



# Basgranskning av vård- och omsorgsnämnden 2013

KOMMUNREVISIONEN

→ [www.norrkoping.se](http://www.norrkoping.se)

2013-09-24

KR-2013/ 0005

Handläggare, titel, telefon

Caroline Nyman, stadsrevisor  
011-15 17 99

Vård- och omsorgsnämnden

## Basgranskning 2013

Kommunrevisionen har genomfört en basgranskning av vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Revisionsrapporten bifogas denna revisionskrivelse.

Med anledning av rapporten vill ha nämndens svar på följande frågor:

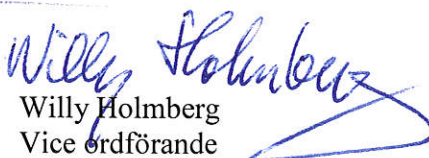
- Hur avser nämnden att arbeta med sin internkontrollplan i fortsättningen?
- Hur ser nämnden på att uppdragsplanen inte bryts ned till verksamhetsplaner i verksamheten, vilket strider mot styrmodellen?

Vi vill ha nämndens skriftliga svar på revisionens frågor senast den 22 november 2013.

KOMMUNREVISIONEN  
2013-09-24



Peter Åbrodd  
Ordförande



Willy Holmberg  
Vice ordförande

2013-09-24

KR 2013/ 0005

Handläggare, titel, telefon

Caroline Nyman, stadsrevisor

011-15 17 99

## Revisionsrapport av vård- och omsorgsnämnden

### Innehållsförteckning

1. Inledning.....	2
2 Nämndens ansvarsområde.....	3
3 Resultat och bedömning av dokumentstudier och intervjuer .....	4
4 Avslutande bedömning.....	9

Bilaga 1 Definitioner

---

**Postadress**

Norrköpings kommun  
Revisionskontoret  
Dalsgatan 14  
602 32 Norrköping

**Besöksadress**

Dalsgatan 14

**Telefon**

011-15 17 99

**Telefax**

011-15 70 90

**E-post**

revisionskontoret@norrkoping.se

**Internet**

www.norrkoping.se/revision

## 1. Inledning

Kommunens revisorer ska enligt revisionsreglementet i Norrköpings kommun årligen granska alla revisionsansvariga i nämnder, styrelser och utskott. Granskningen ska genomföras enligt god revisionsmetod i kommunal verksamhet och i enlighet med kommunallagen. Denna granskning är en översiktlig granskning av nämnden.

### 1.1 Revisionsfrågor

Denna basgranskning ska besvara följande revisionsfrågor:

- Är nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten ändamålsenlig och tillräcklig?
- Är nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av ekonomin tillräcklig?
- Har nämnden en god intern kontroll?

### 1.2 Metod och avgränsning

Vård- och omsorgsnämnden är granskad på ett övergripande sätt vilket innebär att vi utifrån ett särskilt program granskat vissa styrande processer för nämnden. Det innebär att vi i första hand har granskat om nämnden har system och rutiner för en fungerande styrning av verksamheten, tillämpningen har alltså inte granskats. Den metod granskningen bygger på är granskning av styrande dokument, stickprov och intervjuer.

Samtliga tjänstemän intervjuas inte utan ett urval har gjorts för att verifiera vårt granskningsresultat. Eftersom nämnden bedömts som riskfylld har vi intervjuat förvaltningsdirektör, ekonomichef, programansvarig, ekonomer (2st), enhetschefer (2st) och internkontrollrepresentanterna.

### 1.3 Kvalitetssäkring

Denna rapport är sakgranskad av förvaltningen, vilket innebär att de fakta som rapporten hänvisar till är kvalitetssäkrade av de som granskats. Slutsatserna och revisionsbedömningarna ansvarar revisionskontoret för. Rapporten är även kvalitetssäkrad av Bahjat Mourad.

Revisionskontoret

2013-09-24

#### 1.4 Revisionskriterier

De bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar bygger på gällande lagstiftning och kommunfullmäktiges beslut om uppdrag till nämnden.

