



REVISIONSRAPPORT  
**Grundläggande granskning Vård-  
och omsorgsnämnden**

Ansvarig: Jan-Olov Undvall



## *Innehållsförteckning*

|     |  |   |
|-----|--|---|
| 1   | INLEDNING/BAKGRUND.....                        | 3 |
| 2   | SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING .....    | 3 |
| 3   | REVISIONSKRITERIER.....                        | 4 |
| 4   | METOD .....                                    | 4 |
| 5   | RESULTAT AV GRANSKNINGEN .....                 | 5 |
| 5.1 | PLAN OCH DETALJBUDGET.....                     | 5 |
| 5.2 | UPPFÖLJNING AV EKONOMI OCH VERKSAMHET .....    | 5 |
| 5.3 | INTERN KONTROLL .....                          | 6 |
| 5.4 | FÖLJER PROTOKOLLEN KOMMUNALLAGEN?.....         | 7 |
| 5.5 | DELEGATIONSBeslut .....                        | 7 |
| 5.6 | FÖREGÅENDE ÅRS IAKTTAGELSER.....               | 8 |
| 5.7 | REKOMMENDATIONER.....                          | 8 |
| 6   | KVALITETSSÄKRING .....                         | 9 |
| 7   | ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE ..... | 9 |

## 1 INLEDNING/BAKGRUND

---

Kommunens revisorer granskar årligen i den omfattning som följer av god revisionsred all verksamhet som bedrivs inom nämndernas och styrelsernas verksamhetsområden. Revisorerna prövar om verksamheten har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredställande sätt, om räkenskaperna varit rättvisande och om den interna kontrollen varit tillräcklig.

Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt, samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska även se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

## 2 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

---

### Syfte

Syftet med den grundläggande granskningen är att ge underlag för bedömning av nämndens styrning, uppföljning och kontroll, säkerhet i redovisningssystem och rutiner samt måluppfyllelse.

Granskningen omfattar följande frågeställningar.

### Revisionsfrågor

- Har nämnden antagit en plan och detaljbudget för sin verksamhet?
- Har nämnden tolkat mål och uppdrag från fullmäktige och brutit ned dessa till uppföljningsbara mål?
- Har nämnden en regelbunden uppföljning och rapportering av ekonomi och verksamhet?
- När nämnden fastställda mål för ekonomin?
- När nämnden fastställda mål för verksamheten?
- Fattas beslut om åtgärder vid avvikelser i verksamhet och ekonomi?
- Bedriver nämnden ett systematiskt arbete med sin interna kontroll avseende verksamhet som ekonomi?
- Följer protokollen kommunallagen?

### Avgränsning

- Den finansiella granskningen av nämndens räkenskaper granskas i en särskild granskning.

### 3 REVISIONSKRITERIER

---

Bedömningsgrunderna har utgått i tillämpliga delar från:

- Kommunallagen (2017:725)
- Fullmäktiges mål
- Regler för internkontroll
- Nämndens reglemente

### 4 METOD

---

Granskningen har utförts genom dokumentstudier och minnesanteckningar från hearing med nämnden.

Substansgranskning har utförts för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

## 5 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

---

### 5.1 PLAN OCH DETALJBUDGET

Vård- och omsorgsnämnden har för 2019 tagit fram en detaljbudget och flerårsplan för verksamheten. Nämnden har tolkat mål och uppdrag från fullmäktige och brutit ned dessa till uppföljningsbara mål och kvalitetsindikatorer.

Kommunfullmäktige fastställde en budgettram på 1 512 mkr för Vård- och omsorgsnämnden för 2019.

Nämnden hade inför 2019 ett krav på effektiviseringar på 13 mkr och ett underskott på 14 mkr från 2018 att återställa samt ett utökat behov på 14 mkr utan ramtillskott.

### 5.2 UPPFÖLJNING AV EKONOMI OCH VERKSAMHET

#### Ekonomi

Ekonomiskt utfall och prognos har följts upp i månadsrapporter, delårsrapporter och årsbokslut. I samtliga uppföljningar under året har ett prognosticerat överskott redovisats, i december prognostiserades ett överskott på 3 mkr.

Resultatet för 2019 blev 3,7 mkr.

