



Örebro kommun

Granskning av hur kommunen
säkerställer likvärdighet inom vård-
och omsorgsboenden
Revisionsrapport

KPMG AB
Lena Forssell
Andreas Wendin
19 januari 2016
Antal sidor: 20

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
1.1	Svar på revisionsfrågorna	1
1.2	Bedömning och rekommendationer	2
2.	Bakgrund	4
3.	Syfte	4
4.	Avgränsning	5
5.	Revisionskriterier	5
6.	Ansvarig nämnd	5
7.	Metod	5
8.	Projektorganisation	6
9.	Resultat	6
9.1	Organisation	8
9.2	Myndighetsutövning	9
9.2.1	Uppföljning av beslut och genomförandeplaner	12
9.3	Kvalitetsuppföljning	14
9.4	Granskning av genomförandeplaner	18

1. Sammanfattning

Vi har av Stadsrevisionen i Örebro fått i uppdrag att granska hur programnämnd social välfärd samt kommunens vård- och omsorgsnämnder säkerställer en likvärdig vård och omsorg inom och mellan de vård- och omsorgsboenden som finns i kommunen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2015.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om programnämnd social välfärd samt kommunens vård- och omsorgsnämnder säkerställt en likvärdig vård och omsorg, dels mellan olika individer, dels mellan olika vård- och omsorgsboenden.

Vi vill tydligt framhålla att vi med begreppet likvärdighet inte menar att alla ska behandlas och bedömas på exakt samma sätt. Självklart ska alla få en individuell prövning, vilket hela socialtjänstlagen bygger på. Det vi menar med likvärdighet är att såväl myndighetsfunktionen som utförarsidan behöver ha en gemensam syn på hur lagstiftning och andra styrdokument ska tolkas och tillämpas. Vi menar att det som stöd för den individuella bedömningen krävs riktlinjer, tillämpningsföreskrifter, vägledningar eller liknande, för att säkerställa att bedömningarna inte blir godtyckliga.

1.1 Svar på revisionsfrågorna

Utifrån denna gransknings revisionsfrågor konstaterar vi följande.

1. Hur säkerställer programnämnd social välfärd att det finns en tillräcklig styrning av insatser?

I formell mening är styrningen av insatser mycket begränsad i och med att det i stor utsträckning saknas formella styrdokument vid sidan av de nationella styrdokument. Dock finns det i praktiken inom Utredningsenheten Vård och omsorg en mängd riktlinjer/vägledningar som ökar möjligheterna för handläggarna att ha en likvärdig utgångspunkt för beslutsfattandet vilket därmed minskar risken för godtyckliga bedömningar. Se stycke 9.2 nedan.

2. Säkerställs likställigheten genom tydliga mål?

Nämnden har enligt vår granskning inte fastställt några tydliga mål som säkerställer likställighet.

3. Hur säkerställer programnämnd social välfärd en jämställd vård?

Se svar på fråga 1 ovan.

4. Hur säkerställer programnämnd social välfärd att kvaliteten är likvärdig mellan de vård- och omsorgsboenden som finns i kommunen?

Nämnden har ett system för kvalitetsuppföljning som innebär att alla vård- och omsorgsboenden, oavsett driftsform, ska följas upp på i princip samma sätt. I praktiken har dock uppföljningar av

entreprenad drivna vård- och omsorgsboenden prioriterats medan uppföljningar av kommunalt drivna vård- och omsorgsboenden inte har skett i enlighet med gällande riktlinje. I och med att det skett organisationsförändringar som inneburit att ansvaret för dessa uppföljningar flyttats från driftsnämnderna till programnämnden är en ny riktlinje under utarbetande. Se stycke 9.3 nedan.

De individer som beviljas plats på vård- och omsorgsboenden kan i praktiken ha väldigt olika behov. Trots det får alla individer samma typ av beslut. Resurserna som går till de olika boendena fördelas utifrån antalet platser vilket innebär att bemanningen baseras på antalet individer snarare än dessa individers behov. Detta innebär att det, åtminstone teoretiskt, finns risk för en bristande likvärdighet i kvaliteten mellan olika vård- och omsorgsboenden i kommunen. Se stycke 9.2.1 nedan.

5. Vilken uppföljning görs av kvaliteten?

Se svar på fråga 4 ovan.

1.2 Bedömning och rekommendationer

Vår samlade bedömning är att programnämnd social välfärd i formell mening *inte* har säkerställt en likvärdig vård och omsorg eftersom utrymmet för godtyckliga bedömningar är stort inom ramen för den formella styrningen när det gäller myndighetsutövningen.

Vi anser att programnämnden bör fastställa ett övergripande styrdokument beträffande biståndshandläggningen inom äldreomsorgen. Kopplat till detta övergripande styrdokument bör det finnas konkreta rutiner/vägledningar som vi anser bör fastställas på tjänstemannanivå.

Vi ser positivt på att kraft och resurser har lagts på att förbättra och förstärka uppföljningen av beslut. Dock anser vi att de krav på uppföljningar som finns på myndighetssidan respektive utförarsidan måste vara i överensstämmelse. I nuläget finns det på utförarsidan riktlinjer som anger att biståndsbeslut gällande ordinärt boende ska följas upp 40 dagar efter att beslutet är fattat. Något motsvarande, uttalat krav på uppföljning inom en viss tid gällande *alla* beslut inom ordinärt boende finns inte på myndighetssidan.

Vår bedömning är att nuvarande modell för fördelning av personalresurser till vård- och omsorgsboenden kan utgöra en risk för att vården och omsorgen inte blir likvärdig eftersom den inte beaktar aktuellt behov hos individerna. Därav anser vi att programnämnd social välfärd i första hand bör överväga att införa detaljbeslut även när det gäller de personer som beviljas plats på vård- och omsorgsboenden. Om nämnden väljer att fortsätta med "all inclusive-beslut" när det gäller plats på vård- och omsorgsboenden anser vi att nämnden ändå bör överväga att införa någon form av bedömning som genererar en viss "vårdtyngd" för att ha kontroll på hur mycket resurser som behövs på de olika boendena. Om denna typ av resursfördelning blir aktuell behöver mätning/bedömning av "vårdtyngd" göras med en till två månaders intervall för att vara tillräckligt aktuell som grund för omfördelning av resurser.

När det gäller uppföljning av genomförandeplaner ställs det i vård- och omsorgsnämndernas *Riktlinje för verkställighet enligt socialtjänstlagen* krav på att genomförandeplaner ska följas upp åtminstone var tredje månad. Något motsvarande krav ställs inte på de vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad, såvida inte utföraren i fråga på eget initiativ åtar sig att genomföra

uppföljningar så frekvent. Vid upphandling av vård- och omsorgsboenden anser vi att programnämnden bör ställa krav på att entreprenören genomför denna typ av uppföljningar i minst samma utsträckning som de kommunala vård- och omsorgsboendena är ålagda att göra.

Likaså anser vi att kravet på vad en genomförandeplan ska innehålla bör vara detsamma oavsett om boendet drivs på entreprenad eller i egenregi.

Vi anser att det system som finns för kvalitetsuppföljning av vård- och omsorgsboenden är ändamålsenligt. Dock anser vi att programnämnd social välfärd bör säkerställa att samtliga boenden, oavsett driftsform, i grunden prioriteras lika när det gäller uppföljningar. Vid indikationer på brister eller liknande måste det givetvis finnas möjlighet att omprioritera men i grunden anser vi att det inte bör göras någon skillnad på de vård- och omsorgsboenden som finns i kommunen.

