

Revisionsrapport

Granskning av individ- och familjeomsorgen

Borgholms kommun

*Tommy Nyberg
Elin Freeman*

Januari 2019

Innehåll

1.	Sammanfattning och revisionell bedömning	3
1.1.	Rekommendationer.....	8
2.	Inledning	9
2.1.	Bakgrund	9
2.2.	Syfte och Revisionsfrågor	9
2.3.	Revisionskriterier	9
2.4.	Kontrollmål	9
2.5.	Avgränsning.....	10
2.6.	Metod.....	10
3.	Iakttagelser och bedömningar	11
3.1.	Det finns skriftliga rutiner som är kända och tillämpas för uppföljning, målsättande och samverkan	11
3.1.1.	Iakttagelser	11
3.1.2.	Bedömning.....	11
3.2.	Bedömningsinstrument finns i tillräcklig utsträckning som stöd i utredningsarbetet	11
3.2.1.	Iakttagelser	11
3.2.2.	Bedömning.....	11
3.3.	Övergripande systematisk uppföljning av kritiska moment i handläggningsprocessen genomförs	12
3.3.1.	Iakttagelser	12
3.3.2.	Bedömningar	12
3.4.	Målen i besluten är individuella, tydliga och tidsbestämda.....	12
3.4.1.	Iakttagelser	12
3.4.2.	Bedömningar	13
3.5.	Beslut innehåller en genomförandeplan som är kopplad till biståndsbeslutet	13
3.5.1.	Iakttagelser	13
3.5.2.	Bedömningar	14
3.6.	Det sker en systematisk uppföljning av verksamheten både på förvaltningsnivå och nämndnivå	14
3.6.1.	Iakttagelser	14
3.6.2.	Bedömningar	15
3.7.	Det finns alternativa hemmaplanlösningar att använda för handläggarna inom individ- och familjeomsorgen.....	15
3.7.1.	Iakttagelser	15
3.7.2.	Bedömningar	16
3.8.	Det finns ett ledningssystem för kvalitet som omfattar kvalitetsmål för individ- och familjeomsorgen	16

3.8.1.	Iakttagelser	16
3.8.2.	Bedömningar	17
3.9.	Det sker ett utvecklingsarbete inom IFO som leder till ökad kvalitet.....	18
3.9.1.	Iakttagelser	18
3.9.2.	Bedömningar	18
4.	Resultat av ärendegranskningar	19

1. *Sammanfattning och revisionell bedömning*

Enligt Socialtjänstlagen skall socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Utredningen ska mynna ut i en individuell bedömning av den enskildes behov.

Risikfaktorer såsom personalförändringar, avsaknad av, alternativt bristande kännedom om, riktlinjer och rutiner samt eventuella oklarheter i informationsöverföringen riskerar försämra rättssäkerheten, inom individ- och familjeomsorgen. Vidare har det visat sig ha stor betydelse i hur handläggningen utformas, hur den följs upp samt hur man skriver mål i de beslut som fattas.

Uppföljning av både ekonomi och verksamhet inom området är av yttersta vikt för att nämnden skall ha god kontroll på verksamheten.

För att säkerställa detta ska kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkerställas. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det finns krav på riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet.

Säkerställer socialnämnden en ändamålsenlig myndighetshandläggning inom individ- och familjeomsorgen och som bedrivs ekonomiskt tillfredsställande?

Vi bedömer att socialnämnden delvis säkerställer en ändamålsenlig myndighetshandläggning inom individ- och familjeomsorgen och som delvis bedrivs ekonomiskt tillfredsställande. Vi grundar vår bedömning på att det finns upprättade rutiner inom en rad arbetsprocesser men att det inom vissa områden helt saknas rutiner och att de befintliga rutinerna upplevs som övergripande eller ej aktuella. Vi bedömer att det finns bedömningsinstrument i tillräcklig utsträckning som stöd i utredningsarbetet. Övergripande systematisk uppföljning av kritiska moment inom handlägningsprocessen genomförs ej vid tidpunkten för granskningen. Vi ser positivt på det pågående utvecklingsarbetet och införandet av egenkontroller inom individ- och familjeomsorgen. Vi bedömer att målen i besluten i regel ej är individuella, tydliga och tidsbestämda samt att organisationen behöver utveckla arbetet med målskrivandet. Vidare bedömer vi att beslut delvis innehåller genomförandeplan som är kopplade till biståndsbeslutet. Vi grundar vår bedömning på att det inom vissa verksamheter helt saknas genomförandeplaner och att det finns brister i biståndsbeslutens och genomförandeplanernas kvalitet samt att uppföljning av dessa delvis saknas. Uppföljning av öppenvårdsverksamheten saknas, vilket vi ser som ett viktigt utvecklingsarbete för nämnden. Vi bedömer att det delvis finns alternativa hemmaplanslösningar att använda för handläggarna inom individ- och familjeomsorgen. Vi grundar vår bedömning på att det saknas ett politiskt uppdrag samt skriftliga riktlinjer och rutiner som tydliggör vilka insatser som kan hanteras inom öppenvården. Vi bedömer att det sker ett utveckl-

ingsarbete inom IFO som leder till ökad kvalitet. Vi grundar vår bedömning på att förvaltningen inom flertalet områden har identifierat brister och påbörjat ett stort förändringsarbete för ökad kvalitet.

