



NORRKÖPING

Kommunrevisionen

Revisionskrivelse

I(1)

2020-11-26

KR 2020/0007

Socialnämnden

Revisions PM av socialnämnden

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

Klas Corbelius
Revisor

Revisionskontoret

Handläggare, titel, telefon

Örjan Högberg, sakkunnig revisor
011-15 17 15

Granskning av Socialnämnden

Denna granskning ingår som en del i revisorernas grundläggande granskning av Socialnämnden. 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, socialtjänstlag).
- Fullmäktiges mål (Budget 2020), KS 2019/0150.
- Reglemente för Norrköpings kommuns nämnder, KS 2018/1517
- Reglemente för Socialnämnden, 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

Socialnämnden fastställde uppdragsplanen för 2020 vid sitt sammanträde 2019-12-11. Från protokoll framgår att arbetet med uppdragsplan och internbudget för 2020 inleddes på sammanträdet 2019-09-11. Därefter har arbetet fortsatt i en arbetsgrupp bestående av tre tjänstepersoner och fem nämndledamöter som har träffats vid tre tillfällen under hösten (presidium samt 2 nämndledamöter till, en vardera från majoritet och opposition). Hela nämnden har blivit informerad om arbetet på sammanträdena i oktober och november, och då haft möjlighet att ange synpunkter. Som en del av arbetet med uppdragsplanen inför 2020 har hänsyn tagits till tidigare uppföljningar under 2019 dels delårsuppföljningen av internkontrollplanen, dels halvårsavstämningen av uppdragsplanen.

I uppdragsplanen anges nämndens planeringsförutsättningar. Där beskrivs de viktigaste trenderna och andra omvärldsfaktorer som under de kommande åren bedöms ha stor påverkan på socialkontorets verksamheter. Uppdragsplanen består av 2 mål med tillhörande indikatorer för måluppfyllelse. De 2 målen är kopplat till barn- och ungdomsverksamheten och anges i uppdragsplanen enligt följande:

- Mål 1: Resultaten för barn och unga placerade på HVB ska förbättras.
- Mål 2: Socialkontorets hemmaplanslösningar för barn och ungdomar ska utvecklas med syftet att minska behovet av externa placeringar på HVB och konsulentstödda familjehem. Utveckla kan betyda att förbättra eller utöka befintliga hemmaplanslösningar eller att ta fram helt nya.

Utöver målen anges 6 stycken utvecklingsområden, vilka följs upp via en redogörelse av genomförda aktiviteter. Vid uppföljningen görs ingen bedömning av i vilken utsträckning utvecklingsområdena är färdigutvecklade. Från uppdragsplanen går att utläsa att några av utvecklingsområdena syftar till att bidra till hög måluppfyllelse för nämndens mål eller kommunfullmäktiges övergripande mål. Andra utvecklingsområden är av karaktären utvecklingsuppdrag riktat till socialkontorets verksamheter. Bland kommunfullmäktiges övergripande mål anger nämnden att det främst är fyra av målen som berör socialkontoret. Det är fullmäktiges mål 5 om trygg uppväxt, mål 7 om tillit och förtroende, mål 9 om kommuninvånarnas lika förutsättningar och delaktighet samt mål 11 om kontakt med kommunen. Vidare anger nämnden de ekonomiska förutsättningarna i form av budget fördelat på de olika verksamheterna. Nämnden skriver i uppdragsplanen att ambitionsnivån för socialkontorets verksamheter inte får vara högre än att det är rimligt att nå en budget i balans.

Vid nämndsammanträdet i april 2020 informerades nämnden om socialkontorets verksamhetsplaner, dels för barn- och ungdomsverksamheten, dels för vuxenverksamheten. Verksamhetsplanerna är kopplade mot uppdragsplanens mål och utvecklingsområden, med tillhörande mätbara aktiviteter.

Uppdragsplanen följs upp två gånger per år, halvår och helår. När detta PM skrivs finns protokoll tillgängliga till och med 2020-09-16. Från uppdragsplanen framgår att i september görs en avstämning av uppdragsplanen efter första halvåret. Uppföljningar av aktivitetsplaner och verksamhetsplaner aggregeras då till övergripande uppföljning av uppdragsplanen. Uppföljningen av 2020-års uppdragsplan på helåret redovisas i mars 2021. Från halvårsavstämningen (SN 2020/0193) som presenterades vid nämndmötet 2020-09-16, framgår att mål 1 inte är uppfyllt och mål 2 delvis uppfyllt. Nämnden beslutade att godkänna rapporten. I rapporten framgår vilka aktiviteter kontoret kommer att arbeta med för att nå målen.

