

2019-08-28

KR 2019/0009

Vård- och omsorgsnämnden


Revisions PM av Vård- och omsorgsnämnden

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

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

KOMMUNREVISIONEN

2019-08-28



Tommy Svensson
Revisor



Urban Pehrsson
Revisor

2019-06-28

Vårt diarienummer
KR 2019/0009

Revisionskontoret

Handläggare, titel, telefon

Örjan Högberg, sakkunnig revisor
011-15 17 15

Granskning av Vård- och omsorgsnämnden 2019

Denna granskning ingår som en del i revisorernas grundläggande granskning av vård- och omsorgsnämnden. 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 granskningen har baserats på är dokumentstudier samt intervjuer. Intervjuer har skett med nämndens presidium, tre internkontrollrepresentanter, Vård- och omsorgsdirektören, och tre enhetschefer inom hemtjänst och särskilt boende. 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 (1991:900), Förvaltningslag (2017:900), Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), Lag om valfrihetssystem (2008:962), Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), Socialtjänstlag (2001:453)
- Fullmäktiges mål (Budget 2019), KS 2018/0216.
- Reglemente för Norrköpings kommuns nämnder, KS 2018/1517
- Reglemente för Vård- och omsorgsnämnden (KS 2013/0667)
- 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 2013/0810
- Riktlinje för synpunktshantering, KS 2013/0957
- Riktlinjen för intern styrning och kontroll, KS 2015/0144.

lakttagelser och bedömningar

Vid nämndmötet 2018-12-12 beslutade den sittande nämnden att överlämna ett förslag till uppdragsplan 2019 till nästkommande nämnd. Från intervju framgår att framtagandet av uppdragsplanen föregicks av en riskanalys som bygger på kommunens styrmodell under hösten 2018. Den politiska intentionen med uppdragsplanen är att målen ska gälla under hela mandatperioden. Beslut om uppdragsplanens delmål tas varje år med koppling till internbudget och planeringsförutsättningar. För att få en bred förankring beslutade nämnden 2019-01-02 att utse en grupp med 7 nämndledamöter att delta i arbetet med uppdragsplanen. Gruppens uppgift var att ta ställning till avgående nämnds förslag till uppdragsplan, delta i revidering av uppdragsplanen, samt att förankra arbetet med uppdragsplanen i sitt parti. Från intervju framgår att vård- och omsorgskontoret har bistått med stöd. Gruppen gick genom förslaget till uppdragsplan och lade till ett delmål under fokusområdet kompetensförsörjning (se nedan om uppdragsplanens uppdelning i fokusområden). Delmålet är *"Medarbetarnas skattning i den nya medarbetarenkäten av hur de upplever sitt inflytande över sin egen arbetssituation har ökat mellan de årliga mätningarna"*. Vid sammanträdet 2019-01-17 fastställde nämnden uppdragsplan 2019. Vid samma nämndmöte angavs att de ekonomiska konsekvenserna för att lägga till delmålet kring kompetensförsörjning medför en kostnad med 1 500 tkr för 2019, för den utbildningsinsats som krävs. I uppdragsplanen anges att planen genomsyras av kommunens vision och de kommunövergripande målen, samt att nämnden har tagit hänsyn till internationell samverkan, näringsliv, hållbar utveckling och strategiska miljöfrågor vid planering och beslut.

Uppdragsplanen innehåller följande fem fokusområden: 1) Kompetensförsörjning, 2) Digitalisering, 3) Nära vård, 4) Kontinuitet, 5) Hållbarhet. Varje fokusområde har ett övergripande mål kopplat till sig som sedan bryts ned till flera delmål. För att mäta hur delmålen uppnås används en eller flera indikatorer som följs upp. I uppdragsplanen, och från intervju, framgår att uppdragsplanen ska följas upp 3 gånger per år och vid bokslut i februari. Tidigare år har uppföljningen av uppdragsplanen till stora delar baserats på brukarundersökningar som presenterats sent på året. Nämnden har därför inte haft möjlighet att utföra några förbättringsåtgärder baserat på dessa resultat. För 2019 kopplas målen istället till egna mått och mätetal. Uppföljningen presenteras med hjälp av trafikljusrapporter. När denna PM skrivs har en första uppföljning genomförts. Resultatet är att 6 delmål har grönt ljus, 7 delmål har gult ljus och två delmål för tillfället inte kan bedömas.

Vård- och omsorgskontoret har utformat två övergripande verksamhetsplaner utifrån målen i uppdragsplanen och de ekonomiska förutsättningarna. Dessa verksamhetsplaner är kopplade till utförare i egen regi samt till myndighetsutövning. Verksamhetsplanerna innehåller en sammanställning av de aktiviteter som ska genomföras under året för att mål och krav ska uppfyllas. Verksamhetsplanerna är framtagna av verksamhetschefer tillsammans med områdeschefer. Enhetscheferna bryter

sedan ner respektive verksamhetsplan på enhetsnivå. Som stöd i framtagandet finns en beslutad rutin (VON 2017/0081). Från intervju med en enhetschef framgår att det upplevs finnas en tydlig spårbarhet mellan uppdragsplanen och enhetens verksamhetsplan, och att verksamhetsplanen är väl förankrad. Från intervju, och enligt ovan nämnda rutin, framgår också att verksamhetsplanerna följs upp i samband med del- och helår.