Granskningen utgår ifrån följande revisionskriterier:

- Kommunallag
- Förvaltningslagen
- Lagstiftning inom nämndens ansvarsområde (hälso- och sjukvårdslagen, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, socialtjänstlag)
- Styrmodellen för Norrköpings kommun (politiska riktlinjer samt riktlinjer för tjänstemän)
- Fullmäktiges mål (budget 2013)
- Riktlinjer för inventarieregistrering i Multitrace.
- Reglemente för ekonomisk förvaltning och intern kontroll avseende Norrköpings kommuns nämnder och förvaltningar
- Attestreglemente för Norrköpings kommuns nämnder och förvaltningar
- Vård- och omsorgsnämndens reglemente

## 2 Nämndens ansvarsområde

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för kommunens verksamheter för äldre personer och personer med olika funktionsnedsättningar, vilket innebär ansvar för:

- myndighetsutövning i samband med ansökan om stöd och insatser,
- drift av samtliga de kommunala verksamheter, som betjänar äldreomsorg och omsorg för personer med funktionsnedsättning,
- kommunens hälso- och sjukvård inom äldreomsorg och omsorg för personer med funktionsnedsättning, samt
- upphandling och köp av tjänster inom äldreomsorg och omsorg för personer med funktionsnedsättning från externa/privata utförare.

De lagstiftningar, som utöver kommunallagen och förvaltningslagen övergripande styr vård- och omsorgsnämndens verksamheter är socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HsL).

Revisionskontoret

2013-09-24

Vård och omsorgskontoret är det tjänstemannaorgan som hjälper vård- och omsorgsnämnden med förberedelser inför beslut, verkställighet, uppföljningar och utvärderingar av verksamheten. Kontoret leds av en vård- och omsorgschef som till sin hjälp har en ansvarig för äldreomsorg och funktionshinderomsorg. De olika enheterna inom äldreomsorgs- och funktionshindersverksamheten är indelade i områden med områdeschefer. Vård- och omsorgschefen är chef för de olika områdescheferna som i sin tur är chefer för de enskilda enheternas chefer.

### **3 Resultat och bedömning av dokumentstudier och intervjuer**

#### **3.2 Styrning och ledning av verksamhet**

Nämnden har fastställt en uppdragsplan i enlighet med styrmodellen. En övergripande riskanalys görs av förvaltningens ledningsgrupp i form av en SWOT analys. Nämnden påbörjar att utarbeta en ny uppdragsplan under nämndens två heldagar på hösten. Nämnden använder ledningsgruppens SWOT analys, kvalitetsuppföljningar, volymer, omvärldsbevakning, ekonomiskt läge mm som underlag när uppdragsplanen utarbetas. En politisk styrgrupp arbetar tillsammans med en tjänsteman därefter vidare med materialet för att utarbeta ett konkret förslag till uppdragsplan.

Uppdragsplanen omsätts av förvaltningschefen till uppdrag som lämnas skriftligt till respektive verksamhetschef. Det finns inom förvaltningen inget krav på att verksamhetscheferna ska utarbeta en verksamhetsplan, men vissa verksamhetschefer gör det. Vård- och omsorgsnämndens förvaltning tar inte heller fram en gemensam verksamhetsplan. I uppdragen till verksamhetscheferna ingår de delar nämnden prioriterat i uppdragsplanen samt uppdrag i form av personalpolitiska mål.

Under nämnden finns PUFF<sup>1</sup> enheten som arbetar mot såväl socialnämnden som ytterligare två kommuner. Enheten har en styrgrupp bestående av företrädare för de olika verksamheterna och som ger uppdrag till enheten. Denna enhet utarbetar en verksamhetsplan för sin verksamhet.

Förvaltningen arbetar under året med ett dokument som vid årets slut blir bokslut med en mer omfattande verksamhetsberättelse som redovisas till nämnden. Syftet är att ha ett dokument till nämnden för all

---

<sup>1</sup> En forsknings- och utvecklingsenhet som är verksam inom välfärdsområdet. PUFF står för praktik, utveckling, forskning och framtid. Enheten är en samverkan mellan Norrköping, Söderköping och Valdemarsvik och inom Norrköping kommuns egna enheter.

Revisionskontoret

2013-09-24

verksamhetsuppföljning och koppla denna till ekonomi och nyckeltal. Den kommer att redovisas två gånger per år till nämnden. Mallar är framtagna för att underlätta inrapporteringen från handläggare och chefer. Den första redovisningen till nämnd är enligt plan i september 2013.

