



NORRKÖPING

Kommunrevisionen

Revisionskrivelse

1(1)

2021-02-24

KR 2020/0009

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

2021-02-24

Tommy Svensson
Revisor

Urban Pehrsson
Revisor

2021-02-24

Vårt diarienummer
KR 2020/0009

Revisionskontoret

Handläggare, titel, telefon

Örjan Högberg, sakkunnig revisor
011-15 17 15

Granskning av vård- och omsorgsnämnden

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 som granskningen har baseras på är dokumentstudier samt intervjuer. Intervjuer har skett med politiker och tjänstepersoner för att bättre förstå nämnden 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 vård- och omsorgsnämnden, KS 2019/0513
- 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 förslaget till uppdragsplan 2020 vid mötet i december 2019. Inför arbetet med uppdragsplanen tillsattes en politisk referensgrupp där samtliga partier i nämnden var representerade. Vid mötet i september 2019, vilket var ett 2-dagarsmöte med workshops kring uppdragsplanen och internkontrollplanen, gavs nämnden information om processen med att ta fram uppdragsplanen för 2020. Inför mötet hade nämndledamöterna fått tillgång till allt nödvändigt material i form av tidigare uppföljningar, planeringsförutsättningar, omvärldsbevakningar, lagförändringar m.m. Vid mötet fick nämndledamöterna gruppvis diskutera ett antal frågeställningar kopplat till de olika målen som nämnden behövde ta ställning till inför uppdragsplanen. Från protokoll framgår att ordförande uppmanade grupperna särskilt att diskutera uppdragsplanen med utgångspunkt i ambitionsnivå utifrån det ekonomiska läget eftersom budgetläget ansågs vara ansträngd, samt till kommunfullmäktiges mål och de globala målen. Fram till att uppdragsplanen fastställdes i december hade referensgruppen flera möten för att diskutera innehållet i uppdragsplanen. Ledamöterna i referensgruppen hade även löpande kontakter med respektive partigrupp för att förankra arbetet.

I protokoll framgår att uppdragsplanen för 2019 grundade sig i ett förslag från den föregående nämnden och att nuvarande nämnd ville genomföra vissa revideringar av uppdragsplanen. Förslaget inför 2020 är därför något omarbetat där tidigare fokusområde Digitalisering och Nära vård utgår till förmån för tre nya fokusområden. Uppdragsplan 2020 innehåller följande fokusområden: Kompetensförsörjning, Delaktighet och inflytande, Kontinuitet, Klimat och miljö, Boende, samt Hälsa och livsstil. Till varje mål kopplas mellan 1 och 6 delmål, med tillhörande indikatorer.

I uppdragsplanen anges att ekonomiska effekter som uppkommer av beslutade mål är kostnadsberäknade och ingår i planerad budgetram för 2020. Vid mötet i december 2019 hanterades uppdragsplan i § 157 och internbudget i § 151. Emellertid beslutade nämnden att tillskriva kommunfullmäktige för att lösa ut nämndens budgetsituation för 2020 då nämnden inte kunde enas kring besparingsåtgärder.

En tidplan för uppföljning framgår i uppdragsplanen, vilken återrapporteras i april, september och efter årets slut. I februari presenteras bokslut med verksamhetsberättelse, där återrapportering av uppdragsplan på helår ingår. Från uppföljningen i april framgår att 3 fokusområden bedöms gula, 2 fokusområden bedöms gröna, 1 fokusområde går inte att bedöma. Vid återrapporteringen i september bedömdes alla 6 fokusområden vara röda, även om det fanns delmål som var gula och gröna. I protokoll från april och september anger nämnden att pandemin har krävt mycket av kontorets medarbetare och rapporteringsansvariga, vilket lett till att arbetet prioriterats ner. Resultaten av uppföljningarna under 2020 har därför blivit bristfälliga på grund av pandemin.

En kontorsövergripande verksamhetsplan har inte formulerats och presenterats för nämnden. I grunden finns istället basuppdrag formulerat för 2019-2022 för verksamhetsområdena och myndighetsdelen. I basuppdraget anges vilka krav som ställs på verksamheterna och myndighetsutövningen. Basuppdraget kompletteras sedan med årliga uppdrag till respektive verksamhetsområde och myndighetsutövningen som undertecknas av vård- och omsorgsdirektören och respektive verksamhetschef. Det årliga uppdraget innehåller förändrade förutsättningar, verksamhetsförändringar och fokusområden för det innevarande året. Verksamhetsplaner formuleras på enhetsnivå, där varje enhetschef ansvarar för att arbeta fram en verksamhetsplan med utgångspunkt i nämndens mål.