När det gäller vår granskning av genomförandeplaner kan vi konstatera att det finns vissa förbättringsmöjligheter. Vissa av de noterade bristerna hänger dock samman med att myndighetsidan inte fattar beslut om specifika insatser vilket resulterar i att det av genomförandeplanen inte framgår tydliga mål med insatsen/insatserna.

I endast fyra av de 23 granskade planerna framgår vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet. Här ser vi en klar förbättringsmöjlighet.

Under förutsättning att kontaktpersonen går igenom genomförandeplanen tillsammans med den boende var tredje månad, i enlighet med gällande krav, anser vi att förutsättningarna är goda för att vården och omsorgen av den boende är baserad på en förhållandevis aktuell bedömning trots att biståndsbesluten är inaktuella i den bemärkelsen att de inte avser individens behov av specifika insatser. Enligt vår granskning tycks dock inte uppföljningar av genomförandeplaner alltid genomföras i enlighet med kommunens krav.

2. Bakgrund

Vi har av Stadsrevisionen i Örebro fått i uppdrag att granska hur kommunens vård- och omsorgsnämnder säkerställer en likvärdig vård och omsorg inom och mellan de vård- och omsorgsboenden som finns i kommunen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2015.

Inom äldreomsorgen ska vårdinsatserna styras av individuella och tydliga mål för vårdtagaren. Alltför allmänt hållna mål i insatserna gör att det finns risker att tillämpningen av målen blir godtycklig och inte likställd.

Kommunen behöver vidare ha kontroll på verksamhetens kvalitet vid de vård- och omsorgsboenden som finns i kommunen – kommunen bör därför genomföra kvalitetskontroller. Om kommunen saknar ändamålsenlig uppföljning och kontroll kan det finnas risk att olika boenden ger olika förutsättningar för den enskilde.

Hösten 2013 genomförde Stadsrevisionen en granskning av kommunens hantering av upphandling och kvalitetssäkring av vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad. När det gäller driftsnämndernas uppföljning av vård- och omsorgsboendenas kvalitet konstaterades i granskningen att driftsnämnderna prioriterade uppföljningen av externa utförare medan uppföljningen av kommunens egna verksamheter inte skedde i enlighet med gällande riktlinje. Mot den bakgrunden anser Stadsrevisionen att det är angeläget att granska hur vård- och omsorgsnämnderna säkerställer att kvaliteten är likvärdig mellan de vård- och omsorgsboenden som finns i kommunen.

Beträffande kravet på individuella och tydliga mål för vårdtagaren konstaterade Stadsrevisionen i en granskning från hösten 2014 att riktlinjer och handbok för biståndsbedömning är i behov av uppdatering. Programnämnd social välfärd höll i sitt yttrande över granskningen med om att det fanns brister gällande aktualiteten i riktlinjer och rutiner. Vidare angavs i yttrandet att vissa åtgärder vidtagits och ytterligare åtgärder var planerade.

Eftersom de brister Stadsrevisionen uppmärksammade i granskningen från hösten 2014 innebär risk för en bristande likställighet i vården och omsorgen anser Stadsrevisionen att det är motiverat att genomföra en granskning av hur likställigheten säkerställs samt hur styrningen av insatser i dagsläget ser ut.

3. Syfte

Syftet med granskningen har varit att bedöma om programnämnd social välfärd samt kommunens vård- och omsorgsnämnder säkerställt en likvärdig vård och omsorg, dels mellan olika individer, dels mellan olika vård- och omsorgsboenden.

Vi har därför granskat

1. Hur säkerställer programnämnd social välfärd att det finns en tillräcklig styrning av insatser?
2. Säkerställs likställigheten genom tydliga mål?

3. Hur säkerställer programnämnd social välfärd en jämställd vård?
4. Hur säkerställer programnämnd social välfärd att kvaliteten är likvärdig mellan de vård- och omsorgsboenden som finns i kommunen?
5. Vilken uppföljning görs av kvaliteten?

4. Avgränsning

Granskningen har omfattat den vård och omsorg som ges i vård- och omsorgsboenden. När det gäller bedömningen av om kvaliteten är likvärdig mellan kommunens vård- och omsorgsboenden har granskningen avgränsats till att omfatta sex vård- och omsorgsboenden, både sådana som bedrivs på entreprenad och sådana som bedrivs i kommunal regi. Vi har tittat på tre boenden på öster i Örebro och tre boenden på väster i Örebro. Ett av boendena drivs i entreprenadform, ett i intraprenadform medan övriga är vanliga kommunala boenden. Vi har även valt ut boenden i varierande storlek. Alla ligger dock i Örebro tätort.

5. Revisionskriterier

Vi har bedömt om rutinerna/verksamheten uppfyller

- Socialtjänstlagen
- Kommunallagen
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
- Övrig tillämplig lagstiftning
- Tillämpbara interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut

6. Ansvarig nämnd

Granskningen har avsett vård- och omsorgsnämnd väster och vård- och omsorgsnämnd öster samt programnämnd social välfärd. Utifrån Örebro kommuns organisation och de givna frågeställningarna är det i första hand programnämnden som varit föremål för granskning.

7. Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudie av relevanta dokument
- Granskning av ett antal genomförandeplaner

- Intervjuer med berörda tjänstemän

När det gäller granskningen av genomförandeplaner har vi tittat på planer från de sex boenden vi valt ut till denna granskning. Vi har tittat på genomförandeplaner för personer som har beslut om vanlig plats på vård- och omsorgsboende (ej demensboendeplats eller korttidsplats).

Rapporten är sakgranskad av samtliga intervjuade tjänstemän.

8. Projektorganisation

Granskningen har genomförts av Andreas Wendin, konsult och Lena Forssell, certifierad kommunal yrkesrevisor.

9. Resultat

Innan resultatet av själva granskningen presenteras tar vi upp begreppet likvärdighet för att ge vår syn på detta begrepp och hur vi har resonerat vid användandet av begreppet.

Som en del i Örebro kommuns strävan efter Sveriges bästa äldreomsorg har en enkät skickats hem till alla med hemtjänst, och delats ut till alla i vård- och omsorgsboende. Andra enkäter har funnits för utdelning på bibliotek och medborgarkontor. Enkäten har också funnits tillgänglig på Örebro kommuns hemsida vilket innebär att alla, oavsett ålder, har haft möjlighet att delta. Enkätens frågor handlade om meningsfull vardag, boende, mat, teknik för äldre, kontakter med omsorg och vård, anhörigas och frivilligas/volontärers roll, kultur- och fritidsliv, tillgänglighet, närhet till service, delaktighet samt framtidens äldreomsorg. Totalt 4 518 personer har svarat på enkäten.

En del i enkäten har bestått i att respondenterna fått kryssa i vilka ord eller begrepp som de anser bäst beskriver framtidens äldreomsorg – så som de vill ha den. Det fanns sexton alternativ och man ombads välja de tre viktigaste.

Diagrammet på nästa sida visar hur stor andel som angett de olika orden/begreppen.

