

# Revisionsrapport

## *Biståndshandläggning och verkställighet inom äldreomsorgen*

Övertorneå kommun

Jenny Engelmark  
Cert. kommunal revisor

Michaela Nyman  
Revisionskonsult

April 2019

---

***Innehållsförteckning***

<b>1.</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1.	Bakgrund .....	3
2.2.	Revisionskriterier .....	3
2.3.	Syfte, revisionsfråga och kontrollmål .....	3
2.4.	Metod och avgränsning .....	4
<b>3.</b>	<b>Granskningsiakttagelser biståndshandläggning .....</b>	<b>5</b>
3.1.	Organisation för biståndshandläggningen .....	5
3.2.	Handläggning av ärenden .....	6
3.2.1.	Stickprovsgranskning .....	6
3.3.	Kvalitetssäkring av biståndshandläggningen .....	7
3.4.	Uppföljning av biståndshandläggningen .....	9
<b>4.</b>	<b>Granskningsiakttagelser verkställighet .....</b>	<b>10</b>
4.1.	Genomförandeplaner .....	10
4.2.	Hantering av avvikelser och klagomål .....	11
4.3.	Riskanalys .....	12
4.4.	Egenkontroller .....	13
4.5.	Uppföljning av kvalitet inom äldreomsorgen .....	14
<b>5.</b>	<b>Revisionell bedömning .....</b>	<b>16</b>
5.1.	Bedömning av revisionsfrågor .....	16
5.2.	Bedömning av kontrollmål .....	16
5.3.	Rekommendationer .....	17

April 2019

---

***Jenny Engelmark***

*Projektledare*

---

***Hans Forsström***

*Uppdragsledare*

# 1. Sammanfattning

På uppdrag av Övertorneå kommuns förtroendevalda revisorer har PwC granskat om socialnämnden säkerställt att biståndshandläggningen inom äldreomsorgen är ändamålsenlig och bedrivs med tillräcklig intern kontroll samt om äldreomsorgen bedrivs med tillräcklig kvalitet och intern kontroll.

**Efter genomförd granskning är vår sammanfattande bedömning:**

- **att socialnämnden till övervägande del har säkerställt att biståndshandläggningen inom äldreomsorgen är ändamålsenlig,**
- **att socialnämnden till övervägande del har säkerställt en tillräcklig intern kontroll avseende biståndshandläggningen, samt**
- **att socialnämnden delvis säkerställt att äldreomsorgen bedrivs med tillräcklig kvalitet och intern kontroll.**

Denna bedömning gör vi utifrån nedanstående ställningstaganden.

Kontrollmål	Bedömning
En ändamålsenlig organisation finns för biståndshandläggningen inom äldreomsorgen.	<b>Uppfyllt</b> Det finns en tydlig styrning av biståndshandläggningen samt tillräckliga resurser. Organisationen för biståndshandläggningen bedöms som ändamålsenlig.
Det finns riktlinjer och rutiner som stödjer handläggning av enskilda ärenden och dessa tillämpas i tillfredsställande utsträckning i verksamheten.	<b>Uppfyllt</b> Tillämpade rutiner och riktlinjer finns avseende handläggning av enskilda ärenden.
Biståndshandläggningen kvalitetssäkras för att säkerställa likvärdiga och rättssäkra bedömningar	<b>Till övervägande del</b> Nämnden har en internkontrollplan som omfattar området. Vidare genomförs till övervägande del egenkontroller som bidrar till att säkerställa en likvärdig bedömning.
Nämnden följer systematiskt upp biståndshandläggningen för att säkerställa en tillräckligt god kvalitet.	<b>Till övervägande del</b> Nämnden har under året följt upp valda delar i ärendeprocessen genom årsredovisning samt kvalitetsrapport.

Ändamålsenliga genomförandeplaner finns för samtliga brukare inom äldreomsorgen.	<b>Ej uppfyllt</b> Samtliga brukare inom äldreomsorgen har inte en upprättad genomförandeplan.
Hantering av avvikelser och klagomål sker på ett ändamålsenligt sätt inom äldreomsorgen.	<b>I begränsad utsträckning</b> Rutin för området finns men rapporteringen av avvikelser sker ej i tillräcklig omfattning.
Riskanalys genomförs inom äldreomsorgen i syfte att utveckla kvaliteten.	<b>Delvis</b> Bedömningen baseras på att riskanalyser genomförs på övergripande nivå men att det fortsatt finns utvecklingspotential inom området. Vad gäller riskanalyser på individnivå finns även här utvecklingspotential.
Egenkontroller genomförs inom äldreomsorgen i syfte att utveckla kvaliteten.	<b>Till övervägande del</b> Egenkontroller genomförs i syfte att säkerställa verksamheternas kvalitet. Utvecklingsbehov finns avseende att ta tillvara på resultat av egenkontrollerna och omsätta detta i åtgärder som utvecklar kvaliteten inom äldreomsorgen.
Nämnden följer systematiskt upp kvaliteten inom äldreomsorgen.	<b>Till övervägande del</b> Uppföljning sker genom kvalitetsrapport, patientsäkerhetsberättelse samt årsredovisning. Utvecklingspotential finns avseende att ta tillvara på resultatet av uppföljningar i syfte att utveckla kvaliteten inom verksamheterna.