1.1. Bedömningar mot kontrollmål:

Kontrollmål	Kommentar
Det finns skriftliga rutiner som är kända och tillämpas för uppföljning, målsättande och samverkan.	Delvis uppfyllt Vi bedömer att det endast delvis finns skriftliga rutiner som är kända och tillämpas för uppföljning, målsättande och samverkan. Vi grundar vår bedömning på att det finns upprättande rutiner inom en rad arbetsprocesser men att det inom vissa områden helt saknas rutiner och att de befintliga rutinerna upplevs som övergripande eller ej aktuella. Vi ser positivt på att det pågår en översyn av rutiner och riktlinjer inom förvaltningen.
Bedömningsinstrument finns i tillräcklig utsträckning som stöd i utredningsarbetet.	Uppfyllt Vi bedömer att det finns bedömningsinstrument i tillräcklig utsträckning som stöd i utredningsarbetet. Vi grundar vår bedömning på att de redovisade bedömningsinstrument som används inom de olika verksamhetsområdena är ändamålsenliga. Vi anser dock att bedömningsinstrument avseende mottagningsarbetet för orosanmälningar inom barn och ungdom saknas. Detta ser vi som ett utvecklingsområde, dock påverkas inte vår bedömning av kontrollmålet.
Övergripande systematisk uppföljning av kritiska moment i handlägningsprocessen genomförs.	Ej uppfyllt Vi bedömer att övergripande systematisk uppföljning av kritiska moment inom handlägningsprocessen ej genomförs vid tidpunkten för granskningen. Vi ser positivt på det pågående utvecklingsarbetet och införandet av egenkontroller inom individ- och familjeomsorgen. Det faktum att förvaltningen uppmärksammat bristerna och arbetar med ett förändringsarbete påverkar inte vår bedömning av kontrollmålet.

Målen i besluten är individuella, tydliga och tidsbestämda.

Ej uppfyllt

Vi bedömer att målen i besluten ej är individuella, tydliga och tidsbestämda. Vi grundar vår bedömning på att målen i regel är av generell karaktär och i de flesta fall inte tidsbestämda. Vi bedömer att organisationen behöver utveckla arbetet med målskrivandet. Idag saknas tydliga mål i de insatser vi granskat, vilket också bekräftas av samtliga intervjuade. Vi anser att fokus på målarbetet inom myndighetsutövningen skulle ge stora kvalitetsmässiga vinster för individen men även minska kostnaderna inom socialtjänsten.

Ett tydligare sätt att skriva individuella mål gynnar brukarna och skulle underlätta uppföljningen markant. Tydliga mål underlättar för förvaltningsledning och nämnd att utföra stickprov i verksamheten och kontrollera efterlevnaden av biståndsbesluten.

Vidare bedömer vi att skriftliga rutiner för målformulering och upprättande av genomförandeplaner saknas. Som konsekvens upprättas utredningar/biståndsbeslut samt genomförandeplaner olika beroende på vilken handläggare som hanterar dem. Vi uppmanar nämnden att upprätta rutiner för målformulering och genomförandeplaner samt att regelbundet granska enhetligheten av handläggarnas målformuleringar.

Bsluten innehåller en genomförandeplan som är kopplad till biståndsbeslutet.

Delvis uppfyllt

Vi bedömer att beslut endast delvis innehåller genomförandeplan som är kopplad till biståndsbeslutet. Vi grundar vår bedömning på att det inom vissa verksamheter helt saknas genomförandeplaner. Vidare bedömer vi att det råder en otydlighet avseende ansvaret för upprättandet av dessa. Vår granskning har visat att det i flera ärenden saknas aktuella genomförandeplaner och i vissa ärenden saknas genomförandeplan helt. Mål bör tydliggöras i varje biståndsbeslut, då det kan påverka både kvalitet i insatsen och längden på insatsen och därmed kommunens ekonomi. Vidare bedömer vi att det finns brister i biståndsbeslutens och genomförandeplanernas kvalitet

samt att uppföljning av dessa delvis saknas. Det påtalas i intervjuer att det görs stickprov via enhetschefer men detta bör kontrolleras av förvaltningen och redovisas skriftligt till nämnden.

Det sker en systematisk uppföljning av verksamheten både på förvaltningsnivå och nämndnivå.

Delvis uppfyllt

Vi bedömer att det endast delvis sker en systematisk uppföljning av verksamheten både på förvaltningsnivå och nämndnivå. Vi grundar vår bedömning på att den ekonomiska uppföljningen i stora delar är tillfredsställande. Vi anser att enhetscheferna kan involveras mer i prognosarbetet. Idag skriver inte enhetschefen prognos för det egna ekonomiska resultatet. Detta ser vi som ett utvecklingsområde. Gällande verksamhetsuppföljning ser vi att flera områden behöver utvecklas. Dock har ett stort arbete påbörjats och av den anledningen bedömer vi kontrollmålet som delvis uppfyllt. Vi vill betona att det är en skillnad på tillfredsställande ekonomiskt resultat och en tillfredsställande uppföljning av det ekonomiska resultatet. Vad gäller uppföljningsarbetet av ekonomi har förvaltningen påbörjat ett arbete som vi ser kommer att ge kontroll över prognoser och åtgärdsbehov i samband med underskott.

Vidare bedömer vi att det helt saknas uppföljning av öppenvårdsverksamheten. Detta ser vi som ett viktigt utvecklingsarbete för nämnden. Vi rekommenderar att enhetscheferna ansvarar för att upprätta prognos för sina respektive verksamheter för att öka budgetansvaret och skapa en större förståelse för den egna ekonomin. Vi rekommenderar nämnden att årligen följa upp öppenvårdsverksamheten.