### *Revisionsbedömning*

Det är positivt att nämnden tagit ett initiativ till att samla sin verksamhetsuppföljning och ekonomiska uppföljning till ett dokument. Detta bör ge en ökad tydlighet och större överblick över den stora verksamhet som nämnden ansvarar över. Bedömningen är att nämnden styrning och ledning av verksamheten i huvudsak är ändamålsenlig och tillfredsställande.

Revisionen vill påpeka att det inte är förenligt med styrmodellen att förvaltningen inte utarbetar verksamhetsplaner. I styrmodellen ställs krav på att verksamheterna utformar årliga verksamhetsplaner utifrån målen i uppdragsplanen och de ekonomiska förutsättningarna. Nämnden ska även informeras om dessa planer. Revisionen menar därför att nämnden bör efterfråga verksamhetsplaner som rapporteras till nämnd.

PUFF enhetens organisation gör den verksamheten speciell, eftersom den ligger under vård och omsorgsnämndens ansvar, men även tar uppdrag från andra myndigheter. Enheten har utarbetat en verksamhetsplan, men det är oklart hur denna anknyter till nämndens uppdragsplan som är ansvarig nämnd. Den styrgrupp som fattar beslut om mål, strategier, prioriteringar och ekonomi har ett ansvar i att tydliggöra kopplingen till de olika behoven som formuleras i mål fattade på nämndnivå.

### **3.3 Styrning och ledning av ekonomi**

Nämnden fastställer budget i enlighet med styrmodellens krav. För innevarande år räknar nämnden med en budget i balans. Förvaltningen utarbetar en årsplan för att möta den centrala budgetprocessen och de centrala uppföljningarna av ekonomin. Nämnden får ekonomiska uppföljningar en gång i månaden. I protokollen syns att dessa uppföljningar även resulterar i beslutade åtgärder från nämnden som syftar till att upprätthålla en ekonomi i balans.

Den framtagna årsplanen syftar till att underlätta den ekonomiska styrning och de olika uppföljningarna av ekonomi och rutiner. Det finns tydligt utarbetade rutiner för uppföljningar och ekonomisk hantering av t ex attest, utbetalning, uppföljningar av delår bokslut mm. Delegationsordningen är under förändring så att även ett avsnitt för delegation av ekonomi liksom livsmedelshygien kommer in i den nya delegationsordningen.

Revisionskontoret

2013-09-24

Det finns en beslutad riktlinje för hantering av brukarnas privata medel, gemensamma hushållskassor och försäljningskassor. Enligt internkontrollplanen ska brukarnas egna medel, försäljningskassor och hushållskassor kontrolleras. För detta finns en skriftlig rutinbeskrivning hur ekonomer och ekonomiassistenter ska utföra och dokumentera kontrollerna. Det finns även en instruktion som reglerar hur brukares egna medel ska hanteras. Enligt denna ska det finnas verifikat på alla uttag och inköp och att överenskommelsen ska förnyas. Förvaltningen har vid stickprov funnit brister i hur dessa kassor hanterats och därför har förvaltningen initierat en utbildning för kassaansvariga och chefer. Kontroller av flertalet kassor utförs på plats varje år. Kontrollerna sammanställs i den årliga rapporten. Dessutom ska berörda chefer göra en egenkontroll på hösten för att verifiera att riktlinjen följs.

Det finns en intern riktlinje som kompletteras kommunens centrala riktlinje över hur mycket en gåva vid bemärkelsedagar och avgångar får kosta. Förvaltningen är restriktiv med gåvor och förmåner, det är ofta uppe vid personalmöten och alla chefer har gått en utbildning om mutor. De intervjuade är på alla nivåer medvetna om att det är restriktivitet som gäller vid representationer och gåvor, de hänvisar till att det finns en riktlinje. Samtliga intervjuade är medvetna om att det inte är tillåtet att ta emot gåvor från brukarna eftersom de är i beroendeställning till vårdgivaren. Någon nämner även att detta ingår i det gemensamma introduktionsprogrammet för nyanställd personal på förvaltningen.

### **3.2.1 Inventarier**

På förvaltningen finns en medarbetare utsedd för att på halvtid av sin tjänst ansvara för inventarieregistret och inregistrering i Multitrace. I detta system finns en inventarieförteckning. Det är inte alla intervjuade som känner till att inventarier ska registreras och att det finns ett system för detta.

