



NORRKÖPING

Kommunrevisionen

Revisionskrivelse

1(1)

2020-11-26

KR 2020/0011

Byggnads- och miljöskyddsnämnden

Revisions PM av byggnads- och miljöskyddsnämnden

Kommunrevisionen har inom ramen för den grundläggande granskningen genomfört en delgranskning av byggnads- och miljöskyddsnämndens verksamhet. Granskningen avser nämndens interna styrning och kontroll avseende sin verksamhet. De sakkunnigas PM bifogas denna revisionskrivelse.

Vid nästa revisionsdialog kommer vi som revisorer att bland annat följa upp nämndens arbete avseende de rekommendationer som återfinns i bifogat PM.

KOMMUNREVISIONEN

2020-11-26

Urban Pehrsson
Revisor

Thomas Svensson
Revisor

2020-11-26

Vårt diarienummer
KR 2020/0011

Revisionskontoret

Handläggare, titel, telefon

Örjan Högberg, sakkunnig revisor
011-15 17 15

Granskning av byggnads- och miljöskyddsnämnden

Denna granskning ingår som en del i revisorernas grundläggande granskning av byggnads- och miljöskyddsnämnden. Denna PM ska besvara följande revisionsfrågor:

- Är nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten ändamålsenlig och tillfredsställande?
- Har nämnden en tillräcklig intern kontroll?

Den metod som granskningen har baseras på är dokumentstudier samt intervjuer. Intervjuer har skett med politiker och tjänstepersoner för att bättre förstå nämndens styrning. De bedömningsgrunder som har bildat underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar bygger på gällande lagstiftning och kommunfullmäktiges beslut.

I granskningen har följande revisionskriterier används:

- Lagstiftning (kommunallag, förvaltningslag).
- Fullmäktiges mål (Budget 2020), KS 2019/0150.
- Reglemente för Norrköpings kommuns nämnder, KS 2018/1517
- Reglementen för byggnads- och miljöskyddsnämnden, KS 129/2012
- Politisk riktlinje för styrmodellen i Norrköpings kommun, KS 2019/0457 och Tjänstemannariktlinje för styrmodellen i Norrköpings kommun, KS 2019/0458.
- Nämndens årliga arbete med uppdragsplan, KS 2019/0620
- Riktlinje för synpunktshantering, KS 2013/0957
- Riktlinjen för intern styrning och kontroll, KS 2019/0608.

Kvalitetssäkring

Denna PM är sakgranskad av de som intervjuats. Slutsatserna och revisionsbedömningarna ansvarar revisionskontoret för. Rapporten är även kvalitetssäkrad vid revisionskontoret.

lakttagelser

Nämnden inledde arbetet med uppdragsplanen för 2020 med en omvärldsdag i september 2019. Från intervju framgår att det vid tidpunkten var känt att kommunfullmäktige skulle lägga ett besparingskrav. Nämnden strävade efter att ha en uppdragsplan som var realistisk utifrån budget, och tog därför höjd för de största besparingskraven. Omvärldsdagen inleddes med att kontoret presenterade budgetförutsättningar, gav en omvärldsspaning om lagar samt informerade om vad som händer i verksamheten. Efter det formulerade nämnden förslag till mål, där tjänstepersoner från kontoret var behjälpliga med ytterligare information om så var nödvändigt. Till mötet i oktober 2019 hade kontoret sammanställt det arbete som nämnden tagit fram under omvärldsdagen till ett första utkast till nämndens mål för 2020, vilket nämnden informerades om. Vid mötet i november informerades nämnden ytterligare om arbetets gång i framtagandet av förslag till uppdragsplan.