För att fortsatt utveckla verksamheten lämnar vi följande **rekommendationer** till socialnämnden:

- Att nämnden säkerställa att samtliga brukare inom äldreomsorgen har en ändamålsenlig genomförandeplan
- Att nämnden säkerställer att avvikelser upprättas i tillräcklig utsträckning inom samtliga av äldreomsorgens verksamheter
- Att nämnden följer upp tillämpningen av de rutiner och system som finns avseende avvikelshantering
- Att nämnden säkerställer att arbetet med riskanalyser, både på övergripande nivå och individnivå, är ändamålsenligt
- Att nämnden säkerställer att resultat av kvalitetsuppföljningar tas tillvara i syfte att utveckla kvaliteten inom äldreomsorgen och att åtgärder vidtas utifrån uppföljningarna

## **2. Inledning**

### **2.1. Bakgrund**

En stigande andel äldre människor i samhället medför utmaningar och en ökad arbetsgrad för äldreomsorgen i kommunen. I Övertorneå är omkring 32 procent av befolkningen 65 år eller äldre och det ställer bland annat krav på en effektiv och välfungerande äldreomsorg.

Enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen (SoL) 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 enskilde ska genom bistånd tillförsäkras en skälig levnadsnivå och biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Skyldigheten att dokumentera regleras av SoL 11 kap. 5 §. Där framgår att handläggning av ett ärende som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling skall dokumenteras. Dokumentationen skall utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter. Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden skall förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Sedan 2012 gäller socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Av skriften framkommer att den som bedriver socialtjänst ska tillämpa föreskrifterna i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Utifrån väsentlighet och risk bedömde revisorerna i Övertorneå kommun att det under 2018/2019 var av vikt att granska biståndshandläggning och verkställighet inom äldreomsorgen.

### **2.2. Revisionskriterier**

- Socialtjänstlagen 4 kap. 1 §
- Socialtjänstlagen 11 kap. 5 §
- SOSFS 2011:9

### **2.3. Syfte, revisionsfråga och kontrollmål**

Syftet med denna granskning har varit att besvara följande revisionsfrågor:

- Har socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig biståndshandläggning inom äldreomsorgen?
- Har socialnämnden säkerställt en tillräcklig intern kontroll avseende biståndshandläggningen?
- Har socialnämnden säkerställt att äldreomsorgen bedrivs med tillräcklig kvalitet och intern kontroll?

För att besvara revisionsfrågorna har följande kontrollmål varit styrande för granskningen:

- En ändamålsenlig organisation finns för biståndshandläggningen inom äldreomsorgen
- Det finns riktlinjer och rutiner som stödjer handläggning av enskilda ärenden och dessa tillämpas i tillfredsställande utsträckning i verksamheten
- Biståndshandläggningen kvalitetssäkras för att säkerställa likvärdiga och rättssäkra bedömningar
- Nämnden följer systematiskt upp biståndshandläggningen för att säkerställa en tillräckligt god kvalitet
- Ändamålsenliga genomförandeplaner finns för samtliga brukare inom äldreomsorgen
- Hantering av avvikelser och klagomål sker på ett ändamålsenligt sätt inom äldreomsorgen
- Riskanalyser och egenkontroller genomförs inom äldreomsorgen i syfte att utveckla kvaliteten
- Nämnden följer systematiskt upp kvaliteten inom äldreomsorgen

## **2.4. Metod och avgränsning**

Granskningen har genomförts genom:

- Intervjuer med socialchef, nämndsordförande, kvalitetsutvecklare, enhetschefer från hemtjänsten och särskilt boende för äldre, chef för biståndshandläggare samt biståndshandläggare.
- Stickprovsgranskning av 24 biståndsbeslut (12 avseende hemtjänst och 12 avseende särskilt boende) och 24 genomförandeplaner (12 avseende hemtjänst och 12 avseende särskilt boende). Stickprovsgranskningen har genomförts utifrån ett slumpmässigt urval, via slumpkalkylator, av beslut och genomförandeplaner.
- Analys av riktlinjer, rutiner och annan relevant dokumentation.
- Genomgång av nämndens protokoll för 2017, 2018 och 2019.
- Upprättande av revisionsrapport.
- De som intervjuats för granskningen har haft möjlighet att faktakontrollera innehållet i rapporten innan den offentliggjordes.
- Rapporten har kvalitetssäkrats av Christer Marklund, PwC.

## **3. Granskningsiakttagelser biståndshandläggning**

### **3.1. Organisation för biståndshandläggningen**

Socialnämndens ansvarsområden omfattar bland annat äldreomsorg samt omsorg om personer med funktionsvariationer. Myndighetsbeslut avseende insatser enligt socialtjänstlagen och andra närliggande speciallagar som berör området tas av biståndshandläggare, vilka tillhör individ- och familjeomsorgen inom socialtjänsten. Enligt uppgift från intervjuer finns en välfungerande organisation för biståndshandläggningen. Enhetschefen har en uttalad roll som stöd till biståndshandläggarna och är delaktig i den dagliga verksamheten. Vidare framgår att det finns etablerade forum för information, stöd och handledning.