#### Verksamhet

Nämndens mål och kvalitetsindikatorer har framförallt följts upp vid delårsrapporter och årsbokslut. I uppföljningarna redovisas kommunövergripande mål, nämnds-specifika mål och kvalitetsindikatorer. Flera av målen och indikatorerna följs dock upp på helårsbasis.

Vi kan inte av protokollen utläsa att nämnden fattat några beslut kopplat till själva ärendet månadsrapporter, delårsbokslut och årsbokslut.

Årets resultat när det gäller verksamhetsmålen visar att av 9 kommunövergripande mål har nämnden uppnått 5 mål. Det finns kommentar för både de som uppnått och de som inte uppnått.

När det gäller fullmäktiges kvalitetsindikatorer finns inget målvärde angivet. Uppföljning av dessa indikatorer sker med fokus på utveckling över tid och en jämförelse med riket.

Samtliga kvalitetsindikatorer har återredovisats. Vissa kvalitetsindikatorer har dock inget resultat för 2019 utan då är det 2018 års utfall som redovisas. Vi noterar att trenden för de flesta indikatorer är positiv, men för några indikatorer är trenden den motsatta. En sådan indikator som försämrats är brukarnas bedömning av särskilt boende (SÄBO).

När det gäller den nämnds-specifika redovisningen finns 12 nämnds-specifika mål som nämnden själv har formulerat. Av dessa mål redovisas 8 vara uppnådda. Ett av de mål som inte nås är målet om brukarnöjdhet inom SÄBO där resultatet har försämrats jämfört med föregående år. Enligt kommentarerna till målet pågår ett arbete för att öka nöjdheten.

Nämnden har också 22 nämnds-specifika kvalitetsindikatorer. Några av dessa indikatorer är samma som fullmäktiges indikatorer. För samtliga kvalitetsindikatorer finns kommentarer. Flertalet indikatorer visar på en positiv utveckling. Dock är det några som visar på en motsatt trend, t.ex. andelen personer med insatser Daglig verksamhet svarar ja på frågan om personalen lyssnar på dig kompetensnivån inom förvaltningen.

Flertalet av målen och kvalitetsindikatorerna omfattar även externa utförare. Hemsjukvården och hemtjänst bedrivs enligt Lagen om valfrihet (LOV) vilket innebär att alla hemtjänstområden styrs utifrån ett uppdrag som är lika oavsett driftsform och geografi.

Uppdragsenheten ska årligen genomföra kvalitetsgranskningar av interna och externa utförare enligt fastställd plan.

### **Bedömning**

- Vi anser att nämnden har en tillfredsställande uppföljning av ekonomi.
- Vi anser att nämnden i huvudsak har en tillfredsställande uppföljning av verksamheten.

### **5.3 INTERN KONTROLL**

Av nämndens reglemente framgår att den ska arbeta med sin interna kontroll. I Vård- och omsorgsnämndens interna kontroll ingår att kontrollera att verksamheten bedrivs i enlighet med nämndens mål, lagar och föreskrifter.

Nämnden har antagit en internkontrollplan. Internkontrollplanen har delats upp i områden som ekonomi, verksamhet och personal.

Internkontrollplanen har föranletts av en riskanalys. Vi kan dock inte se av protokollet att nämnden varit delaktig i riskanalysen. I internkontrollplanen redovisas ett antal riskförebyggande åtgärder för samtliga identifierade risker.

Internkontrollplanen följs upp en gång per år. För 2019 sker uppföljningen av internkontrollplanen mars 2020. Vid mötet i mars sker även en utvärdering av internkontrollplanens kontrollmoment för 2019.

Vård- och omsorgsförvaltningen har tagit fram ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Systemet har integrerats med den ordinarie budget- och verksamhetsplaneringen.

I förvaltningens ledningssystem ingår regelbundna egenkontroller. Egenkontrollen ska genomföras på alla nivåer inom förvaltningen och omfattar följande moment:

- Medborgare-/brukarundersökningar.
- Medarbetarundersökningar.
- Uppföljning av myndighetsutövning.
- Resultat av kvalitetsgranskningar.
- Resultat från uppföljning av internkontrollplan.
- Resultat från uppföljning av synpunkter och avvikelshantering.
- Rapporter från internrevisioner av kvalitetsledningssystem.

En gång om året sker en genomgång av ledningssystemet som benämns "Ledningens genomgång".



