022

2023-02-27

Maria Jonstrup

VA-chef

Innehållsförteckning

Varför utför vi intern kontroll?	3
När utför vi intern kontroll?	3
Interna kontrollmoment 2022	4
Sammanfattning av kontrollmoment 2022.....	5
Kontrollmoment 1 – Hantering av projekt.....	5
Kontrollmoment 2 – Prognossäkerhet.....	6
Kontrollmoment 3 – Säkerställa fördelning av kostnader sker enligt gällande riktlinjer	7
Kontrollmoment 4 - Arbetsmiljö	8
Kontrollmoment 5 - Delegeringar	9

Varför utför vi intern kontroll?

Krav på arbete med intern kontroll finns i kommunallagen, och kontrollen utgör en central del i kvalitetssäkringen av alla kommunala verksamheter. Intern kontroll har som syfte att med rimlig grad av säkerhet uppnå en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet, en tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten samt efterlevnad av tillämpliga lagar, regler, föreskrifter, riktlinjer med mera.

Den interna kontrollen ska genom att hålla fokus på osäkerheter och risker bidra till att kvalitetssäkra de interna verksamhetsprocesserna på olika områden.

All verksamhet är behäftad med risk för att det blir fel någonstans i processkedjan. Att systematiskt arbeta med riskanalyser innebär inte att felen med automatik elimineras. Dock skapas bättre förutsättningar att identifiera vad som kan gå fel, och detta ger möjlighet att identifiera konsekvenserna av felen. Åtgärder kan då sättas in för att minska sannolikheten att något icke önskat inträffar, liksom för att begränsa konsekvenserna om det ändå sker.

Den interna kontrollen ska:

- Leda till att en god kontrollmiljö skapas, det vill säga en organisationskultur där alla är medvetna om vilka spelregler, attityder och värderingar som gäller. Lagstiftning, verksamhetsmål, policyer, riktlinjer och rutiner ska kunna tillämpas på ett enkelt och naturligt sätt utifrån ett tydligt definierat ansvar och klart definierade befogenheter.
- Genom systematisk riskanalys prioritera områden där högre sannolikhet föreligger att det blir fel och att felen kan leda till allvarliga konsekvenser.
- Säkerställa att kontrollaktiviteterna, så långt som möjligt, integreras i ordinarie verksamhet och ingår som inbyggda delar i de processer som behövs för att nå politiskt beslutade mål och grunduppdrag som följer lagstiftning, reglemente och ägardirektiv.
- Säkerställa att samtliga chefer och medarbetare har tillgång till den information, uppdaterad och tillgänglig som de behöver för att utföra sitt arbete säkert och effektivt.
- Säkerställa att verksamhetsprocesserna kontinuerligt anpassas till förändrade förutsättningar. Omvärldsförändringar kräver löpande utvärdering av processerna för styrning och kontroll av verksamheterna.

Kontrollmiljön är summan av de attityder och värderingar som präglar verksamheten i stort och smått. En god kontrollmiljö präglas av hög etik och kompetens. Uppföljningen och återslagningen av de olika aktiviteterna i den interna kontrollplanen ska, tillsammans med återkommande riskanalyser, fungera som underlag för utvärdering av arbetet med intern kontroll.

När utför vi intern kontroll?

Arbetet med intern kontroll sker löpande under året utifrån en fastställd tidplan. Materialet sammanställs av samordnaren, stäms av med VA-chefen samt presenteras i samband med årsredovisningen som en egen handling bestående av det gångna årets granskning samt förslag på det nya årets kontrollplan.

Interna kontrollmoment 2022

Under 2022 har följande kontrollmoment utförts:

- Hantering av projekt
- Prognossäkerhet
- Säkerställa att fördelning av kostnader sker enligt gällande riktlinjer
- Arbetsmiljö
- Delegeringar

Årets interna kontroller är klara och presenteras i detalj nedan.

Sammanfattning av kontrollmoment 2022

Kontrollmoment 1 – hantering av projekt

ANSVARIG

Projektledare

BESKRIVNING OCH AVGRÄNSNING

Kontroll om projekt genomförs i enlighet med beslutad projektmodell.

KONTROLLMETOD

Fyra projekt har valts ut för kontroll, två stycken i respektive kommun. Ett antal kontrollfrågor har tagits fram som stäms av för de fyra projekten. Kontrollen har enbart utförts via genomgång av projektmapparna, inte via intervjuer eller sökningar i W3D3.

RISK- OCH VÄSENTLIGHETSBEDÖMNING

Brister eller fel i projekthantering kan leda till extrakostnader, förseningar, skadestånd och dålig publicitet.

