

# Revisionsrapport

## *Granskning inom äldreomsorgen*

Hultsfreds kommun

*Tommy Nyberg  
Senior revisionskonsult*

*Alexander Arbman  
Revisionskonsult*

*11 december 2017*

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning och revisionell bedömning.....</b>	<b>2</b>
1.1. Kontrollmål .....	3
1.2. Rekommendationer.....	4
<b>2. Inledning .....</b>	<b>5</b>
2.1. Bakgrund .....	5
2.2. Syfte och revisionsfråga.....	5
2.3. Revisionskriterier .....	5
2.4. Kontrollmål .....	5
2.5. Avgränsning.....	6
2.6. Metod.....	6
<b>3. Iakttagelser och bedömningar .....</b>	<b>7</b>
3.1. Det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som omfattar kvalitetsmål för äldreomsorgen.....	7
3.1.1. Iakttagelser .....	7
3.1.2. Bedömning.....	7
3.2. Det sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen som leder till ökad kvalitet .....	8
3.2.1. Iakttagelser .....	8
3.2.2. Bedömning.....	9
3.3. Resultat från kvalitetsindikatorer visar att verksamheten bedrivs med god kvalitet .....	9
3.3.1. Iakttagelser .....	9
3.3.2. Bedömning.....	10
3.4. Nämndens uppföljning av verksamheten är tillräcklig .....	10
3.4.1. Iakttagelser .....	10
3.4.2. Bedömning.....	11
3.5. Det sker en tillräcklig återrapportering till nämnd.....	12
3.5.1. Iakttagelser .....	12
3.5.2. Bedömning.....	12
3.6. Övrigt.....	13
3.6.1. IBIC: .....	13
3.6.2. Time Care: .....	13

## ***Sammanfattning och revisionell bedömning***

Enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och livsföring i övrigt. Den enskilda ska genom bistånd tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. Äldreomsorg ges till människor som på grund av sjukdom, fysiska, psykiska och/eller sociala funktionshinder eller annan orsak behöver stöd och hjälp i den dagliga livsföringen.

Nämnden som ansvarar för äldreomsorgen har ett ansvar för att planera framåt för sin verksamhet och för att förse kommunfullmäktige med tillförlitliga underlag för långsiktig planering och ev. prioriteringar. Eftersom äldreomsorgen är en väsentlig verksamhet som med sin omfattning påverkar invånarna och kommunens ekonomi är det angeläget att det finns en framförhållning i planeringen och ändamålsenlig uppföljning av verksamheten.

Revisorerna har utifrån en bedömning av väsentlighet och risk funnit det angeläget att granska huruvida nämndens styrning och ledning samt kvalitetskontroll avseende äldreomsorgen är ändamålsenlig och sker med en tillräcklig intern kontroll.

Revisionsfrågan som ska besvara är:

*Säkerställer socialnämnden en ändamålsenlig styrning och ledning av äldreomsorgen?*

Vi bedömer att socialnämnden i allt väsentligt säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av äldreomsorgen. Vi grundar vår bedömning på att det finns ett systematiskt arbete med kvalitetsfrågor inom socialnämndens verksamhet. Det bedrivs ett systematiskt arbete avseende utveckling inom äldreomsorgen. På flera områden så erbjuds utbildning samt systematisk samverkan och utveckling.

Vi bedömer vidare att kommunen har en tydlig och bra uppföljning av ekonomiska nyckeltal, utfall och budget. Enhetschefer inom hemtjänsten är delaktiga i uppföljningen. Vår bedömning är att den ekonomiska styrningen via budgetuppföljningar är god. Nämnden får också regelbunden uppföljning av ett flertal andra områden.

Vi saknar regelbunden uppföljning inom myndighetsområdet. Vi anser att regelbunden uppföljning av hur handläggarna följer upp biståndsbesluten samt kopplingen mellan biståndsbeslut och genomförandeplaner bör införas. Vi anser även att kvaliteten på biståndsbeslutens mål borde följas upp årligen då detta styr insatserna i hög grad enligt vår bedömning.