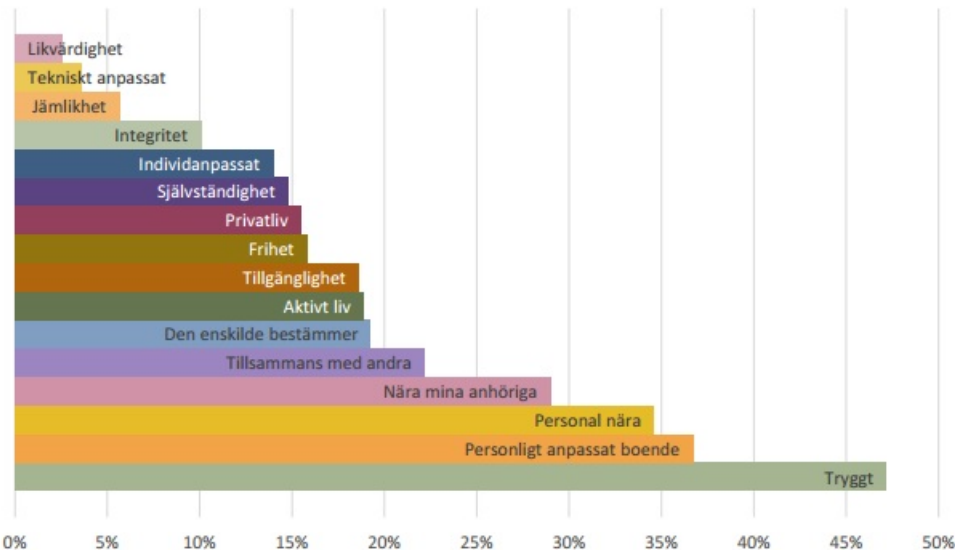


Diagram 1. Källa: Örebro kommun, *Så vill vi ha det som äldre – Rapport avseende medborgardialogen för Sveriges bästa äldreomsorg i Örebro kommun.*

Som framgår av diagrammet är *Likvärdighet*, *Tekniskt anpassat* och *Jämlikhet* de ord/begrepp som fått lägst andel kryss. Mot den bakgrunden tycks en ”likvärdig vård och omsorg” inte vara något som prioriteras särskilt högt.

Kommentarer

Vi vill vara tydliga med att vi med begreppet likvärdighet inte menar att alla ska behandlas och bedömas på exakt samma sätt, vilket annars kanske är den association många gör när de hör begreppet likvärdighet. Självklart ska alla få en individuell prövning, vilket hela socialtjänstlagen bygger på.

Det vi menar med likvärdighet är att såväl myndighetsfunktionen som utförarsidan behöver ha en gemensam syn på hur lagstiftning och andra styrdokument ska tolkas och tillämpas. Vi menar att det krävs riktlinjer, tillämpningsföreskrifter, vägledningar eller liknande, som stöd för den individuella bedömningen för att säkerställa att bedömningarna inte blir godtyckliga.

Motsatsen till en likvärdig vård och omsorg är enligt vår mening en vård och omsorg som blir beroende av vilken handläggare som fattat beslutet. Om var och en på sin kammare gör egna tolkningar av lagstiftning och föreskrifter blir bedömningarna personberoende med stor risk för godtycklighet. De bedömningar som görs och de beslut som fattas måste enligt vår mening vila på en gemensam tolkning och förståelse av lagstiftning och föreskrifter.

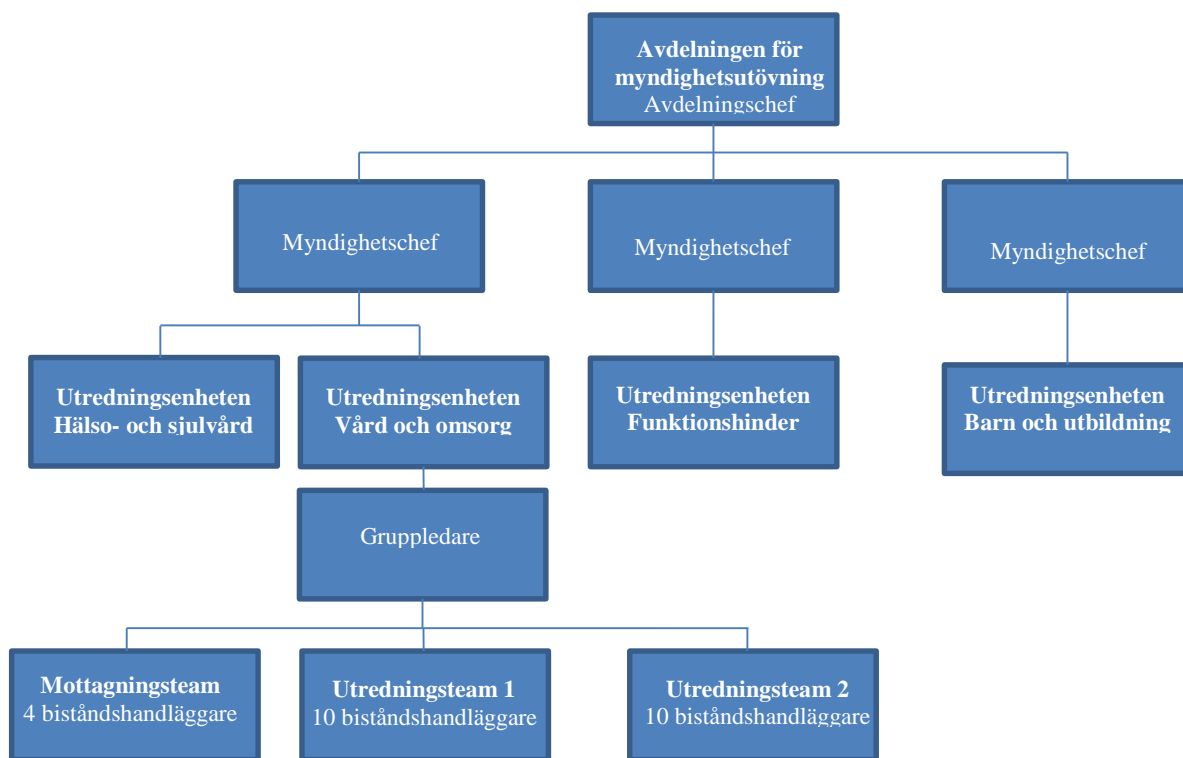
Vi har i granskningen på intet sätt funnit några tecken på att biståndshandläggarna i Örebro gör egna tolkningar av lagstiftning och att bedömningarna är personberoende. Det vi vill säga med föregående stycke är att programnämnd social välfärd, utan formell styrning inom området, inte kan säkerställa att denna typ av godtyckliga bedömningar inte sker.

9.1 Organisation

Såväl myndighetsutövningen som ansvaret för uppföljningen av kvaliteten inom vård och omsorg ligger i dagsläget på programnämnd social välfärd. Vid årsskiftet 2014-2015 skedde en organisationsförändring som innebar att vissa frågor som tidigare låg under vård- och omsorgsnämnderna i dag ligger under programnämnden. Både myndighetsutövningen och kvalitetsuppföljningen är exempel på områden där ansvaret flyttats från driftsnämnderna till programnämnden.

Det tjänstemannamässiga ansvaret för kvalitetsuppföljningen ligger i dagsläget på Avdelningen för upphandling och uppföljning inom kommunledningskontoret.

