

Revisionsrapport

Granskning av styrning och uppföljning inom äldreomsorgen

Bollebygds kommun

Lars Näsström
Helena Richardsson

December 2018

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Syfte och revisionsfråga	3
1.3. Revisionskriterier	4
1.4. Kontrollmål	4
1.5. Avgränsning	4
1.6. Metod	4
2. Särskilt boende och hemtjänst i Bollebygds kommun	5
2.1. Organisation och uppdrag	5
2.2. Nyckeltalsredovisning	5
3. Granskningsresultat	7
3.1. Riktlinjer, rutiner och bedömningsinstrument	7
3.1.1. Iakttagelser	7
3.1.2. Bedömning	8
3.2. Systematiskt kvalitetsarbete	8
3.2.1. Iakttagelser	8
3.2.2. Bedömning	9
3.3. Genomförandeplaner	9
3.3.1. Iakttagelser	9
3.3.2. Bedömning	10
3.4. Vårdtyngd och bemanning	11
3.4.1. Iakttagelser	11
3.4.2. Bedömning	12
3.5. Flexibelt personalutnyttjande	12
3.5.1. Iakttagelser	12
3.5.2. Bedömning	14
3.6. Uppföljning och kontroll	14
3.6.1. Iakttagelser	14
3.6.2. Bedömning	16
2. Revisionell bedömning	18
2.1. Rekommendationer	18
Bilaga 1	19

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Bollebygds kommun genomfört en granskning av styrningen och uppföljningen av äldreomsorgen. Granskningen syftar till att besvara följande revisionsfråga: *Säkerställer bildnings- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig styrning och uppföljning av särskilda boenden och hemtjänst?*

Vår samlade bedömning är att bildnings- och omsorgsnämnden delvis säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av särskilda boenden och hemtjänst. Bedömningen grundar sig på iakttagelser och bedömningar för respektive kontrollmål, vilka framkommer av rapporten.

En sammanställning av granskningens kontrollmål återfinns nedan:

Kontrollmål	Bedömning
Det finns riktlinjer, rutiner och bedömningsinstrument för myndighetsutövning som är kända och tillämpas	Delvis uppfyllt
Det finns en tydlig ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet samt ett aktivt och systematiskt arbete med att förbättra kvaliteten i utförandet	Delvis uppfyllt
Det finns aktuella genomförandeplaner som används i planeringen av insatserna	Delvis uppfyllt
Det finns en koppling mellan vårdtyngd och bemanning av verksamhet	Delvis uppfyllt
Det finns rutiner och arbetssätt för ett flexibelt personalutnyttjande	Delvis uppfyllt
Det sker en aktiv och strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet i utförandet	Delvis uppfyllt

Rekommendationer

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi bildnings- och omsorgsnämnden att:

- Aktivt följa implementeringsarbetet av en gemensam utredningsmetodik och att säkerställa att denna införs.
- Säkerställa att ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet för äldreomsorgen implementeras fullt ut och får avsedd effekt.
- Säkerställa en strukturerad och systematisk uppföljningsprocess för genomförandeplaner.
- Säkerställa att det finns ett samband mellan vårdtyngd och bemanning av verksamheten.
- Vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa att det ekonomiska resultatet inom äldreomsorgen återställs.
- Säkerställa en systematisk och strukturerad uppföljningsprocess av ekonomi och kvalitet.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få den 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. 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. För att få bistånd i form av insatser inom äldreomsorgen behöver ansökan göras och därefter genomförs av en prövning, där socialnämnden står för bedömningen av hjälpbehovet samt beslutar om lämplig insats.

Nämnden ansvarar för att de insatser som ges till de äldre ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten fortlöpande och systematiskt utvecklas och säkras. Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och dokumenteras i en genomförandeplan.

Personalen står för kommunernas enskilt största kostnad och förutsättning för kvalitet. Detta innebär att det behöver finnas en koppling mellan bemanning och vårdtyngd samt ett aktivt arbete med att optimera personalresurser mellan boenden och hemtjänstgrupper.

I Bollebygds kommun ansvarar bildnings- och omsorgsnämnden för äldreomsorgen i kommunen. Sedan 1 januari 2018 är förvaltningen delad i två delar; en bildningsförvaltning och en omsorgsförvaltning. Från och med 2019 kommer även nämnden att delas i två nämnder. För att nämnden ska kunna utöva sitt ansvar gentemot medborgarna och tillse att äldreboendena håller en god kvalitet och följer lagstiftning samtidigt som den är kostnadseffektiv är det angeläget att det finns en ändamålsenlig styrning och ledning av verksamheten.

Revisorerna har utifrån en bedömning av väsentlighet och risk funnit det angeläget att granska huruvida nämndens styrning och uppföljning avseende äldreboenden är ändamålsenlig eller inte.

1.2. Syfte och revisionsfråga

Granskningen syftar till att bedöma om bildnings- och omsorgsnämnden har en tillräcklig styrning och kontroll inom särskilda boenden och hemtjänst. Följande revisionsfråga ska besvaras:

- *Säkerställer bildnings- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig styrning och uppföljning av särskilda boenden och hemtjänst?*

1.3. *Revisionskriterier*

Iakttagelserna bedöms gentemot följande revisionskriterier:

- Kommunallagen (2017:725)
- Socialtjänstlagen (2001:453)
- SOSFS (2011:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- SOSFS (2014:5) Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten
- Kommunens interna styrdokument, som exempelvis reglementen, verksamhetsplan och budget.

1.4. *Kontrollmål*

För att besvara revisionsfrågan kommer följande kontrollmål vara vägledande:

- Kontrollmål 1** Det finns riktlinjer, rutiner och bedömningsinstrument för myndighetsutövning som är kända och tillämpas
- Kontrollmål 2** Det finns en tydlig ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet samt ett aktivt och systematiskt arbete med att förbättra kvaliteten i utförandet
- Kontrollmål 3** Det finns aktuella genomförandeplaner som används i planeringen av insatserna
- Kontrollmål 4** Det finns en koppling mellan vårdtyngd och bemanning av verksamhet
- Kontrollmål 5** Det finns rutiner och arbetssätt för ett flexibelt personalutnyttjande
- Kontrollmål 6** Det sker en aktiv och strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet i utförandet

1.5. *Avgränsning*

Granskningen har avgränsats till bildnings- och omsorgsnämndens verksamhet inom hemtjänst och särskilda boenden under 2018.

