



Basgranskning av vård- och omsorgsnämnden 2012

KOMMUNREVISIONEN

→ www.norrkoping.se



NORRKÖPING

2012-10-30

Dnr KR-11/2012 007

Handläggare, titel, telefon

Caroline Nyman, stadsrevisor
011-15 17 99

Vård- och omsorgsnämnden

Basgranskning 2012

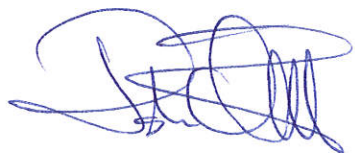
Kommunrevisionen har genomfört en basgranskning av socialnämndens verksamhet. Revisionsrapporten bifogas denna revisionskrivelse.

Med anledning av rapporten vill vi särskilt lyfta följande:

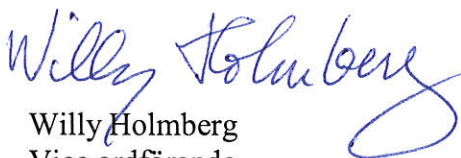
- Hur avser nämnden arbeta för att långsiktigt uppnå en budget i balans?
- Hur avser nämnden arbeta med att förbättra rutinerna för hemgång av svårt sjuka människor?

Vi vill ha nämndens skriftliga svar på revisionsrapportens bedömningar och rekommendationer för förbättringar senast den 14 januari 2013.

KOMMUNREVISIONEN
2012-10-30



Peter Åbrodd
Ordförande



Willy Holmberg
Vice ordförande

2012-10-30

Dnr KR-11/2012 007

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.....	7

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 revisionsred 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 granskat om nämnden har system och rutiner för en fungerande styrning av verksamheten, tillämpningen har inte granskats. Den metod granskningen bygger på är dels granskning av styrande dokument och dels intervjuer. Samtliga tjänstemän intervjuas inte utan ett urval har gjorts för att verifiera vårt granskningsresultat. Eftersom nämnden bedömts som riskfylld har vi intervjuat förvaltningschef, förvaltningsekonom, fyra områdeschefer och en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

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.

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:

- Lagstiftning (kommunallag, förvaltningslag, hälso- och sjukvårdslag, föreskrifter och rekommendationer)
- Styrmodellen för Norrköpings kommun
- Fullmäktiges mål (Budget 2012-2014)
- Reglementen

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).

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 ansvariga 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

3.1. Styrning och ledning av verksamhet

Nämndens uppdragsplan bygger på uppdraget från fullmäktige och har föregåtts av en risk och väsentlighetsanalys innan den upprättades. I uppdragsplanen framgår inte fullmäktigemålet om tillgänglighetsfrågorna.

När uppdragsplanen är tagen av nämnden lämnar vård- och omsorgschefen uppdrag till områdescheferna. Dessa lämnar i sin tur uppdrag till enhetscheferna som gör en verksamhetsplan för enheten. Alla områden har inte en verksamhetsplan för området även om någon tagit fram en sådan. Det ekonomiska utrymmet kopplat till målen dvs. ambitionsnivån framgår inte tydligt i hela kedjan, framförallt på enhetsnivå kan detta bli tydligare.

Nämnden bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete det s.k. ledningssystemet. Under 2011 beslutades att revidera ledningssystemet utifrån förändringar i socialstyrelsens föreskrifter (SOF 2011:9).

Nämnden har servicedeklarationen som är i bruk, enligt intervjuerna får de in synpunkter från brukarna den vägen. Servicedeklarationerna är i behov av en översyn enligt de intervjuade. En nationell brukarundersökning genomförs som omfattar äldre, hemtjänst och särskilt boende. I Norrköping har nämnden begärt att få denna som en totalundersökning, en sammanställning görs till nämnden. För klagomålshantering finns en särskild klagomålsgrupp som skriver protokoll över ärendena som även åtgärdas. Klagomålshandlingen har en särskild rutin som innebär att ett klagomål hanteras av enhetschefen som dokumenterar, diarieför, tar kontakter som behövs och hanterar ärendet. Klagomålet går därefter vidare till klagomålsgruppen som samlar klagomålen för att skapa ett förvaltningsövergripande lärande.

Det finns jämförande nyckeltal som redovisas i årsredovisningen. I nämndens ledningssystem anges vilka nyckeltal och register. I ”öppna jämförelser” finns nyckeltal som nämnden använder, enligt intervjuerna.

Revisionsbedömning

Enligt styrmodellen ska uppdragsplanen brytas ned på förvaltningen till verksamhetsplaner. I nämndens alla verksamhetsområden sker detta inte fullt ut. Verksamhetsplaner behöver därför upprättas för samtliga områden.

Nämnden bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete enligt styrmodellens krav det s.k. ledningssystemet. Så långt vi kunnat bedöma bedrivs kvalitetsarbetet enligt nationella krav och riktlinjer.

Det är bra att en översyn av servicedeklarationerna är på gång.

3.2. Styrning och ledning av ekonomi

Nämnden har fastställt en driftsbudget för verksamheten. I uppdragsplanen finns ett mål att alla enheter ska gå med balans inom nämndens verksamhet. Något annat ekonomiskt mål är inte formulerat. Nämnden har regelbundna uppföljningar av ekonomin.