Det finns alternativa hemmaplanslösningar att använda för handläggarna inom individ- och familjeomsorgen.

Delvis uppfyllt

Vi bedömer att det endast delvis finns alternativa hemmaplanslösningar att använda för handläggarna inom individ- och familjeomsorgen. Vi grundar vår bedömning på att det saknas ett politiskt uppdrag samt skriftliga riktlinjer och rutiner som tydliggör vilka insatser som kan hanteras inom kommunen och vilka

insatser som ska köpas in externt. Ett centralt område inom öppenvården är familjebehandling. Vår bedömning är att detta område behöver utvecklas. Vi rekommenderar att rollen för öppenvården tydliggörs och att en skriftlig rutin inom området upprättas. Vidare rekommenderar vi att en analys av de insatser som utförts inom öppenvården görs. Hur länge insatserna har pågått resultatet av insatserna bör framgå.

Det finns ett ledningssystem för kvalitet som omfattar kvalitetsmål för individ- och familjeomsorgen.

Delvis uppfyllt

Vi bedömer att det endast delvis finns ett ledningssystem för kvalitet som omfattar kvalitetsmål för individ- och familjeomsorgen. Vi grundar vår bedömning på att det vid tidpunkten för granskningen finns ett kvalitetsledningssystem, Q:et, men att det pågår ett arbete med att utveckla systemet. Vi ser positivt på att kvalitetsledningssystemet ska utvecklas med egenkontroller och riskbedömning. Vi rekommenderar förvaltningen att som en del av den interna kontrollen utföra stickprov av egenkontrollsverksamheten. Risk för självgranskning uppstår om enbart chefer utför kontroller av sin egen verksamhet. Om egenkontrollen kompletteras med stickprov från exempelvis den socialt ansvarige samordnaren (SAS) ser vi att förvaltningen har ett ändamålsenligt system för kontroll av verksamheten.

Det sker ett utvecklingsarbete inom individ- och familjeomsorgen som leder till ökad kvalitet.

Uppfyllt

Vi bedömer att det sker ett utvecklingsarbete inom IFO som leder till ökad kvalitet. Vi grundar vår bedömning på att förvaltningen inom flertalet områden har identifierat brister och påbörjat ett stort förändringsarbete för ökad kvalitet. Vi vill betona att nämnden bör vara aktsam med att minska antalet tjänster vad gäller utredare. Vår erfarenhet är att det finns ett mervärde för ekonomin och kvaliteten för brukaren inom socialtjänsten att ha utredningskapacitet så utredningar hinns med och utförs på korrekt sätt.

Vi vill rekommendera att nämnden inför regelbundna samverkansträffar med personal

inom individ- och familjeomsorgen för att på detta sätt säkerställa att pågående utvecklingsinsatser förankras inom förvaltningen. Vid förändringsarbete finns det en risk att berörda medarbetare ej anser sig få tillräckligt med information eller känner sig delaktiga, vilket kan medföra att förändringar tar längre tid att implementera.

1.2. Rekommendationer

Mot bakgrund av granskningsresultaten rekommenderar vi socialnämnden att:

- Införa prognosansvar för enhetscheferna. Enhetscheferna bör ansvara för upprätthållande av prognos för sina respektive verksamheter för att öka budgetansvaret och förståelsen för den egna ekonomin.
- Årligen följa upp öppenvårdsverksamheten.
- Som en del av den interna kontrollen utföra stickprov av egenkontrollsverksamheten. Risk för självgranskning uppstår om enbart chefer utför kontroller av sin egen verksamhet. Om egenkontrollen kompletteras med stickprov från exempelvis den socialt ansvarige samordnaren (SAS) ser vi att förvaltningen har ett ändamålsenligt system för kontroll av verksamheten.
- Anordna regelbundna samverkansträffar med personal inom individ- och familjeomsorgen för att säkerställa att de utvecklingsinsatser som pågår förankras inom förvaltningen. Vid förändringsarbete finns det en risk att berörda medarbetare ej anser sig få tillräckligt med information eller känner sig delaktiga, vilket kan medföra att förändringar tar längre tid att implementera.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Enligt Socialtjänstlagen skall socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Utredningen ska mynna ut i en individuell bedömning av den enskildes behov.

Risikfaktorer såsom personalförändringar, avsaknad av, alternativt bristande kännedom om, riktlinjer och rutiner samt eventuella oklarheter i informationsöverföringen riskerar försämra rättssäkerheten, inom individ- och familjeomsorgen. Vidare har det visat sig ha stor betydelse i hur handläggningen utformas, hur den följs upp samt hur man skriver mål i de beslut som fattas.

Uppföljning av både ekonomi och verksamhet inom området är av yttersta vikt för att nämnden skall ha god kontroll på verksamheten.

För att säkerställa detta ska kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkerställas. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det finns krav på riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet.

2.2. Syfte och Revisionsfrågor

Säkerställer socialnämnden en ändamålsenlig myndighetshandläggning inom individ- och familjeomsorgen och som bedrivs ekonomiskt tillfredsställande?