## 1.1. *Kontrollmål*

Kontrollmål	Kommentar
<p><b>Det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som omfattar kvalitetsmål för äldreomsorgen</b></p>	<p><b>Uppfyllt</b></p> <p>Vi bedömer att det finns ett formellt kvalitetsledningssystem, och att det finns ett systematiskt arbete med kvalitetsfrågor inom socialnämndens verksamhet. Det baserar vi på att det finns rutinbeskrivningar inom kvalitets- och avvikelserapportering. Granskningen visar att arbetet med kvalitetsfrågor bedrivs enligt upprättade rutiner. Nämnden har även antagit mål och nyckeltal vilka används för att utveckla kvalitetsarbetet inom verksamheten.</p>
<p><b>Det sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen som leder till ökad kvalitet</b></p>	<p><b>Uppfyllt</b></p> <p>Vi bedömer att det bedrivs ett systematiskt arbete avseende utveckling inom äldreomsorgen. Vi grundar vår bedömning på att det inom flera områden erbjuds utbildning samt systematisk samverkan och utveckling. Vi anser ser det som positivt att nämnden systematiskt arbetat för att få ner antalet medarbetare per chef för att på detta sätt få tid över till verksamhetsutveckling.</p> <p>Utifrån vår granskning anser vi att det finns ett område där nämnden kan ta ett något större ansvar. Det är för att få till stånd ett övergripande rehabiliterande förhållningssätt. Vi saknar ett tydligt ställningstagande från nämnden rörande rehabiliterande förhållningssätt inom äldreomsorgen.</p>
<p><b>Resultat från kvalitetsindikatorer visar att verksamheten bedrivs med en god kvalitet</b></p>	<p><b>Uppfyllt</b></p> <p>Vi bedömer att resultatet från kvalitetsindikatorer visar att verksamheten bedrivs med god kvalitet. De resultat som vi tagit del av visar att målen har uppnåtts i många fall och för nästan samtliga nyckeltal har resultatet förbättrats sedan mätningen år 2015. Det systematiska arbete som nämnden bedrivit där kvalitet och utveckling systematiskt prioriteras ger effekt på de mätningar som görs med brukare och medarbetare.</p>
<p><b>Nämndens uppföljning av verksamheten är tillräcklig</b></p>	<p><b>Delvis uppfyllt</b></p> <p>Vi bedömer att nämnden har en tydlig och bra uppföljning av ekonomiska nyckeltal, utfall</p>

och budget. Granskningen visar att enhetschefer inom hemtjänsten är delaktiga i uppföljningen. Vi bedömer att den ekonomiska styrningen via budgetuppföljningar är god.

Nämnden får regelbunden uppföljning på många områden till exempel via de balanseerade styrkort och handlingsplaner som finns inom de olika enheterna. Utöver detta redovisas kvalitetskontroller på flera områden, till exempel via avvikelserapportering på nämndsmötena.

Vi saknar regelbunden uppföljning inom myndighetsområdet. Vi anser att regelbunden uppföljning av hur handläggarna följer upp biståndsbesluten samt kopplingen mellan biståndsbeslut och genomförandeplaner bör införas. Vi anser även att kvaliteten på biståndsbeslutens mål borde följas upp årligen då detta styr insatserna i hög grad enligt vår bedömning.

#### **Det sker en tillräcklig återrapportering till nämnd**

#### **Uppfyllt**

Vi bedömer att nämnden får återkommande och regelbunden återkoppling från ett flertal verksamhetsområden. Det finns en systematisk rapportering till nämnden både på formell basis i samband med nämndsmöten och dessutom träffas förtroendevalda nämndsledamöter och tjänstemän för en mer informell återkoppling.