Alla enheter har ännu inte blivit inregistrerade i systemet, de större enheterna finns idag i registret. Dessa enheter tar även kontakt med den ansvariga för systemet att föra in nyanskaffade inventarier och avföra utrangerade och utbytta inventarier. De inventarier som fortfarande är dugliga förs till möbelförrådet som kommunen centralt ansvarar för. Det är inte tillåtet att sälja vidare möbler som finns i verksamheten.

#### *Revisionsbedömning*

Det är positivt att nämnden har utarbetat lokala riktlinjer och rutiner som syftar till att tydliggöra för medarbetarna hur kassor och kontanthantering ska ske. Revisionen vill dock uppmana till restriktivitet runt denna typ av kassor.



Revisionskontoret

2013-09-24

Nämndens inventarieförteckning är behäftad med brister då en stor del av verksamheten ännu inte är registrerad i kommunens gemensamma system Multitrace. Detta gör att nämnden inte har en uppdaterad inventarieförteckning. Det är därför väsentligt att en sådan uppdateras.

Bedömningen är att nämndens styrning och ledning av ekonomin i huvudsak är tillfredsställande.

### **3.4 Intern kontroll**

#### **3.4.1 System för intern kontroll**

Nämnden har fastställt en internkontrollplan för nämndens verksamhet vid februarisammanträdet. Det finns två internkontrollrepresentanter utsedda som har träffats vid två tillfällen och ett tredje ska ske i höst. Dessa har varit delaktiga i och haft möjlighet att lägga synpunkter på internkontrollplanen som finns framtagen för 2013.

Internkontrollrepresentanterna har tagit ställning till ett färdigt förslag från förvaltningen som de sedan har överlämnat gemensamt till nämnd.

Någon särskild risk- och väsentlighetsbedömning i nämnden inför vilka rutiner som ska kontrolleras och därmed finnas på internkontrollplanen har inte gjorts. Den SWOT-analys som förvaltningen utarbetat och ligger till grund för uppdragsplanen har använts även för att ta fram internkontrollplanen. För de ekonomiska rutinerna finns däremot en särskild risk- och väsentlighetsanalys genomförd. Det finns även utarbetat rutiner för att genomföra stickprov och granska de ekonomiska rutinerna. Dessa dokumenteras och vid avvikelser sker korrigeringar direkt, vilket även tydligt dokumenteras.

Nämnden får en tydlig och väl genomarbetad uppföljning av internkontrollerna som genomförts under året. För verksamheten finns ett dokument som kallas egenkontrollen och som är känt av de intervjuade. I egenkontrollen och kvalitetsuppföljningen får nämnden en uppföljning av verksamhetens utförda kontroller. Rapport av internkontrollerna görs vid 2 tillfällen per år, i enlighet med reglementets krav.

#### **3.4.2 Attestgranskning**

Det finns en rutin för årlig genomgång och rensning av attester. Attestlistorna sparas enligt gallringsplanen i 10 år och förvaras på förvaltningen i en pärm.

*Stickprov*

Revisionskontoret

2013-09-24

Revisionen har genomfört stickprov på konsulttjänster och de attester som omfattas av 9§ i attestreglementet. Generellt sköts attesterna på ett tillfredsställande sätt och granskningsattest respektive beslutsattest är korrekta. Vi har för mobiltelefon hittat 9 fakturor på 40 tagna stickprov där beslutsattest skett på fel nivå. Vid närmare analys av fakturorna går det inte se något avvikande, men det är väsentligt att det är överordnad som beslutsattesterar underställd personal.

### *Revisionsbedömning*

Internkontrollplanen fastställdes av nämnden vid februari mötet, vilket är för sent enligt reglementet. I internkontrollplanen bör det tydligt anges frekvens när stickprov och kontroller ska genomföras, idag står det ingen tidsangivelse. I praktiken har förvaltningen tydligt reglerat när stickprov och kontroller ska ske, men det bör även framgå av internkontrollplanen.

Internkontrollplanen ska grunda sig på en risk- och väsentlighetsanalys enligt reglementet. Den SWOT-analys som ligger till grund är inte anpassad till att identifiera de rutiner som ska ingå i internkontrollplanen. Förvaltningens ekonomienhet gör en tydlig risk- och väsentlighetsanalys, med en metod som skulle kunna användas för hela processen vid framtagning av internkontrollplanen. Rutiner för att säkra internkontroll av de ekonomiska processerna är väl genomarbetade. Samma metod skulle med fördel användas på hela verksamheten.