För Socialnämnden är det ett lagkrav att arbeta med systematiskt kvalitetsarbete. Vid nämndmötet 2020-03-18 fastställdes "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete". I dokumentet beskrivs socialkontorets ledningssystem utifrån kraven i SOSFS 2011:9. Dokumentet togs fram i början av 2019 och fastställdes av kontorets ledningsgrupp, och vid nämndmötet fastställdes dokumentet av nämnden. Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kopplat till detta redovisas en kvalitetsrapport som fångar måloppfyllelsen för de mål som nämnden har tilldelat verksamheterna i uppdragsplanen. I rapporten beskrivs aktiviteter som verksamheterna har genomfört under året för att arbeta med utvecklingsområdena som finns i uppdragsplanen. I slutet av rapporten sammanfattas det viktigaste från årets sammanställning och analys över tillsynsärenden, lex Sarah, avvikelserapporter och inkomna synpunkter till socialkontoret. I en bilaga redovisas resultaten från brukarenkäter samt redogörelser och analys av resultat från tillsyn och klagomål på verksamheten. Socialkontoret har under de senaste åren arbetat med uppföljningsmodellen LOKE och använder brukarenkäter som ett sätt att ta till vara brukarnas synpunkter. Enkäten består av en enhetlig del som ser likadan ut i alla verksamheter med ett antal obligatoriska frågor så att kontoret kan följa upp sin verksamhet på en övergripande såväl som på en verksamhetsnära nivå. Resultatet används som underlag för förbättringsarbetet på socialkontoret och återkopplas därför till enhet, verksamhet och ledning.

Nämnden har utsett två internkontrollrepresentanter. En vakant plats uppstod då mandatfördelningen ändrades i juni 2020. Beslut om ny representant beslutades vid nämndmötet i september.

Nämnden har utfört en riskanalys över oönskade situationer kopplade till verksamhetens mål och uppdrag. I granskningen framgår att i arbetet med riskanalys fångas risker in med en bred ansats med utgångspunkt i lagar, centrala verksamhetsprocesser, målen för verksamheten, risker i ekonomiska redovisningen med mera. Arbetsprocessen bakom riskanalysen beskrivs tydligt i "Riskanalys inför internkontrollplan 2020" (SN 2019/0226 008). I september 2019 fick cheferna i ledningsgruppen i uppdrag att tillsammans med sina enhetschefer eller arbetsgrupper kartlägga de viktigaste riskerna i respektive verksamhet. Nämndens internkontrollrepresentanter och två tjänstepersoner från socialkontorets verksamhetsstöd träffades den 27 september 2019 för att diskutera vad som borde tillkomma eller tas bort i 2020 års riskanalys. Utgångspunkten för diskussionen var delårsuppföljningen av internkontrollplan 2019 samt riskanalysen som hade gjorts ett år tidigare. Underlagen från cheferna och nämndens internkontrollrepresentanter sammanställdes till en helhet som därefter bearbetades av ledningsgruppen den 8 oktober. Ledningsgruppen kompletterade olika delar så att riskerna beskrevs på ett mer enhetligt sätt och pekade samtidigt ut de risker som skulle kunna vara lämpliga att föra in i nämndens internkontrollplan för 2020. Resultatet av processen blev socialkontorets förslag till riskanalys för 2020, vilket blev utgångspunkten för det andra mötet med nämndens internkontrollrepresentanter den 4 november. Efter mötet gjordes några justeringar i riskanalysen. Parallellt med detta formulerades ett utkast till ny internkontrollplan. Justerad riskanalys tillsammans med utkast till ny internkontrollplan diskuterades på ett tredje möte med internkontrollrepresentanter den 18 november. Förslag till internkontrollplan 2020, riskanalysen och uppföljning av internkontrollplan 2019 gick därefter till ordinarie beredning inför nämndsammanträdet i december 2019, varvid internkontrollplanen fastställdes.

Riskanalysen innehåller en bruttolista om 15 risker som presenteras i ovan nämnda rapport "Riskanalys inför internkontrollplanen 2020". Att bruttolistan inte innehåller fler risker beror på, enligt uppgift, att ett urval görs redan i inventeringsarbetet så att endast de största riskerna fångas upp. Dessutom fångas risker upp som kontoret bedömer inte fångas upp av andra styrnings- och uppföljningssystem.