## **1.2. Rekommendationer**

Vi rekommenderar nämnden att tydliggöra arbetet med ett rehabiliterande förhållningsätt. Idag finns både ambitioner och regelbunden utbildning inom detta områden men för att tydliggöra vikten av detta område bör detta redovisas i nämndens kvalitetsdokument för att på detta sätt ge ytterligare kraft och tydlighet i att detta är ett prioriterat område.

Nämnden bör vidare i sitt uppföljningsarbete tydliggöra uppföljning av myndighetsarbete. Vi anser att det är speciellt viktigt att man följer upp koppling mellan biståndsbeslut och verkställigheten och då specifikt genomförandeplaner. Detta bör sedan redovisas till nämnden minst en gång per år.

## **2. Inledning**

### **2.1. Bakgrund**

Enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och livsföring i övrigt. Den enskilda ska genom bistånd tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. Äldreomsorg ges till människor som på grund av sjukdom, fysiska, psykiska och/eller sociala funktionshinder eller annan orsak behöver stöd och hjälp i den dagliga livsföringen.

Nämnden som ansvarar för äldreomsorgen har ett ansvar för att planera framåt för sin verksamhet och för att förse kommunfullmäktige med tillförlitliga underlag för långsiktig planering och ev. prioriteringar. Eftersom äldreomsorgen är en väsentlig verksamhet som med sin omfattning påverkar invånarna och kommunens ekonomi är det angeläget att det finns en framförhållning i planeringen och ändamålsenlig uppföljning av verksamheten.

Revisorerna har utifrån en bedömning av väsentlighet och risk funnit det angeläget att granska huruvida nämndens styrning och ledning samt kvalitetskontroll avseende äldreomsorgen är ändamålsenlig och sker med en tillräcklig intern kontroll.

### **2.2. Syfte och revisionsfråga**

Säkerställer socialnämnden en ändamålsenlig styrning och ledning av äldreomsorgen?

### **2.3. Revisionskriterier**

- Kommunallagen
- Socialtjänstlagen

### **2.4. Kontrollmål**

- Det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som omfattar kvalitetsmål för äldreomsorgen.
- Det sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen som leder till ökad kvalitet.
- Resultat från kvalitetsindikatorer visar att verksamheten bedrivs med en god kvalitet.
- Nämndens uppföljning av verksamheten är tillräcklig.
- Det sker en tillräcklig återrapportering till nämnd.

---

## **2.5. Avgränsning**

Granskningen avgränsas till socialnämnden och äldreomsorgens verksamhetsområde.

## **2.6. Metod**

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier.

Vi har intervjuat nämndens presidium, socialchef, verksamhetschefer, ekonom, biståndshandläggare, enhetschefer och ett urval av undersköterskor samt brukare.

Dokument som har granskats är nämndens resursfördelningssystem avseende hemtjänsten, budgetuppföljningar, prognoser, beslut om åtgärder för att nå en budget i balans, riktlinjer för biståndsbedömning med flera.

Rapporten har sakgranskats av förvaltningschefen på socialförvaltningen.

## **3. Iakttagelser och bedömningar**

### **3.1. Det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som omfattar kvalitetsmål för äldreomsorgen**

#### **3.1.1. Iakttagelser**

Det finns ett kvalitetsledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>1</sup>. Det är antaget 2014-04-09 och reviderat 2016-11-16. På intranätet finns också rutinbeskrivningar vilka används frekvent enligt intervjuerna. Det finns till exempel kvalitetsregister, statistikregister, Senior Alert, fallprevention, nutritionsarbete och palliativt register. Det finns idag även ett avvikelserarbete där många avvikelser rapporteras in. Detta arbete har medvetet utvecklats för att all personal ska känna till skyldigheten att rapportera avvikelser. Inom området medicinska avvikelser finns en bred kunskap medan det inom området rehabilitering inte förekommer så många ordinationer och således betydligt färre avvikelser. Förvaltningen har en extern kontroll av avvikelser vad gäller läkemedel medan samma kontroll saknas vad gäller rehabiliteringen. Patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen. Verksamhetschefen ansvarar för rapportering enligt Lex Sara medan MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för rapportering enligt Lex Maria.