1.6. *Metod*

Granskningen har bestått av analys av relevanta styrande och stödjande dokument avseende kommunens särskilda boenden och hemtjänst (se bilaga 1), granskning av nämndens protokoll (till och med november 2018) samt intervjuer med följande funktioner:

- Verksamhetschef äldreomsorg, bildnings- och omsorgsförvaltningen
- Utvecklingsledare, bildnings- och omsorgsförvaltningen
- Enhetschef Myndighet Vuxen, bildnings- och omsorgsförvaltningen
- Biståndshandläggare, bildnings- och omsorgsförvaltningen
- Enhetschef Äldreboende, bildnings- och omsorgsförvaltningen
- Enhetschef Gruppboende, bildnings- och omsorgsförvaltningen
- Tillförordnad enhetschef Hemtjänst, bildnings- och omsorgsförvaltningen

Rapporten har sakgranskats av de intervjuade.

2. Särskilt boende och hemtjänst i Bollebygds kommun

2.1. Organisation och uppdrag

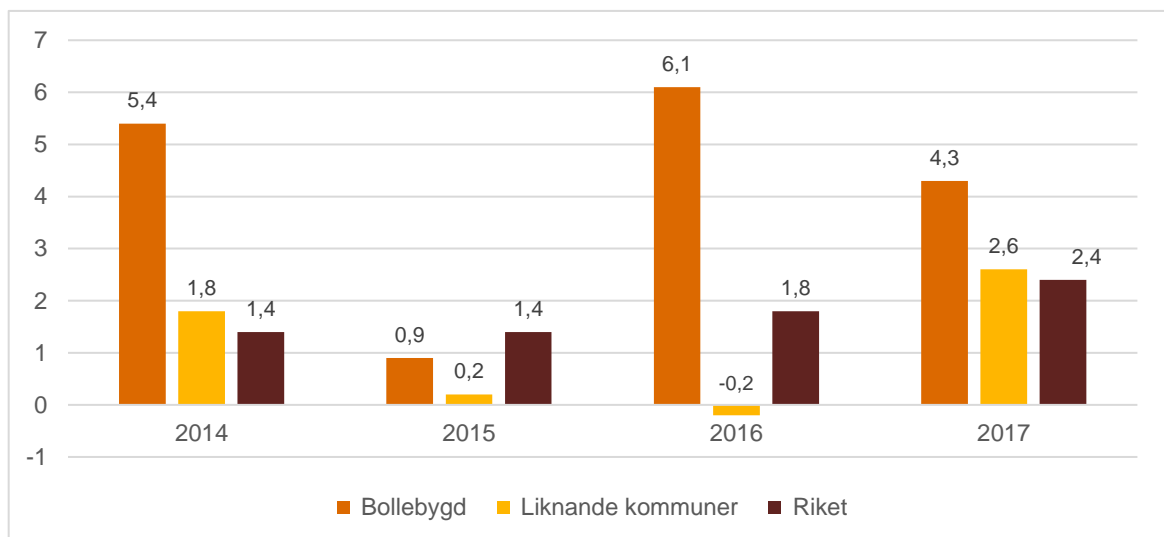
Enligt Bildnings- och omsorgsnämndens reglemente fullgör nämnden kommunens ansvar när det gäller att tillgodose behoven av vård och omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om stöd till vissa funktionshindrade (LSS).

Enligt reglementet fullgör nämnden även kommunens uppgifter enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) avseende hemtjänstverksamheten. LOV är införd i kommunen för både omsorg och serviceinsatser inom hemtjänsten. Det innebär att privata företag kan få ersättning av kommunen för att utföra tjänster. Den som blivit beviljad hemtjänst får möjlighet att själv välja utförare. Antalet ärenden i extern regi har varierat genom åren. Under 2018 finns hittills inga hemtjänstärenden i extern regi.

2.2. Nyckeltalsredovisning¹

Diagram 1 visar uppmätt nettokostnadsavvikelse för bildnings- och omsorgsnämndens äldreomsorgsverksamhet i Bollebygds kommun mellan år 2014 och år 2017 jämfört med liknande kommuner² och riket³. Diagrammet visar en sammanvägning av nettokostnadsavvikelsen för särskilt boende och hemtjänst.

Diagram 1: Nettokostnadsavvikelse äldreomsorg, (%)



Diagrammet visar att nettokostnadsavvikelsen för äldreomsorgsverksamheten har varierat under perioden år 2012 till år 2017. Särskilt markant är år 2015 då nettokostnadsavvikelsen är betydligt lägre jämfört med år 2014 och år 2016. Stora variationer mellan åren

¹ Statistiken är hämtad från Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada)

² Liknande kommuner äldreomsorg (2017) bygger på viktningen referenskostnad 30 %, huvudmannaskap hemsjukvård 60 % och befolkning 10 %. Liknande kommuner är Bjuv, Burlöv, Hammarö, Lilla Edet, Stenungssund, Svalöv och Åstorp.

³ Riket är det samma som alla kommuner i Sverige (ovägt medel)

kan spegla verksamhetsförändringar, men kan utifrån vår erfarenhet också bero på ändrade redovisningsrutiner eller felaktig bokföring.

Diagram 2: Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/brukare

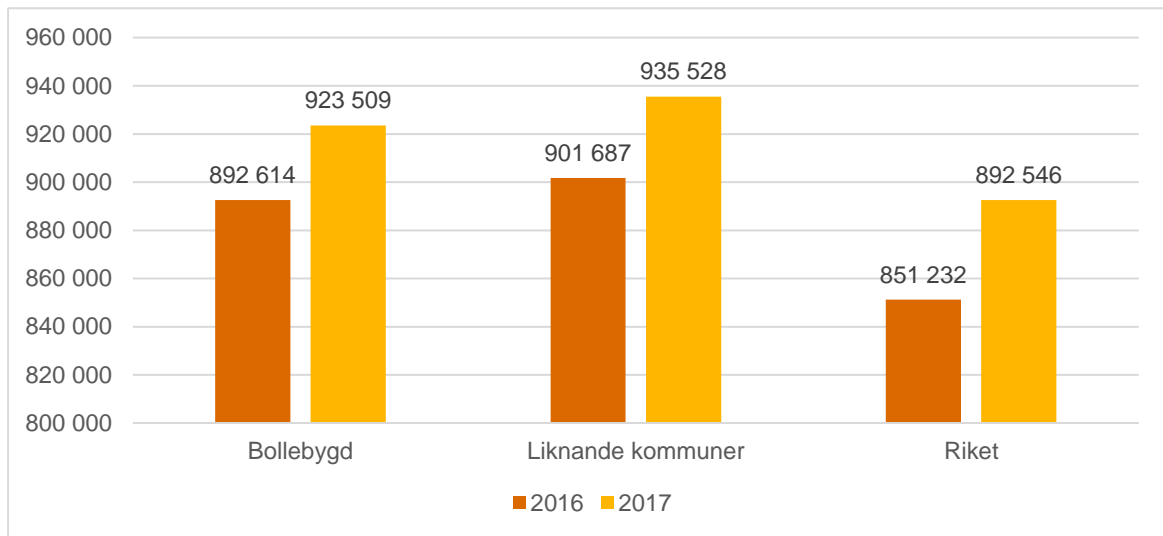


Diagram 2 visar att kostnaden per brukare för särskilt boende har ökat för Bollebygds kommun. Samma tendens ses för liknande kommuner och riket i stort. Bollebygds kommun uppvisar något lägre kostnadsnivå per brukare än liknande kommuner men ligger högre än riket.

