



NORRKÖPING

Kommunrevisionen

Revisionskrivelse

1(1)

2020-11-26

KR 2020/0013

Samhällsplaneringsnämnden

Revisions PM av samhällsplaneringsnämnden

Kommunrevisionen har inom ramen för den grundläggande granskningen genomfört en delgranskning av samhällsplaneringsnämndens 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

Göran Ekdahl
Revisor

Thomas Svensson
Revisor

Revisionskontoret

Handläggare, titel, telefon

Örjan Högberg, sakkunnig revisor
011-15 17 15

Granskning av samhällsplaneringsnämnden

Denna granskning ingår som en del i revisorernas grundläggande granskning av samhällsplaneringsnämnden. 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 samhällsplaneringsnämnden, 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

Processen att ta fram uppdragsplanen påbörjades vid mötet i april 2019 där nämnden fick arbeta fram förslag till aktiviteter för arbetet med uppdragsplan 2020. Nämnden fastslog vid mötet att arbetet med uppdragsplanen för 2020 skulle ha sitt uppstartsmöte i juni 2019. Nämnden fortsatte sedan arbetet med uppdragsplan 2020 i september 2019 (omvärlds-/planeringsdagar). Vid dessa dagar informerade berörda chefer om vilka utmaningar och möjligheter de såg inför kommande verksamhetsår och försåg nämnden med planeringsförutsättningar, tidigare uppföljningar av uppdragsplan och internkontrollplan, budgetförutsättningar, kvalitetsredovisning m.m. Vid mötet 2019-10-15 redovisade kontoret sedan en sammanställning av nämndens arbete som arbetades fram vid omvärlds/planeringsdagarna, samt ett förslag till mål till uppdragsplanen. Nämnden fortsatte sedan med att utveckla målformuleringarna i oktober 2019. Resultatet av det arbetet redovisades vid mötet 2019-11-12, tillsammans med kontorets förslag till måluppfyllelser.

Nämnden fastställde sedan 2020 års uppdragsplan vid mötet 2020-01-14. Uppdragsplanen var uppe för beslut vid mötet i december 2019, men ärendet bordlades till mötet i januari 2020. Från protokoll framgår inte något motiv till denna bordläggning. Vid intervju framgår att nämnden inte var helt överens kring vissa måluppfyllelser kopplat till målen. Till mötet i januari hade detta bearbetats och uppdragsplanen fastställdes med ett antal förändringar.

Uppdragsplan för 2020 innefattar fem nämndspecifika mål, 18 målindikatorer (måluppfyllelser enligt uppdragsplan). Utöver dessa mål finns ett mål som är gemensamt för byggnads- och miljöskyddsnämnden, samhällsplaneringsnämnden och tekniska nämnden. Varje enskilt mål i uppdragsplanen kopplas även till de globala hållbarhetsmålen. I en separat tabell i redovisas på vilket sätt nämndens mål och det nämndgemensamma målet är kopplade till kommunens övergripande mål. Nämnden anger i uppdragsplanen att målen är avstämde mot nämndens ekonomiska resurser, och att planen följs upp såväl skriftligt som muntligt vid två tillfällen under verksamhetsåret, dels vid nämndens sammanträde i juni, dels vid verksamhetsårets slut.

Kontoret har utarbetat en verksamhetsplan, vilken godkändes av kontorets ledningsgrupp 2020-03-05 och presenterades för nämnden 2020-04-07. Verksamhetsplanen utgår från målen i uppdragsplanen, och visar de aktiviteter som svarar på hur uppdragen ska genomföras.

Vid mötet 2020-06-11 godkände nämnden en statusrapport för uppföljning av uppdragsplanen. I rapporten redovisas kontorets prognos för måluppfyllelsen i uppdragsplanen under året samt aktuell status för kontorets aktiviteter utifrån verksamhetsplanen. Kontorets bedömning utifrån uppföljningen var att samtliga mål skulle komma att uppnås på helår.

Från protokoll framgår att arbetet med nämndens internkontrollplan för år 2020 inleddes i samband med ovan nämnda omvärlds/planeringsdagar för nämndens mål för 2020. Vid dessa dagar påbörjades även en riskanalys som underlag till internkontrollplanen 2020. Kontoret hade utfört en riskanalys som nämnden fick ta del av och hade möjlighet att komplettera. Det fortsatta arbetet med prioriteringar av risker som skulle hanteras i internkontrollplanen genomfördes av nämndens internkontrollrepresentanter den 23 oktober 2019, där också ansvariga chefer från kontoret deltog som stöd. 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 41 risker som är värderade och prioriterade utifrån sannolikhet och konsekvens. Samtliga 41 risker presenteras också i en riskkarta där riskerna delas upp i gröna risker (7 st.), gula risker (26 st.) och röda risker (8 st.). 7 av dessa risker hanteras via internkontrollplanen, 5 gröna risker och 2 gula risker. De risker som har identifierats som röda i riskanalysen, dvs. risker med höga riskvärden, återfinns inte i internkontrollplanen. I internkontrollplanen anges att de risker som inte återfinns i internkontrollplanen tas om hand om på andra sätt, exempelvis i nämndens uppdragsplan eller kontorets egen mål- och strategiplan.

Vid mötet 2019-12-12 godkände nämnden förslag till internkontrollplan 2020. Riskerna som omhändertas i internkontrollplanen grupperas i tre områden: 1) Ekonomi (3 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. Kontoret har en löpande kontakt med internkontrollrepresentanterna vid uppföljning.

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 3 risker fick grönt ljus, 2 fick gult ljus och 2 fick inget ljus alls då rapporteringsdatum är 30 november och därmed inte var genomförd ännu. Enligt statusrapporten redovisas dessa risker för nämnden i slutrapport för året men rapporteras löpande till nämndens internkontrollrepresentanter. För de två gula ljusen lämnas i rapporten en beskrivning på åtgärder som kontoret arbetar med för att korrigera avvikelserna. För att nämnden ska få bättre insyn i arbetet med de risker som hanteras utanför internkontrollen medföljde också en bilaga till statusrapporten som visar riskhanteringen för risker med risktal 9-16. Årsprognosen visade grönt ljus på samtliga av dessa risker.

Rekommendationer och bedömningar

Processen bakom framtagandet av uppdragsplanen följer kommunens styrmodell och är, likt tidigare år, strukturerad och transparent där det skapas möjlighet för nämnden att vara delaktig i framtagandet av uppdragsplanen. 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.

Nämndens uppdragsplan blev fastställd i januari 2020, vilket är ett avsteg från den politiska riktlinjen för kommunens styrmodell (KS 2019/0457) som anger att nämnderna ska fastställa uppdragsplanen senast i december för kommande år. Ärendet blev bordlagt vid mötet i december 2019 och det hade varit värdefullt att i protokoll kunna utläsa anledningen till detta då inget ytterligare ska, eller får, tillföras ett ärende vid bordläggning.

Vi bedömer att det 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. 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 erbjuds möjligheter att 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 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, och att de därför bör hanteras via täta kontroller. Det hade 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:

- Att i enlighet med den politiska riktlinjen för kommuns styrmodell fastställa uppdragsplanen senast december året innan.
 - Att på ett tydligare sätt motivera för varför risker som kan ge mycket negativa effekter eller helt förhindra att målen för verksamheten 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.