### **Bedömning**

- Vi anser att nämnden i huvudsak har haft en tillfredsställande intern kontroll.

### **5.4 FÖLJER PROTOKOLLEN KOMMUNALLAGEN?**

Enligt kommunallagen ska det vid varje sammanträde föras protokoll på ordförandes ansvar. I protokollet ska det redovisas vilka ledamöter och ersättare som har tjänstgjort och vilka ärenden som har handlagts. I protokollet skall för varje ärende redovisas:

1. vilka förslag och yrkanden som har lagts fram och inte tagits tillbaka,
2. i vilken ordning ordföranden har lagt fram förslag till beslut,
3. vilka beslut som har fattats,
4. genomförda omröstningar och resultaten av dem, vilka beslut som har fattats,
5. vilka ledamöter som har deltagit i besluten och hur de har röstat vid öppna omröstningar och
6. vilka reservationer som har anmälts mot besluten.

Av granskningen framgår att kommunallagens ovan nämnda krav på protokollföring har följts.

Vi kan notera att protokollen har justerats på det sätt som fullmäktige har bestämt. Protokollen har justerats av ordförande och en ledamot i enlighet med nämndens reglemente.

### **Bedömning**

- Protokollen följer kommunallagens krav på protokollföring.

### **5.5 DELEGATIONSBeslut**

Enligt Kommunallagen 6 kap. 40 § har nämnden möjlighet att välja i vilken utsträckning delegationsbeslut ska anmälas till nämnden. Beslut som inte anmäls ska istället protokollföras särskilt. Enligt Kommunallagen 7 kap. 8 § ska beslut som protokollförs särskilt anmälas på den kommunala anslagstavlan.

Vi noterar att nämnden valt att delegationsbesluten ska anmälas till nämnden. Kommunen har möjlighet att själv avgöra vad protokollen ska innehålla, dock ska delegationsbesluten alltid kunna identifieras i protokollet.

Det har skett en återredovisning i protokollet över delegationsbesluten. Dock saknas det en återredovisning av delegationsbeslut för oktober – december. Efter att ha uppmärksammat förvaltningen på detta har nu anmälan av delegationsbeslut åter för 2020 redovisats i protokollen.

När det gäller hur delegationsbesluten återredovisats för perioden januari – september har vi noterat att den punkt i delegationsbestämmelserna som angetts i protokollet inte överensstämmer med för perioden gällande delegationsbestämmelse.

Varje delegationsbeslut har diarieförts. Dock saknas själva beslutshandlingen i kommunens diarium. I delegationsordning finns flera tänkbara delegater till samma typ av ärende. Detta innebär svårigheter att identifiera vem som varit delegat till ett speciellt delegationsärende.

### ***Bedömning***

- Vi anser inte att delegationsbesluten anmälts på ett tillfredsställande sätt.

### **5.6 FÖREGÅENDE ÅRS IAKTTAGELSER**

Vid föregående års granskning framkom att nämnden inte rapporterade ej verkställda gynnande beslut enligt LSS till IVO. I denna granskning framkommer att nämnden redovisar ej verkställda beslut och enligt protokollet har en redovisning till IVO gjorts.

### ***Bedömning***

- Vi anser att nämnden har vidtagit åtgärder som framkom vid föregående års granskning.

### **5.7 REKOMMENDATIONER**

- Vi rekommenderar att nämnden ser över sin styrstruktur med anledning av att nämnden i vissa fall har samma nämndspecifika indikatorer som fullmäktige redan har beslutat. Detta förfarande medför ett dubbelarbete och riskerar en försämrad överskådlighet.
- Vi rekommenderar också att involvera nämnden i riskanalysen då denna del är en väsentlig del i internkontrollarbetet och interna kontrollen i huvudsak är nämndens ansvar.



## 6 KVALITETSSÄKRING

---

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

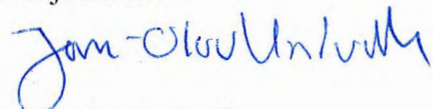
Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

## 7 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

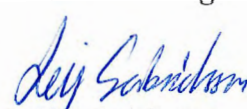
---

Projektledare:



Jan-Olov Undvall  
Certifierad kommunal revisor

Kvalitetssäkring:



Leif Gabrielsson  
Revisionsdirektör