Diagram 3: Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/hemtjänsttagare

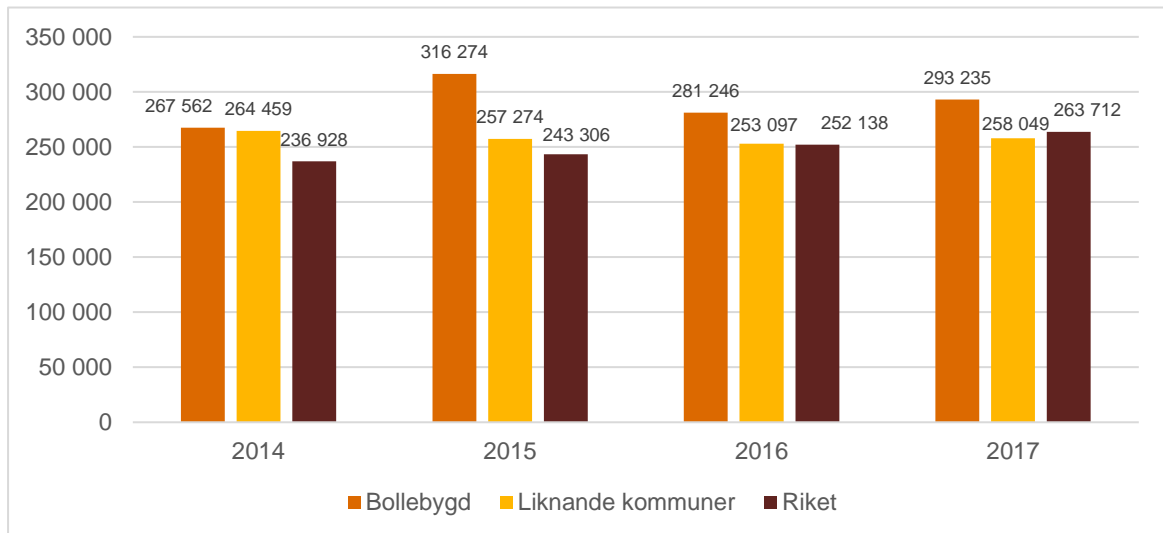


Diagram 3 visar att kommunen uppvisar något högre kostnad per hemtjänsttagare jämfört med liknande kommuner och riket. Sett över de senaste fyra åren har kostnadsläget varit relativt stabilt.

3. Granskningsresultat

I detta avsnitt redovisas de iakttagelser och bedömningar som gjorts utifrån respektive kontrollmål.

3.1. Riktlinjer, rutiner och bedömningsinstrument

Kontrollfråga 1: Det finns riktlinjer, rutiner och bedömningsinstrument för myndighetsutövning som är kända och tillämpas

3.1.1. Iakttagelser

Kommunen har ett flertal servicedeklarationer där kvaliteten på biståndshandläggningen och omsorgen fastställs. Som exempel anges i *Servicedeklarationen för handläggning av omsorgsinsatser* att den enskilde ska kontaktas av ansvarig handläggare inom två arbetsdagar efter det att ansökan är mottagen, att den enskilde ska ges möjlighet att vara delaktig i utredningen och att ett skriftligt beslut ska meddelas senast två veckor efter inkommen ansökan om service- och omvårdnadsinsatser.

Verksamhetens riktlinjer för myndighetsutövning framgår av dokumentet *Riktlinjer - handläggning av bistånd till äldre* fastställt av bildnings- och omsorgsnämnden 2015-06-16. Riktlinjerna syftar till att "säkerställa att alla personer som ansöker om insatser inom äldreomsorgen får en rättssäker handläggning". Det framgår även att kommunens ambitionsnivå fastställs i riktlinjerna. I riktlinjerna beskrivs även handlägningsrutinerna för myndighetsutövningen, omvårdnadsinsatserna, de grundläggande lagarna och föreskrifterna som reglerar myndighetsutövningen samt schablontider för insatserna i hemtjänst i ordinärt boende. I intervjuer påtalas att det alltid ska ske en individuell bedömning varpå handläggarna kan besluta om längre eller kortare tid än det som anges som schablontid. Biståndshandläggarna nämner under intervjun att riktlinjerna tillämpas i det dagliga arbetet och ger ett bra stöd i myndighetsutövningen. Det framkommer även att en genomgång av riktlinjerna är en del av introduktionen för nya handläggare.

Under intervjuerna framkommer att verksamheten inte använder sig av någon gemensam utredningsmetodik såsom IBIC⁴. Enligt uppgift fattades det ett beslut om att verksamheten skulle införa IBIC för tre år sedan, men sedan dess har implementeringen brustit. Våren 2016 lades ICF⁵ in i utredningssystemet, men eftersom metodiken inte är implementerad fullt ut uppges att den inte tillämpas i utredningarna i någon större utsträckning.

Vidare uppges under intervjuerna att förvaltningen har återupptagit arbetet med att implementera IBIC. Som exempel nämns att samtliga handläggare ska genomgå en dokumentationsutbildning i början av 2019. Därefter ska strukturen för en gemensam utredningsmetodik byggas upp.

⁴ Individens behov i centrum (IBIC) och är ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt framtaget av Socialstyrelsen för personer som arbetar med vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). IBIC är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum, ÄBIC.

⁵ ICF är klassifikationskoder som används för att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell.

