



NORRKÖPING

Kommunrevisionen

Revisionskrivelse

1(1)

2020-12-16

KR 2020/0014

Tekniska nämnden

Revisions PM av tekniska nämnden

Kommunrevisionen har inom ramen för den grundläggande granskningen genomfört en delgranskning av tekniska nämndens 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
2020-12-16

Tommy Svensson
Revisor

Maud Ohlén
Revisor

2020-12-16

Vårt diarienummer
KR 2020/0014

Revisionskontoret

Handläggare, titel, telefon

Örjan Högberg, sakkunnig revisor
011-15 17 15

Granskning av tekniska nämnden

Denna granskning ingår som en del i revisorernas grundläggande granskning av tekniska nämnden. 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 tekniska nämnden, KS 2018/1022
- 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 fastställde 2020 års uppdragsplan vid nämndmötet i december 2019. Arbetet med uppdragsplanen inleddes vid mötet i maj 2019 där nämnden informerades om arbetssätt och tidplan. Nämnden arbetade sedan med framtagandet av en ny uppdragsplan med mål och måluppfyllelser på en workshop i oktober. Från intervju framgår att kontoret inför denna workshop hade gjort ett grundarbete med riskanalyser, planeringsförutsättningar, budget, omvärldsspaningar och tidigare uppföljningar, vilket presenterades för nämnden. Ett förslag på kommunfullmäktiges mål i relation till förslagen på målen i uppdragsplanen presenterades och nämndledamöterna arbetade gruppvis med att koppla nämndens mål till de globala målen. Till mötet i november hade kontoret bearbetat resultaten från workshopen och sammanställt ett förslag till uppdragsplan. Från protokoll framgår att det rådande budgetläget påverkade uppdragsplanens utformning och omfattning. Enligt intervju stod nämnden inför kraftiga besparingar med resultat att de politiska ambitionerna behövde justeras nedåt. Målen är färre i jämförelse med föregående år och ambitionsnivån har fått sänkas inom samtliga målområden, vilket också avspeglas i de aktiviteter som kontoret genomför inom ramen för verksamhetsplanen. Verksamhetsplanen är fastställd av kontorets ledningsgrupp och presenterades för nämnden vid mötet i februari 2020. Aktiviteterna är mätbara och kopplar till målen i uppdragsplanen.

Från uppdragsplanen framgår att i jämförelse med 2019 har 12 mål reducerats till 6 mål och 4 målområden har reducerats till 3 målområden. De målområden som behålls är; (1) Service och leverans, (2) Hållbarhet (3) Trygghet och tillgänglighet. För 2019 utgjorde även Trafiksäkerhet ett målområde, men för 2020 införlivas detta i målområde Trygghet och tillgänglighet, men med en lägre ambitionsnivå. Därutöver finns ett mål som nämnden har gemensamt med de övriga nämnderna inom samhällsbyggnadsprocessen. Till varje målområde kopplas en vision som utgångspunkt för målen i uppdragsplanen. Till målen kopplas mellan 1-2 indikatorer (måluppfyllelser), sammanlagt 7 stycken. Till mål 1 kopplas emellertid inte någon indikator utan istället en kundnöjdhetsmätning.

I uppdragsplanen anges att uppföljning sker i juni och efter verksamhetsårets slut. I junimötet godkände nämnden kontorets statusrapport avseende arbete med aktiviteter för att nå mål och måluppfyllelser i uppdragsplanen. Rapporten visar status på aktiviteterna i verksamhetsplanen och en årsprognos för målen i form av trafikljus. Målet rörande biologisk mångfald fick gult ljus, övriga mål fick gröna ljus. I statusrapporten beskrivs anledningen till det gula ljuset, och det finns förslag på åtgärder. Nytt för 2020 är att uppföljningen är ett beslutsärende och inte endast, som tidigare, ett informationsärende, vilket betyder att de förslag på åtgärder som kontoret presenterar även blir nämndens beslut om åtgärder.

Kontoret redovisar en årlig kvalitetsrapport för nämnden, som ett informationsärende. Tekniska nämnden tillsammans med byggnads- och miljöskyddsnämnden och samhällsplaneringsnämnden samordnar kvalitetsarbetet och bedriver ett löpande förbättringsarbete tillsammans, vilket är ett resultat av sammanslagningen av respektive nämnds kontor till ett gemensamt kontor. Kvalitetsrapporten utgör den kvalitetsredovisning som enligt kommunens styrmodell ska utgöra grund både för nämndernas arbete med uppdragsplaner och för kontorets interna förbättringsarbete. I rapporten beskrivs vad som har gjorts inom ramen för uppdragsplanen, internkontrollplanen och andra aktiviteter, vilka avvikelser som finns, och vad som behöver göras för att komma tillrätta med avvikelserna. Från intervju framgår att synpunkter från medborgarna samlas in på ett systematiskt sätt. Kontoret har olika system och ingångar för detta, exempelvis via nämndens driftsupport, infracontrol och kontaktcenter.