Den myndighetsutövning som är aktuell i denna granskning sker inom Utredningsenheten Vård och omsorg. Utredningsenheten Vård och omsorg är en av fyra utredningsenheter som tillhör Avdelningen för myndighetsutövning som i sin tur är organiserad under kommunledningskontoret. Organisationen inom Avdelningen för myndighetsutövning beskrivs i nedanstående skiss.



Figur 1. Organisationskiss för Avdelningen för myndighetsutövning. Utredningsenheterna för Hälsa- och sjukvård, Funktionshinder samt Barn och utbildning innehåller också fler nivåer i likhet med Utredningsenheten Vård och omsorg. Men i och med att granskningens fokus är vård och omsorg beskriver vi bara den delen fullt ut.

9.2 Myndighetsutövning

Som framgår i rapportens bakgrund visade en granskning från Stadsrevisionen hösten 2014 att riktlinjer och handbok för biståndsbedömning var i behov av uppdatering.

I den nu genomförda granskningen framkommer att det inte har skett någon uppdatering av riktlinjer och handbok för biståndsbedömning sedan granskningen 2014. Motivet till detta uppges vara att vård- och omsorgsnämnderna sedan tidigare har fattat ett beslut om att det inte ska finnas några riktlinjer eller tillämpningsföreskrifter inom området. Bakgrunden till det beslutet är att Örebro kommun införde så kallade rambeslut år 2010. Rambeslut bygger på att handläggaren grundligt kartlägger de individuella behoven för att sedan i utredningen och beslutet formulera dessa som en tydlig behovsram. Tanken är att utföraren sedan tillsammans med den enskilde tar fram en genomförandeplan som beskriver hur samt när insatserna ska ske för att behoven ska tillgodoses.

Utredningsenheten Vård och omsorg använder den av Socialstyrelsen framtagna modellen Äldres behov i centrum, ÄBIC, vid handläggning av ärenden. I denna modell beskrivs varje individs behov utifrån den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Enligt Socialstyrelsens beskrivning är ÄBIC "ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation av behov, mål och resultat i handläggningen, genomförandet och uppföljningen av vård och omsorg av äldre." I våra intervjuer uppges denna modell säkerställa att bedömningar sker utifrån en viss standard vilket innebär ökad rättssäkerhet. Utredningsmallen för hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende har båda utgångspunkt från samma ICF-områden i ÄBIC men beslutsdelen skiljer sig väsentligt beroende på om personen i fråga beviljas hemtjänstinsatser eller plats på ett vård- och omsorgsboende.

Vi har genomfört en gruppintervju med tre biståndshandläggare, en från varje team. De intervjuade biståndshandläggarna framför att de i praktiken har riktlinjer och vägledningar att luta sig mot eftersom det annars i princip inte skulle gå att jobba alls. Dessa vägledningar och riktlinjer uppges inte vara fastställda på några arbetsmöten eller liknande. Det handlar snarare om praktiska överenskommelser om hur vissa situationer och ärenden ska hanteras. Handläggarna framför att dessa informella riktlinjer/vägledningar och exempelsamlingar är till hjälp vid bedömningar men att de i vissa fall skulle behöva bli tydligare. Vidare framför biståndshandläggarna att det vore önskvärt att de riktlinjer och vägledningar som de använder i det vardagliga arbetet var formellt antagna. En vetskap om att de arbetssätt och rutiner som används är formellt sanktionerade och dokumenterade uppges leda till ökad trygghet i det vardagliga arbetet. Biståndshandläggarna framför att det, i händelse av att rutiner och arbetssätt ifrågasätts, är svårare att motivera varför just de arbetssätten och rutinerna används om det inte finns något formellt beslut taget på att det är just så handläggarna ska arbeta.

Några exempel på områden som nämns där det finns vägledningar/riktlinjer är:

- a) service enligt förenklad handläggning
- b) krav på läkarintyg om en individ är under 65 år och ska ansöka om förenklad service
- c) vad som är att betrakta som ett brådskande ärende i samband med förhandsbedömning

I våra intervjuer framförs att de biståndshandläggare som ingår i utredningsteamet träffas en gång per vecka för ärendegenomgångar/ärendedragningar tillsammans med gruppleddaren för

biståndshandläggarna. Vid dessa genomgångar kan varje handläggare ta upp svårbedömda ärenden eller ärenden som behöver diskuteras av andra orsaker. De frågeställningar som kommer upp och de diskussioner som förs dokumenteras. Dokumentationen sätts sedan in i en så kallad "ärendepärm" som också används som stöd i själva ärendegenomgången. I ärendepärmen sätts också vägledande domar in. Dessa ärendegenomgångar lyfts i våra intervjuer fram som ett arbetssätt som bidrar till en ökad likvärdighet i bedömningar och beslut.

Ett annat exempel som uppges bidra till en likvärdighet och som lyfts fram i intervjuerna är mentorskap för nyanställda. Alla nyanställda uppges få en mentor som den nyanställde kan vända sig till med frågor och söka stöd hos under den första tiden som nyanställd. Mentorskapet uppges inte upphöra efter en viss tid utan löper på. Av naturliga skäl brukar dock behovet av stöd och hjälp avta allt eftersom den nyanställde får mer erfarenhet.

I våra intervjuer framförs vidare att det inom Utredningsenheten Vård och omsorg finns en medvetenhet om det finns behov av formellt antagna tillämpningsanvisningar som stöd i handläggningen och att man arbetar med att utveckla sådana.

För att öka likvärdigheten i arbetssätt och bedömningar påbörjades för en tid sedan processkartläggningar gällande myndighetsutövningen. Enligt våra intervjuer blev dock de tjänstemän som skulle hjälpa till med processkartläggningarna tvungna att prioritera införandet av LOV gällande omvårdnadsinsatser. Därtill skedde vid årsskiftet 2014-2015 den organisationsförändring som innebar att ansvar flyttades från driftsnämnderna till programnämnden. Förutom att Utredningsenheten Vård och omsorg därmed inte längre kunde få något stöd i processkartläggningarna innebar den förändrade organisationen och konkurrensutsättningen av omvårdnadsinsatser att processerna förändrades. De kartläggningar som väl gjordes innan förändringarna uppges därför inte längre vara aktuella.

Sedan ansvaret för myndighetsutövningen flyttades från driftsnämnderna till programnämnden har programnämnden tillskapat ett myndighetsutskott. Myndighetsutskottet består av en parlamentarisk grupp och uppges träffa avdelningschefen för Myndighetskansliet samt myndighetscheferna en gång per månad. Myndighetsutskottet gör stickprov på ärenden vilket innebär att den som handlägger ett utvalt ärende får presentera ärendet för myndighetsutskottet. Handläggaren och myndighetscheferna får svara på frågor utifrån exempelvis bedömningsnivå. Från Utredningsenheten Vård och omsorg lyfts det fram som väldigt positivt att detta utskott skapats eftersom det sätter fokus på myndighetsutövningen.

Kommentarer

I praktiken finns det inom Utredningsenheten Vård och omsorg en mängd riktlinjer/vägledningar som ökar möjligheterna för handläggarna att ha en likvärdig utgångspunkt för beslutsfattandet vilket därmed minskar risken för godtyckliga bedömningar. De flesta av dessa riktlinjer/vägledningar är dock inte formellt antagna, vare sig politiskt eller på tjänstemannanivå.