Nämnden har beslutat om mål och nyckeltal enligt kommunfullmäktiges styrmodell. Målen och nyckeltalen har brutits ned till varje enhet. Enheterna rapporterar utfallet till nämnden årligen. Enligt intervjuerna jobbar förvaltningen mycket aktivt med både målarbetet och övriga styrdokument.

Det är flera inom förvaltningen som fått utbildning i kvalitetsarbete i SKL:s regi.

I intervjuerna beskrivs att arbetet med att utveckla nuvarande ledningssystem vad gäller mål, nyckeltal och aktiviteter kopplade till detta område pågår.

Kvalitetsarbetet och dess resultat under år 2017 kommer att sammanställas i en kvalitetsberättelse som skall redovisas till nämnden januari 2018.

#### **3.1.2. Bedömning**

Vi bedömer att det finns ett formellt kvalitetsledningssystem, och att det finns ett systematiskt arbete med kvalitetsfrågor inom socialnämndens verksamhet. Det baserar vi på att det finns rutinbeskrivningar inom kvalitets- och avvikelserrapportering. Granskningen visar att arbetet med kvalitetsfrågor bedrivs enligt upprättade rutiner. Nämnden har även antagit mål och nyckeltal vilka används för att utveckla kvalitetsarbetet inom verksamheten.

Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt.

<sup>1</sup> SOSFS 2011:9



## **3.2. Det sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen som leder till ökad kvalitet**

### **3.2.1. Iakttagelser**

Nämnden har tagit en rad strategiska beslut för att driva äldreomsorgen framåt. Det finns till exempel en långsiktig utvecklingsplan för 2018-2020. Nämnden har infört önskad sysselsättningsgrad för personalen i verksamheten. Grundtanken med denna förändring är att vara proaktiv med att äldreomsorgen blir en attraktiv och modern arbetsplats. Nämnden har i strategiska dokument också betonat vikten av att den enskilde står i centrum och är delaktig i utformningen av vården. Det finns också ett politiskt fokus inom äldreomsorgen på bemötande samt på ett salutogent synsätt. Utöver detta har förvaltningen fokuserat på ett värdegrundsarbete vilket har en bred förankring i verksamheterna. I kvalitetsplan för vård och omsorg i Hultsfreds kommun går att utläsa att: ”Värdegrunden skall prägla allas vårt arbete och märkas i alla möten. Vi skall ge förutsättningar för att hålla den levande.”<sup>2</sup>

Nämnden har beslutat att en grundläggande princip inom verksamheten är att ingen chef skall ha mer än 30 medarbetare. Arbetet har varit tidskrävande men anställning av flera chefer innebär att man idag är nära att ha uppnått detta mål. Den salutogena verksamheten skall enligt kvalitetsdokumentet präglas av salutogent ledarskap och medarbetarskap. Hela verksamheten och hela boendet ska ge de bästa förutsättningarna. Salutogen planering och scheman som anpassas utifrån behovet ska användas. Det ska finnas handlingsplaner och genomförandeplaner som verktyg.<sup>3</sup>

För att främja utveckling så finns också ett övergripande samverkansarbete där olika nämnder träffas. ÖSAM har till syfte att nämnderna skall arbeta över gränserna vilket de intervjuade uppger fungerar bra.

Det har gjorts många satsningar på utbildning och arbetslagsutveckling. Till exempel genom ett flertal föreläsningar med konsulten Peter Westlund. Konsulten har även gått igenom och granskat flera utredningar, handlingsplaner samt genomförandeplaner. Avsikten är att det ska bidra till förbättringar i det framtida myndighetsarbetet.

