

Mölnads stad

Granskning av kvalitet
i biståndsbedömningen
inom äldreomsorgen



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	4
2.1. Bakgrund.....	4
2.2. Syfte och revisionsfrågor	4
2.3. Avgränsning	5
2.4. Revisionskriterier.....	5
2.5. Ansvarig nämnd	5
2.6. Metod och genomförande.....	5
3. Organisation, styrning och uppföljning.....	6
3.1. Organisation.....	6
3.2. Styrande mål för verksamheten.....	6
3.3. Uppföljning	8
3.4. Intern kontrollplan.....	9
3.5. Resursbehov	9
3.6. Kompetensförsörjning	10
3.7. Bedömning.....	10
4. Processen och rutiner för biståndsbedömning	12
4.1. Översiktlig beskrivning av biståndsbedömningen	12
4.2. Riktlinjer och rutiner.....	13
4.3. Utvecklingsområden och risker	14
4.4. Uppföljning av ärendeprocessen	15
4.5. Rutiner för överklaganden och klagomålshantering	16
4.6. Bedömning.....	16
5. Aktgranskning	18
5.1. Resultat av stickprov	18
5.2. Bedömning.....	18
6. Samlad bedömning	20
6.1. Svar utifrån revisionsfrågorna.....	20
6.2. Slutsats	22
6.3. Identifierade förbättringsområden/rekommendationer	23

Bilagor:

Bilaga 1: Källförteckning

Bilaga 2: Revisionskriterier

Bilaga 3: Metod och genomförande

Bilaga 4: Aktgranskning

Bilaga 5: Uppföljning av biståndsenhetens verksamhet

Bilaga 6: Ledningssystem för kvalitet

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Mölndal stad granskat kvalitet i biståndsbedömningen inom äldreomsorgen. Syftet med granskningen har varit att granska om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en enhetlig och ändamålsenlig biståndsbedömning inom äldreomsorgen. Nedan sammanfattas granskningen.

Enligt vår bedömning arbetar biståndsenheten med att bryta ned mål från fullmäktige och nämnd, dock kan detta göras mer strukturerat genom en mer utförlig verksamhetsplan. Nämndens interna kontrollarbete kan enligt vår bedömning förbättras. Det finns en internkontrollplan för 2014 och ett kontrollmoment som avser biståndsenheten. En strukturerad riskanalys för hela verksamheten genomförs dock inte.

Vår bedömning är att det, utifrån ramen för denna granskning, inte går att bedöma huruvida det finns tillräckliga resurser för att hantera biståndsansökningar. Granskningen har dock visat att det finns olika uppfattningar. Nämndens presidium bedömer att det för närvarande inte finns tecken på resursbrist för handläggningen samtidigt som handläggarna lyfter att enheten är underbemannad.

Granskningen har visat att biståndsenheten upprättat en kompetensförsörjningsplan och rutiner kring nya regler och lagar diskuteras bland metodutvecklare och handläggare. Handläggarna upplever dock att det inte finns tillräckliga medel för kompetensutveckling. Kommunikation kring resurser bör enligt vår bedömning därför tydliggöras.

Nämnden har enligt vår bedömning säkerställt att det finns riktlinjer och rutiner för biståndsprocessen. Detta stärker enligt vår bedömning en enhetlig biståndsbedömning.

Av granskningen har det framkommit uppgifter om att biståndsbedömningen i Mölndals stad statistiskt avviker från andra jämförbara kommuner vad gäller beviljande av insatser och kostnader. En avvikelse från andra kommuner kan enligt vår bedömning vara tecken på bristande tillämpning av riktlinjer. Granskningen har visat att nämnden har antagit tillämpningsrutiner för att säkerställa ökad enhetlighet i biståndsbedömningen.

Nämnden kan enligt vår bedömning stärka arbetet med att följa upp ärendeprocessen. Statistiska jämförelser av biståndsbeslut mot andra kommuner genomförs. Däremot saknas stickprovsgranskningar av ärendedokumentationen och brukarenkäter. Fler uppföljningar av ärendeprocessen kan enligt vår bedömning ytterligare stärka en enhetlighet och kvalitet i biståndsbedömningen.

Granskningen har visat att det finns rutiner för överklaganden och klagomålshantering. Klagomålshanteringen kan, enligt vår bedömning, stärkas genom att upprätta fler brukarvänliga alternativ att skicka in klagomål.

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt säkerställt att det finns rutiner, riktlinjer och arbetssätt för en enhetlig och ändamålsenlig biståndbedömning. Det finns dock vissa områden där nämnden bör stärka sin styrning inom, såsom arbetet med nedbrytning av mål för biståndsenheten, intern kontroll samt uppföljningen av ärendehantering och handläggning. I granskningen har vissa förbättringsområden identifierats och mot bakgrund av detta rekommenderas vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att enheten arbetar med att bryta ned mål från fullmäktige och nämnd mer strukturerat genom en mer utförlig verksamhetsplan som förtydligar vilka mål som enheten brutit ned.
- ▶ Vi rekommenderar nämnden att följa upp frågan om resursbehov och tillse att det genomförs en analys för att bedöma vilka eventuella åtgärder som behöver vidtas på kort sikt och lång sikt till följd av att arbetsbelastningen väntas öka.
- ▶ Tillse att dokumenterade riskanalyser upprättas inom ramen för internkontrollarbetet där enhetsnivån involveras i arbetet.
- ▶ Fortsätta följa utvecklingen avseende det faktum att kommunen statistiskt avviker från andra jämförbara kommuner vad gäller beviljande av insatser och kostnader. Detta eftersom en avvikelse från andra kommuner kan vara tecken på bristande tillämpning av riktlinjer.
- ▶ Tillse stärkt uppföljning och egenkontroll av handlagda ärenden, för att säkerställa att handläggningen sker i enlighet med beslutade riktlinjer och anvisningar.
- ▶ Tillse att klagomålhantering stärks.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Biståndsbedömningen för äldre och personer med funktionsnedsättning regleras i socialtjänstlagen (SoL), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Lagstiftningen ställer krav på att biståndshandläggningen ska vara likvärdig, rättsäker och utföras med god kvalitet.