Vi anser *inte* att samtliga riktlinjer/vägledningar/rutiner måste fastställas politiskt. De flesta rutiner och riktlinjer och liknande berör själva handläggningen på en så konkret nivå att det rimliga snarare är att de fastställs på tjänstemannanivå. Vår uppfattning är således att majoriteten av de rutiner som finns dokumenterade i någon form i dagsläget bör fastställas på tjänstemannanivå. De rutiner som inte finns dokumenterade bör dokumenteras och därefter

fastställas. Av rutinerna/riktlinjerna bör det framgå vem som har fastställt dokumentet och när samt när/hur ofta det ska revideras. Vidare ska alla rutiner och riktlinjer finnas lättillgängliga via intranätet för att på så vis kunna utgöra ett konkret och lättillgängligt styrinstrument vid den praktiska handläggningen i linje med vad som anges i Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Vi ser positivt på uppgiften om att man inom Utredningsenheten Vård och omsorg arbetar med att utveckla tillämpningsanvisningar som ska fungera som stöd i handläggningen.

Inom myndighetsutövningen används ÄBIC och ICF och som framgår ovan uppges denna modell säkerställa att bedömningar sker utifrån en viss standard vilket i sin tur innebär ökad rättssäkerhet. Som också framgår ovan påtalar dock de intervjuade biståndshandläggarna att det – utöver lagstiftning, föreskrifter, ÄBIC och ICF – även behövs riktlinjer/vägledningar för att över huvud taget kunna hantera och bedöma ärenden på en rimlig nivå. Vår uppfattning är att en myndighetsutövning utan några som helst formella riktlinjer eller rutiner riskerar att bli subjektiv, godtycklig och rättsosäker. För att säkerställa en likvärdig grund för bedömning och därmed en likvärdig vård och omsorg krävs det formella styrdokument vid sidan av de nationella styrdokumenterna. Återigen vill vi poängtera att likvärdighet inte innebär att alla behandlas eller bedöms på samma sätt eftersom det skulle stå i strid med socialtjänstlagen. Enligt vår mening behöver det inte finnas någon som helst motsättning mellan att å ena sidan säkerställa att handläggarna, i enlighet med socialtjänstlagen, gör individuella bedömningar som tar hänsyn till olikheter och att å andra sidan ha formellt fastställda riktlinjer/vägledningar för att säkerställa en likvärdig bedömning. Som framgår ovan finns dessa riktlinjer/vägledningar i stor utsträckning redan i dagsläget. Det vi föreslår är således inte mer än att de riktlinjer/vägledningar som redan finns, formaliseras i större utsträckning.

I sammanhanget vill vi också framhålla att vår uppfattning *inte* innebär att de formella styrdokumenterna behöver styra bedömningen utifrån tidsatta schabloner eller frekvenser. Det handlar snarare om att styrdokumenterna ska säkerställa ett gemensamt förhållningssätt för olika typer av ärenden. Exempelvis kan det behöva finnas överenskomna kriterier som ska gälla för att en individ ska beviljas plats på ett korttidsboende. Som framgår ovan lyfter biståndshandläggarna i intervjun fram ett antal exempel där det i praktiken finns vägledningar/riktlinjer (service enligt förenklad handläggning, krav på läkarintyg om en individ är under 65 år och ska ansöka om förenklad service, vad som är att betrakta som ett brådskande ärende i samband med förhandsbedömning). Vi anser att det är högst relevant med vägledningar/riktlinjer i dessa frågor för att säkerställa en likvärdig bedömning/hantering av ärenden.

Vi kan konstatera att det i praktiken finns en rad överenskommelser/vägledningar och arbetssätt som innebär att det finns goda förutsättningar för biståndshandläggarna att göra likvärdiga bedömningar utifrån gemensamma förhållningssätt. Vår uppfattning är dock att programnämnd social välfärd i formell mening *inte* har säkerställt en likvärdig vård och omsorg eftersom utrymmet för godtyckliga bedömningar är stort inom ramen för den formella styrningen.

Vi anser att programnämnden bör fastställa ett övergripande styrdokument beträffande biståndshandläggningen inom äldreomsorgen. De mer konkreta rutinerna/vägledningarna som vi anser bör fastställas på tjänstemannanivå bör på ett tydligt sätt vara kopplade till det övergripande politiskt antagna styrdokumentet.

9.2.1 Uppföljning av beslut och genomförandeplaner

Uppföljning av biståndsbeslut

Granskningen från 2014 visade på stora brister när det gäller uppföljning av beslut. I rapporten konstaterades bland annat att det som framgår i 4 kap 1§ 3 st. SoL "Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv" inte helt kan följas då inte tillräckligt med uppföljningar görs.

Enligt våra intervjuer har Utredningsenheten Vård och omsorg lagt mycket kraft på att bli bättre på uppföljningar av beslut. Bland annat har det tillförts mer personalresurs på biståndshandläggarsidan vilket gjort att individuppföljningen har kunnat stärkas. Enligt våra intervjuer gjordes dessutom i september 2015 en ändring när det gäller fördelningen av ärenden mellan handläggarna. Denna förändring uppges också ha bidragit till att uppföljningen kan säkerställas tydligare. Den styrka individuppföljningen som beskrivs ovan gäller personer i ordinärt boende.

Inom Utredningsenheten Vård och omsorg finns en rutin för tidsbegränsade beslut och individuppföljning av vilken det framgår att nya ärenden tidsbegränsas upp till 1 år. Vid behov kan andra (kortare) intervaller sättas. Rutinen gäller inte vid beslut om plats på vård- och omsorgsboende.

När det gäller individuppföljningar har, som framgår ovan, fokus legat på beslut inom ordinärt boende. Besluten om plats på vård- och omsorgsboende fattas i form av tillsvidarebeslut. Besluten om plats på boenden innebär endast att personen i fråga beviljas plats på ett boende, beslutet tar inte ställning till vilka insatser personen i fråga är i behov av. Dessa beslut kan därmed betraktas som "all inclusive-beslut". När det gäller uppföljning av den enskildes situation och behov av stöd och hjälp inom vård- och omsorgsboende hänvisar Utredningsenheten Vård och omsorg till de kvalitetsuppföljningar som sker. Dess beskrivs närmare i stycke 9.3 nedan.

Vi vill i sammanhanget förtydliga att det inte finns något lagkrav på att beslut om plats på vård- och omsorgsboende ska vara detaljbeslut och innehålla specifika insatser. Utredningsenheten Vård och omsorg har heller inte något sådant uppdrag från programnämnd social välfärd.

På utförarsidan finns *Riktlinje för verkställighet enligt socialtjänstlagen* av vilken det framgår att biståndshandläggare ska göra en uppföljning 40 dagar efter fattat beslut. Denna 40-dagarsuppföljning gäller dock endast personer i ordinärt boende. I och med att besluten om plats på vård- och omsorgsboende är tillsvidarebeslut utan någon specificering av vilka insatser personen i fråga behöver hjälp med görs i regel inga uppföljningar av dessa beslut.

När det gäller 40-dagarsuppföljningen av personer i ordinärt boende finns det på myndighetssidan inget motsvarande uttalat krav på en uppföljning inom en viss tid som gäller *alla* beslut. Av myndighetssidans rutin framgår att det är beslut som fattats efter vistelse på sjukhus eller korttidsvård som vid behov kan följas upp tidigare. Enligt uppgift följs alla dessa beslut i praktiken upp inom 2-3 veckor.