Nämnden arbetar fortlöpande med systematiskt kvalitetsarbete, och uppmärksammar det i uppdragsplanen. I planen anges att ett systematiskt kvalitetsarbete genomsyrar nämndens arbete, vilket illustreras med kommunens modell för systematiskt kvalitetsarbete. I uppdragsplanen anges att i arbetet med att definiera mål fastställs vad som ska uppnås. Därefter genomförs verksamheten och följs upp efter fastställda kriterier för måluppfyllelse. Genom att måluppfyllelsen följs upp blir det tydligt vad som behöver åtgärdas. Åtgärderna förs sedan in i planeringsprocessen på nytt. Kontoret arbetar även processororienterat med av nämnden fastslagna processer. Processerna beskriver hur arbetet i verksamheterna ska utföras. Olika styrande och stödjande dokument som riktlinjer, rutiner, vägledningar, checklistor och blanketter kopplas till processkartorna. Flera syften anges till varför nämnden arbetar processororienterat, varav ett syfte är att det ska utgöra grunden för att arbeta med kvalitetsarbete. Centrala delar i arbetet med det systematiska förbättringsarbetet är riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser.

Nämnden är dessutom skyldig, enligt Socialstyrelsen, att ha ett ledningssystem för kvalitet för sin kommunala verksamhet som stöd för att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete", (SOSFS 2011:9), framgår att den som bedriver socialtjänst till äldre personer och personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (SoL) samt verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska ha ett kvalitetsledningssystem för att systematiskt och fortlöpande planera, kontrollera, utveckla och säkra kvaliteten i den egna verksamheten.

Nämnden har även startat ett projekt för att stärka kvalitetsarbetet. Nämnden har i samband med det tagit fram ett dokument "Ledningssystem för kvalitet", vilket antogs 20 mars 2019 (VON 2019/0317). Dokumentet utgör ett stöd för att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Syftet är att säkerställa att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. 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. I dokumentet beskrivs bland annat ansvarsfördelningen avseende ledningssystemet, dess uppbyggnad och det systematiska förbättringsarbetet, samt hur kvalitetsarbetet ska dokumenteras. Enligt uppgift är projektet med kvalitetsledningssystemet förlängt på grund av pandemin.

Sedan 2018 rapporteras kvalitetsarbetet i en särskild kvalitetsberättelse. I kvalitetsberättelsen redovisas hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs, vilka åtgärder som vidtas i kvalitetsarbetet och en bedömning av vilket resultat dessa åtgärder fått. Detta inkluderar även nämndens/kontorets arbete med klagomål och synpunkter, och med koppling till avvikelser och åtgärder. Kontorets ledningsgrupp har fastställt en handbok för avvikelser den 16 januari 2017, "Handbok för avvikelshantering inom vård- och omsorgskontoret", vilken ersätter en tidigare riktlinje för synpunkter och klagomål. 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 kvaliteten på nämndens tjänster och arbetet med ständiga förbättringar. Närmast ansvarig chef ska se till att muntlig och skriftlig information ges om klagomål och synpunkter till vård- och omsorgstagare och deras närstående/anhöriga/legala företrädare i samband med att vård- och omsorgsinsatser startar.

Nämnden redovisar två utförda riskanalyser (med tillhörande riskkartor), en för Vård- och omsorgskontoret (berednings- och utredningsenheten, beställnings- och uppföljningsenheten, ekonomienheten, myndighetsutövningen, och verksamhetsutvecklingsenhet, samt en för Utförare egenregi. Bruttolistan för kontoret innehåller 34 risker och listan för utförare innehåller 4 risker, och de innehåller en beskrivning av risken, planerad åtgärd för att minska risken, värdering utifrån sannolikhet och konsekvens, samt vem som är ansvarig. Risker markeras gröna eller röda. Risker som enheten eller verksamheten åtgärdar markeras med grönt. Risker som enheten eller verksamheten vill föra vidare (eskalera) markeras med rött. Enligt intervju hänger de röda riskerna ihop med nämndens beslut, riktlinje eller dylikt. Riskanalyserna utgjorde sedan ett underlag från kontoret som sedan togs upp på workshop-dagarna i september (se ovan). Nämnden gjorde vissa korrigeringar i underlaget från kontoret och lade till en risk "Risk för att vård- och omsorgsnämndens ekonomiska läge leder till försämrad arbetsmiljö och ökad ohälsa hos medarbetare till följd av neddragningar." Denna risk återfinns i internkontrollplanen (1E).

