

Granskning av långsiktig planering och styrning av äldreomsorg och LSS

Sölvesborgs kommun

Tommy Nyberg

Elin Freeman

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Bedömningar mot kontrollmål	3
Inledning	7
Syfte och Revisionsfråga	7
Revisionskriterier	7
Kontrollmål	7
Avgränsning	8
Metod	8
laktagelser och bedömningar	9
Det finns tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen	9
Det finns riktlinjer, rutiner och tillhörande system för hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utförare.	10
Det sker en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet	12
Det finns en tydlig uppföljning av myndighetsutövning (biståndsbedömning) som utformar tydliga insatser till utföraren. Denna myndighetsutövning innefattar tydliga mål samt regelbunden uppföljning av beslut. Detta redovisas regelbundet till nämnden	14
Det finns en tydlighet hos utföraren avseende hur biståndsbesluten utförs	16
Det finns en långsiktig planering av verksamheten som redovisas och följs upp av nämnden	16
Revisionell bedömning	17
Rekommendationer	17

Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Sölvesborgs kommun har PwC genomfört en granskning av långsiktig planering och styrning av äldreomsorg och LSS.

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 omsorgsnämnden 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.

Vidare skall kommunen enligt lagen om stöd och service LSS ge goda levnadsvillkor till de individer som uppfyller kriterierna för insatser enligt denna lagstiftning.

Om inte omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning och ledning finns en risk att den enskilda brukaren går miste om de insatser denne har rätt till. Det kan leda till en försämrad livssituation/livskvalitet för den enskilde samt ökad belastning/oro för anhöriga. För kommunen leder även eventuella brister i ledning och styrning till ökade kostnader i form av exempelvis högre personalkostnad inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten.

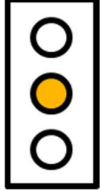
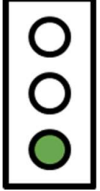
Omsorgsnämnden har ett ansvar för att planera framåt för sin verksamhet och för att förse kommunfullmäktige med tillförlitliga underlag för långsiktig planering och ev. prioriteringar. Eftersom äldreomsorg och LSS-verksamhet är en väsentlig verksamhet som med sin omfattning påverkar invånarna och kommunens ekonomi är det angeläget att det finns en framförhållning i planeringen.

Säkerställer omsorgsnämnden en ändamålsenlig långsiktig styrning och ledning av äldreomsorgen och LSS-verksamheten?

Vi gör bedömningen att omsorgsnämnden inte helt säkerställer en långsiktig styrning och ledning av äldreomsorgen och LSS-verksamheten. Det finns en tydlig planering och uppföljning på de flesta verksamhetsområden. Det finns en tydlig planering och uppföljning av ekonomi inom nämndens verksamhetsområde. Vi bedömer att det finns utvecklingspotential avseende uppföljning av myndighetsutövning då detta är ett område som styr både kvalitet och ekonomi. Vi bedömer också att en långsiktig planering av verksamheten idag saknas.

Vi bedömer att arbetet med egenkontroller är rutin och implementerat vilket vi ser som positivt. Vi ser att verksamheten har en medvetenhet om syftet med dessa egenkontroller. Vi bedömer att egenkontrollerna kan kompletteras med stickprov en gång per år där dessa egenkontroller kontrolleras.

Bedömningar mot kontrollmål

Kontrollmål	Kommentar	
Det finns tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen	Delvis uppfyllt Vi bedömer att det delvis finns tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen. Vi grundar vår bedömning på att arbetsgången avseende målen är tydlig. Det finns en rutin och en mall som används vid upprättande av aktiviteter och handlingsplan för respektive enhet inom förvaltningen. Det finns en tydlig tidsplan för målarbetet som är förankrad i nämndens årsplanering. Dock bedömer vi att nämndens mål till viss del är allmängiltiga och kan tydliggöras för att underlätta för förvaltningen att bryta ner målen i verksamheten och skapa handlingsplaner och aktiviteter.	
Det finns riktlinjer, rutiner och tillhörande system för hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utförare	Uppfyllt Vi bedömer att det finns riktlinjer, rutiner och tillhörande system för hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utföraren. Vi grundar vår bedömning på att det finns ett kvalitetsledningssystem som är ett verktyg för att leda och planera samt kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Vidare finns flertalet riktlinjer, rutiner och årsplanering för både nämnd och enhetschefer samt en internkontrollplan. Vi ser positivt på införandet av rutinen för egenkontroll, dock görs inga stickprovsvisa kontroller av förvaltningsledningen för att kontrollera att egenkontrollerna stämmer och är korrekt utförda. Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt även om det är en brist att det inte sker stickprov av denna egenkontroll.	

Det sker en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet

Uppfyllt

Vi bedömer att det sker en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet. Vi grundar vår bedömning på att ekonomisk uppföljning redovisas till nämnden elva månader om året. Månadsuppföljningen upprättas av enhetschef baserat på underlag som skickas ut av ekonom. Vi bedömer att månadsuppföljningen innehåller väsentliga delar så som nyckeltal kring sjuktal, uppgifter om lönekostnader och driftkostnader samt eventuella avvikelser och prognos. Vi bedömer att förvaltningen bör tydliggöra denna rutin då vi i intervjuer fått många olika budskap för vem som bär ansvaret för prognoser. Vi ser på sikt också ett behov för förvaltningen att arbeta med att rätt till heltid skall fördelas över flera enheter om detta skall införas inom nämnden fullt ut. Det finns annars en uppenbar risk att personal inte används på ett effektivt sätt.