3.1.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Granskningen visar att det finns riktlinjer, rutiner och bedömningsinstrument för myndighetsutövningen som är kända och tillämpas inom verksamheten. Däremot framkommer att verksamheten inte använder sig av någon gemensam utredningsmetodik såsom IBIC trots att nämnden fattat beslut om att implementera detta för tre år sedan. Detta bedömer vi som en brist. Vi anser dock att det är positivt att förvaltningen har återupptagit implementeringsarbetet av IBIC och att samtliga handläggare ska få genomgå en dokumentationsutbildning i början av 2019. Utifrån vad som har framkommit i granskningen anser vi att det är av stor vikt att nämnden aktivt följer implementeringsarbetet och säkerställer att en gemensam utredningsmetodik införs.

3.2. Systematiskt kvalitetsarbete

Kontrollfråga 2: Det finns en tydlig ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet samt ett aktivt och systematiskt arbete med att förbättra kvaliteten i utförandet

3.2.1. Iakttagelser

Bildnings- och omsorgsnämndens *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* för verksamhetsområdena individ- och familjeomsorg samt äldreomsorg och funktionsnedsättning antogs av nämnden i juni 2018. Av nämndens protokoll framgår att nämnden inte tidigare haft ett ledningssystem vilket bland annat lett till kritik från Inspektionen för vård och omsorg i samband med tillsyn. Det nya ledningssystemet är baserat på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och syftar till att stödja nämnden i arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera samt förbättra verksamheten. Av dokumentet framgår bland annat verksamhetens huvudprocesser, stödprocesser samt roll- och ansvarsfördelningen kopplade till processerna. Det står även angivet hur intern och extern samverkan ska bedrivas, i vilken omfattning nämnden ska bedriva egenkontroll för att kunna säkra verksamhetens kvalitet, hur risk- och händelseanalyser ska genomföras samt hur avvikelser ska hanteras.

Under intervjuerna framkommer dock att förvaltningen är i uppstarten med att bygga upp sitt systematiska kvalitetsarbete varpå det antagna ledningssystemet inte tillämpas fullt ut i praktiken. Verksamheten bedriver just nu ett processkartläggningsarbete där befintliga processer och rutiner identifieras för att sedan föras in i ledningssystemet. För att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet på enhetsnivå har enhetscheferna tillsammans med utvecklingsledaren arbetat fram ett årshjul där det framgår vilka aktiviteter som ska genomföras varje månad kopplat till följande rubriker; ekonomi, systematiskt kvalitetsarbete enhetsplan, systematiskt kvalitetsarbete HSL, personal, arbetsmiljö och ledningsgrupp. Årshjulet har vidareutvecklats under innevarande år, men har använts av verksamheten sedan tidigare.

Vad gäller avvikelshantering uppges att det funnits etablerade rutiner inom verksamheten redan innan ledningssystemet antogs och att dessa uppdaterades nyligen. *Processkartan för sociala avvikelser* och *Processkartan för avvikelshantering enligt lex Sarah* är nyligen reviderade och fastställdes 2018-09-24. Av processkartorna framgår hur avvikelserna ska hanteras, dokumenteras och vem som bär ansvar för de olika momenten i avvi-

kelsehanteringen. Av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete framgår att medicinskt ansvarig sjuksköterska är den funktion som ansvarar för avvikelser enligt lex Maria.

Det beskrivs även att processen för avvikelshantering inom hälso- och sjukvårdslagens ansvarsområde anses mer välutvecklad än avvikelshanteringen inom Socialtjänstlagens ansvarsområde. I *enhetsplanen 2018* för det somatiska boendet är det fastställt att årets verksamhetsmål är att *öka kunskaper om avvikelshantering på enheterna*.

Enligt uppgift sammanställer utvecklingsledaren samtliga avvikelser och klagomål som har rapporterats in i ett dokument. Avvikelser enligt lex Sarah och lex Maria rapporteras till nämnden varje delår och helår. Klagomål och ej verkställda beslut rapporteras till nämnden varje kvartal. Enligt årsrapporten 2017 skedde tre lex Maria-anmälningar till IVO och nämnden mottog 29 lex Sarah-rapporter. Två av dessa anmäldes till IVO och övriga uppges ha föranlett vidtagande av åtgärder och förbättringar i verksamheterna. Förvaltningen har även mottagit och utrett totalt 37 klagomål, varav 13 berört äldreomsorgen.

3.2.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Enligt 3 kap. 3 § SoL (2001:453) och 3 kap. 1 § SOSFS (2011:9) ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras med hjälp av verksamhetens ledningssystem. Utifrån granskningen kan vi konstatera att nämndens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen inte är fullt implementerat. Vi tycker att det är positivt att det genomförs en processkartläggning, men anser att arbetet måste färdigställas innan det går att bedöma huruvida ledningssystemet löpande bidrar till att förbättra kvaliteten i utförandet. Det framkommer även att det förekommer vissa brister vad gäller avvikelshanteringen enligt Socialtjänstlagen, men granskningen påvisar likväl att det finns etablerade rutiner och tillvägagångssätt vad gäller egenkontroll med en tydlig roll- och ansvarsfördelning.

3.3. Genomförandeplaner

Kontrollfråga 3: Det finns aktuella genomförandeplaner som används i planeringen av insatserna.

3.3.1. Iakttagelser

Verksamheten har en mall för hur genomförandeplanerna ska se ut vilket framgår av dokumentet *Genomförandeplan för omsorgsinsatser*. Mallen används enligt uppgift både inom hemtjänsten och särskilt boende. Enligt mallen ska det i genomförandeplanen anges vilka omsorgsrutiner som ska gälla för den enskilde (morgon, förmiddag, middag, eftermiddag, kväll och natt), mål kopplade till den enskildes insatser samt övriga uppgifter som exempelvis eventuella allergier eller hjälpmedel. Det ska även anges information rörande individens bakgrund, sociala situation samt hälsosituation.

Enligt kommunens *Lokala värdighetsgarantier för särskilt boende för äldre* framgår att en genomförandeplan ska upprättas och undertecknas inom en vecka efter inflyttning samt att planen ska vara upprättad i samråd med brukaren eller dennas företrädare. Det framgår även att genomförandeplanen ska följas upp inom tre månader och att ett upp-

följningssamtal ska genomföras minst två gånger per år alternativt vid behov. De lokala värdighetsgarantierna fastställdes av omsorgsnämnden 2012-10-18.

För uppföljning av genomförandeplanerna finns en framtagen checklista. *Checklistan för uppföljning av genomförandeplanen* är antagen 2017. Enligt checklistan ska ansvarig personal bland annat kontrollera om insatserna genomförs på ett sådant sätt att de uppfyller målen som framgår av biståndsbeslutet eller om den enskildes behov har förändrats över tid. Under intervjuerna framkommer att enhetscheferna inte har kännedom om checklistan.