Från intervju beskrivs processen med riskanalys enligt följande. Alla enheter gör en egen riskanalys, som sedan aggregeras uppåt till verksamhetsnivå. På verksamhetsnivå diskuteras också eventuella risker som bör finnas med. Områdeschefer tillsammans med verksamhetschefer sammanställer sedan riskerna till de två övergripande riskanalyserna. Alla risker från och med områdesnivå redovisas till nämnd.

Det är dessa som har lagts ut i riskkartan, och alla är processade med internkontrollrepresentanterna (nämnden har utsett 4 internkontrollrepresentanter). Riskanalyserna på enhetsnivå är ett levande dokument som följs upp på arbetsplatsträffar (APT), enligt intervju. På samma sätt som med uppdragsplanen tas vid arbetet med riskanalys hänsyn till tidigare utförda kontroller och riskanalyser.

Nämndens och kontorets arbete med intern kontroll regleras via dokumenterade rutiner. Det finns en rutin för kontorets arbete med intern styrning och kontroll "Intern styrning och kontroll (ISK) på vård- och omsorgskontoret" (VON 2019/1011). Dokumentet kompletterar den kommungemensamma "Riktlinje för intern styrning och kontroll" samt "Vägledning Intern styrning och kontroll" (KS 2019/0608.) Den kontorsspecifika rutinen handlar om risk- och väsentlighetsanalys för intern styrning och kontroll på vård- och omsorgskontoret som är en del av nämndens kvalitetsledningssystem. Den tar upp vad en risk är, riskinventering, riskvärdering och riskhantering. Det finns även en nämndspecifik rutin som beskriver nämndens arbete med intern styrning och kontroll (VON 2016/0517). I denna beskrivs nämndens och internkontrollrepresentanternas roll. Utöver det finns ytterligare en riktlinje "Riskanalys – ett förebyggande arbete" (VON 2020/1265) som är ett översiktligt dokument som beskriver i vilka situationer riskanalys ska genomföras och var medarbetare kan hitta mer information och kunskap. Dokumentet kompletterar vård- och omsorgskontorets ledningssystem, rutin för intern styrning och kontroll samt arbetsmiljöhandbok för Norrköpings kommun.

Nämnden fastställde internkontrollplanen för 2020 vid mötet i december 2019. Nämnden skriver i sin internkontrollplan att de risker som planen omfattar kan leda till avvikelser, missnöje från brukare och anhöriga, rättssäkerheten äventyras, tillgångar och ekonomi skyddas inte i tillräcklig omfattning, förtroendet för verksamheterna skadas. Riskerna i internkontrollplanen kategoriseras i 4 riskområden; Ekonomiska läget (5 risker), God omvårdnad och hälso- och sjukvård (1 risk), Kontroll på brukarnas avgifter och fakturor (2 risker), Funktionalitet i verksamhetssystemen (3 risker). Till varje enskild risk kopplas kontrollåtgärder och vem som är ansvarig. Planen bygger på en reviderad riskanalys, enligt ovan. Enligt uppgift från nämnden är det inte önskvärt att internkontrollplanen innehåller för många risker. Fokus ligger istället på att fånga stora riskområden, men med flera kontrollåtgärder. Internkontrollplanen ses över varje år och en bedömning görs över vilka risker som ska ingå. I jämförelse med 2019 är 2020 års internkontrollplan omarbetad i stora stycken där nya risker har tillkommit och gamla har tagits bort.

Från internkontrollplan framgår att riskerna ska återrapporteras till nämnd fyra gånger per år; i april, september, december och februari 2021. Vid första återrapporteringen bedömdes 1 riskområde som gult, 1 som grönt och 2 som röda. Vid den andra återrapporteringen framgår att 3 riskområden bedöms som gula och 1 som rött.