Vid granskningstillfället fanns två anställda biståndshandläggare. Av dem arbetar 1,75 årsarbetare med ärenden riktat mot äldre. Resterande 0,25 procent arbetar med ärenden som rör LSS<sup>1</sup> och socialpsykiatri. Av intervjuer framgår att det har skett och framöver kommer att ske en del personalförändringar, men detta väntas inte påverka verksamheten i betydande utsträckning.

I kommunen fanns vid granskningstillfället 75 hemsjukvårdspatienter, 77 särskilda boendeplatser, 10 korttidsplatser samt 120 hemtjänstmottagare i centrum/södra området och 80 hemtjänstmottagare i norra området. Enligt de intervjuade har resurser vid behov omfördelats mellan hemtjänstområdena för att tillgodose personalbehovet.

Under 2018 har 306 beslut fattats avseende hemtjänst, 29 beslut avseende särskilt boende och 83 avseende korttidsboende.

Resurserna inom organisationen anses av de intervjuade som tillräckliga i förhållande till den ärendemängd inom äldreomsorgen som varit under de senaste åren och som fanns vid granskningstillfället. Det uppges att ärendemängden avseende LSS ökade under sommaren 2018. Resultatet av det ökade ärendetrycket blev att de uppföljningar av beslutade insatser inom särskilt boende som skulle genomföras under perioden blev eftersläpande. Vid intervjuer uppgavs att biståndshandläggarna aktivt arbetar med att genomföra dessa och komma i fas med uppföljning av beslut.

Den samlade uppfattningen avseende relationen mellan biståndshandläggarna och hemtjänsten samt de särskilda boendena beskrivs i intervju som god och välfungerande. Löpande kommunikation uppges ske mellan handläggarna och äldreomsorgens verksamheter. I intervjuerna lyfts fram att kommunen är liten och att verksamheterna har nära till varandra.

---

<sup>1</sup> Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade.

Genom intervjuer lyftes tankar om att biståndshandläggningen i framtiden eventuellt kan komma att samordnas med biståndshandläggningen i kommunerna Överkalix och Pajala för att exempelvis minska sårbarhet vid handläggares frånvaro, använda resurser mer effektivt samt för att säkra kvaliteten.

### **Bedömning**

Vi bedömer att det finns en ändamålsenlig organisation för biståndshandläggningen inom äldreomsorgen.

Bedömningen baseras på att det finns en tydlig styrning av biståndshandläggningen samt etablerade forum för stöd och handledning. Även resurserna, i förhållande och antal ärenden, är att anse som tillräckliga samt att det pågår ett arbete för att komma i fas med uppföljning av beslut inom framförallt särskilda boenden.

## **3.2. Handläggning av ärenden**

Verksamheten har att förhålla sig till flertalet lagar, föreskrifter och etablerade riktlinjer för handläggning av insatser. Riktlinjer för handläggning och verkställighet av insatser reviderades senast 2017 och enligt intervjuade är tillämpningen av riktlinjerna god trots den personalförändring som skett. Utöver dessa riktlinjer arbetar verksamheten också efter andra interna styrdokument, bland annat verksamhetsplan, IBIC<sup>2</sup> samt med riktlinjer och rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet. Alla processer och styrande dokument för verksamheten finns inlagda i kvalitetsledningsledningssystemet i Stratsys.

IBIC är ett av socialstyrelsens nationella arbetssätt för individens behov i centrum. Arbetssättet är relativt nytt inom verksamheten och uppges i verksamhetsplanen vara ett prioriterat utvecklingsområde under 2019. IBIC som arbetssätt utgår från individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i det dagliga livet för att därefter göra en bedömning av lämpliga insatser. Inom IBIC används klassifikationen ICF<sup>3</sup> för att få ett helhetsperspektiv genom att utreda elva livsområden, till exempel hur individen löser problem i vardagen samt egenvård. Tanken är att se hur individen fungerar i sin livssituation och därefter besluta om lämpliga insatser.

### **3.2.1. Stickprovsgranskning**

För granskningen har vi genomfört en stickprovsgranskning avseende biståndshandläggning inom hemtjänsten respektive särskilt boende. 12 akter har granskats för hemtjänst och 12 akter för särskilt boende, dessa akter har valts ut slumpmässigt.

Granskningen visade att det i samtliga granskade akter fanns en tydlig ansökan där det framgår vem som gjort ansökan. Det framgick även vem som lämnat uppgifter i utredningarna och utredningarna bygger på individuella bedömningar och baseras på en helhetssyn kring brukarens behov. I ett av 24 ärenden har vi noterat att det endast delvis gick att se att den enskildes synpunkter funnits med i utredningen.

<sup>2</sup> Individens behov i centrum - ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation av behov, mål och resultat i såväl handläggning, genomförande och uppföljning.

<sup>3</sup> Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.