Under intervjuerna uppges att det saknas en samlad bild över verksamheternas genomförandeplaner och huruvida de följs upp eller inte. Det uppges att det finns rutiner för hur genomförandeplanen ska följas upp, men att dessa inte är dokumenterade och det säkerställs inte om dessa efterlevs. Enligt den rutin som tillämpas inom verksamheterna ska genomförandeplanen uppdateras av brukarens kontaktperson var sjätte månad eller vid förändrade behov. Det påtalas dock under intervjuerna att det har uppmärksammats att kvaliteten och omfattningen av dokumentation varierar mellan och inom verksamheter. Det påtalas även att den tidsbrist som uppges föreligga inom verksamheten bidrar till att exempelvis vikarier inte hinner ta del samtliga genomförandeplaner innan arbetspasset börjar. Enligt enhetscheferna är det likväl säkerställt att samtliga har upprättade genomförandeplaner. Vidare beskrivs rutinerna för att hantera och revidera genomförandeplanerna som föråldrade i samtliga intervjuer. Genomförandeplanerna finns inte i Procapita utan enbart i pappersform och förvaras i arkivskåp på respektive avdelning, vilket bland annat försvårar revideringen av planerna.

Under intervjun med biståndshandläggarna framkommer att handläggarna inte får någon verifikation på att insatser har påbörjats. Framkommer även att det inte är möjligt för handläggarna att ta del av genomförandeplanerna och de kan således inte följa upp dem. Enligt biståndshandläggarna beror detta på en brist i datasystemet. För att kunna följa upp verkställande av beslut genomförs teammöten där handläggarna har direktkontakt med verkställigheten. Teammöten genomförs varannan vecka inom hemtjänsten och en gång i månaden för gruppboende och somatiskt boende. Syftet är att biståndshandläggarna ska få tillfälle att stämma av beslut och att verkställigheten ska få möjlighet att aktualisera behov av förändring eller tillägg av insats. På mötet deltar bland annat hemtjänstpersonal, rehabiliteringspersonal och sjuksköterska. Biståndshandläggarna är inte med på teamträffarna för särskilt boende utan enbart mötena som rör hemtjänsten. Det varierar huruvida enhetschefen delta i mötena. Enligt intervjuerna är detta arbetssätt väl inarbetat, men det uppges att det sällan finns tid att genomföra uppföljning eller att diskutera Senior alert.

3.3.2. *Bedömning*

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Av SOSFS (2014:5) framgår att det bör upprättas en genomförandeplan i de fall då en insats verkställs av någon annan än den beslutande nämnden. Genomförandeplanen syftar till att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Enligt uppgift har samtliga inom äldreomsorgen en upprättad genomförandeplan. Granskningen påvisar dock det inte finns någon strukturerad uppföljningsprocess och att

de fastställda riktlinjerna för uppföljning av genomförandeplanerna inte är kända inom verksamheten vilket vi anser är en brist.

3.4. Vårdtyngd och bemanning

Kontrollfråga 4: Det finns en koppling mellan vårdtyngd och bemanning av verksamhet

3.4.1. Iakttagelser

Enligt kommunens styrmodell med tillhörande ekonomiska principer fastställs nämndernas budgetram utifrån politiska prioriteringar, effekter av lokalt eller nationellt fattade beslut samt målgruppsförändringar. I prestationsberäkningarna för budget tas inte hänsyn till vårdtyngdsbehovet utan endast antal brukare enligt nämndens protokoll i juni 2018.

Budgeten för äldreboendeverksamheten 2018 är högre jämfört med 2017 (se tabell 1) på grund av att verksamheten Dagverksamhet har flyttats till ansvaret för demensboendet. För 2018 ingår även budgeten för nattpersonalen i sin helhet. Nattpersonalen kommer enligt verksamhetsplanen även att fördelas till hemtjänsten och hemsjukvården.

Hemtjänstens budget för 2018 är lägre än 2017 (se tabell 1) eftersom verksamheten Dagverksamhet är flyttad till demensboendet och korttiden är flyttad till hemsjukvården. Hemtjänstens budget innefattar verksamhet Hemtjänst med 19 915 tkr samt verksamhet Övrig verksamhet enligt SoL med en budget på 150 tkr.

Tabell 1: Internbudget per verksamhet

Verksamhet	Budget 2018	Budget 2017
Äldreboende	41 601	39 994
Hemtjänst	20 065	24 118

Källa: Bildnings- och omsorgsnämndens verksamhetsplan och budget 2018

Inom särskilt boende och hemtjänst sker ingen löpande fördelning av resurser utifrån vårdtyngd. Det finns således inget direkt samband mellan vårdtyngden och bemanningen av verksamheten. I intervjuer uppges att det i vissa fall finns en risk att det är den tillgängliga personaltiden som styr hur pass omfattande insatser den enskilde får, istället för tvärtom. Det lyfts även att det troligtvis hade behövts mer personal om insatstiden hade styrt bemanningen.

Inom hemtjänsten följer verksamheten löpande upp hur många brukare som har mer än 120 timmar hemtjänst per månad inklusive dubbelbemanning. Vid tidpunkten för denna granskningar uppges att totalt 11 personer har fler än 120 beslutade omsorgstimmar, vilket är betydligt fler än året innan. Under intervjuerna framkommer även att flertalet personer har 119 timmar beslutade omsorgstimmar, vilket är strax under gränsen för biståndshandläggarnas delegation.

Enligt uppgift finns i dagsläget inget lättillgängligt eller enkelt verktyg för att mäta vårdtyngden inom särskilt boende, vilket beskrivs som en brist då det finns en uppfattning om att även vårdtyngden inom särskilt boende har ökat.

I tabell 2 nedan ses förändringen vad gäller antal boendeplatser, antal hemtjänstären den och antal beslutade timmar under 2018.

Tabell 2: Budgeterade prestationer för omsorg

Budgeterade prestationer för Bildning- och omsorgsnämnden 2018	Budgetram 2018	Prognos Helår 2018	Förändring
Antal hemtjänstären den	133	129	-4
- i egen regi	133	129	-4
- beslutade timmar snitt	3 729	4 977	+1 248
- i extern regi	0	0	-
Antal boendeplatser ÅO	78	80	+2
- demensboende	34	34	0
- somatisk boende	36	38	+2
- korttidsboende	8	8	0

Källa: Delårsrapport augusti 2018

I delårsrapporten per augusti 2018 uppges att kommunen hade 142 hemtjänstären den i januari och 124 ärenden per den 31 augusti. Det beskrivs att antal beslutade timmar har ökat från januari till augusti även om antalet brukare totalt sett har minskat. Detta förklaras med att fler brukare behöver mer omfattande insatser för att kunna bo kvar i sin hemmiljö. Det framgår även att samtliga insatser inom bistånd äldre utförs av kommunens egna utförare.