Ledningsgruppen har antagit en riktlinje för kommunikation inom vård- och omsorgskontoret, som gäller såväl intern som extern kommunikation. Riktlinjen ger en översiktlig bild av hur vård- och omsorgskontoret arbetar med information och kommunikation. I riktlinjen finns ett särskilt avsnitt om kontorets funktionsbrevlåda, som en viktig kanal i kommunikationen med kommuninvånare och brukare. I riktlinjen går att läsa att den som dokument utgör ett komplement till den kommunövergripande "Riktlinjer för kommunikation inom Norrköpings kommun", som är fastställd av KF. Det är lätt att få kontakt med förvaltningen via hemsidan (ringa eller maila) eller via kommunens hemsida.

Nämnden uppmärksammar i sin uppdragsplan betydelsen av systematiskt kvalitetsarbete. I planen anges att ett systematiskt kvalitetsarbete genomsyrar nämndens arbete och illustreras med kommunens modell för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden är dessutom skyldig, enligt Socialstyrelsen, att ha ett ledningssystem för kvalitet. Detta är ett stöd för att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Ledningssystemet består dels av de processer och rutiner som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten och dels av systematiskt förbättringsarbete av de processer och rutiner som inte är ändamålsenliga. Fokus ska vara att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning och förbättra den kontinuerligt. Vård- och omsorgskontoret har tagit fram en skrift kring ledningssystemet "Ledning för kvalitet" som beskriver kvalitetsledningssystemet inom nämndens verksamheter. I skriften beskrivs bland annat ansvarsfördelningen avseende ledningssystemet, dess uppbyggnad och det systematiska förbättringsarbetet, samt hur kvalitetsarbetet ska dokumenteras. Tidigare år har kvalitetsredovisningen redovisats som en delmängd i nämndens totala verksamhetsberättelse. Från 2018 finns såväl en separat kvalitetsberättelse som en separat patientsäkerhetsberättelse. Från kvalitetsberättelsen framgår att kontoret inte har arbetat tillräckligt aktivt med själva ledningssystemets implementering, förvaltning och uppföljning sedan det antogs av nämnden 2014. Från intervju framgår att kontoret nu har avsatt personella resurser som ska sammanbinda delarna i ledningssystemet och implementera det. Syftet är att konkretisera, och skapa en homogenitet i, ledningssystemet, och väga in kommunens styrmodell med ledningssystemet.

Kontorets ledningsgrupp har även fastställt en handbok för avvikelser den 16 januari 2017, "Handbok för avvikelshantering inom vård- och omsorgskontoret. Handbokens syfte är att skapa en ökad kunskap och ett gemensamt arbetssätt för avvikelshantering inom vård- och omsorgskontoret. Handbokens mål är att tydliggöra olika ansvarsroller och

moment i avvikelshanteringen för att säkra kvalitén på nämndens tjänster och arbetet med ständiga förbättringar.

Det finns en av nämnden godkänd rutin för vård- och omsorgsnämndens arbete med intern styrning och kontroll. I denna beskrivs internkontrollrepresentanternas och nämndens roll. Det finns även ett omfattande informationsmaterial för verksamheten som delges enhetschefer kring hur de ska arbeta med risk- och väsentlighetsanalys och internkontrollplaner ned på enhetsnivå. Från intervju framgår att enheterna arbetar med egna riskanalyser som sedan aggregeras uppåt. Från intervju framgår också att det är vanligt att hanteringen av risker följs upp på enheternas arbetsplatsträffar (APT).

Från protokoll framgår att fyra övergripande risk- och väsentlighetsanalyser har genomförts, en för beställningsledningsgruppen och tre för de kommunala utförarna. Utifrån dessa risker togs ett förslag till plan för intern styrning och kontroll fram för 2019. Bruttolistor är upprättade över detta. Riskerna har sammanförts i en riskkarta tillsammans med ytterligare risker som blev synliggjorda under riskarbetet. Utifrån dessa risker togs ett förslag till plan för intern styrning och kontroll fram för 2019. Nämnden har, via internkontrollrepresentanterna, tagit ställning till hantering av risker. Internkontrollplanen innehåller mål som kontrollen riktas mot, en beskrivning av risk i förhållande till målet, vilka kontrollåtgärder som behöver utföras, vem som är ansvarig. Det saknas information kring vem som kontrollåtgärden ska rapporteras till, och när.