Nämnden fastställde 2020 år uppdragsplan vid mötet i december 2019. Uppdragsplanen består av 3 nämndspecifika mål och 1 gemensamt mål för nämnderna i samhällsbyggnadsprocessen. Till varje mål anges 2-5 måluppfyllelser (indikatorer). Sammantaget anges 11 måluppfyllelser för de nämndspecifika målen och 5 för det gemensamma målet. I uppdragsplanen framgår på vilket sätt nämndens mål och det nämndgemensamma målet är kopplade till kommunens övergripande mål, vilket redovisas i en separat tabell. Genom kopplingen mellan byggnads- och miljöskyddsnämndens mål och kommunens övergripande mål visar nämnden även en koppling till de globala hållbarhetsmålen. Nämnden anger även att de aktiviteter som genereras utifrån uppdragsplanen och verksamhetsplan är avstämde mot nämndens budget.

Uppdragsplanen följs upp såväl skriftligt som muntlig vid två tillfällen under verksamhetsåret, vid nämndens sammanträde i juni och efter verksamhetsårets slut. Dessutom sker två interna avstämningar av aktiviteterna inom samhällsbyggnadskontoret i mars och september som redovisas för kontorets ledningsgrupp. När detta PM skrivs finns uppföljningen från juni tillgänglig, där nämnden godkände statusrapporten för uppföljningen. I statusrapporten anges mål, måluppfyllelser, aktiviteter, aktuell status, samt en årsprognos för måluppfyllelse. Kontorets bedömning i uppföljningen var att samtliga mål skulle kunna uppnås på helår. Samtidigt angavs i protokollet att den pågående pandemin gav en viss påverkan på kontorets arbete utifrån att ett antal aktiviteter fått pausas eller flyttats fram till ett senare tillfälle.

Från protokoll i december 2019 anges att det utifrån uppdragsplanen formuleras en verksamhetsplan. Verksamhetsplanen för kontorets del avseende Byggnads- och miljöskyddsnämnden är fastställd av samhällsbyggnadskontorets ledningsgrupp 2020-02-03 och presenterad för nämnden vid mötet i februari. Verksamhetsplanen innehåller en beskrivning av de aktiviteter som kontorets enheter ska genomföra under året för att uppnå respektive mål.

Som underlag till verksamhetsplanen finns ett exceldokument där samtliga aktiviteter som respektive verksamhet planerar göra under året finns listade. Uppföljning av verksamhetsplanen görs i samband med att uppdragsplanen följs upp. Kontoret arbetar även med tillsynsplaner för bygglov, miljöskyddsenheten, hälsoskyddsenheten, livsmedelsenheten och tillståndsenheten. Dessa tillsynsplaner bygger på den lagstadgade delen av nämndens verksamhet och syftar till att säkerställa intentionerna med lagstiftningen. De fastställdes av nämnden vid mötet i mars. Tillsynsplanerna följs upp kontinuerligt och presenteras för nämnden med en stående punkt i dagordningen; ”Information från verksamheten”.

Nämnden fastställde 2020 års internkontrollplan vid nämndmötet i december 2019. Från protokoll 2019-11-13 framgår att arbetet med nämndens internkontrollplan för 2020 inleddes i samband med omvärldsdagen i september 2019. Kontoret hade inför omvärldsdagen genomfört en riskanalys som nämnden fick ta del av, och gavs möjlighet att komplettera med risker. Utifrån den kompletterade riskanalysen prioriterade sedan nämndens internkontrollrepresentanter tillsammans med ansvariga chefer på kontoret vilka risker som skulle föreslås hanteras i internkontrollplan 2020, vilket skedde den 28 oktober. Utifrån resultatet av riskanalyserna, rekommendationer från revisioner och resultat från tidigare kontroller har riskerna prioriterats för hantering i internkontrollplanen.

I nämndens bruttolista återfinns 26 risker som är värderade och prioriterade utifrån sannolikhet och konsekvens. Samtliga risker presenteras också i en riskkarta där riskerna delas upp i gröna risker (12 st.), gula risker (12 st.) och röda risker (2 st.). 15 av dessa risker hanteras via internkontrollplanen, 10 gröna, 3 gula och 2 röda risker. Enligt internkontrollplanen hanteras övriga risker på andra sätt, till exempel i nämndens uppdragsplan eller i kontorets egen mål- och strategiplan. Riskerna i internkontrollplanen är grupperade i tre områden – ekonomi, verksamhetens leverans samt ärende-, dokument- och registerhantering. Till varje risk anges kontrollmoment, kontrollansvarig samt när kontrollen ska rapporteras.