Internkontrollplanen består av 4 risker:

- 1) Risk att inte få tillgång till tillräckligt många lägenheter av fastighetsägare,
- 2) Bristande samordning av stödet till personer i alla åldrar med psykisk ohälsa
- 3) Risk att vi inte lyckas:
 - a) rekrytera tillräckligt många egna familjehem
 - b) behålla egna familjehem

- 4) Risk att handläggarna inte förlänger eller avslutar avtal i Viva i rätt tid för
- egna familjehem
 - kontaktfamiljs-/kontaktpersoninsatser
 - externa HVB-placeringar
 - externa familjehem
 - externa öppenvårdsinsatser

Internkontrollplanen följs upp två gånger per år, och dokumenteras i en rapport för beslut i nämnd. I granskningen framgår att uppföljningen följer en viss procedur. När det är dags för uppföljning efter utgången av april respektive september så hör ansvarig tjänsteperson för uppföljningen av sig till ansvariga chefer för respektive risk i internkontrollplanen. Chefen har oftast delegerat uppgiften att genomföra kontroll till någon annan medarbetare, men chefen måste ofta ändå själv bidra med att kommentera/analysera vad kontrollen visar. När kontrollerna är genomförda så får ansvarig tjänsteperson del av uppföljningsresultaten vilka sammanställs till en första version av en uppföljningsrapport. Därefter redovisas utkastet till uppföljningsrapport för nämndens internkontrollrepresentanter. De har då möjlighet att ställa frågor om något verkar oklart eller om de saknar någon viktig aspekt. Dessa frågor för ansvarig tjänsteperson vidare till chefer och deras experter/kontrollanter för att se om det går att komplettera och/eller förtydliga uppföljningsresultaten. Efter det sammanställs en slutversion av uppföljningsrapporten. Det är tjänstepersoner som gör kontroller/uppföljningar av risker. Dokumentationen av genomförda kontroller finns i de två årliga uppföljningsrapporterna av internkontrollplanen. Underlagen inför en uppföljningsrapport och olika utkastversioner av en uppföljningsrapport utgör arbetsmaterial till uppföljningsrapporterna.

Rekommendationer och bedömningar

Nämndens uppdragsplan följer kommunens styrmodell. Processen med framtagandet av uppdragsplanen är strukturerat och transparent där nämnden kan följa arbetet mellan nämndmöten. Detta skapar förutsättningar för hela nämnden att bli engagerad i arbetsprocessen. Kopplingen mellan uppdragsplanen och kommunfullmäktiges mål sker främst via de utvecklingsområden som anges i uppdragsplanen. Det finns även en röd tråd från uppdragsplanen till kontorets verksamhetsplaner. I uppdragsplanen anges även en koppling till nämndens ekonomiska förutsättningar, vilket är positivt.

Nämndens politiska ambition med vuxenverksamheten, och därmed äldre som har behov av samhällets särskilda stöd, kan inte utläsas ur uppdragsplanen. Målen i uppdragsplanen är uteslutande formulerade för barn- och ungdomsverksamheten. I uppdragsplanen hade det varit värdefullt att lämna information om varför hela vuxenverksamheten utelämnats.

Vid halvårsuppföljningen av uppdragsplanen som presenterades vid nämndmötet i september beslutade nämnden att godkänna rapporten utan vidare åtgärder, trots att uppföljningen visade att mål 1 inte uppnås, och mål 2 endast delvis uppnås. Vi bedömer att nämnden i detta skede borde ha fattat ett aktivt nämndbeslut om korrigerande åtgärder för att nå målen i uppdragsplanen.

Kvalitetsarbetet genomsyrar hela organisationen. Uppföljningen som sker ger kontoret information om de kvalitetsbrister som finns, och som kontoret behöver jobba med, vilket resulterar i ständiga förbättringar i enlighet med kommunens styrmodell. Det finns en tydlig koppling mellan nämndens uppdragsplan och det systematiska kvalitetsarbetet, framförallt via den uppföljning som sker, vilket underlättar en sammanhållen styrning.

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.

Nämndens bruttolista innehåller 15 risker, vilket är mycket få för en verksamhet av den här storleken. I granskningen uppges att kontoret gör urval och omhändertar ytterligare risker som inte kan återfinnas i bruttolistan. Det bör ligga i nämndens intresse att få en bra överblick och därmed en god uppsikt över nämndens hela verksamhet för att kunna styra. Vi är tveksamma till om den fastställda internkontrollplanen fångar hela nämndens verksamhet utifrån ett riskperspektiv. Internkontrollplanen bör spegla nämndens väsentliga områden för styrning och kontroll.

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

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

Vår bedömning är att nämndens interna kontroll inte är helt tillräcklig.

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

Revisionen rekommenderar nämnden att:

- Att aktivt fatta nämndbeslut om korrigerande åtgärder vid avvikelser i måluppfyllelsen av uppdragsplanen.
 - Vidareutveckla arbetet med att identifiera riskområden till internkontrollplanen som täcker nämndens sammanlagda riskbild.
-

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.