Heltid som norm är ett annat utvecklingsarbete. Detta arbete är föremål för mycket diskussion inom förvaltningen. Därför har en handlingsplan lagts upp rörande detta arbete. Det syftar bland annat till att ett effektivare utnyttjande av medarbetarnas arbetstid.

Trygg hemgång är en insats för den som behöver extra stöd efter hemkomst från sjukhus. Det är biståndshandläggare som beslutar vid vårdplanering om trygg hemgång är aktuellt. Dessa ärenden följs alltid upp inom fyra veckor. Annars fattas myndighetsbeslut normalt sett enligt de vi intervjuat på 12 månader även om det finns undantag. I teamet för trygg hemgång arbetar tre undersköterskor som har kunskap inom rehabilitering. De kan hjälpa till med det som behövs för att den enskilde ska känna sig trygg i sin bostad och att träna deras funktioner så att de exempelvis kan ta sig i och ur sängen på egen hand. Insatsen varar i högst 14 dagar. Innan trygg hemgång avslutas bokas en ny vårdplanering in där biståndshandläggare och ansvarig från trygg hemgång gör en ny bedömning om fortsatta insatser. Intervjuerna visar att trygg hemgång är ett effektivt arbetssätt. Att

<sup>2</sup> Kvalitetsplan för vård och omsorg Hultsfreds kommun 2017

<sup>3</sup> Kvalitetsplan för vård och omsorg Hultsfreds kommun 2017

inledningsvis tillsätta mycket resurser med snabba uppföljningar lönar sig enligt de intervjuade på lång sikt.

Förutom Trygg hemgång saknas idag frekventa insatser för rehabilitering inom äldreomsorgen. Det finns inte heller något uttalat politiskt mål rörande ett rehabiliterande förhållningssätt. Däremot påtalas i intervjuerna att ansvariga för rehabilitering utbildar övrig personal. Intervjuerna visar att det går att bli tydligare i mål rörande rehabiliterande förhållningssätt.

Det finns ett ledarforum där chefer träffas en gång per termin och diskuterar aktuella frågor.

### **3.2.2. Bedömning**

Vi bedömer att det bedrivs ett systematiskt arbete avseende utveckling inom äldreomsorgen. Vi grundar vår bedömning på att det inom flera områden erbjuds utbildning samt systematiskt samverkan och utveckling. Vi anser ser det som positivt att nämnden systematiskt arbetat för att få ner antalet medarbetare per chef för att på detta sätt få tid över till verksamhetsutveckling.

Utifrån vår granskning anser vi att det finns ett område där nämnden kan ta ett något större ansvar. Det är för att få till stånd ett övergripande rehabiliterande förhållningssätt. Vi saknar ett tydligt ställningstagande från nämnden rörande rehabiliterande förhållningssätt inom äldreomsorgen.

Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt.

## **3.3. Resultat från kvalitetsindikatorer visar att verksamheten bedrivs med god kvalitet**

### **3.3.1. Iakttagelser**

Nämnden har en rad olika kvalitetsindikatorer som redovisas och följs upp. Vad gäller salutogena indikatorer så kan nämnas att den enskilde ska bemötas på ett värdigt sätt samt att den enskilde ska kunna påverka sin vardag. Vad gäller medarbetarna påtalas att den enskilde medarbetaren skall känna stolthet över sitt arbete samt att arbetsmiljön skall vara god. Vidare ska den enskilde erbjudas delaktighet i genomförandeplaner och medarbetaren ska erbjudas delaktighet i arbetsklimatundersökningar. Detta är några få av de indikatorer som finns inom förvaltningen. Vi har tagit del av flera och konstaterar att det finns en god genomgång samt mätning av olika kvalitetsindikatorer. Vi redovisar nedan några av de områden som mäts samt utfallet under 2017.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Resultat enligt styrmodell äldreomsorg 2017