I internkontrollplanen för 2020 framgår att den ska följas upp med skriftlig rapport till nämnden i juni samt efter årets slut. Kontoret genomför kontrollaktiviteter och redovisar resultatet till biträdande kontorschef, internkontrollrepresentanterna och nämnden. Internkontrollrepresentanterna får löpande rapporter under året om hur det går med de olika kontrollmomenten samt eventuella åtgärder, och kan närsomhelst lyfta ärenden till nämnden om behov finns. De ska också vara delaktiga vid riskanalys och framtagandet av förslag till internkontrollplan. Från protokoll framgår att om brister eller avvikelser har konstaterats vid uppföljning så ska förslag på korrigerande åtgärder lämnas.

Vid mötet i juni godkände nämnden en statusrapport för kontorets arbete med kontroller och åtgärder utifrån internkontrollplan 2020. Rapporten beskriver resultatet för perioden januari till maj. Uppföljningen visade att 10 risker och kontrollmoment fick grönt ljus och 1 fick gult ljus. 4 risker fick inget ljus alls då rapporteringsdatum är 30 november och att kontrollen

därmed inte var genomförd ännu. Enligt statusrapporten redovisas dessa risker för nämnden i slutrapport för året men rapporteras löpande till nämndens internkontrollrepresentanter. Att dessa 4 risker (kopplat till ärende-, dokument- och registerhantering) endast följs upp 1 gång per år beror på, enligt uppgift, att nämnden fått goda omdömen i en tidigare utförd revision kring nämndens arbete med GDPR och av den anledningen inte ville belasta cheferna onödigt mycket med den administration som kontroller/rapportering innebär. För att nämnden ska få bättre insyn i arbetet med de risker som hanteras utanför internkontrollen medföljde också en bilaga som visar riskhanteringen för risker med risktal 9-16. Årsprognosen för dessa två risker visade 1 grönt ljus och 1 gult ljus.

Rekommendationer och bedömningar

Processen med framtagandet av uppdragsplanen bedöms, likt tidigare år, vara strukturerat och transparent där nämnden erbjuds att vara delaktig i framtagandet av uppdragsplanen. Detta skapar förutsättningar för hela nämnden att bli engagerad i arbetsprocessen. Kopplingen mellan uppdragsplanen och kommunfullmäktiges mål redovisas tydligt i uppdragsplanen. Det finns även en röd tråd från uppdragsplanen till kontorets verksamhetsplan. I uppdragsplanen anges även den politiska ambitionen för nämndens arbete utifrån de ekonomiska förutsättningarna. Målen i uppdragsplanen bedöms i tillräcklig utsträckning vara uppföljningsbara med stöd av indikatorerna (måluppfyllelser), och i överensstämmelse med nämndens reglemente och uppdrag.

Vi bedömer att det, likt tidigare år, finns en god struktur för arbetet med den interna kontrollen. Arbetsprocessen med riskanalys visar att det för hela nämnden skapas möjligheter att påverka såväl innehållet i riskanalysen som innehållet i internkontrollplanen. Huvuddelen av internkontrollplanen följs upp två gånger per år, vilket är ett minimum för att den ska få den styrningseffekt som den är avsedd att ha. Emellertid finns ett antal risker som endast följs upp en gång per år, den 30 november. Detta medför att nämnden begränsas i sin möjlighet att fatta korrigerande beslut vid eventuella avvikelser under året avseende dessa risker, och att styrningseffekten därmed kan utebli. Granskningen visar att internkontrollrepresentanterna är en central del av uppföljningen och kan påverka innehållet i de statusrapporter som presenteras för nämnden.