RESULTAT

- Går ej att slumpmässigt kontrollera projekt då så mycket av handlingarna saknas, många projektmappar är tomma.
- Svårt att avgöra vilka projekt som är aktiva då många gamla och även avslutade projekt ligger kvar i mappen "pågående projekt".
- Oklart vilken version av projektmodellen som är den senaste och fastställda
- Genomförandet av projekt följer inte projektmodellen
- Framförallt fattas styrgruppsmötesprotokoll och beslut
- Ekonomisk uppföljning saknas ofta
- Spårbarheten i projekten är låg
- Projektdirektiv används frekvent och är tydliga

ÅTGÄRDER OCH VIDARE ARBETE

- Revidering av projektmodellen pågår för att se till att den är lättanvänd och ändamålsenlig, för att öka användning och efterlevnad.
- Intern utbildning är inplanerad för att öka kunskapen om hur modellen är avsedd att användas.
- Definiera vilka dokument som är "obligatoriska" i alla projekt och vilka som endast är hjälpmedel

Kontrollmoment 2 – Prognossäkerhet

ANSVARIG

Projektledare

BESKRIVNING OCH AVGRÄNSNING

Gör vi användbara och tydliga prognoser för uppföljning av investeringar?

Undersök hur prognoser avseende budget och projektkostnader stämmer med verkligheten.

KONTROLLMETOD

Dokumentgranskning och kontroll av utfall från redovisningssystemet.

Tre investeringsprojekt har valts ut för granskning:

- 8185 Slaplatten Lyby
- 9736 Friluftsvägen; utredning och omläggning
- 9712 objekt 7067 Maglasäte

Kontroll av ursprunglig budget och slutligt utfall. Hur väl de överensstämmer?

Vid avvikelse – Vad beror det på?

Vem lägger interntid på projekten? Hur väl stämmer detta överens med budget?

RISK- OCH VÄSENTLIGHETSBEDÖMNING

Prognoser för projekten är svåra att ställa. Ju tidigare i fasen desto svårare är prognosen. Ofullständig information kan ge felaktiga prognoser, som i sin tur försvårar planering av framtida projekt. Detta kan förorsaka ekonomisk skada och dålig publicitet.

RESULTAT

8185 Slaplatten Lyby - Avvikelse total budget mot totalt utfall +1 028 217 kr. Beror på att asfalt inte blivit lagt på hela ytan och att ca 150 timmar för projektering innan 2019 ej belastat projektet.

9736 Friluftsvägen; utredning och omläggning - Avvikelse total budget mot totalt utfall +202 000 kr. Mestadels på att materialet blev billigare än budgeterat.

9712 objekt 7067 Maglasäte – Utfall vid projektets slut -1 375 778 kr. Projektet startat 2015. Ingen intern tid registrerad vid den tiden, utan först i april 2020. Det finns inga dokument som underlag för uppskattad intern tid. Därför har vi ej kunnat stämma av detta mot utfallet i ekonomisystemet.

ÅTGÄRDER

- Högre krav kommer ställas från styrgrupp avseende kvalitet på projektdirektiv - ju utförligare desto lättare att följa upp avvikelser.
- Regelbundna avstämningar och prognosmöten har införts mellan ekonomi /chef/ projektledare för uppföljning av investeringsprojekt.
- Ekonomiadministratör har informerat om och tagit fram lathund för användning av Timekeeper, för att underlätta för anställda att föra tid på investeringsprojekt.

Kontrollmoment 3 – Säkerställa fördelning av kostnader sker enligt gällande riktlinjer

ANSVARIG

Ekonomiadministratör

BESKRIVNING OCH AVGRÄNSNING

Undersök om information och kunskap om gällande riktlinjer för fördelning av kostnader mellan kommunerna finns i organisationen. Granska att fördelningen av kostnader sker enligt gällande riktlinjer.

KONTROLLMETOD

Dokumentgranskning och intervjuer.
Kontroll av tre slumpmässigt valda konton.

RISK- OCH VÄSENTLIGHETSBEDÖMNING

Fördelning av kostnader mellan kommunerna ska ske enligt gällande riktlinjer. Felaktig fördelning kan leda till högre kostnader för endera kommunen.

RESULTAT

Intervjuer

Kunskap om hur kostnader ska fördelas finns hos konterande personal.

Kunskap har inhämtats muntligen. Vid behov rådfrågas närmaste chef

Ingen kännedom finns gällande dokument eller skriftliga riktlinjer.

Dokumentgranskning

Ingen information gällande fördelning av kostnader hittades på intranätet.

Dokumentet "Fördelning Overhead-kostnader" finns på mappstrukturen "G" och hänvisar i sin tur till dokument som konterande personal inte har tillgång till. Ekonomiansvarig har tillgång till dokumentet som används som mall när fördelning av ansvar görs.

Kontroll

För två av de tre kontona som kontrollerades var fördelningen korrekt. Det tredje kontot hade blivit fel när fakturan i fråga periodiserades.

ÅTGÄRDER

- Kostnadsfördelningsprinciper ska finnas beskrivna i lättillgängliga dokument som hålls uppdaterade.
- Ny personal ska få information om fördelning av kostnader vid introduktion (tex genom "Checklista vid introduktion av nyanställd".)
- Genomgång av budget ska genomföras när den är fastställd, för alla som konterar.
- Budget och kvarvarande budgetutrymme följs upp regelbundet mellan ekonomi och respektive gruppchef.
- Kompletterande utbildning i Agresso ska planeras in specifikt för MSV personal.