	Mål- Indikator	Målnivå	Vikt	Inver- tering	Utfall 2017	Utfall 2016	Trend	Kommentar
<b>Verksamhet och medarbetare</b>		<b>99</b>						
<b>Medarbetaren känner stolthet för sitt arbete</b>		<b>100</b>	25%					
Andelen medarbetare som anser att det finns en stolthet		100	98,0	100%	Nej	98,3	98,7	▼ Utfall 2015: 96,3 Vikt mål: 30 %
<b>Medarbetaren känner sig delaktig</b>		<b>100</b>	25%					
Andelen medarbetare som anser att delaktigheten är god		100	98,0	100%	Nej	97,8	97,6	▲ Utfall 2015: 96,8 Vikt mål: 30 %
<b>Medarbetaren anser att arbetsmiljön är god</b>		<b>94</b>	30%					
Andelen medarbetare som anser att arbetsmiljön är god		94	92,0	100%	Nej	86,5	85,8	▲ Utfall 2015: 84,4 Vikt mål: 40 %
<b>Beslutsprocesserna är välgrundade och tydliga</b>		<b>102</b>	20%					
Andelen beslutsunderlag som enligt nämnsledamöter är tydliga		102	90,0	50%	Nej	92,5		Nytt mål och nyckeltal
Andelen beslut som enligt nämnsledamöter är välgrundade		102	90,0	50%	Nej	91,3		Nytt mål och nyckeltal
<b>Utveckling</b>								
<b>Kontinuerlig kompetensutveckling</b>		<b>100</b>	50%					
Andelen medarbetare som enligt medarbetarenkäten anser att de lär nytt och utvecklas i sitt arbete		100	98,0	100%	Nej	98,1	91,9	▲ Utfall 2015: 96,1 Vikt mål: 100 %
<b>Invånare och brukare</b>		<b>101</b>						
<b>Den enskilde påverkar sin vardag</b>		<b>104</b>	30%					
Andelen brukare inom hemtjänst som lämnar positivt svar på frågan om de kan påverka vid vilka tider de får hjälp		104	65,0	25%	Nej	67,0	70,0	▼ Förändrat nyckeltal 2016
Andelen brukare inom särskilt boende som lämnar positivt svar på frågan om de kan påverka vid vilka tider de får hjälp		110	65,0	25%	Nej	77,0	74,0	▲ Förändrat nyckeltal 2016
Andelen brukare inom hemtjänst som lämnar positivt svar på frågan om personalen tar hänsyn till åsilder och önskemål		98	90,0	25%	Nej	88,0	83,0	▲ Förändrat nyckeltal 2016
Andelen brukare inom särskilt boende som lämnar positivt svar på frågan om personalen tar hänsyn till åsilder och önskemål		97	90,0	25%	Nej	87,0	80,0	▲ Förändrat nyckeltal 2016
<b>Den enskilde bemöts på ett respektfullt sätt</b>		<b>103</b>	40%					
Andelen brukare inom hemtjänst som lämnar positivt svar på frågan om personalen bemöter dem på ett bra sätt		103	98,0	25%	Nej	99,0	99,0	▲ Förändrat nyckeltal 2016
Andelen brukare inom särskilt boende som lämnar positivt svar på frågan om personalen bemöter dem på ett bra sätt		100	98,0	25%	Nej	98,0	93,0	▲ Förändrat nyckeltal 2016

### 3.3.2. Bedömning

Vi bedömer att resultatet från kvalitetsindikatorer visar att verksamheten bedrivs med god kvalitet. De resultat som vi tagit del av visar att målen har uppnåtts i många fall och för nästan samtliga nyckeltal har resultatet förbättrats sedan mätningen år 2015. Det systematiska arbete som nämnden bedrivit där kvalitet och utveckling systematiskt prioriteras ger effekt på de mätningar som görs med brukare och medarbetare.

Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt.