Det finns en tydlig uppföljning av myndighetsutövning (biståndsbedömning) som utformar tydliga insatser till utföraren. Denna myndighetsutövning innefattar tydliga mål samt regelbunden uppföljning av beslut. Detta redovisas regelbundet till nämnden

Delvis uppfyllt

Vi bedömer att det delvis finns en tydlig uppföljning av myndighetsutövning som utformar tydliga insatser till utföraren. Vi grundar vår bedömning på att det finns riktlinjer som anger uppföljningsintervall för samtliga insatser inom SoL och LSS. Vi bedömer att rutinerna för att tidsätta och följa upp beslut har förbättrats. Numera är samtliga beslut tidsbegränsade och uppföljning sker enligt fastställda riktlinjer. Vi bedömer dock att kontroll av huruvida uppföljningen görs bör införas då de intervjuade inte fullt ut kan svara på om uppföljning görs inom givet tidsintervall.

Vidare bedömer vi att kontroll av att det finns en röd tråd mellan biståndsbeslut och genomförandeplan bör införas. Vi bedömer att målformuleringarna i biståndsbesluten har förbättrats men att det kvarstår arbete med att konkretisera och individualisera målen ytterligare. Vi ser positivt på ärendegranskningen som förvaltningen har infört samt att tre stickprov av individärenden redovisas på arbetsutskottets månatliga möte.



Det finns en tydlighet hos utföraren avseende hur biståndsbesluten utförs

Uppfyllt

Vi bedömer att det finns en tydlighet hos utföraren avseende hur biståndsbesluten utförs. Vi grundar vår bedömning på att kontroll av att genomförandeplaner har upprättats kontrolleras av biståndshandläggare och enhetschef. Kontrollen redovisas till nämnden en gång per år. Vi bedömer att kontroll av att biståndsbeslut överensstämmer med genomförandeplan görs till viss del av biståndshandläggaren vid tidpunkten för uppföljningen.



Det finns en långsiktig planering av verksamheten som redovisas och följs upp av nämnden

Ej Uppfyllt

Vi bedömer att det vid tidpunkten för granskningen inte finns en långsiktig planering av verksamheten som redovisas och följs upp av nämnden. Det pågår dock ett arbete med att ta fram en treårig verksamhetsplan. Det finns också en medvetenhet om behovet av en flerårsplan inom förvaltningsledningen.



Inledning

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 omsorgsnämnden 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.

Vidare skall kommunen enligt lagen om stöd och service LSS ge goda levnadsvillkor till de individer som uppfyller kriterierna för insatser enligt denna lagstiftning.

Om inte omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning och ledning finns en risk att den enskilda brukaren går miste om de insatser denne har rätt till. Det kan leda till en försämrad livssituation/livskvalitet för den enskilde samt ökad belastning/oro för anhöriga. För kommunen leder även eventuella brister i ledning och styrning till ökade kostnader i form av exempelvis högre personalkostnad inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten.

Omsorgsnämnden 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 äldreomsorg och LSS-verksamhet är en väsentlig verksamhet som med sin omfattning påverkar invånarna och kommunens ekonomi är det angeläget att det finns en framförhållning i planeringen.

Utifrån genomförd riskanalys har revisorerna gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av långsiktig planering och styrning av äldreomsorg och LSS.

Syfte och Revisionsfråga

Säkerställer omsorgsnämnden en ändamålsenlig långsiktig styrning och ledning av äldreomsorgen och LSS-verksamheten?

Revisionskriterier

- Socialtjänstlagen
- Omsorgsnämndens protokoll 2018-2019
- Sölvesborgs kommuns egna riktlinjer och styrdokument, omsorgsnämndens internkontrollplan.
- Lagen om stöd och service LSS
- Internkontrollplan 2018-2019

Kontrollmål

- Det finns tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen.
- Det finns riktlinjer, rutiner och tillhörande system för hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utförare.
- Det sker en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet.
- Det finns en tydlig uppföljning av myndighetsutövning (biståndsbedömning) som utformar tydliga insatser till utföraren. Denna myndighetsutövning innefattar tydliga mål samt regelbunden uppföljning av beslut. Detta redovisas regelbundet till nämnden.
- Det finns en tydlighet hos utföraren avseende hur biståndsbesluten utförs.
- Det finns en långsiktig planering av verksamheten som redovisas och följs upp av nämnden.

Avgränsning

Granskningen avgränsas till omsorgsnämndens ansvar avseende äldreomsorg och LSS-verksamhet.

Metod

Dokumentgranskning har genomförts av för granskningen relevanta mål, riktlinjer och rutiner. I granskningen har även ingått en genomgång av omsorgsnämndens internkontrollplan samt protokoll avseende år 2018.

Intervjuer har genomförts med omsorgschef, verksamhetschef för myndighet och kontroll, verksamhetschef för HSL och särskilt boende, verksamhetschef för funktionshinder, verksamhetschef hemtjänst, kvalitetsutvecklare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), ekonomer, biståndshandläggare samt omsorgsnämndens presidium.