Kopplingen mellan egenkontrollen och internkontrollplanen är inte helt klar. I egenkontrollen utförs stickprov på fler rutiner än de som anges i internkontrollplanen. Den uppföljning av internkontrollplanen som görs rapporteras inte av internkontrollrepresentanterna, men de är delaktiga vid nämndsmötet.

### **3.5 Verksamhetsspecifika processer**

Ny lagstiftning lyfts i verksamhetens dagliga arbete och processer genomförs för att på olika sätt implementera ny lagstiftning och försäkra sig om att befintlig lagstiftning följs. I internkontrollplanen ingår vissa delar av de lagar och regelverk som styr verksamheten enligt de intervjuade. I egenkontrollen ingår också frågor som rör hur viss lagstiftning följs. Ett motsvarande dokument utgår från egenkontrollen och skickas till all extern verksamhet med totalentreprenad enligt en av de intervjuade.

Revisionskontoret


2013-09-24

Den lokala värdighetsgarantin<sup>2</sup> är ett exempel som verksamheten har starkt fokus på. Den har tagits fram med hjälp av statliga medel och en politisk styrgrupp samt en projektledare har funnits. Projektledaren har som uppgift att informera personalen om värdighetsgarantin och stötta verksamheten i implementeringen av dessa. Projektledaren har därför haft många forum t ex ledningsgruppen, personalgrupper, brukarråd, pensionärsråd, blogg, hemsida mm.


#### 4 Avslutande bedömning

Den avslutande bedömningen av nämndens verksamhet presenteras utifrån revisionsfrågorna nedan.

##### Är nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten ändamålsenlig och tillräcklig?

 GRÖN	<p>Den sammantagna bedömningen av nämnden är att styrning, ledning, uppföljning och kontroll av verksamheten är i huvudsak ändamålsenlig och tillräcklig.</p> <p>Nämnden bör efterfråga verksamhetsplaner från förvaltningen då det enligt styrmodellen ska utarbetas sådana och anmälas på nämnd.</p>
--	--

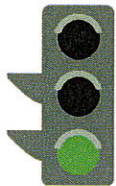
##### Är nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av ekonomin tillräcklig?

 GRÖN	<p>Den sammantagna bedömningen är att nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av ekonomin är i huvudsak tillräcklig.</p> <p>Nämnden bör se till att det finns en uppdaterad inventarieförteckning varje år.</p>
---	--

---

<sup>2</sup> Enligt ett tillägg i Socialtjänstlagen ska all personal i äldreomsorgen arbeta för att brukarna får ett värdigt liv och känner välbefinnande. För att leva upp till nationella värdegrunden har nämnden infört värdighetsgarantier. Dessa är tänka informera om vad en brukare kan förvänta sig av insatserna från äldreomsorgen.

**Har nämnden en god intern kontroll?**

 <p>GRÖN</p>	<p>Den sammantagna bedömningen är att den interna kontrollen är tillräcklig.</p> <p>Nämnden bör fastställa den interna kontrollplanen före verksamhetsårets början i enlighet med reglementet. Planen bör baseras på en återkommande och dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys.</p>
---	--

REVISIONSKONTORET



Caroline Nyman  
Stadsrevisor

## Bilaga 1 Definitioner

För att underlätta samtal och förståelse av vår bedömning graderas vår analys efter den betydelse vi tillmäter de brister vi funnit. Vi har valt att använda oss av trafikljusmodellen som även kommunen använder sig av för att bedöma måluppfyllelsen i verksamhetsberättelserna. Det är viktigt att poängtera att valet av färg endast innebär att vi önskar uppmärksamma nämnden på ett område och att det inte är att betrakta som en betygsättning. Avsikten är att underlätta nämndens eget förbättringsarbete och möjliggöra för nämnden att ta sitt revisionsansvar.

**Rött ljus** 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.

**Gult ljus** innebär att vi har identifierat brister som nämnden behöver åtgärda och hålla sin uppmärksamhet på. Bristen uppfyller inte kriterierna för rött ljus 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.

**Grön ljus** 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.