I vilken utsträckning det i praktiken genomförs uppföljningar inom 40 dagar när det gäller beslut inom ordinärt boende tycks det råda delade meningar om mellan myndighetssidan och utförarsidan.

Uppföljning av genomförandeplaner

Det faktum att det fattas tillsvidarebeslut om plats på vård- och omsorgsboende innebär att genomförandeplanen i regel inte har någon tydlig koppling till beslutet. Från Utredningsenheten Vård och omsorg framförs dock att det är viktigt att genomförandeplanen ändras efter behoven. När det gäller personer som bor på vård- och omsorgsboenden framgår det av riktlinjen för verkställighet att genomförandeplanen ska följas upp minst var tredje månad. Likaså framgår det av användarmanualen/rutinen gällande genomförandeplaner att planen ska följas upp minst var tredje månad eller tidigare vid eventuell förändring. På så sätt strävar utförarsidan efter att upprätthålla aktuella genomförandeplaner trots att biståndsbesluten är inaktuella i den bemärkelsen att de inte avser individens behov av specifika insatser.

Riktlinjen för verkställighet och användarmanualen gällande genomförandeplaner avser inte de vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad. För dessa boenden regleras frekvensen på uppföljningar av genomförandeplanerna genom avtalen mellan kommunen och respektive boende. Det finns dock inget specifikt uttalat krav från kommunens sida om hur ofta uppföljningar ska göras. Det krav som finns är följande. ”Den boendes vård- och omsorgsbehov bedöms och utvärderas genom att regelbundet följa upp mål i dokumenterade genomförandeplaner.”

I denna granskning har vi tittat på avtalet för ett (1) boende som drivs på entreprenad. I avtalet framgår att utföraren ska följa upp genomförandeplanerna var tredje månad. Detta är emellertid ett åtagande från utföraren som alltså inte är baserat på något specifikt krav från kommunen.

Kommentarer

Vi ser positivt på att kraft och resurser har lagts på att förbättra och förstärka uppföljningen av beslut. Dock anser vi att de krav på uppföljningar som finns på myndighetssidan respektive utförarsidan måste vara i överensstämmelse. Som framgår ovan finns det på utförarsidan riktlinjer som anger att biståndsbeslut gällande ordinärt boende ska följas upp 40 dagar efter att beslutet är fattat. Något motsvarande, uttalat krav på uppföljning inom en viss tid gällande *alla* beslut inom ordinärt boende finns inte på myndighetssidan.

Vidare anser vi att programnämnd social välfärd bör överväga att införa detaljbeslut även när det gäller de personer som beviljas plats på vård- och omsorgsboenden. I och med att besluten om plats på vård- och omsorgsboenden i nuläget är ”all inclusive-beslut” finns det, åtminstone teoretiskt, risk för en bristande likvärdighet i vården och omsorgen. De individer som beviljas plats på vård- och omsorgsboenden kan i praktiken ha väldigt olika behov. Trots det får alla individer samma typ av beslut. Resurserna som går till de olika boendena fördelas utifrån antalet platser vilket innebär att bemanningen baseras på antalet individer snarare än dessa individers behov.

Om programnämnd social välfärd väljer att fortsätta med ”all inclusive-beslut” när det gäller plats på vård- och omsorgsboenden anser vi att nämnden ändå bör överväga att införa någon form av bedömning som genererar en viss ”vårdtyngd” för att ha kontroll på hur mycket resurser som behövs på de olika boendena. Om denna typ av resursfördelning blir aktuell behöver mätning/bedömning av ”vårdtyngd” göras med en till två månaders intervall för att vara tillräckligt aktuell som grund för omfördelning av resurser. Vår bedömning är att nuvarande

modell för fördelning av personalresurser till vård- och omsorgsboenden kan utgöra en risk för att vården och omsorgen inte blir likvärdig eftersom den inte beaktar aktuellt behov hos individerna.

Vi ser positivt på att det ställs formella krav på att genomförandeplaner ska följas upp åtminstone var tredje månad. Som framgår ovan ställs inte något motsvarande krav på de vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad. Genom avtalet med Örebro kommun har det specifika boende vi har tittat på inom ramen för denna granskning emellertid åtagit sig att följa upp genomförandeplaner var tredje månad. Vid upphandling av vård- och omsorgsboenden anser vi att programnämnden bör ställa krav på att entreprenören genomför denna typ av uppföljningar i minst samma utsträckning som de kommunala vård- och omsorgsboendena är ålagda att göra.

9.3 Kvalitetsuppföljning

Vid tidpunkten för granskningens genomförande, hösten 2015, framfördes i våra intervjuer att den riktlinje som reglerar kvalitetsuppföljningen inom verksamheterna, *Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i Vård och omsorg*, ska revideras inför 2016 eftersom det skett organisatoriska förändringar enligt beskrivningen i stycke 9.1 ovan. Enligt uppgift är det planerat att ärendet ska beredas av nämnden i februari 2016.

Så länge det inte fastställts någon ny riktlinje är det dock denna *Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i Vård och omsorg* som gäller. Riktlinjen är antagen av vård- och omsorgsnämnderna i juni 2010. I dagsläget ligger dock ansvaret för uppföljning på programnämnden. Det innebär att programnämnden, innan någon ny riktlinje har tagits fram, arbetar i enlighet med en riktlinje som inte är antagen av nämnden.

Riktlinjen gäller för alla utförare oavsett driftsform. Av riktlinjen framgår att uppföljning av entreprenader sker kontinuerligt under året på samma sätt som uppföljning av enheter i egen regi, undantaget den ekonomiska uppföljningen. Vidare framgår det av riktlinjen att:

Enheter oavsett driftsform är ålagda att lämna in verksamhetsplan, delårsrapport och årsberättelse till driftsnämnderna. Här följs indikatorer för kvalitet och effektivitet upp utifrån kommunens mål och prioriteringar.

I citatet ovan anges att verksamhetsplan, delårsrapport och årsberättelse ska lämnas in till driftsnämnderna. I och med organisationsförändringen är det numera programnämnden som blir mottagare av dessa dokument.

Det ovan beskrivna utgör den löpande uppföljningen enligt en fastställd årscykel. Utöver denna löpande uppföljning sker en granskning av alla enheter utifrån en plan som bygger på två typer av granskningar som ska genomföras under en fyraårsperiod (under varje mandatperiod). Det handlar om en enklare typ av granskning samt en mer fördjupad typ av granskning som kan ske i två olika varianter. För de enheter som har avtal/överenskommelser kan den fördjupade granskningen kompletteras med uppföljning av själva avtalet/överenskommelsen. De olika typer av uppföljning som kan bli aktuella är därmed följande.

1. En planerare inom Vård och omsorg samlar in data, telefonintervjuer och sammanställer materialet.

2. Ett mångprofessionellt team gör ett förannmält besök där en granskning genomförs utifrån ett granskningsformulär.
3. Samma som föregående inklusive granskning av avtal/överenskommelse (gäller endast enheter med avtal).

Uppföljningen i form av dessa olika typer av granskningar är en del av Vård och omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Resultatet från den första typen av uppföljning rapporteras årligen till programnämnden¹. Denna typ av enklare uppföljning kan dock leda till att en fördjupad uppföljning blir nödvändig varvid rapportering till nämnden blir omedelbar.