Rapporten har varit föremål för sakavstämning.

Iakttagelser och bedömningar

Det finns tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen

Iakttagelser

Inom omsorgsnämnden baseras målen på fyra strategiska områden; livsmiljö, arbete och näringsliv, infrastruktur och kommunikationer samt service och värdskap. För varje strategiskt område finns tre till fyra inriktningsmål. Inriktningsmålen syftar till vad omsorgsnämnden vill uppnå inom 3 till 4 år. För varje strategiskt område finns nämndmål för året. Dessa är tagna i kommunfullmäktiges budget och följs upp i samband med delårsrapport och årsredovisning. För år 2018 kan vi utläsa av årsredovisningen att av totalt elva verksamhetsmål var sex mål uppfyllda, tre mål delvis uppfyllda och två mål ej uppfylla. Måluppfyllelsen uppgick således till 55 %.

Det finns en kommunövergripande handbok "*Att utveckla mål och resultat i Sölvesborg 2018*". Handboken är upprättad under år 2017. Av handboken framgår bl.a. hur vision, strategiska områden, nämndmål och aktiviteter på förvaltningsnivå hänger ihop. Politikeres respektive tjänstemäns olika roller framgår samt skillnaden mellan kvalitetsstyrning och målstyrning. Begreppen mål, indikator och aktivitet förklaras samt vad som ska beaktas i val av dessa.

Varje enhet inom omsorgsnämnden tar fram en individuell handlingsplan för nämndmålen. Enligt årsplanering beslutas dessa av nämnden i mars månad. Av handlingsplanen framgår aktiviteter för att uppnå målen samt vem/vilka som ansvarar för aktiviteten. I mars månad beslutar nämnden även om patientsäkerhetsmålen för kommande år. Det finns en kommunövergripande målblankett som ifylles på enhetsnivå. Av blanketten framgår strategiska områden, inriktningsmål, nämndmål för det aktuella året, enhetens aktiviteter och handlingsplan för att uppnå målen samt vem/vilka som är ansvariga för aktiviteterna.

Av intervjuerna framgår att det pågår ett arbete med att införa mål- och resultatsystem i Stratsys.¹ Stratsys ska implementeras under april 2019. Arbetet är påbörjat men inte fullt implementerat. Arbetet med målen förväntas bli tydligare i och med införandet av Stratsys. Varje chef från enhetschef upp till förvaltningschef kommer ha en egen vy som kallas "*röda tråden*". I sin vy kan respektive chef se de mål som är relevanta för dem. Både ekonomi och kvalitet kommer bli samlat på ett ställe i Stratsys och kommer kunna brytas ner på enhetsnivå.

Enligt de intervjuade upplevs nämndmålen som allmängiltiga. Verksamheterna har arbetat mycket med att bryta ner nämndmålen och skapat mätbara aktiviteter för att driva verksamheten framåt. Det framgår att förvaltningsledningen arbetar tillsammans med den relativt ny tillsatta nämnden för att förbättra och förnya målen.

Förvaltningen arbetar med att kontinuerligt följa icke verkställda beslut. Detta arbete görs genom egenkontroll samt via förvaltningsledningen.

Vår genomgång visar också att det inte finns en genomlysning av myndighetsutövning där uppföljning av denna verksamhet görs, med undantag för ej verkställda beslut.

¹ Ett ekonomi- och kvalitetssystem.

Bedömning

Delvis Uppfyllt.

Vi bedömer att det delvis finns tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen. Vi grundar vår bedömning på att arbetsgången avseende målen är tydlig. Det finns en rutin och en mall som används vid upprättande av aktiviteter och handlingsplan för respektive enhet inom förvaltningen. Det finns en tydlig tidsplan för målarbetet som är förankrad i nämndens årsplanering. Dock bedömer vi att nämndens mål till viss del är allmängiltiga och kan tydliggöras för att underlätta för förvaltningen att bryta ner målen i verksamheten och skapa handlingsplaner och aktiviteter. Vi bedömer att uppföljning av myndighetsarbetet är ett utvecklingsområde då detta skulle sätta fokus på ett område av central betydelse. Visserligen följs ej verkställda beslut men vi ser det som viktigt att följa flera delar i myndighetsprocessen. Vi ser positivt på arbetet som pågår med att införa mål- och resultatsystemet Stratsys då personalen på ett tydligare sätt kommer kunna följa mål avseende både ekonomi och kvalitet.

Det finns riktlinjer, rutiner och tillhörande system för hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utförare.

lakttagelser

Det finns kvalitetsledningssystem som är ett verktyg för att leda och planera samt kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Kvalitetsledningssystemet nås av de anställda via intranätet, där förvaltningens samtliga rutiner, riktlinjer och blanketter finns samlade.

Förvaltningen har en kvalitetsutvecklare. Kvalitetsutvecklarens övergripande arbetsuppgifter är att stödja den operativa verksamheten i kvalitetsfrågor. Det huvudsakliga fokusområdet har sedan start varit att införa systemet Stratsys. Enligt förvaltningens implementeringsplan ska uppföljningen för mars 2019 göras i Stratsys i början av april tillsammans med ekonomerna. I april genomförs administratörsutbildning och under maj och juni fanns drop-in tider om personalen behöver stöd. Det finns ett E-Verktyg där förvaltningen kan bygga egna digitala utbildningar som stöd till personal. Detta arbete är påbörjat enligt intervjuer men ej slutfört.