## 3.4. Nämndens uppföljning av verksamheten är tillräcklig

### 3.4.1. Iakttagelser

Det arrangeras mål och resultatdagar där förtroendevalda nämnsledamöter och förvaltningschefer deltar gemensamt inom ramen för styrmodellen. De intervjuade uppger ömsidigt att det finns ett stort förtroende för både chefer och tjänstemän. Det finns planer på att införa en internkontrollplan som skall bli en del av nämndens styrmodell. Planen ska återrapporteras två gånger per år. I intervjuer är flera intervjuade tydliga med att internkontroll har diskuterats under en tid även om vi inte kunna verifiera beslut om detta i nämndens protokoll. Enligt intervjuerna diskuteras hur nuvarande styrmodell vad gäller mål, nyckeltal och aktiviteter kopplade till detta kan utvecklas.

Det saknas uppföljning av mål inom myndighetsutövningen. Företrädare för förvaltningsledning menar att det finns uppföljningar även inom detta område, men det går inte att

verifiera i officiella dokument. Enligt flera intervjuade finns idag ett regelbundet arbete med mätningar av myndighetsverksamheten, bland annat kontrolleras uppföljningar samt dokumentation. Enligt flertalet intervjuer sker dock ingen uppföljning eller kontroll av genomförandeplaner, däremot finns rutiner för hur genomförandeplaner ska skrivas. Det påtalas i intervjuer att det saknas kunskap i verksamheten om hur genomförandeplaner ska skrivas men framförallt så följs dessa genomförandeplaner inte upp i tillräcklig utsträckning. Biståndsbeslut rörande särskilt boende fattas på gemensamma möten. Detta ger, enligt intervjuerna, en ökad tydlighet i beslut rörande särskilt boende.

Förutom att det finns rutiner för handläggning och riktlinjer för tillämpning av SoL<sup>5</sup> visar intervjuerna att det i dagsläget inte finns någon jämförelse mellan handläggare och inga andra typer av kontroller för att säkerställa att handläggningen inom kommunen är likvärdig. Enheten träffas varannan vecka för ärendehandledning. Detta borde enligt de intervjuade bidra till en enhetlig handläggning. Ärenden utifrån delegationslistan redovisas på nämnden. Detta innebär dock ingen formell uppföljning av kvalitet.

Det finns idag inget vårdtyngdsmätningssystem. Resursfördelningssystemet bygger på biståndsbedömd tid. Detta innebär att det inte går att tydligt följa huruvida vårdtyngd ökar eller minskar inom till exempel särskilt boende.

Sedan hösten 2016 träffas verksamhetschef, kvalitetsutvecklare, controller och enhetschefer inom äldreomsorgen månadsvis för uppföljning och analys av ekonomi och kvalitet. Uppföljningen omfattar bland annat nyckeltal som sjuktal, lönekostnader för månaden, eventuella budgetavvikelser, orsaker till dessa samt åtgärdsförslag, övriga driftkostnader, analys av beviljad tid, planerad tid samt arbetad tid och anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria. De använder även ett diagram som de benämner *hemtjänstkurva* som visar beviljade timmar, planerade timmar och arbetad tid för de olika hemtjänstområdena.

### 3.4.2. Bedömning

Vi bedömer att nämnden har en tydlig och bra uppföljning av ekonomiska nyckeltal, utfall och budget. Granskningen visar att enhetschefer inom hemtjänsten är delaktiga i uppföljningen. Vi bedömer att den ekonomiska styrningen via budgetuppföljningar är god.

Nämnden får regelbunden uppföljning på många områden till exempel via de balanserade styrkort och handlingsplaner som finns inom de olika enheterna. Utöver detta redovisas kvalitetskontroller på flera områden, till exempel via avvikelserapportering på nämndsmötena.

Vi saknar regelbunden uppföljning inom myndighetsområdet. Vi anser att regelbunden uppföljning av hur handläggarna följer upp biståndsbesluten samt kopplingen mellan biståndsbeslut och genomförandeplaner bör införas. Vi anser även att kvaliteten på biståndsbeslutens mål borde följas upp årligen då detta styr insatserna i hög grad enligt vår bedömning.