Granskningsmallen som används vid uppföljning enligt punkt 2 och 3 ovan innehåller 13 kvalitetsområden som följs upp. Inom varje område finns ett antal kriterier som följs upp, totalt 96 kriterier.

Granskningsmallen skickas ut till enheten inför granskningen eftersom granskningen till stora delar bygger på självskattning.

Resultatet från granskningen rapporteras till programnämnden². Om granskningen identifierar förbättringsområden som snarast ska åtgärdas måste enheten rapportera hur bristerna ska åtgärdas. Enheten ska då presentera en handlings- och tidplan för nämnden där det framgår hur och när bristerna ska åtgärdas. Enheten ska även rapportera resultatet av förbättringsarbetet till nämnden. Om det handlar om en extern utförare och om utföraren inte bedöms vidta tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med bristerna kan programnämnden fatta beslut om vite. Programnämnden kan även fatta beslut om att inte förlänga avtalet när det handlar om externa utförare. Vid allvarliga brister kan det bli aktuellt med hävning av avtalet.

Det sker inte någon fördjupad uppföljning (enligt punkt 2 eller 3 ovan) av enheter som drivs på entreprenad under avtalstidens första år om det inte kommit signaler om att det behövs.

Metoden för kvalitetsuppföljning bygger på att det ska skapas en grund för en god dialog med de entreprenaddrivna enheterna och att de inte ska behandlas på annat sätt än kommunens egna verksamheter. Inom Avdelningen för upphandling och uppföljning är uppfattningen att oanmälda uppföljningar som äger rum utan att det föregåtts av indikationer på brister i verksamheten sänder signaler om bristande tilltro, vilket riskerar att försämma dialogen. Samtidigt påpekas att oanmälda uppföljningar kan behöva göras på förekommen anledning och att avtalen ger denna möjlighet.

¹ Riktlinjen är skriven utifrån att rapporteringen sker till driftsnämnden, i och med organisationsförändringen vid årsskiftet 2014-2015 sker rapporteringen i nuläget till programnämnden.

² Riktlinjen är skriven utifrån att rapporteringen sker till driftsnämnden, i och med organisationsförändringen vid årsskiftet 2014-2015 sker rapporteringen i nuläget till programnämnden.

När det gäller de boenden som valts ut i denna granskning har kvalitetsuppföljningar skett enligt tabellen nedan.

Boende ↓	Årtal →	Mandatperiod 2007-2010		Mandatperiod 2011-2014				Mandatperiod 2015-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Boende 1		1	2	2	1	2		
Boende 2			1		2			
Boende 3		2		1		2		
Boende 4		1	2	2		1		
Boende 5		1		2	2	1		
Boende 6				2	Extra	3		3

Tabell 1. Kvalitetsuppföljningar i enlighet med *Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i Vård och omsorg* under åren 2007-2015.

Typer av uppföljning: Typ 1 = Begränsad (enligt beskrivningen på föregående sida)
Typ 2 = Fördjupad (enligt beskrivningen på föregående sida)
Typ 3 = Avtalsuppföljning (enligt beskrivningen på föregående sida)
Extra = Extrauppföljning pga. brister

De rutor i tabellen ovan som är överkryssade innebär att den aktuella granskningen inte har genomförts i enlighet med planeringen. En tom ruta innebär att någon kvalitetsuppföljning inte var planerad.

Som framgår av tabellen ovan har endast sju av 22 kvalitetsuppföljningar genomförts i enlighet med planeringen när det gäller de sex boenden som ingår i denna granskning. Utöver de sju planerade kvalitetsuppföljningarna har en extrauppföljning gjorts med anledning av att vissa brister/förbättringsområden uppdagades i den föregående uppföljningen. De förbättringsområden som uppmärksammades rörde kompetensutveckling, dokumentation och koppling till evidens och forskning.

I sammanhanget vill vi vara tydliga med att tabellen ovan bygger på en planering som vård- och omsorgsnämnderna tog ställning till i samband med att de i juni 2010 fastställde riktlinjerna. Som bilagor till beslutet fanns då en plan för verksamhetsuppföljning för år 2010 samt en plan för verksamhetsuppföljning för mandatperioden 2011-2014. Dessutom fanns en tredje bilaga med som var en beskrivning av resursåtgång för att klara uppföljningarna (beräknad tidsåtgång för verksamhetsuppföljning). I Stadsrevisionens granskning från 2013 avseende upphandling och kvalitetssäkring av vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad framkom att driftsnämnderna aldrig avsatte den resurs som beskrevs i den tredje bilagan vilket har lett till att nämnderna årligen fattat beslut om en reviderad plan utifrån tillgänglig resurs. Men tabellen ovan bygger alltså på den ursprungliga planen. Därav så många strukna uppföljningar/granskningar.

En följd av att nämnderna årligen fått fatta beslut om en reviderad plan innebär att de entreprenad drivna enheterna har behandlats på ett annat sätt än kommunens egna enheter. Granskning av kommunens egna verksamheter har prioriterats ned. Ett skäl till detta uppges vara att uppföljning bör göras inför avtalsförslängning. Då avtalen löper på treårsperioder har detta bidragit till att de entreprenad drivna enheterna följts upp oftare än de kommunala enheterna.

Inom ramen för denna granskning har vi endast tagit del av den kvalitetsuppföljning av boende 6 som är genomförd under 2015. De senast genomförda kvalitetsuppföljningarna för övriga boenden är så pass gamla att vi valt att inte ta del av dessa.

Den kvalitetsuppföljning som är genomförd under 2015 avseende boende 6 visar att vården och omsorgen på boendet bedöms vara av god kvalitet. I sammanfattningen till den rapport som Avdelningen för upphandling och uppföljning författat med anledning av kvalitetsuppföljningen framgår bland annat att verksamheten ”bedöms leva upp till grundkraven på kvalitet i avtalet väl eller mycket väl.”

På utförarsidan förekommer egenkontroller baserade på Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Ett antal undersköterskor som har gått utbildning i egenkontroll ansvarar för och genomför dessa egenkontroller. Resultaten från egenkontrollerna rapporteras till socialt ansvarig samordnare (SAS) som gör en sammanställning. Enligt uppgift träffas undersköterskorna och SAS en gång per år för att utveckla egenkontrollen.

Egenkontrollen fokuserar på de tre delarna a) Vård och omsorgs värdegrund, b) Social dokumentation och c) Individuell vård- och omsorgsplanering inklusive genomförandeplaner. Egenkontrollen kompletteras med bland annat en stor journalgranskning två gånger per år som SAS ansvarar för. Enligt uppgift genomfördes en granskning av 287 journaler under hösten 2015.

Kommentarer

I Stadsrevisionens granskning från 2013 av kommunens hantering av upphandling och kvalitetssäkring av vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad, gjordes bedömningen att modellen för kvalitetsuppföljning till stora delar var ändamålsenlig. Stadsrevisionen konstaterade dock att vård- och omsorgsnämnderna inte till fullo följde gällande riktlinjer eftersom uppföljningar av kommunalt drivna vård- och omsorgsboenden hade prioriterats bort.

De förhållanden som konstaterades och den bedömning som gjordes i samband med granskningen 2013 är fortfarande aktuella. Skillnaden mot då är att ansvaret för kvalitetsuppföljningarna i dagsläget ligger på programnämnden i stället för på driftsnämnderna. Denna förändring ligger i linje med en av de rekommendationer Stadsrevisionen lämnade med anledning av granskningen 2013.