Omsorgsförvaltningen har flertalet riktlinjer och rutiner som vi har tagit del av. Det finns årsplanering för omsorgsnämnden som visar vad som ska beslutas/redovisas till nämnden månadsvis. Årsplanering finns även för enhetschefer inom omsorgsförvaltningen. Exempelvis redovisas kvalitet/ekonomiuppföljning varje månad. Handlingsplaner utifrån nämndens mål ska vara klara i februari och måluppfyllelsen av handlingsplanerna redovisas till nämnden i november månad.

Vi har tagit del av nämndens internkontrollplan för år 2019. Omsorgsnämnden har beslutat om ett internkontrollområde, vilket är att följa omsorgsnämndens årshjul. Exempel på kontrollmoment som framgår av årsplaneringen/årshjulet är redovisning av avvikelser enligt Lex Sarah och Lex Maria, ej verkställda beslut, statistik över tid i boende, stickprov av individärenden, stickprov av rätt avgifter, redovisning av sjukfrånvaro, tillbud och arbetsskador, bostadssanpassningsbeslut, redovisning av vårdtyngdsmätning samt genomgång av riktlinjer.

Kontroll av att årshjulets aktiviteter följs rapporteras två gånger per år i januari respektive september månad till arbetsutskottet. Redovisning av internkontrollplanen görs i december månad.

Följande kontrollmoment ingick i nämndens internkontrollplan för år 2018; budget i balans, kontroll av att delegationer och riktlinjer följs gällande både individärenden och

bostadsanpassningsbidrag, att rätt avgifter debiteras samt kontroll av planerade aktiviteter.

Vidare har vi tagit del av de riktlinjer som finns för handläggning inom omsorgsnämndens ansvarsområde (SoL och LSS). Riktlinjerna är uppdaterade i november 2018. Sammanlagt innehåller kompendiet 25 separata riktlinjer. Exempel på riktlinjer är riktlinjer för hjälp i hemmet, riktlinjer för social aktivering, riktlinjer för boende på särskilt boende, riktlinjer för korttids/växelboende, riktlinjer för boendestöd, riktlinjer för ledsagarservice, riktlinjer för avlösarservice i hemmet, riktlinjer för boende i familjehem samt riktlinjer för daglig verksamhet.

Av intervjuerna framgår att godkännande av övergripande rutiner görs av ledningsgruppen. Rutiner upprättas och följs upp av olika ansvariga personer. Kvalitetsutvecklaren finns som stöd och hjälper till med bl.a. formalia. Enligt nämndens årsplanering ingår det i december månad genomgång av samtliga riktlinjer (SoL, LSS och HSL).

Gällande följsamhet i rutiner framgår av intervjuerna att det är respektive chefs ansvar. Det finns en nyligen införd rutin för egenkontroll som började gälla 2018-12-10. Enligt rutinen ska egenkontroll göras med den frekvens och omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten. Syftet är också, enligt rutinen, att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamheten. Rutinen innefattar egenkontroll av hemtjänst, särskilt boende, korttidsverksamhet och verksamhet enligt LSS i form av en checklista som ska fyllas i av respektive enhetschef. Checklistan är uppdelad på fyra perspektiv; brukare, verksamhet, personal och bemötande och innefattar totalt 17 stycken egenkontroller. Det som kontrolleras är bl.a. om samtliga brukare har en kontaktman, om en genomförandeplan är upprättad inom 7 dagar, att genomförandeplanen uppdateras minst var sjätte månad, kontroll av att rutinen kring basal hygien följs samt att samtliga medarbetare har kännedom om verksamhetens ledningssystem för kvalitet. Egenkontrollen ska utföras en gång per år och vid behov ska handlingsplaner upprättas. Våra intervjuade påtalar att denna rutin följs i allt väsentligt.

Enligt de intervjuade ska egenkontrollerna läggas in i Stratsys under våren 2019. Det kommer bidra till en ökad transparens mellan enhetschef upp till förvaltningschef och kommer kunna användas mer som en förbättringsåtgärd snarare än enbart en kontrollfunktion. Detta arbete är implementerat och pågår.

Rutin för egenkontroll finns även inom hälso- och sjukvård. Egenkontrollen utgör en del av vårdtyngdsmätningen. Egenkontrollen innebär en kvalitetssäkring för att den enskilde ska få ett respektfullt bemötande samt en säker vård av god vårdhygienisk standard. Egenkontrollen är en del av det systematiska kvalitetsarbetet och ska på ett systematiskt sätt kontrollera att verksamheten ger en god och säker vård. Där hälso- och sjukvård bedrivs ska egenkontroll genomföras. Enhetschef är ansvarig för att vårdpersonalen har förutsättningar att utföra sitt arbete inom hälso- och sjukvård. Egenkontrollen innefattar fyra olika områden; kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal, vård i livets slut, läkemedelshantering samt fall och fallskador. Varje område innefattar en rad olika frågeställningar som ska besvaras.