Vidare noterade vi att samtliga beslut var tydliga, att ansökan överensstämmt med fattat beslut samt att det framgick till vem beslutet lämnats för verkställighet. Avseende uppsatta mål för de beslutade insatserna framgick att det i sju av 24 ärenden saknas övergripande mål. Mål avseende funktionstillstånd fanns i samtliga akter.

Vi kunde genom aktgranskningen inte se om utredningarna kommunicerats till brukaren. Enligt de intervjuade kommuniceras samtliga utredningar till brukarna via post och ibland även via telefonsamtal, men att det inte syns i det digitala systemet för ärendehandläggning.

Avseende besluten kunde vi inom hemtjänsten se att samtliga beslut var tidsbegränsade. Av besluten framgick att behov av insatser ska följas upp för nytt beslut inom 12 månader eller tidigare om behovet av insatser förändrats. Inom särskilt boende kunde vi se att 8 av 12 beslut var tillsvidarebeslut. Enligt intervjuade framkom dock att samtliga beslut om särskilt boende ska vara tillsvidarebeslut. De fyra beslut som angav en tidsbegränsning var enligt de intervjuade felaktigt formulerade.

Av de akter vi granskat inom hemtjänsten hade beslut i 11 av 12 ärenden fattats inom en dag. I ett av de 12 ärendena tog det 15 dagar för brukaren att få ett beslut i sitt ärende. Vad gäller verkställigheten av besluten skedde det i 11 av 12 ärenden på beslutsdatumet. I ett av fallen verkställdes beslutet efter fyra dagar.

Av de akter vi granskat inom särskilt boende kunde vi se att tiden från ansökan till beslut var marginellt längre jämfört med hemtjänstinsatser. I sju av 12 ärenden hade brukaren fått beslut inom två dagar. I fem av 12 ärenden hade beslut fattats mellan fem till 14 dagar. Vad gällde verkställigheten hade det i tre av 12 ärenden skett inom fyra dagar. I sju av 12 ärenden hade beslutet verkställts inom två månader och i två av 12 ärenden har det skett inom fyra månader.

### **Bedömning**

Vi bedömer att det finns riktlinjer och rutiner som stödjer handläggningen av enskilda ärenden och att dessa tillämpas i tillfredställande utsträckning i verksamheten.

Bedömningen baseras på att riktlinjer och rutiner finns samt är kända och etablerade i verksamheten. Vidare kan vi från stickprovsgranskningen se att det finns en tydlig och tillfredställande process vad gäller ansökan, utredning och beslutsfattande.

### **3.3. Kvalitetssäkring av biståndshandläggningen**

Kvalitetssäkring av biståndshandläggningen sker enligt uppgift dels genom den plan som finns för intern kontroll samt genom nämndens och förvaltningens kvalitetsledningsarbete.

I socialnämndens internkontrollplan för 2018 har riktade kontroller kring biståndshandläggningens överensstämmelse med gällande riktlinjer satts upp. En stickprovsgranskning har genomförts under året där fem slumpvis utvalda beslut vardera av insatser i korttidsboende, hjälp i hemmet och särskilt boende valts ut och därefter jämförts med beslutade och utförda insatser. Uppföljning av internkontrollmålen sker till nämnden årligen samt i nämndens kvalitetsrapport. Uppföljningen visar på att efterlevnaden av riktlinjer i biståndshandläggningen bedöms vara uppfyllt.

Vi har även tagit del av socialnämndens internkontrollplan för 2019 vilken innehåller kontrollmål och aktivitet för att säkerställa verkställighet inom hemtjänsten. Där planeras en stickprovskontroll i de två hemtjänstgrupperna för att jämföra beviljade insatser i Lifecare med utförda insatser i planeringssystemet It-care. Vi kan inom ramen för granskningen inte se att internkontrollplanen innehåller andra målsättningar och kontrollaktiviteter än de ovan nämnda för att säkerställa likvärdiga och rättssäkra bedömningar.

Kvalitetsledningssystemet är upprättat i det digitala systemet Stratsys och innehåller bland annat nämndens egenkontroller för att säkerställa måluppfyllelse. Kvalitetsrapporten för 2018 redovisar egenkontroller avseende kontroll av beslut inom korttidsboende, hjälp i hemmet samt särskilt boende. Vidare omfattar egenkontrollen att dokumentation sker och håller god kvalitet inom hemtjänst och särskilt boende. Utöver det finns även en kontrollaktivitet avseende kontakten mellan hemtjänsten och biståndshandläggarna.

Resultatet i kvalitetsrapporten för 2018 avseende dokumentation inom hemtjänsten och särskilt boende visar på en del brister. Det framgår att utbildning till personalen har genomförts 2017 vilket bidragit till att kvaliteten inom området utvecklats, men att arbete kvarstår. Kontakt i form av regelbundna teamträffar mellan hemtjänsten och biståndshandläggarna bedöms vara etablerade.

På verksamhetsnivå framgår av intervju att biståndshandläggarna tillsammans med sin enhetschef har veckovisa ärendemöten där aktuella ärenden och övriga frågor avseende verksamheten behandlas.

### **Bedömning**

Vi bedömer att biståndshandläggningen till övervägande del kvalitetssäkras för att säkerställa likvärdiga och rättssäkra bedömningar.