2.3. Revisionskriterier

- Socialtjänstlagen
- Socialstyrelsen allmänna råd om handläggningen inom socialtjänsten (SOSFS 2014:5)
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- Kommunens budget år 2018
- Verksamhetsplan
- Gällande rutiner och riktlinjer

2.4. Kontrollmål

- Det finns skriftliga rutiner som är kända och tillämpas för uppföljning, målsättande och samverkan.
- Bedömningsinstrument finns i tillräcklig utsträckning som stöd i utredningsarbetet

- Övergripande systematisk uppföljning av kritiska moment i handlägningsprocessen genomförs
- Målen i besluten är individuella, tydliga och tidsbestämda
- Besluten innehåller en genomförandeplan som är kopplad till biståndsbeslutet
- Det sker en systematisk uppföljning av verksamheten både på förvaltningsnivå och nämndnivå
- Det finns alternativa hemmaplanslösningar att använda för handläggarna inom individ och familjeomsorgen
- Det finns ett ledningssystem för kvalitet som omfattar kvalitetsmål för individ och familjeomsorgen.
- Det sker ett utvecklingsarbete inom IFO som leder till ökad kvalitet

2.5. Avgränsning

Granskningen avser handläggningen inom individ- och familjeomsorgen. Granskningen avser år 2018.

2.6. Metod

Dokumentgranskning kommer att genomföras av för granskningen relevanta riktlinjer och rutiner.

Intervjuer har genomförts med socialchef, verksamhetschef, enhetschefer, socialsekreterare, socialt ansvarig samordnare (SAS), socialnämndens presidium samt ansvarig ekonom.

Vidare kommer granskningen även att omfatta 10 aktgranskningar enligt utarbetad modell. Denna består i att vi granskar 10 avidentifierade utredningar samt tillhörande genomförandeplaner.

Rapporterna har faktaavstämts av socialchef.

3. *Iakttagelser och bedömningar*

3.1. *Det finns skriftliga rutiner som är kända och tillämpas för uppföljning, målsättande och samverkan*

3.1.1. *Iakttagelser*

Enligt det intervjuade finns dokumenterade riktlinjer och rutiner avseende upprättande av bland annat förhandsbedömningar, skyddsbedömningar, barnavårdsutredningar, missbruk, personlig assistans, våld, hedersrelaterat våld, försörjningsstöd och genomförandeplaner. Det framgår dock att det inte finns några dokumenterade rutiner för upprättande av vårdplaner och det finns heller inga riktlinjer för öppenvårdsinsatser. Stöddokumentet i BBIC (barns behov i centrum) är det metodstöd som handläggarna främst utgår ifrån. Av de intervjuade framgår att flertalet riktlinjer och rutiner upplevs som övergripande eller som ej aktuella men att det pågår ett arbete med att se över dessa.

De rutiner och riktlinjer som finns inom verksamheten hittas på kommunens interna hemsida. Där framgår även vem som är ansvarig för dokumentet, när det ska följas upp samt revideras. Den socialt ansvarige samordnaren (SAS) har som uppgift att påminna respektive ansvarig vid tidpunkten för revidering.

3.1.2. *Bedömning*

Vi bedömer kontrollmålet som endast **delvis uppfyllt**.

Vi bedömer att det delvis finns skriftliga rutiner som är kända och tillämpas för uppföljning, målsättande och samverkan. Vi grundar vår bedömning på att det finns upprättande rutiner inom en rad arbetsprocesser men att det inom vissa områden helt saknas rutiner och att de befintliga rutinerna upplevs som övergripande eller ej aktuella. Vi ser positivt på att det pågår en översyn av rutiner och riktlinjer inom förvaltningen.

3.2. *Bedömningsinstrument finns i tillräcklig utsträckning som stöd i utredningsarbetet*

3.2.1. *Iakttagelser*

Av de intervjuade framgår att de bedömningsinstrument som används är ASI (Addiction severity index). ASI används som instrument vid utredning och bedömning av missbruksvård. JP infonet används för juridisk information och vägledande domar. Det verktyg som i regel används mest i handläggarnas utredningsarbete är Socialstyrelsens handbok men enligt de intervjuade är det kollegorna, främst förste socialsekreteraren som är den främsta kunskapskällan. Vidare framgår det av intervjuerna att BBIC är utgångspunkten vid upprättande av utredningar inom barn och ungdom. De intervjuade uppger dock att de behöver arbeta för att uppnå likvärdighet bland handläggarna i sättet en utredning skrivs. Vi har i vår granskning inte sett att det finns bedömningsinstrument i samband med orosanmälningar.

3.2.2. *Bedömning*

Vi bedömer kontrollmålet som **uppfyllt**.

Vi bedömer att det finns bedömningsinstrument i tillräcklig utsträckning som stöd i utredningsarbetet. Vi grundar vår bedömning på att de redovisade bedömningsinstrument som används inom de olika verksamhetsområdena är ändamålsenliga. Vi anser dock att bedömningsinstrument avseende mottagningsarbetet för orosanmälningar inom barn och ungdom saknas. Detta ser vi som ett utvecklingsområde, dock påverkas inte vår bedömning av kontrollmålet.

3.3. Övergripande systematisk uppföljning av kritiska moment i handlägningsprocessen genomförs

3.3.1. Iakttagelser

Av intervjuerna framgår att det vid tidpunkten för granskningen saknas övergripande systematisk uppföljning av de kritiska momenten i handlägningsprocessen. Förvaltningen följer exempelvis inte upp huruvida utredningstiden hålls eller om skyddsbedömning utförs. Enligt de intervjuade är detta ett utvecklingsområde som den socialt ansvarige samordnaren (SAS) arbetar med. Vi har tagit del av det planerade, dock ej beslutade kvalitetsarbetet för år 2019. Dokumentet som den socialt ansvarige samordnaren (SAS) har upprättat innehåller en processkarta för individ- och familjeomsorgen med tillhörande riskområden tillsammans med planerade egenkontroller. Exempel på egenkontroller som ska följas upp är om skyddsbedömning skett inom 24 timmar från att orosanmälan inkommit, om utredningar har slutförts inom 120 dagar, om ärenden handläggs likvärdigt samt om externa placeringar följs upp enligt rutin och lag.