I uppföljningsrapporterna beskrivs vad som är gjort inom respektive område och vad som kontoret arbetar med framåt för att nå effekt. Vid båda dessa uppföljningstillfällen anges i protokoll att pandemin, liksom vid uppföljningarna av uppdragsplanen, medfört att arbetet med uppföljning tillfälligt har prioriterats ner, och att det därför är svårt att bedöma resultatet på kontrollåtgärder. I uppföljningsrapporten framgår vid ett antal kontroller att arbetet har stått helt stilla till följd av pandemin och att personella resurser istället har allokerats till krisarbete. Enligt uppgift har de ansvariga suttit i krisledning under hela våren och sommaren.

Sakkunnig för intern kontroll träffar internkontrollrepresentanterna i samband med uppföljning där bedömningar, varför det ser ut som det gör, aktuella frågor med mera diskuteras. På hösten är både sakkunnig och kontorschef med och diskuterar både uppföljning och nya risker. Från kontorets dokumenterade rutin kring intern styrning och kontroll framgår att information regelbundet samlas in från kontrollansvariga på kontoret om hur arbetet fortlöper med att minska risker. Kontrollansvariga på kontoret arbetar i en mall (excelfil) som sakkunnig för intern kontroll sedan sammanställer till ovan nämnda uppföljningsrapport som presenteras för nämnden. Från mallen för uppföljning av den interna kontrollen framgår tydligt vilka personer som har ansvar för respektive kontrollpunkt.

Rekommendationer och bedömningar

Likt föregående år är nämndens engagemang och delaktighet i framtagandet av uppdragsplan positivt. Arbetet med uppdragsplan följer kommunens styrmodell och där det är applicerbart finns en koppling mot kommunfullmäktiges mål. Nämndens mål i uppdragsplanen bedöms som uppföljningsbara. Uppdragsplanen innehåller även direktiv om hur och när uppföljning ska ske. Nämnden har sedan tidigare bra struktur på de styrande dokumenten och har en god ordning kring uppföljningar av dessa. Under 2020 har dock nämnden misslyckats med att fastställa en budget i tid samt att fatta väsentliga beslut kopplat till den rådande pandemin.

I den uppdragsplan som nämnden har antagit anges att hänsyn tagits till ekonomiskt utrymme. Uppdragsplanen baseras följaktligen på den budget som arbetats fram parallellt och innehåller därmed en ambition i målen samt är baserade på fullmäktiges mål och tilldelning. Vid mötet i december 2019 hanterades uppdragsplan i § 157 och internbudget i § 151. Nämnden kunde dock inte enas kring de föreslagna besparingsåtgärderna utan beslutade istället tillskriva kommunfullmäktige för att lösa ut nämndens budgetsituation för 2020. Nämnden har med detta fastställt 2020 års uppdragsplan utifrån en ofinansierad internbudget. Nämnden borde i detta fall ha bordlagt fastställandet av uppdragsplanen då internbudgeten inte blev fastställd.

2020 har varit ett år där nämnden har ställts inför svåra utmaningar i samband med pandemin. Detta har fått negativa konsekvenser för arbetet med uppföljningar av såväl uppdragsplan som internkontrollplan.

Från protokoll framgår att pandemin har krävt mycket av kontorets medarbetare och rapporteringsansvariga, vilket lett till att arbetet prioriterats ner av kontoret själva. Nämnden borde reviderat sitt uppdrag till kontoret och gjort prioriteringen och omfördelning av resurser utifrån krishantering. Det är självklart att en pandemi kräver en omfördelning och omprioritering. Det är dock nämndens uppdrag att utföra.

Vi bedömer att interkontrollplanen i tillräcklig omfattning täcker nämndens ansvarsområde med koppling till reglemente, uppdragsplan (ink lagar), budget/ekonomi, tillgångar, system m.m. Det finns en tydlig koppling till den kanske största utmaningen som nämnden har ett antal år framöver, dvs kompetensförsörjning/utveckling. Det finns även en tydlig synkronisering med riskanalyser.

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

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

Vår bedömning är nämndens interna kontroll är delvis tillräcklig.

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

Revisionen rekommenderar nämnden att:

- Nämnden behöver revidera uppdraget om pandemin fortsätter. Det är nämndens ansvar att styra och leda verksamheten, vilket inbegriper prioriteringsbeslut. Enligt kommunallagen 6:38 är det nämndens ansvar att besluta i ärenden som avser nämndens mål, inriktning, omfattning och kvalitet.
-

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.