Bedömningen baseras på att nämndens internkontrollplan omfattar kontrollmål som säkerställer kvalitetssäkring av biståndshandläggningen. Vidare arbetar nämnden med egenkontroller som bidrar till att säkerställa en likvärdig bedömning av brukarens behov men arbetet kring dessa bedöms kunna stärkas ytterligare, då särskilt kring arbetet med att säkerställa att dokumentation sker och håller god kvalitet.

### **3.4. Uppföljning av biståndshandläggningen**

För granskningen har vi noterat att uppföljning av biståndshandläggningen framförallt sker i samband med årsredovisning samt kvalitetsrapport.

I årsredovisning kan vi se att det skett viss uppföljning av enhetens arbete med IBIC genom brukarbedömning inom hemtjänst och särskilt boende. Ytterligare uppföljning och utvärdering av arbetssättet planeras för 2019. Vidare framgår att det fattats 83 biståndsbeslut inom korttidsboende, varav 0 avslag, 306 beslut om hjälp i hemmet, varav 0 avslag samt 29 beslut om särskilt boende, varav 5 avslag skett. Enligt uppgift från intervju har inga avslag överklagats.

I internkontrollplan för 2018 har nämnden granskat efterlevnaden av riktlinjer vid biståndshandläggningen och avser för 2019 att följa upp beslutade och utförda insatser inom hemtjänsten. I nämndens kvalitetsledningssystem finns upprättade egenkontroller som omfattar biståndsbeslut inom korttidsboende, hjälp i hemmet samt särskilt boende. Utöver detta omfattar egenkontrollerna att dokumentation sker och håller god kvalitet inom hemtjänst och särskilt boende samt avseende kontakten mellan hemtjänsten och biståndshandläggarna. Resultatet från internkontrollplanens kontrollmål samt resultat från nämnden egenkontroller redovisas i årsredovisningen samt kvalitetsrapporten för 2018. För vidare information se avsnitt 3.3.

Enligt uppgifter från intervju framgår att enhetschefen löpande följer biståndshandläggningen och arbetet kring måluppfyllelse på arbetsplatsträffar och ärendemöten.

#### **Bedömning**

Vi bedömer att nämnden till övervägande del systematiskt följer upp biståndshandläggningen för att säkerställa en tillräckligt god kvalitet.

Bedömningen baseras på att nämnden under året i till övervägande del följt upp delar i ärendeprocessen genom årsredovisning samt kvalitetsrapport.

## 4. *Granskningsiakttagelser verkställighet*

### 4.1. *Genomförandeplaner*

I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår allmänna råd avseende att planera och genomföra insatser enligt 11 kap 5 § SoL. De allmänna råden innefattar att en insats bör dokumenteras i en genomförandeplan som upprättas hos vårdgivaren med hänsyn till brukarens självbestämmanderätt och integritet. Vidare framgår att det i genomförandeplan bör framgå följande:

- Vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut.
- Om insatsen innehåller en eller flera aktiviteter hos utföraren.
- Vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet.
- Vem hos utföraren som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet.
- När och hur olika aktiviteter ska genomföras.
- Hur utföraren ska samverka med nämnden, andra utförare eller andra huvudmän, t.ex. hälso- och sjukvården, skolan eller Arbetsförmedlingen.
- När och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp.
- Om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hans eller hennes synpunkter och önskemål.
- Vilka andra personer som har deltagit i arbetet med att upprätta genomförandeplanen.
- När planen har fastställts.
- När och hur planen ska följas upp.

Inom hemtjänsten har vi i stickprovsgranskningen kunnat se att 6 av 12 brukare har en upprättad genomförandeplan. Samtliga av dessa genomförandeplaner bedömdes som tillräckliga. Inom särskilt boende för äldre hade 9 av 12 brukare en upprättad genomförandeplan. Samtliga av dessa bedömdes vara tillräckliga, men i en av planerna framgick inte om brukaren eller annan part varit delaktig i framtagande av genomförandeplanen.

I kvalitetsrapporten för 2018 finns en egenkontroll avseende genomförandeplan för hemtjänsten och särskilt boende. Resultatet för hemtjänsten visar på att målet inte nåtts.

Enligt uppgifter från intervju konstaterades att genomförandeplaner finns i varierad utsträckning inom hemtjänsten. Vår övergripande bild är att arbetet med genomförandeplaner i högre utsträckning sker i centrala hemtjänstområdet än i det norra.

Orsaken uppges bero på begränsad tid för administrativa uppgifter hos personalen. Målet för norra hemtjänstområdet är att samtliga genomförandeplaner ska vara framtagna och uppdaterade under våren 2019. Ansvarig för genomförandet är kontaktpersoner samt enhetchef.

Vi noterar att det finns en dokumenterad guide för hur genomförandeplaner ska dokumenteras i LifeCare. Vidare framgår målsättning i årsredovisningen för 2018 om fortsatt arbete med att få all personal att göra genomförandeplaner i nya verksamhetssystemet LifeCare.

### **Bedömning**

Vi bedömer att det inte finns ändamålsenliga genomförandeplaner för samtliga brukare inom äldreomsorgen.