I samband med intervjuer påtalas från flera att interna kontroller utvecklats inom förvaltningen. Främst sker det genom ett upparbetat egenkontrollssystem där enhetschefer får i uppdrag att granska olika områden.

Vid tidpunkten för granskningen görs inga stickprov från förvaltningsledningen av att egenkontrollerna stämmer och är korrekt utförda. Orsaken till att stickprovsvisa kontroller inte utförs anges enligt de intervjuade vara brist på resurser.

Bedömning

Uppfyllt.

Vi bedömer att det finns riktlinjer, rutiner och tillhörande system för hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utföraren. Vi grundar vår bedömning på att det finns ett kvalitetsledningssystem som är ett verktyg för att leda och planera samt kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Vidare finns flertalet riktlinjer, rutiner och årsplanering för både nämnd och enhetschefer samt en internkontrollplan. Vi ser positivt på införandet av rutinen för egenkontroll, dock görs inga stickprovsvisa kontroller av förvaltningsledningen för att kontrollera att egenkontrollerna stämmer och är korrekt utförda. Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt även om det är en brist att det inte sker stickprov av denna egenkontroll.

Även om arbetet med intern kontroll enligt intervjuerna förbättrats markant bedömer vi att området som rör myndighet kan utvecklas, då detta är ett område där flera delar ännu ej finns med i det systematiska intern kontrollarbetet. Nämnas kan tydlighet i mål och huruvida ärenden följs upp.

Det sker en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet

lakttagelser

Enligt omsorgsnämndens årsplanering framgår att ekonomisk uppföljning redovisas till nämnden elva månader om året. Det sker ingen redovisning till nämnd i juli månad. Av årsplaneringen för omsorgsförvaltningens enhetschefer framgår att kvalitet- och ekonomiuppföljning görs under årets samtliga månader.

Vi har tagit del av ett urval av förvaltningens månadsuppföljningar för februari år 2019. Månadsuppföljningen upprättas av enhetschef baserat på underlag som skickas ut av ekonom. De uppgifter som ska framgå av uppföljningen är nyckeltal kring sjuktilfällena och sjukfrånvaro. Nuläget ska analyseras i relation till föregående år eller månad samt vilka åtgärder som har vidtagits eller planerats. Vidare innehåller uppföljningen uppgifter om ekonomi och budget i balans. Personalkostnader och övriga driftkostnader redovisas var för sig. Eventuell avvikelse för den aktuella månaden framgår samt ackumulerad avvikelse för året. Enligt mallen ska enhetschefen kommentera sitt utfall med uppgifter om vad avvikelse beror på, estimerad årsprognos, vilka åtgärder som planeras för att uppnå en budget i balans, om tjänstgöringsgrad över- eller understiger budgeterad sysselsättningsgrad samt om de har haft extrapersonal utöver fastställt schema. För enheter inom hemtjänsten redovisas även hemtjänstkurvan med en jämförelse mellan beviljade, planerade och utförda timmar.

Enligt intervjuerna framgår att förvaltningen har månatliga uppföljningar på varje enhet. Det finns en personalbudget och en driftbudget. Inom hemtjänsten finns ett resursfördelningssystem med en schablon för varje beviljad timme. Resursfördelningssystemet följs upp månatligen.

Av intervjuerna framgår att personalbudgeten periodiseras för att täcka semestervikarier under sommarmånaderna. Dock gjordes ingen periodisering av budgeten för att täcka extra personal och merkostnader i samband med julen år 2018. Dessa merkostnader belastade således budgeten i januari år 2019.

Ekonom skickar underlag till respektive enhetschef och enligt de intervjuade ansvarar enhetscheferna för att kommentera utfallet utifrån ekonomens underlag. Av intervjuerna framgår att den ekonomiska förståelsen och intresset varierar mellan enhetscheferna. Analys och prognos kan därför vara av varierande kvalitet. Från och med januari år 2019 träffar ekonomen sina enhetschefer i grupp en gång i månaden. Vid behov kan enhetscheferna boka

ett individuellt möte med sin ekonom. Till och med år 2018 hade ekonom separata månatliga träffar tillsammans med varje enhetschef. De gemensamma mötena upplevs som positiva då enhetscheferna kan lära av varandra. Vid tidpunkten för granskningen pågår ett arbete med att införa månadsuppföljningarna i Stratsys. När rapporteringen införs i Stratsys kommer uppföljningen bli enhetlig för alla enheter och de uppgifter som ska ingå i rapporteringen kommer bli tydligare.

Enligt mallen för månadsuppföljningen ska enhetscheferna analysera löne- och driftkostnader och förklara vad eventuella avvikelser beror på samt ange prognosticerat utfall för året. Enligt de intervjuade är det ekonom tillsammans med verksamhetschef som skriver prognos och eventuell åtgärdsplan. I och med införandet av Stratsys kommer enhetschefens ansvar avseende prognos och åtgärdsplan att bli tydligare. Förvaltningen kommer att erbjuda utbildning i ekonomi för enhetscheferna vid behov.

Av intervjuerna framgår att förvaltningsledningen önskar utöka verksamheten med en extra ekonomtjänst för att kunna säkerställa att enhetscheferna får det stöd som de behöver. Vidare framgår att förvaltningsledningen arbetar aktivt med att mätning och rapportering av kostnader avseende bl.a. sjukfrånvaro och overtidskostnader ska bli så korrekt som möjligt för att få rätt förutsättningar i budgeten. Detaljbudgeten för kommande år beslutas vanligtvis i december månad.