Under 2009 genomförde nämnden ett "klossarbete" i syfte att hejda ett stort underskott och 58 olika förslag till åtgärder togs fram varav 53 genomfördes. De genomförda klossarna gav en sänkt kostnad på ca 50 mkr. För 2012 pekar delårsbokslutet mot ett underskott för nämnden med 26 mkr (1,5 % av budget). En åtgärdsplan för hur underskottet ska täckas för innevarande år har upprättats av förvaltningen och beslutas av nämnden den 24 oktober. Vissa åtgärder för att strama åt ekonomin är genomförda av förvaltningschefen tidigare. Det handlar om en allmänt restriktiv hållning till resor, kurser mm. Nämnden skriver i sin uppföljning att behoven ökat och att fördelningsmodellen från 2012 inte tar hänsyn till större verksamhetsförändringar. Detta har sammantaget bidragit till underskottet för nämndens verksamhet.

Revisionsbedömning

Nämnden har under 2009 genomfört ett omfattande besparingsarbete med hjälp av det s.k. klossarbetet. Nämnden har rutiner och system på plats för uppföljning av ekonomin. Under 2012 kommer nämnden att gå med underskott, en åtgärdsplan för hur nämnden ska uppnå balans kommer att antas av nämnden i slutet av oktober. Åtgärder får effekt i huvudsak under 2013.

3.3. Intern kontroll

Nämnden har upprättat en internkontrollplan och utsett två internkontrollrepresentanter. Internkontrollplanen uppfyller de krav som reglementet för internkontroll anger. Upprättandet av planen föregicks av en väsentlighets- och riskanalys enligt de intervjuade.

Uppföljning av internkontrollplanen sker i något som kallas egenkontrollen. Internkontrollen är huvudsakligen känd under begreppet egenkontrollen i verksamheten. Egenkontrollen är en del av internkontrollen enligt de intervjuade.

Planen följs löpande under året och kontrollmomenten är dokumenterade och genomförda vad vi kan bedöma. Nämnden får även en särskild rapport om genomförda kontrollmoment. Brister korrigeras när de upptäcks enligt de intervjuade. Genom att egenkontrollen tas upp i ledningsgruppen och

Revisionskontoret

2012-10-30

denna arbetar fram åtgärdsförslag och ändringar är det ett arbetssätt för förbättring. Någon dokumenterad rutin har vi inte fått del av.

Revisionsbedömning

Vår bedömning är att planen fångar upp nämndens väsentliga riskområden. De brister som upptäcks genom internkontrollerna lyfts i ledningsgruppen som arbetar fram åtgärdsförslag och ändringar. Någon formaliserad plan för åtgärder vid eventuella avvikelser har vi inte funnit.

3.4. Verksamhetsspecifika processer

Ledningssystemet omfattar alla delar från lagstiftningen. Förvaltningen tillsammans med MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) anpassar riktlinjer och föreskrifter till verksamheten och vid behov görs instruktioner och direktiv. MAS genomför även granskning av verksamheten, men anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah tar mycket tid.

De externa vårdgivarna har samma journalsystem och avvikelssystem som övriga kommunen. MAS har rätt att utöva medicinsk tillsyn över de upphandlade verksamheterna. I årsrapporten särskiljs inte de olika utförarna ifrån varandra utan grupperas, varför skillnaderna inte framgår mellan utförarna.

Enligt lagstiftningen ska individuella planer upprättas i delaktighet, något som inte alltid är fallet. Detta är ett område som verksamheterna behöver förtydliga och arbeta mer med enligt de intervjuade.

Enligt intervjuer framgår det att MAS inte alltid kopplas in när svårt sjuka människor överlämnas från slutenvården till kommunen, vilket kan innebära en risk för den sjuke. Kommunikationen fungerar inte alltid som den ska, enligt de intervjuade.

Revisionsbedömning


Det är väsentligt att det skapas rutiner som är allmänt kända vid hemgång av svårt sjuka personer så att MAS blir inkopplad. När svårt sjuka människor kommer hem kan t ex anpassningar och utbildning av den närmaste personalen vara av avgörande betydelse för säkerheten runt den sjuke. Det är viktigt att arbetsmiljön kan säkras och att den medicinska säkerheten är god innan någon svårt sjuk person kommer hem. Vi vill uppmärksamma nämnden på denna brist.

För att nämnden ska kunna jämföra avvikelser mellan egna boenden och de upphandlade boendena är det värdefullt att kunna härleda avvikelserna. Det är därför en fördel om avvikelserna även för den upphandlade verksamheten särskiljs från varandra.


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?

	<p>Den sammantagna bedömningen av nämnden är att styrning, ledning, uppföljning och kontroll av verksamheten i stort är ändamålsenlig och tillräcklig.</p> <p>För att ytterligare förbättra verksamheten behöver verksamheten bryta ner uppdragsplanen i verksamhetsplaner för områdena.</p>
---	--

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

	<p>Den sammantagna bedömningen är att nämndens ledning, styrning, uppföljning och kontroll av ekonomin inte är helt tillräcklig.</p> <p>Nämnden behöver anta ett åtgärdsförslag i syfte att nå balans i ekonomin.</p>
---	---

Har nämnden en god intern kontroll?

	<p>Den sammantagna bedömningen är att den interna kontrollen i huvudsak är tillräcklig.</p> <p>För att bli ytterligare förbättra den interna kontrollen skulle nämnden kunna begära in åtgärdsförslag vid upptäckta brister i internkontrolluppföljningarna.</p>
---	--

Nämnden har såvitt denna översiktliga granskning kan bedöma rutiner för att kunna följa den speciallagstiftning som finns på området. Nämnden behöver skärpa rutinerna för hembesök av svårt sjuka personer så att MAS alltid blir inkopplad. Årsrapporten över avvikelserna skulle förbättras om de externa utförarna särskiljdes från varandra.

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.