Vi bedömer kontrollmålet som delvis uppfyllt.

<sup>5</sup> Socialtjänstlagen

## **3.5. Det sker en tillräcklig återrapportering till nämnd**

### **3.5.1. Iakttagelser**

Förvaltningsledning och ansvariga politiker träffas regelbundet i avstämningsträffar. Våra intervjuer visar på en bred samsyn mellan politiker och tjänstemän och det finns ett ömsesidigt förtroende för varandras roller och kompetens.

Nämnden informeras löpande om ekonomiskt utfall gentemot budgeten. Detta görs varje månad förutom i juli.

Det finns handlingsplaner för alla verksamheter. Dessa handlingsplaner redovisas regelbundet på nämnden. Detta går att utläsa i kvalitetsplanen som nämnden beslutat om.

Det finns mål och nyckeltal inom ramen för kommunens styrmodell. Styrmodellen visar vilka mål och områden som ska prioriteras. Varje enhet har sina egna balanserade styrkort och dessa styrkort rapporteras varje år till nämnd. Enligt intervjuerna jobbar förvaltningen mycket aktivt med både balanserade styrkort och övriga styrdokument.

#### **3.5.1.1. Delegationsordning för socialnämnden**

Dokumentet antogs i nämnden 2016-12-15 och gäller från och med 2017-01-01. Delegationsordningen för socialnämndens verksamhetsområde behandlar typ av ärende, lagrum samt delegat. Enligt dokumentet bör delegation enbart lämnas till en yrkeskategori. För att det inte ska uppstå en situation där det saknas delegat får nämnden utfärda temporära delegationer vid exempelvis semester eller sjukdom. Återrapportering till nämnden samt uppföljning av delegationsordningen sker regelbundet.

#### **3.5.1.2. Riktlinjer för tillämpning av Socialtjänstlagen**

Dokumentet antogs i nämnden 2016-12-15 och gäller från och med 2017-01-01. Riktlinjerna beskriver hur delegationen enligt delegationsordningen skall tillämpas. Utredning enligt SoL ska inledas utan dröjsmål. Riktlinjen är att utredningen ska inledas inom en vecka räknat från ansökningsdagen. Det är den enskildes egna önskemål om hjälp som ska ligga till grund för ansökan och beslut. Efter bedömning beslutar biståndshandläggare om rätt till insatsen föreligger eller inte. I besluten ska det klart framgå beslutsmotivering. Besluten omprövas regelbundet. Dessa riktlinjer följs upp regelbundet av nämnd

### **3.5.2. Bedömning**

Vi bedömer att nämnden får återkommande och regelbunden återkoppling från ett flertal verksamhetsområden. Det finns en systematisk rapportering till nämnden både på formell basis i samband med nämndsmöten och dessutom träffas förtroendevalda nämndsledamöter och tjänstemän för en mer informell återkoppling.

Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt.

### **3.6. Övrigt**

#### **3.6.1. IBIC:**

Förvaltningen håller på att införa arbetssättet IBIC (individens behov i centrum). I och med införandet av IBIC är förhoppningen att det ska stödja biståndshandläggarna att sätta tydligare, mer konkreta mål utifrån individens behov än vad som görs idag. IBIC är bland annat till för att göra utredningar och genomförandet av insatser mer likvärdiga och rättssäkra samt för att underlätta arbetet med att följa upp resultat på individnivå. I dagsläget har två handledare utbildats i IBIC.

#### **3.6.2. Time Care:**

Resursplaneringssystemet Time Care används i förvaltningen. Det framgår dock av intervjuerna att systemet inte används fullt ut. Många enheter använder sig fortfarande av fast rullande schema och personalen har därmed inte möjlighet att påverka sin arbetssituation.

2017-12-11

**Caroline Liljebjörn**

---

Uppdragsledare

**Tommy Nyberg**

---

Projektledare