Inom särskilt boende är det tätheten som styr resursfördelningen. Demensboende har en täthet (0.8 årsarbetare/boendeplats) och övriga särskilda boenden har en annan täthet (0.6 årsarbetare/boendeplats). Ett par år bakåt i tiden var tätheten olika på de olika boendena och arbete har slutförts för att uppnå samma täthet på kommunens samtliga särskilda boenden. Enligt de intervjuade justeras inte resurserna inom särskilt boende om vårdtyngden förändras om exempelvis en vårdtung brukare avlider eller om någon plötsligt får ökade behov. Personal fördelas på de särskilda boendena genom beslutad täthet. Enhetschefer ska bemanna enligt fastställd fördelning. Personal registrerar sitt önskade schema i systemet TimeCare. Dock tillåter systemet enbart att personalen schemalägger sig inom sin egen enhet. Detta är inte fullt ut infört inom förvaltningen. Det pågår i form av projekt. Kommunen har infört projektarbetet "rätt till heltid" och personalen har rätt till hela sin önskade sysselsättningsgrad inom sin ordinarie enhet även om det inte finns tillräckligt med behov inom den specifika enheten.

Inom hemtjänsten finns ett resursfördelningssystem och resurser fördelas utifrån beslutade timmar.

Gällande uppföljning av kvalitet framgår av intervjuerna att förvaltningen följer omsorgsnämndens årsplanering. Redovisning av exempelvis icke verkställda beslut framgår av årsplaneringen.

Vårdtyngdsmätning utförs årligen av den medicinskt ansvarige sjuksköterskan (MAS). Vårdtyngdsmätningen redovisas enligt omsorgsnämndens årsplanering i april månad. Vi har tagit del av vårdtyngdsmätningen som genomfördes inom särskilt boende under våren år 2018. Mätningen används dock inte som ett redskap för resursfördelning. De mätinstrument som används vid vårdtyngdsmätning i Sölvesborgs kommun är ADL-trappan², Bergerskalen psykisk status samt medicinska insatser³. Omvårdnadspersonalen tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska registrerar resultaten för samtliga brukare på respektive enhet. Av det sammanlagda medelvärdet av samtliga mätområden per boende framgår att värdet har

² Aktiviteter i det dagliga livet. Ett sätt att mäta förmåga hos individen.

³ Skattningsinstrument av mental förändring.

minskat för samtliga sju boenden jämfört med år 2017. Boendet med det högsta värdet är Tärnan.

Enligt de intervjuade är det ekonom tillsammans med verksamhetschef som skriver prognos och eventuell åtgärdsplan, men enligt vår granskning sker ett upprättande av eventuell åtgärdsplan och detta är enhetschefens ansvar. Här påtalar förvaltningen i sakgranskningen att det idag är enhetschef som ansvarar för prognos och är ansvarig för eventuell åtgärdsplan.

Bedömning

Uppfyllt.

Vi bedömer att det sker en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet. Vi grundar vår bedömning på att ekonomisk uppföljning redovisas till nämnden elva månader om året. Månadsuppföljningen upprättas av enhetschef baserat på underlag som skickas ut av ekonom. Vi bedömer att månadsuppföljningen innehåller väsentliga delar så som nyckeltal kring sjuktal, uppgifter om lönekostnader och driftkostnader samt eventuella avvikelser och prognos. Vi bedömer att förvaltningen bör tydliggöra denna rutin då vi i intervjuer fått många olika budskap för vem som bär ansvaret för prognoser. Vi bedömer att det vore önskvärt att det finns en fördelning inom särskilt boende baserat på vårdtyngd då behoven i dessa verksamheter ändras under året. Vi ser på sikt också ett behov för förvaltningen att arbeta med att rätt till heltid skall fördelas över flera enheter. Det finns annars en uppenbar risk att personal inte används på ett effektivt sätt. Dessa synpunkter tar dock inte bort vår helhetsbedömning.

Det finns en tydlig uppföljning av myndighetsutövning (biståndsbedömning) som utformar tydliga insatser till utföraren. Denna myndighetsutövning innefattar tydliga mål samt regelbunden uppföljning av beslut. Detta redovisas regelbundet till nämnden

lakttagelser

Det finns riktlinjer för år 2019 som anger de insatser som finns enligt SoL respektive LSS. Riktlinjerna anger tidsintervall för uppföljning. Exempelvis ska första uppföljningen ske efter 3-4 veckor för samtliga insatser förutom förenklade biståndsbeslut och växelvårdsbeslut. Denna uppföljning sker för att säkerställa att den enskilde har fått sitt beslut utfört. Eftersom biståndsbesluten är tidsbegränsade följer handläggarna upp ärendet inom angiven tidsintervall i riktlinjerna.