Kontrollmoment 4 - Arbetsmiljö

ANSVARIG

Skyddsombud

BESKRIVNING OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen är att bedöma verksamhetens följsamhet mot beslutade rutiner och Arbetsmiljöverkets föreskrifter.

1. Granskningen ska kontrollera om det finns dokumenterade rutiner för det systematiska arbetsmiljöarbetet.
2. Finns uppdaterad delegation avseende chefernas arbetsuppgifter kring arbetsmiljöfrågor?
3. Har cheferna relevant utbildning för att klara dessa arbetsuppgifter?
4. Har skyddsronder genomförts på utsatt tid och enligt framtagen checklista?

KONTROLLMETOD

Dokumentgranskning och intervjuer.

RISK- OCH VÄSENTLIGHETSBEDÖMNING

Okunskap och omedvetenhet gällande sitt chefsansvar i arbetsmiljöarbetet kan leda till felaktiga beslut gällande arbetsmiljöarbetet vilket ökar risken för arbetsrelaterade olycksfall, arbetsskador, ökad sjukfrånvaro, hög personalomsättning och sämre resultat i verksamheten (både ekonomiskt och i servicen till våra kommuninvånare). Vite kan utdömas vid inspektion av Arbetsmiljöverket och vid skada/tillbud kan ansvarig bli personligt ansvarig.

RESULTAT

1. Vi har en arbetsmiljöhandbok som togs fram 2020 och som enligt registret innehåller bl.a. 22 olika rutiner för Mittskåne Vatten. Dock ligger endast tre av dessa 22 rutiner i mappstrukturen på "G". Det är därför otydligt om alla rutiner är framtagna och var i så fall de ligger någonstans.
2. Arbetsmiljöansvaret ligger idag hos chefen för samhällsbyggnadssektorn. Det finns ingen delegation.
3. Ingen av de tre cheferna anser att de har relevant/aktuell utbildning för uppdraget. Det upplevs en otydlighet gällande vilka arbetsuppgifter man hänvisar till. En chef har anmält sig till utbildning. På driftenheten har det systematiska arbetsmiljöarbetet kommit igång under 2021.
4. Några skyddsronder är genomförda och dokumenterade på driftenheten och kontoret de senaste två åren. Dessförinnan finns inte någon dokumentation på genomförda skyddsronder i diariet eller på G. Det finns heller inga dokumenterade skyddsronder i KIA eller hos HR. Det kan tyda på att de inte genomförts eller inte dokumenterats korrekt.

ÅTGÄRDER

- Samtliga chefer har genomgått eller bokats in BAM (bättre arbetsmiljö)- utbildning under hösten 2022-våren 2023.
- Rollerna och ansvaret ska ses över och tydliggöras bl a genom delegation. Delegation kan ske efter genomgången utbildning.
- Regelbundna skyddsgruppsmöten har bokats in för arbetet med det Systematiska Arbetsmiljöarbetet (SAM). Uppföljning sker av att alla medarbetare får medarbetarsamtal, lönesamtal och att APT genomförs.

Kontrollmoment 5 - Delegeringar

ANSVARIG

VA-administratör

BESKRIVNING OCH AVGRÄNSNING

1. Är delegationsordningarna uppdaterade och speglar faktisk beslutsrätt?
2. Har ansvarsdelegeringarna gällande arbetsmiljö till VA-organisationen skett på ett korrekt sätt?
3. Finns det otydligheter vad gäller roller och ansvar?

KONTROLLMETOD

Intervjuer och granskning av dokument (delegeringsordning för VR-nämnden och beslutade rutiner)

RISK- OCH VÄSENTLIGHETSBEDÖMNING

Otydlig beslutsorganisation kan medföra att fel instans fattar beslut och att chefer eller förtroendevalda inte förstår sitt ansvar.

RESULTAT

1. Delegationsordningen är fastställd av VR-nämnden 2022-03-21 men det finns fortfarande oklarheter som en viss diskrepans i rutinen *debitering av va-avgifter* som delegationsordningen hänvisar till, samt otydliga formuleringar.
2. Det finns i nuläget ingen delegation gällande arbetsmiljöuppgifter, ansvaret ligger hos SBS chef. I dagsläget finns inga tydliga roller eller fördelning av ansvar inom arbetsmiljöarbetet. Mer information redovisas i kontrollmoment 4 – arbetsmiljö.
3. Otydlighet kring roller och ansvar finns i form av hänvisningar till roller som inte längre finns (kundservicechef).

- **ÅTGÄRDER**

- Arbete pågår med arbetsmiljöutbildning för cheferna för att delegering ska kunna genomföras (se moment 4).

- Nytt förslag på delegationsordning ska tas fram en gång per mandatperiod, i samband med detta bör man se över och komplettera oklarheter.