3.4.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Granskningen visar att det i prestationsberäkningarna för budget tas inte hänsyn till vårdtyngdsbehovet utan endast antal brukare, och det finns inget direkt samband mellan vårdtyngd och bemanning av verksamheten. Frånvaron av ett tydligt resursfördelningssystem med koppling mellan vårdtyngd och bemanning kan göra det svårt att analysera vad skiftningarna i utvecklingen inom ett område beror på. Orsak till förändringar kan vara volymökningar eller att verksamheten inte klarar sig på tilldelade budgetmedel. Om åtgärdsprogram ska upprättas är det avgörande hur analysen av vårdtyngd och bemanning ser ut så att rätt åtgärder kan sättas in. För att fördela budgetramen efter volymförändringar behövs ett system som kopplar ihop volymförändringar och personalbudgeten. Exempelvis att verksamheten får ersättning per hemtjänststimme. Detta kan antingen göras genom ersättning för utförd tid eller för biståndsbedömd tid.

3.5. Flexibelt personalutnyttjande

Kontrollfråga 5: Det finns rutiner och arbetssätt för ett flexibelt personalutnyttjande

3.5.1. Iakttagelser

Enligt uppgift finns etablerade rutiner för personalhanteringen inom verksamheten. Det finns bland annat tre processbeskrivningar som reglerar hur tillsättning av personal ska gå till vid korttidsfrånvaro, planerad frånvaro och vakanta pass i schemalaggningsen.

Enligt intervjuerna har enhetscheferna det övergripande ansvaret för schemalaggningsen inom respektive verksamhet. De fastställer ett bemanningskrav utifrån antal ärenden och antal beslutade omsorgstimmar. Enhetscheferna bistås sedan av administratörer och/eller planerare som planerar in de beslutade insatserna och sätter ett schema för personalen.

Under intervjuerna framkommer att personalen har ett sexveckorsschema. Det framkommer att det är svårt och tidkrävande att justera schemat om det skulle behöva förändras under innevarande sexveckorsperiod. Under perioden kan den inplanerade personalen gå upp eller ner i flexitid under perioden. Vid behov av extra bemanning med anledning av exempelvis oplanerad frånvaro uppges att verksamheten kan lägga en beställning på personal till bemanningsenheten. Det går även att använda personalens så kallade resursspass eller sätta in extra turer för att hantera personalbehovet.

Enligt uppgift kan personalen välja huruvida de vill gå upp eller ner i arbetstid två gånger per år med anledning av införandet av *heltid som norm*⁶. Vidare framkommer under intervjuerna att det är svårt att bemanna verksamheten på ett flexibelt och kostnadseffektivt sätt och samtidigt införa heltid som norm. Arbetet med heltid som norm påbörjades i Bollebygds kommun under 2017 och är fastställt som ett mål för nämnden. I delårsrapporten per augusti 2018 beskrivs att få av de kommungemensamma åtgärderna som framgår av kommunens handlingsplan har vidtagits. Följande insatser uppges ha genomförts inom förvaltningen:

- Enhetschefer och administratörer inom äldreomsorg och funktionsnedsättning har tillsammans med representanter för HR och ekonomi deltagit i en heldagsutbildning om bemanningsfrågor och schemalaggningsen under våren 2018.
- Ett flertal enhetschefer inom äldreomsorg och funktionsnedsättning har tillsammans med sina arbetsplatsombud deltagit i en workshop om organisation och bemanning anordnad av SKL.

I delårsredovisningen uppges även att flera förutsättningar saknas för att förvaltningen ska kunna arbeta med frågan om heltid som norm på ett bra sätt. Bland annat anges att en tydlig styrning mot mål från kommunfullmäktige och kommunledning saknas och att resurserna i form av budget och projektledare inte är tillräckliga. Det beskrivs även att ett flertal chefstjänster på olika nivåer inom omsorgsförvaltningen har varit vakanta under första halvåret 2018 vilket troligtvis har påverkat arbetet med heltid som norm. Det rapporteras även att personalomsättningen har varit hög bland både chefer och medarbetare och att sjukfrånvaron totalt sett har varit högre än 2017. Bemanningenheten har anställt fler timavlönade personer inom äldreomsorgen som kan täcka upp vid korttidsfrånvaro för att minska sjukfrånvaron och detta kan även tänkas bidra till ökad flexibilitet för verksamheten vad gäller bemanning. I intervjuer nämns att förvaltningen håller på att inventera vilka kompetenser som finns inom verksamheterna för att lättare kunna planera arbetet på bra och effektivt sätt.

⁶ År 2016 beslutade Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Kommunal att samtliga kommuner ska ta fram en handlingsplan för att senast den 31 maj 2021 ha infört heltid som norm. Överenskommelsen innebär i praktiken att redan anställda ska erbjudas arbeta heltid, att nya medarbetare ska anställas på heltid samt att fler medarbetare med heltidsanställningar också ska arbeta heltid.

3.5.2. *Bedömning*

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Vi kan konstatera att det finns rutiner och arbetssätt för hur personalen ska användas inom verksamheten. Granskningen visar dock att det är svårt att bemanna verksamheten på ett flexibelt och kostnadseffektivt sätt. Bland annat uppges att det saknas en tydlig styrning samt resurser för att kunna genomföra de åtgärder som framgår av den kommungemensamma handlingsplanen för heltid som norm.

3.6. *Uppföljning och kontroll*

Kontrollfråga 6: Det sker en aktiv och strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet i utförandet

3.6.1. *Iakttagelser*

Iakttagelserna är indelade i två avsnitt där ett avsnitt rör ekonomi och ett rör kvalitet.

Uppföljning och kontroll av ekonomi

Enligt kommunens styrmodell med tillhörande ekonomiska principer ska nämnderna återrapportera måluppfyllelse, nyckeltalens utveckling, utveckling av verksamhetens volym samt ekonomiskt utfall till kommunfullmäktige tre gånger per år (s.k. månadsuppföljningar) utöver delårsrapporten i augusti och årsredovisningen. Månadsuppföljningarna ska sammanställas i februari, april och oktober för att redovisas i kommunfullmäktige. Uppföljningarna ska innehålla nämndens ekonomiska utfall och prognos för helåret, samt utfallet av relevanta volym- och nyckeltal. Vid negativa budgetavvikelser eller negativa prognoser ska nämnden vid nästkommande möte fatta beslut om åtgärder som återställer resultatet till ett nollresultat. Det fastslås även att nämnden vid kommande uppföljningar ska redovisa vilken effekt beslutade åtgärder fått för att kommunstyrelsen ska kunna fastställa huruvida åtgärderna varit tillräckliga eller om nya beslut behöver fattas.