Risikanalysen bedöms på ett tillräckligt sätt täcka nämndens totala riskbild. Enligt riktlinjen för intern styrning och kontroll (KS 2019/0608) handlar risker om att oönskade situationer kopplat till nämndens mål ska inträffa. Utgångspunkten är att allvarliga risker som kan hindra nämndens möjlighet att nå målen i uppdragsplanen eller genomföra verksamheten i enlighet med nämndens reglemente bör hanteras via täta kontroller med hjälp av internkontrollplanen. Vi noterar att internkontrollplanen innehåller de röda riskerna i riskmatrisen, men att internkontrollplanen i övrigt tycks ha en obalans med en lutning mot gröna risker, dvs. risker som har värderats lågt och som därför inte kan bedömas ha en allvarlig påverkan på nämndens

måluppfyllelse. Vi är medvetna om att själva internkontrollplanen endast utgör en begränsad del av nämndens arbete med intern styrning och kontroll, och att ett stort antal risker hanteras på andra sätt utanför internkontrollplanen. Men, det hade likväl varit värdefullt att lämna tydlig information i såväl riskanalysen som internkontrollplanen om varför så stor andel lågvärderade risker hanteras inom ramen för internkontrollplanen som är ett centralt politiskt styrdokument.

Vår bedömning är att nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten är tillfredsställande.

| | | | |
|--------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Tillfredsställande | Inte helt tillfredsställande | Delvis tillfredsställande | Inte tillfredsställande |
|--------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------|

Vår bedömning är nämndens interna kontroll inte är helt tillräcklig.

| | | | |
|-------------|-----------------------|--------------------|------------------|
| Tillräcklig | Inte helt tillräcklig | Delvis tillräcklig | Inte tillräcklig |
|-------------|-----------------------|--------------------|------------------|

Revisionen rekommenderar nämnden:

- Att på ett tydligare sätt motivera för varför risker som bedöms ha endast ringa negativa effekter på nämndens måluppfyllelse hanteras inom ramen för internkontrollplanen.
 - Att följa upp samtliga risker i interkontrollplanen minst två gånger per år för att uppnå en önskad styrningseffekt.
-

Bilaga 1 Definitioner

För att underlätta samtal och förståelse av vår bedömning graderas vår analys efter den betydelse vi tillmäter de brister vi funnit. Avsikten är att underlätta nämndens eget förbättringsarbete och möjliggöra för nämnden att ta sitt revisionsansvar. Det är viktigt i sammanhanget att poängtera att iakttagelser gäller utifrån de delar som vi granskat det aktuella året och därför kan en bedömning skifta mellan åren.

Inte tillfredsställande/tillräckligt innebär i normalfallet att vi funnit brister som har en stor påverkan på nämndens förmåga att uppnå en god styrning, ledning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Det kan också innebära att nämnden inom ett specifikt område behöver åtgärda en brist som om den kvarstår får stora konsekvenser för nämndens arbete.

Delvis tillfredsställande/tillräcklig innebär att vi har identifierat brister som nämnden behöver åtgärda och hålla sin uppmärksamhet på. Bristen uppfyller inte kriterierna för att vara *inte tillfredsställande/tillräcklig* men påverkar negativt nämndens förmåga att ha en god styrning, ledning, uppföljning och kontroll. Nämnden ska därför uppmärksamma och korrigera dessa brister så att de inte förvärras.

Inte helt tillfredsställande/tillräckligt innebär att vi identifierat brister som nämnden behöver åtgärda. Bristerna är av den karaktären att det finns vissa frågetecken av mindre allvarlig karaktär. Nämnden behöver fortsätta korrigera bristerna och är på god väg.

Tillfredsställande/tillräckligt innebär att vi inte har några frågetecken eller att de brister vi ser är av marginell karaktär. De kommentarer vi ger är av sådan karaktär att de ska ses som stöd i nämndens ordinarie förbättringsarbete.