3.3.2. Bedömningar

Vi bedömer kontrollmålet som **ej uppfyllt**.

Vi bedömer att övergripande systematisk uppföljning av kritiska moment inom handlägningsprocessen ej genomförs vid tidpunkten för granskningen. Vi ser positivt på det pågående utvecklingsarbetet och införandet av egenkontroller inom individ- och familjeomsorgen. Det faktum att förvaltningen uppmärksammat bristerna och arbetar med ett förändringsarbete påverkar inte vår bedömning av kontrollmålet.

3.4. Målen i besluten är individuella, tydliga och tidsbestämda

3.4.1. Iakttagelser

Av intervjuerna framgår att målen i besluten i regel är av generell karaktär och är i de flesta fall inte tidsbestämda. I vissa beslut sätts inga mål alls. Inom verksamheten för försörjningsstöd sätts tydliga mätbara mål, exempelvis att klienten ska ha någon form av aktivitet som främjar framtida självförsörjning. Generellt finns en otydlighet i vad insatsen ska resultera i och målen är svåra att mäta och följa upp. Exempel på mål i besluten kan vara att klienten ska uppnå god fysisk och psykisk hälsa. Otydligt uppdrag till utförarledet försvårar arbetet med att upprätta genomförandeplaner av god kvalitet.

Beslut avseende nattinsatser är i regel inte heller tidsbestämda. Dock krävs att besluten följs upp var sjätte månad. Uppföljningar fungerar enligt intervjuerna avseende externa insatser men mindre bra för interna insatser som exempelvis öppenvårdsinsatser.

Vår ärendegranskning samt våra intervjuer visar att det saknas tydliga målformuleringar i besluten. Avsaknaden av målrutiner för både biståndsbeslut och genomförandeplaner innebär brister vad gäller målformuleringar i både biståndsbeslut och genomförandeplaner. Detta är ett vanligt förekommande problem i kommuner och handläggarna påtalar i intervjuerna att de vill utveckla detta arbete.

3.4.2. Bedömningar

Vi bedömer kontrollmålet som **ej uppfyllt**.

Vi bedömer att målen i besluten ej är individuella, tydliga och tidsbestämda. Vi grundar vår bedömning på att målen i regel är av generell karaktär och i de flesta fall inte tidsbestämda. Vi bedömer att organisationen behöver utveckla arbetet med målskrivandet. Idag saknas tydliga mål i de insatser vi granskat, vilket också bekräftas av samtliga intervjuade. Vi anser att fokus på målarbetet inom myndighetsutövningen skulle ge stora kvalitetsmässiga vinster för individen men även minska kostnaderna inom socialtjänsten. Ett tydligare sätt att skriva individuella mål gynnar brukarna och skulle underlätta uppföljningen markant. Tydliga mål underlättar för förvaltningsledning och nämnd att utföra stickprov i verksamheten och kontrollera efterlevnaden av biståndsbesluten.

Vidare bedömer vi att skriftliga rutiner för målformulering och upprättande av genomförandeplaner saknas. Som konsekvens upprättas utredningar/biståndsbeslut samt genomförandeplaner olika beroende på vilken handläggare som hanterar dem. Vi uppmanar nämnden att upprätta rutiner för målformulering och genomförandeplaner samt att regelbundet granska enhetligheten av handläggarnas målformuleringar.

3.5. Beslut innehåller en genomförandeplan som är kopplad till biståndsbeslutet

3.5.1. Iakttagelser

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd skall alla verkställighetsbeslut, dvs. de biståndsbeslut som verksamheterna skall verkställa, innehålla en genomförandeplan. Dessa uppföljningar har sin grund i SoL 4 kap 6 §. Denna plan skall innehålla en redovisning av hur verksamheten tänker utföra det bestämda biståndsbeslutet. Upprättande av genomförandeplaner varierar inom förvaltningens verksamheter. Inom enheten för försörjningsstöd framgår att det för vissa ärenden helt saknas genomförandeplaner. Inom öppenvårdsverksamheten råder en otydlighet avseende ansvaret för upprättandet av dessa. Genomförandeplaner ska rätteligen upprättas av utförarledet men vid tidpunkten för granskningen upprättas de av socialsekreteraren och överlämnas därefter till utförarledet. Vidare framgår att det för merparten ärenden inom öppenvårdsinsatser helt saknas genomförandeplaner.

Enheten för barn och familj är vid tidpunkten för granskningen uppdelad i en utredningsenhet och en insatsenhet. Utredningssekreteraren skriver ett uppdrag som lämnas till verkställigheten som ansvarar för att upprätta genomförandeplanen. Inom enheten för ensamkommande barn (EKB) ligger ansvaret hos utföraren. Enligt förvaltningens rutiner skall genomförandeplaner följas upp var sjätte månad. Enligt samtliga intervjuer fungerar detta inte tillfredsställande vid tidpunkten för granskningen. I vår ärendegranskning kan vi konstatera att det finns brister i målen i genomförandeplanerna, vilket även bekräftas av de intervjuade.

3.5.2. *Bedömningar*

Vi bedömer kontrollmålet som endast **delvis uppfyllt**.