Enligt enhetscheferna har den ekonomiska uppföljningen förbättrats övertid. Tidigare fanns ingen systematik, men numera genomförs uppföljningsmöten mellan ekonom och enhetschef en gång per månad. Enhetscheferna har även en månatlig avstämning med verksamhetschefen för äldreomsorg. I intervjuerna uppges även att kvaliteten på uppföljningen har utvecklats. Det uppges att det exempelvis har blivit tydligare vilka nyckeltal och verksamhetsmässiga resultat som ska följas upp. Detta med anledning av att verksamhetschefen har tagit fram en ny uppföljningsmall som ska fyllas i inför varje avstämningsmöte. Enligt uppföljningsmallen ska enhetscheferna bland annat beskriva verksamhetens ekonomiska resultat, sjukfrånvaro, ledigheter och saldotid.

Protokollgranskningen visar att nämnden löpande får ta del av den ekonomiska uppföljningen i enlighet med kommunens styrmodell. I uppföljningsrapporten per april prognostiserades ett underskott om -6 400 tkr för nämnden. Bildning prognostiserade ett överskott om 800 tkr, medan omsorg prognostiserade ett underskott om -7 200 tkr där äldreboende, hemtjänst och hemsjukvård stod för ett gemensamt underskott på -3 100 tkr. Enligt rapporten påvisades en volymökning inom hemtjänsten och hemsjukvården, varav hemtjänsten hade ett ökat vårdbehov motsvarande 1 000 tkr. Enligt uppgift var det fler brukare än beräknat samtidigt som vårdbehovet och behovet av dubbelbemanning hade

ökat. Det framkommer även att personalkostnaderna har ökat då de flesta av nämndens verksamheter uppvisade en ökad sjukfrånvaro under första tertialen. Det uppges vara framförallt korttidsfrånvaron som ökat.

Den 11 juni 2018 beslutade nämnden om åtgärder för att återställa resultatet motsvarande underskottet om -6 400 tkr. Av dessa avsåg 5 000 tkr ökade intäkter (försäkringskassan och Migrationsverket) samt enheternas anpassning till budget (färre timanställda) motsvarande 1 400 tkr. Därutöver framkommer att förvaltningen bedömer att delar av underskottet som kan härröras till volymökningar inom hemtjänst ryms inom ramen för budgetförutsättningar för 2019. Som tidigare nämnts i avsnitt 3.4.1 tas det inte hänsyn till vårdtyngdsbehovet i prestationsberäkningarna för budget utan endast antal brukare.

Trots de beslutade besparingsåtgärderna prognostiseras ett underskott om -4 300 tkr för äldreomsorgen i samband med delårsrapporter per augusti 2018 (se tabell 3). Utifrån de uppgifter som framgår av tabellen blir det även påtagligt att äldreomsorgen redovisat ett negativt resultat de senaste tre åren. I årsbokslutet 2017 redovisade nämnden ett överskott mot budget på 7 646 tkr. Överskottet berodde på beviljande tilläggsanslag i budget om 10 000 tkr för volymökningar inom förskola, gymnasium och funktionsnedsättning. Verksamheterna inom bildning redovisade ett överskott medan funktionsnedsättning, äldreomsorg och individ- och familjeomsorg (exklusive flyktingverksamheten) redovisade ett underskott.

Tabell 3: Budget och utfall för verksamheterna 2015-2018

(tkr)	2015			2016			2017			2018*		
	Budget	Utfall	Avvikelse	Budget	Utfall	Avvikelse	Budget	Utfall	Avvikelse	Budget	Utfall	Avvikelse
Hemtjänst**	19 008	19 683	-675	22 954	22 291	663	24 118	24 536	-418	21 412	24 212	-2 800
Särskilt boende	24 262	26 594	-2 332	37 723	40 027	-2 304	39 994	40 725	-731	39 548	41 048	-1 500
Summa	43 270	46 277	-3 007	60 677	62 318	-1 641	64 112	65 261	-1 149	60 960	65 260	-4 300

* Prognostiserat utfall enligt delårsrapport augusti 2018. ** År 2015, 2016 och 2017 räknas korttidsverksamheten in i hemtjänstens resultat
Källa: Ekonomikontoret

Av nämndens delårsrapport för augusti 2018 framgår att personalkostnaderna är högre än budgeterat inom särskilt boende. Vidare framkommer att sjukfrånvaron har minskat i jämförelse med samma period 2017 men är fortsatt hög, varpå kostnaden för timvikarier som ersätter ordinarie personal bidragit till de höga personalkostnaderna. Demensenheten uppvisar också högre personalkostnader än budgeterat och enhetens sjukfrånvaro har ökat under perioden. Enligt delårsrapporten har vårdtyngden ökat inom demensverksamheten vilket gör det svårt att bemanna lägre utan att riskera säkerheten för de boende och personal. Även hemtjänsten har högre personalkostnader än budgeterat och sjukfrånvaron har ökat.

Uppföljning och kontroll av kvalitet

Enligt kommunens styrmodell sker uppföljning av verksamhetsmässiga resultat i samband med delårsrapporten och årsredovisningen. Enligt den prognos som lämnades i samband med delårsrapporten i augusti bedömdes att två mål inte kommer uppnås, att sex mål delvis kommer att uppnås och att fem mål kommer att uppnås under året.

Nämnden följer även upp utvecklingen av verksamhetens kvalitet årligen i patientsäkerhetsberättelsen. Enligt protokollgranskningen godkände nämnden *Patientsäkerhetsbe-*

rättelsen för 2017 under nämndens sammanträde 2018-04-16 och beslutade även att ge personalgruppen i uppdrag att lämna förslag på åtgärder för att minska problemen med fall- och läkemedelshantering. Nämnden tillstyrkte även att övergripande mål och strategier för kommande år är tydliga och genomförbara.

Uppföljning på enhetsnivå avseende enhetsplanerna sker inom respektive förvaltning och uppföljning av medarbetarplaner sker i samband med medarbetarsamtal.