Enligt kommunens riktlinje för intern styrning och kontroll (KS 2015/0144) ska nämndernas arbete med intern kontroll grunda sig på COSO-modellen, vilket är ett generellt ramverk för intern styrning och kontroll (Riktlinje för intern styrning och kontroll, KS 2015/0144) som Norrköpings kommun följer. Kommunens tolkning av modellen föreskriver att nämnden i sin internkontrollplan ska ta hänsyn till risker som är kopplat till att verksamheten ska bedrivas enligt de program och andra beslut som kommunfullmäktige fastställt, att lagar, avtal och andra för nämnden gällande regler, föreskrifter och beslut följs, att anskaffning och användning av resurser är effektiv och ändamålsenlig, att kommunens tillgångar skyddas, att redovisningen och uppföljning av verksamhet och ekonomi är rättvisande, tillförlitlig och ändamålsenlig, samt att säkerheten i redovisningsrutiner, administrativa rutiner och IT system är tillfredsställande. Nämndens internkontrollplan följer i vissa delar COSO-modellen. Internkontrollplanen innehåller risker kopplat mot avvikelser i verksamheten, missnöje från brukare, att rättssäkerheten äventyras eller att förtroendet för verksamheten skadas, att tillgångar och ekonomi inte skyddas i tillräcklig omfattning. Planen följs upp fyra gånger per år, vilket dokumenteras och presenteras i en rapport. Internkontrollrepresentanterna följer arbetet med kontrollaktiviteterna genom skriftliga rapporteringar och träffar representanter från verksamheten som informerar och besvarar frågor 4 ggr/år. Vid signifikanta avvikelser åtgärdas detta genom att kontoret får arbeta fram förslag på åtgärder och presentera för nämnden.

Från intervju framgår att internkontrollrepresentanterna är aktiva i sitt arbete mot såväl nämnden som kontoret. Enligt plan ska de tjänstgöra fyra gånger per år. När denna PM skrivs har de tjänstgjort två gånger. Inför mötet med internkontrollrepresentanterna har ansvarig tjänsteperson på kontoret tagit fram en trafikljusrapport för att illustrera statusen på uppföljningen. Vid mötet kan internkontrollrepresentanterna göra en annan bedömning och vid behov ändra färg för någon, eller några, av kontrollpunkterna i trafikljusrapporten. Detta presenteras sedan till nämnd.

Internkontrollrepresentanterna själva lägger då inte ett förslag till åtgärder, utan detta uppdras istället till kontoret.

Nämnden har en omfattande delegationsordning där ansvar och beslutsfattande fördelas till definierade delegater. Delegationsordningen reglerar vem eller vilka som har rätt att fatta beslut eller vidta åtgärder inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Nämnden har även två omfattande riktlinjer som till vissa delar beskriver vilka funktioner som har ansvar inom olika områden, "Riktlinjer för utredning, beslut och utförande enligt socialtjänstlagen, SoL" och "Riktlinjer för utredning, beslut och utförande av insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS". Riktlinjerna tydliggör vilka insatserna är, hur den enskilde kan få dem och en beskrivning av insatsens innehåll. Nämnden har även en rutin för hantering av attester/behörigheter.

Rekommendationer

Nämndens engagemang och delaktighet i framtagandet av uppdragsplan är positivt. Arbetet med uppdragsplan följer kommunens styrmodell och där det är applicerbart finns en koppling mot kommunfullmäktiges mål. Den uppdragsplan som nämnden har antagit innehåller uppföljningsbara mål och hänsyn har tagits till ekonomiskt utrymme. Uppdragsplanen innehåller direktiv om hur och när uppföljning ska ske. Nämnden har utvecklat egna mått och mätetal för uppföljningen. På så sätt har nämnden en större kontroll över uppföljningen och korrigerande åtgärder kan vidtas snabbare än tidigare vid eventuella avvikelser.

Kontoret har tagit fram verksamhetsplaner och presenterat dessa för nämnden. Målen och aktiviteterna i verksamhetsplanerna är tydligt nedbrutna med utgångspunkt i uppdragsplanen. Verksamhetsplanerna följer en kedja från verksamhetsnivå till enhetsnivå där dessa följs upp på arbetsplatsträffar, vilket skapar en god förankring bland medarbetarna.

Nämnden systematiska kvalitetsarbete har utvecklats positivt. Revisionen har tidigare kommenterat att kvalitetsredovisningen har bestått av en rapportering av utfall, och saknat en utvärdering och en orsaksanalys samt förslag på åtgärder. Nu redovisas kvalitetsarbetet i en separat kvalitetsberättelse innehållande en beskrivning av hur kontoret har arbetat, vilka åtgärder som har utförts, resultat och förslag till vidare åtgärder. Samtidigt framgår att ledningssystemet för nämndens kvalitetsarbete till

fullt inte är implementerat, men att kontoret har avsatt resurser för att åstadkomma det.

Vi bedömer att det finns en god struktur för internkontrollarbetet, men vi rekommenderar nämnden att utveckla en internkontrollplan som bygger på en koppling mellan risker och samtliga av nämndens verksamhetsprocesser. En sådan koppling skulle öka möjligheterna att säkerställa att risker kopplade till hela riskbilden som COSO-modellen presenterar har täckts av riskanalysen.

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

Vår bedömning är nämndens interna kontroll inte är helt tillräcklig.

Revisionen rekommenderar nämnden att:

- Utveckla en internkontrollplan som bygger på en koppling mellan risker och samtliga av nämndens verksamhetsprocesser.
- Arbetet som pågår med att implementera kvalitetsledningssystemet har fortsatt hög prioritet.