Vi bedömer att beslut delvis innehåller genomförandeplan som är kopplad till biståndsbeslutet. Vi grundar vår bedömning på att det inom vissa verksamheter helt saknas genomförandeplaner. Vidare bedömer vi att det råder en otydlighet avseende ansvaret för upprättandet av dessa. Vår granskning har visat att det i flera ärenden saknas aktuella genomförandeplaner och i vissa ärenden saknas genomförandeplan helt. Mål bör tydliggöras i varje biståndsbeslut, då det kan påverka både kvalitet i insatsen och längden på insatsen och därmed kommunens ekonomi. Vidare bedömer vi att det finns brister i biståndsbeslutens och genomförandeplanernas kvalitet samt att uppföljning av dessa delvis saknas. Det påtalas i intervjuer att det görs stickprov via enhetschefer men detta bör kontrolleras av förvaltningen och redovisas skriftligt till nämnden.

3.6. *Det sker en systematisk uppföljning av verksamheten både på förvaltningsnivå och nämndnivå*

3.6.1. *Iakttagelser*

Avseende uppföljning av ekonomi framgår att det pågår ett utvecklingsarbete och en omorganisering inom förvaltningen för att bland annat få kontroll över underskott inom nämnden. Rutinerna för ekonomisk rapportering och uppföljning har setts över och stramats åt. Numera görs månatliga uppföljningar av ekonomin som sammanställs och presenteras i en rapport till nämnden. Tidigare tillämpades halvårsvis åiterrapportering. Av rapporten kan utläsas analys av samtliga verksamheter inom nämnden, personaluppföljning med bland annat diagram över sjukfrånvaro och övertid. Under ekonomiuppföljning redovisas respektive verksamhets budget, redovisning, eventuell avvikelse samt årsprognos. Åtgärder presenteras i särskilt avsnitt.

Det som ligger till grund för underskottet inom nämnden är främst externa placeringar inom individ- och familjeomsorgen. Som följd har politiken fattat ett inriktningsmål att kommunen ska satsa på hemmaplanslösningar. Antal placeringar redovisas månatligen till nämnden i uppföljningsrapporten. I uppföljningsrapporten redovisas även en analys av verksamheten för perioden där viktiga händelser presenteras.

Underlag till månadsrapporten i tas fram av ekonom. Filer tankas över från huvudbok till Stratsys. I Stratsys kan enhetschefer och verksamhetschef se budget, redovisningen för perioden samt ackumulerad redovisning för året och eventuella avvikelser mot budget. Både intäkter och kostnader redovisas. Enhetschefen lämnar en kommentar vad kostnaderna är hänförliga till, orsaker till eventuella underskott samt åtgärdsförslag men enligt merparten intervjuade upprättar de ingen prognos för helåret. Enhetscheferna ska även rapportera på nämndens mål och nyckeltal, exempelvis sjukfrånvaro. Formell åtgärdsplan sammanställs av verksamhetschefen och prognos för helåret upprättas gemensamt av ekonom och verksamhetschef.

Utöver den månatliga uppföljningsrapporten som beskrivits ovan finns det vid tidpunkten för granskningen ingen systematisk uppföljning inom nämnden avseende efterlevnaden av rutiner och riktlinjer. Kvaliteten i exempelvis vård- och genomförandeplaner följs inte upp och inte heller om dessa dokument upprättas inom gällande tidsram.

Det saknas enligt flertalet intervjuade uppföljning av öppenvårdsinsatser i verksamheten. Medvetenhet om att dessa områden behöver följas upp finns, men det saknas idag systematisk uppföljning av t.ex. genomförandeplaner samt beställningar. Dessutom följs inte ärenden inom öppenvården upp frekvent, vilket får till konsekvens att dessa insatser generellt uppfattas som långa.

Flera intervjuade uppger att ärenden förs över till öppenvården i form av insatser långt innan utredningen är klar. Ibland görs det i form av ett observationsuppdrag som ett led i att komplettera utredningen, men ofta finns inget tydligt uppdrag. Detta ger risker för längre och felaktiga insatser.

Det framgår att den socialt ansvarige samordnaren (SAS) driver ett pågående utvecklingsarbete avseende implementering av kvalitetsledningssystem med tillhörande kvalitets- och egenkontroller. Detta bedöms av flera intervjuade som ett pågående förändringsarbete som kommer att utveckla verksamheten positivt.

3.6.2. Bedömningar

Vi bedömer kontrollmålet som endast **delvis uppfyllt**.

Vi bedömer att det delvis sker en systematisk uppföljning av verksamheten både på förvaltningsnivå och nämndnivå. Vi grundar vår bedömning på att den ekonomiska uppföljningen i stora delar är tillfredsställande. Vi anser att enhetscheferna kan involveras mer i prognosarbetet. Idag skriver inte enhetschefen prognos för det egna ekonomiska resultatet. Detta ser vi som ett utvecklingsområde. Gällande verksamhetsuppföljning ser vi att flera områden behöver utvecklas. Dock har ett stort arbete påbörjats och av den anledningen bedömer vi kontrollmålet som delvis uppfyllt. Vi vill betona att det är en skillnad på tillfredsställande ekonomiskt resultat och en tillfredsställande uppföljningen av det ekonomiska resultatet. Vad gäller uppföljningsarbetet av ekonomi har förvaltningen påbörjat ett arbete som vi ser kommer att ge kontroll över prognoser och åtgärdsbehov i samband med underskott.