Bedömningen baseras på att vi genom vår stickprovsgranskning kunnat se att det finns brukare som saknar genomförandeplaner. Noteras bör dock att ambitionen om att upprätta genomförandeplaner till samtliga brukare inom äldreomsorgen i verksamhetssystemet Lifecare finns, samt att det pågår ett arbete med att upprätta och uppdatera genomförandeplaner.

## **4.2. Hantering av avvikelser och klagomål**

I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att den som bedriver socialtjänst ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från olika aktörer som är i kontakt med verksamheten. Vidare framgår att den som bedriver socialtjänst utan dröjsmål ska dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras av vårdgivaren för att kunna se mönster som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet.

Inom socialnämnden finns det en framtagen rutin avseende klagomåls- och avvikelshantering vilken innefattar att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud. Klagomål kan lämnas via patientnämnden och via direktkontakt med verksamheterna, via telefon eller digitalt. Vårdgivaren har ett ansvar att utreda ärendet och senare återkoppla och besvara den som begärt ett yttrande.

Avvikelse som upptäcks ska rapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller ansvarig chef varpå åtgärder vid behov ska vidtas. För att förenkla inrapportering och säkerställa att arbetet sker på rätt sätt har ett avvikelshanteringssystem, Infosoc, tagits i bruk där samtliga ärenden som berör avvikelser ska registreras digitalt.

Inom socialförvaltningen ansvarar kommunens MAS för att avvikelser följs löpande och denne har även som ansvar att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse vilken redovisas för socialnämnden. Under 2018 har det registrerats 217 avvikelser avseende fall, 83 avvikelser avseende läkemedel, 12 avseende omvårdnad och 49 övriga avvikelserapporteringar.

Vidare framgår det att det under 2018 har inkommit två klagomål. Dessa har enligt intervjuer följts upp och åtgärder har vidtagits utifrån behov. Vi noterar att inga anmälningar gjorts enligt Lex Sarah eller Lex Maria.

I kvalitetsrapporten finns egenkontroller för att säkerställa nämndens hantering av avvikelser. Kontrollerna omfattar redovisning och analys av sammanställning av avvikelser 1 gång/år, vilket sker av MAS och socialchef. Även kontroll om uppföljning av genomförda avvikelser, uppföljning av rutin för klagomål- och avvikelshantering samt kontroll av tidsåtgången för hantering av avvikelser följs upp. Resultatet för samtliga kontrollmål redovisas som uppfyllda.

Enligt de intervjuade finns ett mörkertal avseende avvikelser och det framhålls att samtliga avvikelser som skett i verksamheterna inte har rapporterats i avvikelssystemet. En del enheter uppges vara bättre än andra på att rapportera avvikelser. I intervjuer beskrivs att ett visst motstånd finns kring att skriva avvikelser, vilket bland annat uppges bero på brist på tid och kunskap, samt att personal inte vill "hänga ut" varandra. Vidare beskrivs avvikelserapportering som ett uttalat utvecklingsområde för flera verksamheter. Ambitionen uppges vara att verksamheterna ska utveckla arbetet kring klagomåls- och avvikelshanteringens samt att följsamheten till rutinerna för avvikelshanteringens ska förbättras.

### **Bedömning**

Vi bedömer att hanteringen av avvikelser och klagomål i begränsad utsträckning sker på ett ändamålsenligt sätt inom äldreomsorgen.

Bedömningen baseras på att det finns en upprättad rutin avseende klagomåls- och avvikelshanteringens och ett digitalt avvikelssystem. Dock framkommer att rapporteringen av avvikelser inte fungerar tillfredställande och att det finns ett mörkertal vad gäller uppkomna avvikelser som inte rapporteras.

### **4.3. Riskanalyser**

I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att vårdgivare som bedriver socialtjänst fortlöpande ska bedöma om det föreligger risk för händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma negativa konsekvenser som skulle kunna inträffa till följd av händelsen.

Enligt uppgift från intervjuer görs riskbedömningar på individnivå i samband med att en ny brukare får insatser från socialtjänsten samt om en befintlig brukare fått ett förändrat beslut om insatser. Riskbedömningarna ligger till grund för beslut om exempelvis specialkost och rutiner vid förflyttningar, men uppges av de intervjuade finnas i begränsad utsträckning.

Vidare framgår att riskanalyser genomförs på organisatorisk nivå inom hemtjänsten och särskilt boende. De riskanalyser som genomförts omfattar brukares möjlighet till inflytande, förekomst av genomförandeplan, att dokumentation sker och håller god kvalitet, god personalkontinuitet samt brukares kapacitet att använda larm. Riskanalyserna ligger till grund för en del av nämndens egenkontroller.

Av intervjuer framgår att riskanalyserna genomförs i IT-systemet Stratsys. Vidare uppges det inom vissa verksamheter finnas ett samarbete mellan den aktuella enheten, biståndshandläggarna samt legitimerad personal avseende riskbedömningar. Enligt de intervjuade är det systematiska arbetet med riskanalyser fortsatt ett utvecklingsområde. Målet uppges vara att i framtiden utforma riskanalyserna mer anpassat efter verksamheterna.