Av intervjuerna framgår att rutinerna för att tidsätta och följa upp beslut har förbättrats. Till skillnad från för några år sedan är alla beslut numera tidsbegränsade och uppföljning sker efter ovan nämnd rutin. Av intervjuerna framgår att standardgräns för beslut är 12 månader, sex månader för barnärenden och två veckor för korttidsboende gällande växelvård. Det finns ett "hemgångsteam" som arbetar inom HSL och SoL där besluten är korta och täta uppföljningar görs. Vidare framgår av intervjuerna att i samband med uppföljning efter 12 månader tillfrågas brukaren om den har kännedom om sin kontaktperson, om den känner till sin genomförandeplan samt vad den anser om antalet utförare som de träffar.

Uppföljning av ärenden inom SoL ansvarar respektive handläggarna för. Vid tidsbrist förekommer det att intervallet för uppföljning förlängs med en månad, men det är enligt de intervjuade inte vanligt förekommande. För uppföljning av ärenden inom LSS ansvarar respektive ansvarig handläggare.

Enligt det intervjuade genomförs inte kontroll från förvaltningsledningens sida huruvida riktlinjerna för tidsintervall för uppföljning följs av handläggarna och inte heller kontroll om det finns en röd tråd mellan biståndsbeslut och genomförandeplan.

Enligt intervjuerna deltar verksamhetschefen för myndighet och kontroll varannan gång vid handläggarnas ärendegranskningar. Slumpmässiga ärenden väljs sedan ut inom olika områden och redovisas till arbetsutskottet.

Av de intervjuade framgår att målformuleringen i biståndsbesluten har förbättrats. Det är dock mer vanligt förekommande med generella mål inom SoL än vad det är inom LSS. Inom LSS strävar handläggarna efter att målen ska arbetas fram i samråd med den enskilde. Om den enskilde inte kan förmedla mål sätts målen av handläggaren och risken finns att det blir mål av mer generell karaktär. Det framgår av intervjuerna att förvaltningen har ärendegranskning varje vecka där ett ärende från hemtjänst, ett från särskilt boende samt ett LSS-ärende granskas. Vid tidpunkten för granskningen pågår arbete med att införa IBIC⁴ i verksamheten. Tre medarbetare från verkställigheten och två biståndshandläggare genomgår processledarutbildning inom IBIC.

Enligt de intervjuade framgår att det är relativt vanligt att beslut fattas redan i samband med första mötet med brukare inom äldreomsorgen. Dessa typer av snabba beslut är däremot inte vanliga inom LSS-ärenden.

Vidare framgår det av intervjuerna att verksamheten har särskilda boendegruppsmöten där boendebeslut för särskilt boende fattas. Formellt har handläggarna delegation på boendebeslut, men enligt intervjuerna fattas dessa beslut alltid gemensamt i boendegruppen.

Vi har tagit del av månatlig sammanställning av statistik för februari år 2019. Av sammanställningen framgår exempelvis lediga platser inom särskilt boende, antal platser i kö, lediga platser på demensboende, ej verkställda beslut över 3 månader inom SoL respektive LSS, kostnad för institutionsplaceringar för aktuell månad samt ackumulerad kostnad för året, antal bostadsanpassningar, Lex Sarah samt Lex Maria.

Enligt intervjuerna och nämndens årsplanering redovisas individärenden genom tre stickprov på arbetsutskottets månatliga möte. Stickprov väljs ut av nämndssekreterare. Enligt de intervjuade är det många typer av ärenden som inte är delegerat genom delegationsordningen och därmed har nämnden stor insikt och kontroll av verksamheten.

Bedömning

Delvis Uppfyllt

Vi bedömer att det delvis finns en tydlig uppföljning av myndighetsutövning som utformar tydliga insatser till utföraren. Vi grundar vår bedömning på att det finns riktlinjer som anger uppföljningsintervall för samtliga insatser inom SoL och LSS. Vi bedömer att rutinerna för att tidsätta och följa upp beslut har förbättrats. Numera är samtliga beslut tidsbegränsade och uppföljning sker enligt fastställda riktlinjer. Standardgräns för beslut är 12 månader med undantag för barnärenden och korttidsboenden som är tidsatta till sex månader. Korttidsbeslut och Växelvård följs upp efter två veckor. Vi bedömer dock att kontroll av huruvida uppföljningen görs bör införas då de intervjuade inte fullt ut kan svara på om uppföljning görs inom givet tidsintervall.

Vidare bedömer vi att kontroll av att det finns en röd tråd mellan biståndsbeslut och genomförandeplan bör införas. Vi bedömer att målformuleringarna i biståndsbesluten har förbättrats men att det kvarstår arbete med att konkretisera och individualisera målen

⁴ Ett utredningsinstrument, Individens behov i Centrum.

ytterligare. Vi ser positivt på ärendegranskningen som förvaltningen har infört samt att tre stickprov av individärenden redovisas på arbetsutskottets månatliga möte.

Det är relativt vanligt förekommande att beslut fattas redan i samband med första mötet med brukare inom äldreomsorgen. Vi ser positivt på att verksamheten har infört boendegruppsmöten där boendebeslut avseende särskilt boende fattas. Detta anser vi bidrar till mer enhetliga beslut.