Nämnden genomför även brukarundersökningar och tar del av Socialstyrelsens nationella undersökningar (se tabell 4). Under intervjuerna påtalas att brukarundersökningarna tenderar att redovisa ett högt positivt utfall.

Tabell 4: Resultat Socialstyrelsens enkät "Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017", Bollebygds kommun

		Särskilt boende	Hemtjänst
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?	% jakande svar:	89 %	85 %
Brukar du kunna påverka vid vilka tider som du får hjälp? T. ex tid för att duscha/bada, gå och lägga sig etc.	% jakande svar:	58 %	57 %
Är handläggarens beslut anpassat efter dina behov?	% jakande svar:	-	75 %

Källa: Delårsrapport per augusti 2018

Enligt uppgift pågår ett löpande verksamhetsövergripande värdegrundsarbete som har sin grund i kommunens servicedeklarationer. Uppföljningen av servicedeklarationerna är dock inte systematiserad och har inte rapporterats till nämnden. I intervjuer framkommer även att det förekommer brister i tillämpningen av värdighetsgarantin. Av kommunens *Lokala värdighetsgarantier för särskilt boende för äldre* fastställs att ett ankomstsamtal ska genomföras senast tre dagar efter inflyttning på särskilt boende och att samtalet ska följas upp inom en månad. I intervjuerna uppges att det kan dröja upp till fyra veckor innan ett ankomstsamtal genomförs på grund av personalbrist.

Under intervjuerna framhålls även att verksamheterna måste fortsätta att utveckla arbetet med genomförandeplanerna och uppföljning av dessa för att skapa och upprätthålla kvaliteten i verksamheterna.

Som tidigare nämnts under avsnitt 3.3 framkommer att det inte finns något system för att följa upp antalet beviljade timmar i förhållande till antalet utförda timmar. Granskningen av nämndens protokoll visar också att nämnden inte har efterfrågat den här typen av information. I intervjuer nämns att det under teammöten har uppmärksammats att biståndshandläggarna har beslutat om fler insatstimmar än vad som har planerats ut i verkställighetens schema. Enligt uppgift från handläggarna ska en ny utredning och ett nytt beslut fattas om verkställigheten uppmärksammar ett behov av förändring eller tillägg av insats. Detta uppges dock inte ha fungerat fullt ut.

3.6.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Granskningen påvisar att bildnings- och omsorgsnämnden i enlighet med kommunallagen (2017:725) följer upp att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer

som kommunfullmäktige beslutat. Det framgår dock att äldreomsorgen redovisat underskott de tre senaste åren och enligt delårsrapporten per augusti prognostiseras ett underskott om -4 300 tkr, vilket innebär att de vidtagna åtgärderna inte kan anses som fullt tillräckliga. Vad gäller uppföljning och kontroll av kvalitet i utförandet framkommer brister avseende uppföljning av genomförandeplaner samt genomförande och uppföljning av värdighetsgarantin. Delårsrapporten påvisar även att måluppfyllelsen inte är fullgod varpå vidtagna åtgärder inte kan anses fullt tillräckliga.

2. *Revisionell bedömning*

Vår samlade bedömning är att bildnings- och omsorgsnämnden delvis säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av särskilda boenden och hemtjänst. Bedömningen grundar sig på iakttagelser och bedömningar för respektive kontrollmål, vilka framkommer av rapporten.

2.1. *Rekommendationer*

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi nämnden att:

- Aktivt följa implementeringsarbetet av en gemensam utredningsmetodik och att säkerställa att denna införs.
- Säkerställa att ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet för äldreomsorgen implementeras fullt ut och får avsedd effekt.
- Säkerställa en strukturerad och systematisk uppföljningsprocess för genomförandeplaner.
- Säkerställa att det finns ett samband mellan vårdtyngd och bemanning av verksamheten.
- Vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa att det ekonomiska resultatet inom äldreomsorgen återställs.
- Säkerställa en systematisk och strukturerad uppföljningsprocess av ekonomi och kvalitet.

Bilaga 1

Vi begärde ut relevanta styrdokument och fick följande dokument tillsänt oss:

Bildnings- och omsorgsnämndens delegationsordning, fastställd BON 2015-01-19 och reviderad BON 2018-03-12
Bildnings- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, fastställd BON 2018-06-11
Bildnings- och omsorgsnämndens reglemente, fastställd KF 2014-11-20 och reviderad KF 2016-11-10
Bildnings- och omsorgsnämndens verksamhetsplan och budget 2018, BON 2017-12-18
Bildnings- och omsorgsnämndens protokoll med tillhörande handlingar för 2018 (till och med novembermötet)
Checklista för uppföljning av genomförandeplanen
Delårsrapport augusti 2018 Bildnings- och omsorgsnämnden
Enhetsplan 2018 ÄO SÄBO somatik, ej daterad
Enhetsplan 2018 ÄO SÄBO demens och dagverksamhet, ej daterad
Enhetsplan 2018 ÄO hemtjänst, ej daterad
Enhetsplan 2018 IFOÄOEKO Vuxenenheten, ej daterad
Mall - Genomförandeplan för Hemtjänsten, ej daterad
Mall - Genomförandeplan för vård- och omsorgsinsatser, ej daterad
Mall - Sammanfattningar av löpande anteckningar, senast uppdaterad 2018-04-26
Mall - Min levnadsberättelse, reviderad 2010-06-10
Månadsuppföljningsprocess, ej daterad
Process lex Sarah, 2018-09-24
Process avvikelser, 2018-09-24
Process Verkställa, ej daterad
Reglemente Intern Kontroll, KF 2015-09-17
Riktlinjer – handläggning av bistånd till äldre, BON 2015-06-16
Rutin för kontaktmannaskapet, 2015-05-20
Samtyckesblankett SoL, ej daterad
Sammanställning egenkontroll ÄO, ej daterad
Sammanställning budget och utfall äldreboende och hemtjänst 2015-2018
Servicedeklaration för dagverksamhet i äldreomsorgen, ON 2010-11-23
Servicedeklaration för handläggning av omsorgsinsatser, 2012-08-30
Servicedeklaration för hemtjänsten, KF 2009-03-19, ON 2011-12-14
Styrmodell och ekonomiska principer, 2016-09-05
Värdighetsgaranti, ON 2012-10-18
Årsredovisning Bollebygds kommun 2017
Årsrapport 2017 Bildnings- och omsorgsnämnden
Årshjul EC ÄO, ej daterat

2018-12-14

Lars Näsström

Projektledare

Fredrik Carlsson

Uppdragsledare