Vidare bedömer vi att det helt saknas uppföljning av öppenvårdsverksamheten. Detta ser vi som ett viktigt utvecklingsarbete för nämnden. Vi rekommenderar att enhetscheferna ansvarar för att upprätta prognos för sina respektive verksamheter för att öka budgetansvaret och skapa en större förståelse för den egna ekonomin. Vi rekommenderar nämnden att årligen följa upp öppenvårdsverksamheten.

3.7. Det finns alternativa hemmaplanlösningar att använda för handläggarna inom individ- och familjeomsorgen

3.7.1. Iakttagelser

Med anledning av tidigare nämnda underskott inom individ- och familjeomsorgen har processen för beslut om externa placeringar reviderats. Det har införts ett tydligt ekonomiskt tänk i verksamheten. Öppenvård och hemmaplanlösningar ska alltid prioriteras om det finns resurser och kompetens att tillgodose individens behov på hemmaplan. Potentiella externa placeringar diskuteras inom det nyligen tillsatta resursrådet. Resursrådet består arbetsterapeut från HSL, skolpsykolog, socialsekreterare, enhetschef för boende och insatser, enhetschef för myndighetsavdelningen samt verksamhetschef för individ-

och familjeomsorgen. Ärenden som inte anses kunna hanteras på hemmaplan ska redovisas till nämnden med orsak till extern placering tillsammans med tre olika placeringsalternativ med tillhörande kostnadsunderlag.

Det framgår av intervjuerna att det saknas ett tydligt politiskt uppdrag avseende vilka typer av ärenden som ska hanteras av öppenvården eller inom de alternativa hemmaplanslösningarna. Enheten för boende och insatser infördes i april 2018. Med anledning av att antal ensamkommande barn minskade i kommunen frigjordes personal inom verksamheten för ensamkommande barn. Denna kompetens användes för satsningen inom öppenvården och alternativa hemmaplanslösningar.

Någon begränsning för typer av insatser som inte hanteras inom kommunens öppenvård finns inte. Det saknas skriftliga rutiner som tydliggör vilka insatser som ska hanteras på hemmaplan och vilka insatser som ska köpas in externt. Enheten för boende och insatser utvärderar varje enskilt ärende huruvida de har tillräcklig kompetens och resurser för att utföra insatsen.

Enligt de intervjuade framgår att det inom vissa områden saknas kompetens hos personalen inom öppenvården. Det finns exempelvis ingen kompetens inom familjebehandling. Enligt det intervjuade har även inspektionen för vård och omsorg (IVO) framfört att kompetensen hos personalen är låg och personalen har själva via medarbetarenkäten angett att de önskar kompetensutveckling. Det framgår att det tillsammans med den socialt ansvarige samordnaren (SAS) pågår ett arbete med att fastställa en kompetensutvecklingsplan för personalen inom enheten.

Det framgår att det inte har gjorts någon uppföljning eller utvärdering för att mäta kvaliteten inom öppenvården.

3.7.2. Bedömningar

Vi bedömer kontrollmålet som endast **delvis uppfyllt**.

Vi bedömer att det delvis finns alternativa hemmaplanslösningar att använda för handläggarna inom individ- och familjeomsorgen. Vi grundar vår bedömning på att det saknas ett politiskt uppdrag samt skriftliga riktlinjer och rutiner som tydliggör vilka insatser som kan hanteras inom kommunen och vilka insatser som ska köpas in externt. Ett centralt område inom öppenvården är familjebehandling. Vår bedömning är att detta område behöver utvecklas. Vi rekommenderar att rollen för öppenvården tydliggörs och att en skriftlig rutin inom området upprättas. Vidare rekommenderar vi att en analys av de insatser som utförts inom öppenvården görs. Hur länge insatserna har pågått resultatet av insatserna bör framgå.

3.8. Det finns ett ledningssystem för kvalitet som omfattar kvalitetsmål för individ- och familjeomsorgen

3.8.1. Iakttagelser

Socialförvaltningen har ett kvalitetsledningssystem, benämnt Q:et. Där finns exempelvis rutiner, riktlinjer, styrdokument och årshjul samlat. Enligt de intervjuade finns det omfattande information i kvalitetsledningssystemet men systemet anses som svårhanterligt. Det finns rutiner som beskriver hur en process går till men inga uppföljningsrutiner för

att kontrollera att rutiner och riktlinjer efterföljs. Som tidigare beskrivits pågår ett arbete med att utveckla kvalitetsledningssystemet.

Förvaltningen använder systemet Stratsys för att rapportera sina mål och nyckeltal. Mål och nyckeltal presenteras till nämnden månatligen i uppföljningsrapporten.

Inom socialförvaltningen finns en kvalitetsenhet, Q, som består av följande kompetenser; social ansvarig samordnare (SAS), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), utvecklingsledare samt systemförvaltare. Kvalitetsenheten arbetar med utvecklings- och kvalitetsarbete och är en stödfunktion för förvaltningens samtliga verksamheter. Enligt funktionsbeskrivningen är det den socialt ansvarige samordnaren (SAS) som har det övergripande ansvaret för kvalitetsstyrning och kvalitetskontroll inom socialtjänstens verksamhetsområde.

Enligt intervjuerna framgår att arbete har påbörjats med processkartläggning och rutinöversikt inom förvaltningen. Den socialt ansvarige samordnaren (SAS) ska tillsammans med representanter från de olika enheterna arbeta fram processbeskrivningar för samtliga verksamheter.