### **Bedömning**

Vi bedömer att det delvis genomförs riskanalyser inom äldreomsorgen i syfte att utveckla kvaliteten.

Bedömningen baseras på att riskanalyser genomförs på övergripande nivå och per enhet, men att det fortsatt finns utvecklingspotential inom området. Vad gäller riskanalyser på individnivå finns även här utvecklingspotential. Vi noterar att de riskanalyser som genomförts inom verksamheterna ligger till grund för en del av nämndens egenkontroller.

## **4.4. Egenkontroller**

I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att vårdgivare som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska genomföras med sådan frekvens att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

I kvalitetsrapporten för 2018 framgår mått och resultat av nämndens egenkontroller. Hemtjänstens egenkontroller omfattar arbetet med genomförandeplaner, att dokumentation sker och håller god kvalitet, kommunikationen mellan hemtjänsten och biståndshandläggarna, personalkontinuitet samt planering. Av rapporten kan ses att hemtjänsten inte når måluppfyllelse gällande genomförandeplan samt personalkontinuitet. Orsaken uppges bero på att genomförandeplaner inte upprättats till fullo inom framförallt en av enheterna samt att antalet personal som hemtjänsttagare möter under 14 dagar är fortsatt hög. Övriga kontrollmål bedöms vara uppfyllda.

För särskilt boende omfattar egenkontrollerna genomförandeplaner, att dokumentation sker och håller god kvalitet samt kontroll att det inom särskilda boenden erbjuds regelbundna aktiviteter. Kontrollmålen visar på god måluppfyllelse med undantag för kontrollmålet avseende dokumentation som når delvis måluppfyllelse med anledning av att det råder brister inom området trots genomförd utbildning och regelbundna kontroller.

Vi har inom ramen för granskningen inte kunnat se att nämnden beslutat om några åtgärder kopplat till kontrollmålens resultat.



Nämnden följer även uppgifter från KKiK<sup>4</sup> samt öppna jämförelser i syfte att jämföra kvaliteten inom socialtjänsten i kommunen med länet och landet i övrigt. De mått som omfattar äldreomsorgen avser upplevd kvalitet inom särskilt boende, andel invånare i särskilda boendeformer samt kostnad per brukare inom särskilt boende. Resultatet för 2018 visar på att brukare upplever en något sämre kvalitet än föregående år men kommunens resultat ligger över både regionens och rikets.

### **Bedömning**

Vi bedömer att egenkontroller till övervägande del genomförs inom äldreomsorgen i syfte att utveckla kvaliteten.

Bedömningen baseras på att nämnden har upprättat egenkontroller för områden som ska säkerställa verksamheternas kvalitet inom äldreomsorgen.

Nämnden bör dock säkerställa att arbetet med att ta tillvara på resultatet av egenkontrollerna i syfte att införa lämpliga åtgärder för att ytterligare stärka kvaliteten inom äldreomsorgen utvecklas.

## **4.5. Uppföljning av kvalitet inom äldreomsorgen**

I verksamhetsplanen för 2019 framgår nämndens prioriterade utvecklingsområden innehållande övergripande mål och kvalitetsmått. De mått som nämnden avser följa är 1) andel brukare som känner sig trygga på sitt särskilda boende, 2) brukares upplevelse av möjlighet till inflytande samt 3) andel brukare som är ganska/mycket nöjd med sin hemtjänst/särskilt boende ÄO.

Samtliga mått följs upp dels i årsredovisning samt i nämndens kvalitetsrapport genom socialstyrelsens nationella brukarundersökning för äldreomsorgen. För 2018 rapporteras samtliga mått som uppfyllda med förbättrat resultat med undantag för särskilt boende som når delvis måluppfyllelse avseende brukarnöjdhet och brukares möjlighet till inflytande. Enligt uppgifter från intervjuer upplevs resultatet av den nationella brukarundersökningen ge en missvisande bild av nöjdhetsgraden inom särskilt boende. Anledningen uppges vara att deltagandet i undersökningarna för särskilt boende var lågt (omkring 20-40 %) och att svaranden till stor del utgjordes av andra än brukaren själv. Inom hemtjänsten var svarsfrekvensen högre och uppgick till omkring 65 %.

En lokal brukarundersökning genomfördes under 2017 vilken bland annat undersökte nöjdhetsgraden inom äldreomsorgen. Resultatet av undersökningen presenterades till nämnden och visade att brukare inom äldreomsorgen sammantaget var *mycket nöjd* samt *ganska nöjd* med den vård de erhöll. Ingen lokal brukarundersökning har gjorts inom socialnämndens verksamhetsområde under 2018.

---

<sup>4</sup> Kommunen kvalitet i korthet – jämför resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna.



Andra mått som följs upp i årsredovisningen är 4) andel brukare som upplever att det är lätt att få träffa sjuksköterskan vid behov samt 5) andel brukare som upplever att det är lätt att träffa läkare vid behov. Den sammantagna bedömning inom hemtjänst som särskilt boende visade på god måluppfyllelse.