Nämnden godkände förslag till internkontrollplan 2020 vid mötet i december 2019. Arbetet med internkontrollplanen för 2020 inleddes i samband med ovan beskrivna workshop i oktober. Nämnden fick ta del av kontorets riskanalys och kompletterade med risker. Från intervju framgår att kontoret kommer med ett förslag som internkontrollrepresentanterna sedan kan ställning till och vid behov lägga till risker. Utifrån den kompletterade riskanalysen prioriterade sedan nämndens internkontrollrepresentanter tillsammans med ansvariga chefer vilka risker som föreslås hanteras i internkontrollplan 2020. Från internkontrollplanen går också att utläsa att nämnden i sin riskanalys har tagit hänsyn till rekommendationer från revisioner och resultat från tidigare kontroller.

Nämndens bruttolista innehåller 40 risker som är värderade och prioriterade utifrån sannolikhet och konsekvens. Samtliga 40 risker presenteras också i en riskkarta där riskerna delas upp i gröna risker (3 st.), gula risker (29 st.) och röda risker (8 st.). 10 av dessa risker hanteras via internkontrollplanen, 3 gröna risker, 5 gula risker och 2 röda risker. I internkontrollplanen anges att de risker som inte återfinns i internkontrollplanen tas om hand på andra sätt, exempelvis i nämndens uppdragsplan eller kontorets egen mål- och strategiplan. Riskerna som omhändertas i internkontrollplanen grupperas i tre områden: 1) Ekonomi (6 st.); 2) Verksamhetens leverans (2 st.); 3) Ärende-, dokument- och registerhantering (2 st.).

Från internkontrollplanen för 2020 framgår att den följs upp med skriftlig rapport till nämnden i juni samt efter årets slut. De två utsedda 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. Utöver att vara delaktiga i uppföljning av internkontrollplan är de också delaktiga vid riskanalys och framtagandet av förslag till internkontrollplan.

Vid mötet i juni godkände nämnden en statusrapport för kontorets arbete med kontroller och åtgärder utifrån internkontrollplan 2020. Sammanfattningsvis visar uppföljningen att 6 risker och kontrollmoment har grönt ljus, 3 har gult ljus och en har inget ljus alls då rapporteringsdatum är 30 november. Enligt statusrapporten redovisas denna risk för nämnden i slutrapport för året men rapporteras löpande till nämndens internkontrollrepresentanter. 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 risker visade 1 grönt ljus och 1 gult ljus. En åtgärdsplan finns i statusrapporterna där kontoret anger vad de ska arbeta med för att komma tillrätta med avvikelserna.

Rekommendationer och bedömningar

Processen med framtagandet av uppdragsplanen är, likt tidigare år, strukturerad och transparent, vilket skapar goda förutsättningar för nämnden att vara aktiv i arbetet. 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 en tydlig koppling till nämndens ekonomiska förutsättningar.

Till målen kopplas indikatorer (måluppfyllelser). En indikator ska ange vilka åtgärder som ska göras för att nå målet, och ska mäta vad målet avser. Logiken bakom indikatorerna är att de ska kunna säga något om nämndens mål är uppnådda eller är på väg att uppnås, dvs. utgöra en "mätsticka" på nämndens måluppfyllelse. Samtidigt mäter en indikator alltid bara en avgränsad del av målet. Det behövs i regel fler indikatorer för att vara säkra på att det mål som ska mätas också mäts. Att använda sig av endast en (1) indikator kan ge en missvisande bild av måluppfyllelsen. Utifrån nämndens uppdragsplan framgår att 3 av 6 mål endast har 1 indikator. Om endast 1 indikator används riskeras indikator och mål bli detsamma.

Vi bedömer att det finns en god struktur för arbetet med den interna kontrollen. Arbetsprocessen med riskanalys visar att det för internkontrollrepresentanterna skapas möjligheter att påverka såväl innehållet i riskanalysen som innehållet i internkontrollplanen. Internkontrollplanen följs upp två gånger per år, vilket är ett minimum för att den ska få den styrningseffekt som den är avsedd att ha. Granskningen visar att internkontrollrepresentanterna är en central del i uppföljningen och kan vid behov påverka innehållet i de statusrapporter som presenteras för nämnden. Riskanalysen bedöms på ett tillräckligt sätt täcka nämndens totala riskbild. Vi noterar emellertid att det finns ett antal risker i riskmatrisen som har bedömts som röda, dvs. har ett högt riskvärde, men att dessa inte återfinns som kontrollmoment i internkontrollplanen. Enligt riktlinjen för intern styrning och kontroll (KS 2019/0608) handlar risker om oönskade situationer kopplat till nämndens mål ska inträffa. De röda riskerna måste därför antas som att det är risker som kan hindra nämndens möjlighet att nå

målen i uppdragsplanen eller genomföra verksamheten i enlighet med nämndens reglemente. De bör därför hanteras via täta kontroller för att minimera risken att tappa bort dem. Vi är medvetna om att själva internkontrollplanen endast utgör en begränsad del av nämndens arbete med intern styrning och kontroll. Ett stort antal risker hanteras och följs upp på andra sätt utanför internkontrollplanen och som även presenteras för nämnden, vilket är positivt. Men, det hade likväl varit värdefullt att lämna tydlig information i såväl riskanalysen som internkontrollplanen om varför dessa allvarliga risker inte 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:

- Utveckla en bredare uppsättning indikatorer som beskriver olika aspekter av målen för att säkerställa en tillförlitlig måluppföljning.
 - Att på ett tydligare sätt motivera för varför risker som kan ge mycket negativa effekter eller helt förhindra att uppdragsplanens mål nås inte hanteras inom ramen för internkontrollplanen.
-

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.