Det finns en tydlighet hos utföraren avseende hur biståndsbesluten utförs

lakttagelser

Enligt de intervjuade kontrollerar biståndshandläggarna inom myndighetsutövning att det finns genomförandeplaner. Kontrollen redovisas till nämnden två gånger per år, i januari månad och i augusti månad. Enligt intervjuerna finns rutin för upprättande av genomförandeplan. Mallen för genomförandeplan finns i Procapita⁵. Det finns olika mallar beroende på typ av verksamhet, exempelvis en för daglig verksamhet och en för barn och ungdom. Berörd personal har erhållit utbildning i social dokumentation och i utbildningen ingår kurs i upprättande av genomförandeplan. De intervjuade uppger att kvaliteten på genomförandeplanerna varierar mellan enheterna. Inom LSS upplevs genomförandeplanerna som genomarbetade och håller god kvalitet.

En genomförandeplan ska baseras på biståndshandläggarens utredning. Någon kontroll av huruvida genomförandeplanerna följer biståndsbeslutet genomförs inte av förvaltningsledningen vid tidpunkten för granskningen. Enligt biståndshandläggarna görs kontroller vid uppföljningen av ärendet att akten överensstämmer med genomförandeplanen. Vid eventuella skillnader kontaktas respektive enhetschef. Kontroll av att genomförandeplan upprättas utförs av enhetscheferna och redovisas till respektive verksamhetschef. Inom verksamheten för funktionshinder utförs stickprov under året av verksamhetschefen för att kontrollera att uppföljning har gjorts inom givet tidsintervall. Stickprov eller liknande för att kontrollera dessa uppgifter utförs inte av förvaltningsledningen för övriga verksamheter vid tidpunkten för granskningen.

Bedömning

Uppfyllt.

Vi bedömer att det finns en tydlighet hos utföraren avseende hur biståndsbesluten utförs. Vi grundar vår bedömning på att kontroll av att genomförandeplaner har upprättats kontrolleras av biståndshandläggare och enhetschef. Kontrollen redovisas till nämnden en gång per år. Vi bedömer att kontroll av att biståndsbeslut överensstämmer med genomförandeplan görs till viss del av biståndshandläggaren vid tidpunkten för uppföljningen.

Det finns en långsiktig planering av verksamheten som redovisas och följs upp av nämnden

lakttagelser

Av intervjuerna framgår att vid tidpunkten för granskningen pågår ett arbete med att ta fram en treårig verksamhetsplan. Verksamhetsplanen ska innehålla en långsiktig plan men även innehålla delar som de ska fokusera på inom den närmsta tiden. Det framgår av intervjuerna att den treåriga planen är efterfrågad för att bidra till en långsiktighet i arbetet.

⁵ Verksamhetssystem där utredningar skrivs.

Bedömning

Ej Uppfyllt.

Vi bedömer kontrollmålet som ej uppfyllt då det vid tidpunkten för granskningen inte finns en långsiktig planering av verksamheten som redovisas och följs upp av nämnden. Det pågår dock ett arbete med att ta fram en treårig verksamhetsplan. Det finns också en medvetenhet om behovet av en flerårsplan inom förvaltningsledningen.

En långsiktig äldreomsorgsplan skulle innebära att nämnden kan styra eventuella prioriteringar samt eventuella områden där de politiskt vill att förvaltningen skall lägga mer tid. Med tanke på det grundarbete som nämnden redan lagt ner på förbättringar så bedömer vi att detta skulle kunna hjälpa nämnden framåt i flera väsentliga delar.

Revisionell bedömning

Säkerställer Omsorgsnämnden en ändamålsenlig långsiktig styrning och ledning av äldreomsorgen och LSS-verksamheten?

Vi gör bedömningen att omsorgsnämnden inte helt säkerställer en långsiktig styrning och ledning av äldreomsorgen och LSS-verksamheten. Det finns en tydlig planering och uppföljning på de flesta verksamhetsområden. Det finns en tydlig planering och uppföljning av ekonomi inom nämndens verksamhetsområde. Vi bedömer att det finns utvecklingspotential avseende uppföljning av myndighetsutövning då detta är ett område som styr både kvalitet och ekonomi. Vi bedömer också att nämnden bör utforma en mer långsiktig planering av verksamheten, vilket idag saknas.

Vi bedömer att arbetet med egenkontroller är rutin och implementerat vilket vi ser som positivt. Vi ser att verksamheten har en medvetenhet om syftet med dessa egenkontroller. Vi bedömer att egenkontrollerna kan kompletteras med stickprov en gång per år där dessa egenkontroller kontrolleras.

Rekommendationer

Vi rekommenderar omsorgsnämnden att egenkontrollerna som utförs av enhetscheferna en gång per år kontrolleras och dokumenteras av antingen verksamhetschef eller omsorgschef.

Vi rekommenderar att omsorgsnämnden inför rutiner som inte tillåter beslut direkt i samband med hembesök. Vi ser stora risker med snabba beslut. Kombinerat detta med långa beslut finns även risker för att individen inte har rätt insats under lång tid.

Vi rekommenderar att omsorgsnämnden tillser att verksamhetschefen för funktionshinder utför stickprovsvisa kontroller för att säkerställa att genomförandeplaner har upprättats inom givet tidsintervall. Kontrollerna bör dokumenteras.

Vi rekommenderar att omsorgsnämnden utformar en långsiktig (4 år) verksamhetsplanering där politiska ambitioner och prioriteringar fastställs.

2019-09-17

Anna Hilmansson

Uppdragsledare

Tommy Nyberg

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Sölvesborgs kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2019-02-25. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.