Vidare framgår att arbete pågår med framtagande och implementering av egenkontroller. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse kommer upprättas en gång per år och redovisas till nämnden. Berättelsen kommer bland annat innefatta egenkontroller uppdelade på sex områden; utreda, meddela beslut, verkställa och genomföra insats, följa upp insats, avsluta insats samt uppföljning av verksamheten. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen kommer även innehålla en riskbedömning med sannolikhet och allvarlighetsgrad som parametrar. Exempel på risker som kommer utvärderas i riskbedömningen är att ansökan avvisas utan prövning, skyddsbedömning inte har skett enligt lag, att för mycket insatser beviljas för att säkra upp eller att uppföljning inte sker enligt den frekvens som ärendet kräver. Det som saknas är stickprovskontroll på förvaltningsnivå av att egenkontrollerna genomförs.

3.8.2. Bedömningar

Vi bedömer kontrollmålet som endast **delvis uppfyllt**.

Vi bedömer att det delvis finns ett ledningssystem för kvalitet som omfattar kvalitetsmål för individ- och familjeomsorgen. Vi grundar vår bedömning på att det vid tidpunkten för granskningen finns ett kvalitetsledningssystem, Q:et, men att det pågår ett arbete med att utveckla systemet. Vi ser positivt på att kvalitetsledningssystemet ska utvecklas med egenkontroller och riskbedömning. Vi rekommenderar förvaltningen att som en del av den interna kontrollen utföra stickprov av egenkontrollsverksamheten. Risk för självgranskning uppstår om enbart chefer utför kontroller av sin egen verksamhet. Om egenkontrollen kompletteras med stickprov från exempelvis den socialt ansvarige samordnaren (SAS) ser vi att förvaltningen har ett ändamålsenligt system för kontroll av verksamheten.

3.9. Det sker ett utvecklingsarbete inom IFO som leder till ökad kvalitet

3.9.1. Iakttagelser

Vid tidpunkten för granskningen pågår en omorganisering av socialförvaltningen. Orsaken till omorganiseringen beror främst på underskott inom framförallt individ- och familjeomsorgen. Det framgår att individ- och familjeomsorgen bland annat har haft flera kostsamma externa placeringar samt att de har färre ärenden men fler handläggare än jämförbara kommuner.

Vid tidpunkten för granskningen finns det fem chefsled från socialchef till handläggare; socialchef, verksamhetschef, enhetschef, första socialsekreterare och handläggare. Som en del av omorganiseringen tas rollen som första socialsekreterare bort. Besparingsåtgärder inom socialförvaltningen har upprättats och presenterats för nämnden. Bland annat tas fyra tjänster bort inom individ- och familjeomsorgen.

För att öka kvaliteten för brukarna behöver kommunen enligt de intervjuade bli bättre på att hjälpa familjer i förbättringsarbete. Familjeterapeuter behöver anställas för att utföra familjebehandlande verksamhet och arbeta motiverande mot familjerna. Fokus bör ligga på hela familjesituationen istället för enbart på barnet. De intervjuade har en förhoppning om att familjebehandling kan leda till färre placeringar.

3.9.2. Bedömningar

Vi bedömer kontrollmålet som **uppfyllt**.

Vi bedömer att det sker ett utvecklingsarbete inom IFO som leder till ökad kvalitet. Vi grundar vår bedömning på att förvaltningen inom flertalet områden har identifierat brister och påbörjat ett stort förändringsarbete för ökad kvalitet. Vi vill betona att nämnden bör vara aktsam med att minska antalet tjänster vad gäller utredare. Vår erfarenhet är att det finns ett mervärde för ekonomin och kvaliteten för brukaren inom socialtjänsten att ha utredningskapacitet så utredningar hinns med och utförs på korrekt sätt. Vi vill rekommendera att nämnden inför regelbundna samverkansträffar med personal inom individ- och familjeomsorgen för att på detta sätt säkerställa att pågående utvecklingsinsatser förankras inom förvaltningen. Vid förändringsarbete finns det en risk att berörda medarbetare ej anser sig få tillräckligt med information eller känner sig delaktiga, vilket kan medföra att förändringar tar längre tid att implementera.

4. Resultat av ärendegranskningar

Vår ärendegranskning samt våra intervjuer visar att det saknas tydliga målformuleringar i besluten. Bristen på målrutiner för både biståndsbeslut och genomförandeplaner innebär brister vad gäller målformuleringar i både biståndsbeslut och genomförandeplaner. Syftet med insatsen och tydliga mål för brukaren saknas i flertalet fall. Det går heller inte att mäta måluppfyllelsen av uppsatta mål. Målen bör tydliggöras i varje biståndsbeslut då det kan påverka både kvalitet i insatsen och längden på insatsen.

Vad gäller huruvida besluten är tidsbestämda så kan vi inte se att insatserna tidsbestäms. Dock krävs att besluten följs upp var sjätte månad. Detta fungerar enligt ärendegranskning i externa insatser. Vad gäller interna insatser tex öppenvårdsinsatser så fungerar det enligt vår granskning inte tillfredsställande.

Vår granskning av vårdplaner samt våra intervjuer visar att detta område idag behöver utvecklas. Målen som skrivs i insatserna är av allmän karaktär men också svepande och svåra att följa upp. Detta ger risker att insatserna blir längre än nödvändigt och att verksamheterna inte kan ställa de krav som är rimliga att ställa på utförarna. Mål av karaktären ”xx skall ha en meningsfull vardag, eller xx skall hjälpas till ett nyktert liv” är vanliga i de ärenden där vårdplaner finns.

2019-01-09

Lisa Åberg

Uppdragsledare

Tommy Nyberg

Projektledare