I och med att ansvaret nu är flyttat finns dock behov av reviderade riktlinjer. Som framgår ovan uppges nya riktlinjer vara på gång. Enligt gällande planering ska ärendet beredas av nämnden i februari 2016.

För att säkerställa en likvärdig hantering av samtliga vård- och omsorgsboenden i kommunen, och därmed öka förutsättningarna för en likvärdig vård och omsorg, uppmanar vi programnämnden att genomföra kvalitetsuppföljningar i enlighet med vad som framgår i *Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i Vård och omsorg* vilket skulle innebära att uppföljning av kommunala boenden skulle få samma prioritet som uppföljning av entreprenatdrivna vård- och omsorgsboenden.

9.4 Granskning av genomförandeplaner

Som en del av granskningen har vi tagit del av ett antal genomförandeplaner för att bedöma om det finns tydliga mål i planerna som baseras på de i utredningen bedömda behoven. Om det på myndighetssidan finns arbetssätt som garanterar att varje individ är likvärdig inför lagen kan denna likvärdighet överföras till utförarsidan i de fall genomförandeplanerna är baserade på biståndsbesluten och har en tydlig koppling till dessa. Eftersom det i regel inte finns någon tydlig koppling mellan de bedömda behoven och genomförandeplanerna inom vård- och omsorgsboenden har det dock inte varit möjligt att göra en bedömning om en likvärdig vård och omsorg säkerställs genom hela processen från handläggning och bedömning via beslut till utförande.

Mot den bakgrunden har granskningen av genomförandeplaner främst kommit att syfta till att kontrollera att planerna innehåller tydliga mål samt övrig information som föreskrivs i de nationella styrdokumenterna. I praktiken har vi utgått från några av de punkter som framgår av 6 kap 2 § i Socialstyrelsens föreskrifter gällande dokumentation (SOSFS 2014:5). Under nämnda paragraf framgår bland annat följande. "Hur en insats ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan som upprättas hos utföraren med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Planen bör upprättas med utgångspunkt från den beslutande nämndens uppdrag till utföraren." De specifika kontrollpunkter vi utgått från är om det av genomförandeplanen framgår:

- vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut
- vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet
- när och hur olika aktiviteter ska genomföras
- när och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp
- när planen har fastställts

Därtill har vi även tittat på om resultatet av uppföljningen i förekommande fall framgår av planen.

I riktlinjen för verkställighet framgår 13 kriterier för att en genomförandeplan ska vara godkänd. Dessa kriterier bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och är således till stor del likvärdiga med de punkter som framgår av föreskrifterna. Vissa av kriterierna innebär dock att kommunen ställer fler och mer långtgående krav på innehållet i genomförandeplanerna än vad som framgår av Socialstyrelsens allmänna råd. Likaså finns det i avtalet mellan kommunen och det boende som drivs på entreprenad fler och mer långtgående krav på innehållet i genomförandeplanerna jämfört med Socialstyrelsens allmänna råd. Det ställs dock olika krav i kommunens riktlinje för verkställighet jämfört med de krav som ställs i avtalet mellan kommunen och utföraren av det entreprenaddrivna boendet. Hur en genomförandeplan ska vara utformad för att vara ändamålsenlig skiljer sig således åt beroende på om vården och omsorgen bedrivs i entreprenadform eller i egen regi.

Vi har tagit del av 24 genomförandeplaner, fyra planer från vart och ett av de sex boenden som ingår i granskningen. Genomförandeplanerna skulle enligt instruktionen till utförarna avse

personer med beslut om ”vanlig” vård- och omsorgsplats, ej personer med beslut om demensboendeplats eller korttidsplats. En av de planer vi fått del av avser dock en person med beslut om korttidsplats. Följaktligen har vi granskat 23 genomförandeplaner.

- Framgår det av planen vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut?

I tolv av de 23 granskade planerna framgår vilket eller vilka mål som gäller för insatsen. I regel är dessa mål övergripande och ej konkretiserade i uppföljningsbara delmål. Förhållandevis vanligt är att målet med insatsen är att personen i fråga ska känna trygghet och få möjlighet till social samvaro.

- Framgår det av planen vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet?

I fyra av de 23 granskade planerna framgår vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet.

- Framgår det av planen när och hur olika aktiviteter ska genomföras?

Detta framgår av samtliga granskade planer.

- Framgår det av planen när och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp?

Av samtliga planer framgår när planen ska följas upp, dock inte hur. I tre av de granskade planerna stämmer inte det planerade datumet för uppföljning överens med kravet på uppföljning var tredje månad. Detta krav framgår av riktlinjen för verksamhet samt avtalet mellan kommunen och det entreprenadrivna boendet, se stycke 9.2.1 ovan. Ingen av de granskade planerna innehåller någon information om när olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp.

- Framgår det av planen när den har fastställts?

Detta framgår av samtliga granskade planer.

- Framgår resultatet av uppföljningen i förekommande fall av planen?

För 18 av de 23 granskade planerna hade det, vid granskningstillfället, förflutit tre månader eller mer sedan planen upprättades. I sex av dessa 18 planer finns över huvud taget inte någon dokumentation gällande uppföljning. I fyra planer framgår att uppföljning har ägt rum dock inte vilket resultat uppföljningen lett till. I en av dessa planer står exempelvis följande att läsa gällande uppföljning: ”Gjort en del kompletteringar under de flesta rubriker”. I de resterande åtta planerna framgår uppföljningsresultat.

Kommentarer

Vi kan konstatera att det ställs olika krav på vad en genomförandeplan ska innehålla beroende på om vården och omsorgen bedrivs på entreprenad eller i egen regi. Vi menar att programnämnden vid upphandling av vård- och omsorgsboenden bör ställa krav på att entreprenörens

genomförandeplaner minst innehåller samma information som de genomförandeplaner som finns i de kommunala vård- och omsorgsboendena.

Mot bakgrund av resultatet av vår granskning av genomförandeplaner kan vi konstatera att det finns vissa förbättringsmöjligheter. I närapå hälften av de granskade planerna saknas information om vilket eller vilka mål som gäller för insatsen. I de flesta av de planer som innehåller mål är målet/målen väldigt övergripande och ej nedbrutna i relevanta delmål. Orsaken till detta är främst att myndighetssidan fattar ”all inclusive-beslut” som inte tar ställning till vilka specifika insatser individen är i behov av.

I princip alla granskade planer innehåller tydliga beskrivningar av vad som ska utföras (vilka insatser), när det ska utföras samt hur det ska utföras. Det är dock endast i fyra av de granskade planerna det framgår vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet. Här ser vi en klar förbättringsmöjlighet.

Under förutsättning att kontaktpersonen går igenom genomförandeplanen tillsammans med den boende var tredje månad, i enlighet med gällande krav, anser vi att förutsättningarna är goda för att vården och omsorgen av den boende är baserad på en förhållandevis aktuell bedömning trots att biståndsbesluten är inaktuella i den bemärkelsen att de inte avser individens behov av specifika insatser. Som framgår ovan tycks dock inte uppföljningar av genomförandeplaner alltid genomföras i enlighet med kommunens krav.

Datum som ovan
KPMG AB

Andreas Wendin
Konsult

Lena Forssell
Certifierad kommunal revisor