Nämnden följer även upp arbetet med egenkontroller avseende bland annat genomförandeplan, dokumentation, samt avvikelser vilka redovisas i årsredovisning och patientsäkerhetsberättelse. För vidare information se avsnitt 4.2 och 4.4.

Enligt uppgift från intervjuer framgår att den systematiska uppföljningen av kvalitén inom äldreomsorgen är relativt välfungerande men att det finns brister avseende att ta tillvara på resultatet och att vidta åtgärder kopplade till resultatet.

### **Bedömning**

Vi bedömer att nämnden till övervägande del systematiskt följer upp kvaliteten inom äldreomsorgen.

Bedömningen baseras på att uppföljning sker genom kvalitetsrapport, patientsäkerhetsberättelse samt årsredovisning.

Nämnden bör utveckla arbetet med att ta tillvara på resultatet av uppföljningar i syfte att utveckla kvaliteten inom äldreomsorgen.

## 5. Revisionell bedömning

### 5.1. Bedömning av revisionsfrågor

Efter genomförd granskning är vår sammanfattande bedömning:

- att socialnämnden till övervägande del har säkerställt att biståndshandläggningen inom äldreomsorgen är ändamålsenlig
- att socialnämnden till övervägande del har säkerställt en tillräcklig intern kontroll avseende biståndshandläggningen, samt
- att socialnämnden delvis säkerställt att äldreomsorgen bedrivs med tillräcklig kvalitet och intern kontroll.

### 5.2. Bedömning av kontrollmål

I vår granskning har följande bedömningar gjorts kopplade mot granskningens kontrollmål.

Kontrollmål	Bedömning
En ändamålsenlig organisation finns för biståndshandläggningen inom äldreomsorgen.	<b>Uppfyllt</b> Det finns en tydlig styrning samt tillräckliga resurser. Organisationen för biståndshandläggningen bedöms som ändamålsenlig.
Det finns riktlinjer och rutiner som stödjer handläggning av enskilda ärenden och dessa tillämpas i tillfredsställande utsträckning i verksamheten.	<b>Uppfyllt</b> Tillämpade rutiner och riktlinjer finns avseende handläggning av enskilda ärenden.
Biståndshandläggningen kvalitetssäkras för att säkerställa likvärdiga och rättssäkra bedömningar	<b>Till övervägande del</b> Nämnden har en internkontrollplan som omfattar området. Vidare genomförs till övervägande del egenkontroller som bidrar till att säkerställa en likvärdig bedömning.
Nämnden följer systematiskt upp biståndshandläggningen för att säkerställa en tillräckligt god kvalitet.	<b>Till övervägande del</b> Nämnden har under året följt upp valda delar i ärendeprocessen genom årsredovisning samt kvalitetsrapport.
Ändamålsenliga genomförandeplaner finns för samtliga brukare inom äldreomsorgen.	<b>Ej uppfyllt</b> Samtliga brukare inom äldreomsorgen har inte en upprättad genomförandeplan.

Hantering av avvikelser och klagomål sker på ett ändamålsenligt sätt inom äldreomsorgen.	<b>I begränsad utsträckning</b> Rutin för området finns men rapporteringen av avvikelser sker ej i tillräcklig omfattning.
Risکانalyser genomförs inom äldreomsorgen i syfte att utveckla kvaliteten.	<b>Delvis</b> Bedömningen baseras på att risکانalyser genomförs på övergripande nivå men att det fortsatt finns utvecklingspotential inom området. Vad gäller risکانalyser på individnivå finns även här utvecklingspotential.
Egenkontroller genomförs inom äldreomsorgen i syfte att utveckla kvaliteten.	<b>Till övervägande del</b> Egenkontroller genomförs i syfte att säkerställa verksamheternas kvalitet. Utvecklingsbehov finns avseende att ta tillvara på resultat av egenkontrollerna och omsätta detta i åtgärder som utvecklar kvaliteten inom äldreomsorgen.
Nämnden följer systematiskt upp kvaliteten inom äldreomsorgen.	<b>Till övervägande del</b> Uppföljning sker genom kvalitetsrapport, patientsäkerhetsberättelse samt årsredovisning. Utvecklingspotential finns avseende att ta tillvara på resultatet av uppföljningar i syfte att utveckla kvaliteten inom verksamheterna.

### 5.3. *Rekommendationer*

För att ytterligare utveckla området lämnar vi följande **rekommendationer** till socialnämnden:

- Att nämnden säkerställa att samtliga brukare inom äldreomsorgen har en ändamålsenlig genomförandeplan
- Att nämnden säkerställer att avvikelser upprättas i tillräcklig utsträckning inom samtliga av äldreomsorgens verksamheter
- Att nämnden följer upp tillämpningen av de rutiner och system som finns avseende avvikelshantering
- Att nämnden säkerställer att arbetet med risکانalyser, både på övergripande nivå och individnivå, är ändamålsenligt
- Att nämnden säkerställer att resultat av kvalitetsuppföljningar tas tillvara i syfte att utveckla kvaliteten inom äldreomsorgen och att åtgärder vidtas utifrån uppföljningarna.