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Det följer av 4 kap. 1 § första stycket SoL. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv (4 kap. 1 § andra stycket SoL). Om det finns skäl får nämnd ge bistånd utöver vad som följer av 1 § (4 kap. 2 § SoL). Rätt bedömning av behov är en förutsättning för att den enskilde ska kunna få sina behov tillgodosedda. LSS är till skillnad från SoL utformad som en utpräglad rättighetslag. LSS är ett komplement till SoL och annan lagstiftning. Den inskränker inte de rättigheter som den enskilde kan ha enligt SoL eller andra lagar. LSS syftar till att garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder stöd som kan undanröja svårigheter i den dagliga livsföringen.

Med bakgrund av årets risk- och väsentlighetsanalys har revisorerna i Mölndals stad beslutat att genomföra en fördjupad granskning av kvalitet i biståndsbedömningen inom äldreomsorgsverksamheten.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens övergripande syfte är att granska om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en enhetlig och ändamålsenlig biståndsbedömning inom äldreomsorgen.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Hur är arbetet med biståndsbedömning inom äldreomsorgen organiserat?
- ▶ Vad finns det för styrande mål avseende mottagande och handläggning av biståndsansökningar? Finns tillräckliga resurser för att hantera ansökningarna på ett professionellt sätt?
- ▶ Hur är den interna kontrollen organiserad och hur kvalitetssäkras den?
- ▶ Vilka riktlinjer och rutiner finns framtagna avseende ärendeprocessen från handläggning av ansökan fram till överlämning av beslut till utförare? Efterlevs rutinerna?
- ▶ Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning av ärendeprocessen?
- ▶ Hur säkerställs enhetlighet i biståndsbedömningen?
- ▶ Hur säkerställs en tillräcklig kompetensförsörjning? Hur säkerställs att medarbetarna uppdateras gällande nya regler?
- ▶ Hur säkerställs en kvalitativ och enhetlig dokumentation av personärenden avseende ansökan, utredning och beslut?

- ▶ Finns rutiner för överklaganden och klagomålshantering?

2.3. Avgränsning

Granskningen kommer att avgränsas till att granska biståndsbedömningen inom äldreomsorgsverksamheten.

2.4. Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som bildar underlag för granskningens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna för denna granskning beskrivs närmare i bilaga 2: Revisionskriterier.

2.5. Ansvarig nämnd

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden.

2.6. Metod och genomförande

Metod och genomförande för granskningen framgår av bilaga 3: Metod och genomförande.

3. Organisation, styrning och uppföljning

I detta kapitel beskrivs organisation, styrning och uppföljning avseende biståndsverksamheten.

3.1. Organisation

Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott bereder ärenden av övergripande och allmän karaktär, men fattar även beslut i individuella ärenden.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen finns biståndsenheten. Biståndsenheten är uppdelad i två arbetsgrupper utifrån de som arbetar mot socialtjänstlagen (SoL) respektive lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Socialtjänsthandläggarna är de som beslutar om bistånd kopplat till äldreomsorg. Biståndsenheten leds av en biståndschef. Förvaltningschefen har det övergripande förvaltningsansvaret över biståndsenheten och är chef över biståndschefen.



Figur 1. Organisationsschema

Handläggarnas ärenden är geografiskt uppdelade och varje handläggare ansvarar för ett särskilt geografiskt område. Handläggarna arbetar ungefär tre fjärdelar med handläggning och en fjärdedel med vårdplanering. Handläggarna har stöd av en metodutvecklare. Metodutvecklarens uppgift är stödja handläggarna i ärenden och arbeta med omvärldsanalys genom att exempelvis följa relevanta domslut. Handläggarna och metodutvecklaren har utvecklingsmöten en gång varje vecka där exempelvis nya domar behandlas. Handläggarna lyfter i intervju fram betydelsen av stödet från metodutvecklare i handläggningsarbetet.

Delegationsordning för vård- och omsorgsförvaltningen är antagen av nämnden 2014-03-27 och börjat att gälla från och med 2014-04-01. Enligt intervju anser handläggarna att delegeringsordningen är ändamålsenligt, men att det finns en problematik med att metodutvecklaren saknar beslutsmandat i flertalet viktiga frågor. Detta eftersom handläggarna då måste vända sig till biståndschefen och inte metodutvecklaren vid vissa beslut, trots att de i praktiken kommit fram till vissa beslut i samråd med metodutvecklaren. Nämnden har delegerat de flesta av ärendena till handläggarna. Nämnden är dock delaktig i beslut av vissa individärenden. Enligt intervju presidiet fungerar samarbetet mellan presidiet och handläggarna väl.

3.2. Styrande mål för verksamheten

3.2.1. Mölndals stads styrmodell

Enligt Mölndals stads styrprinciper ska kommunens verksamheter utgå från de krav som ställs på staden enligt gällande lagstiftning och från de direktiv som fullmäktige beslutat om i budget. Fullmäktige antar prioriterade mål för vissa verksamheter i budget och plan. I sam-

band med målen antar fullmäktige indikatorer för kvalitet och kostnad. Varje nämnd ska därutöver anta egna mål enligt samma modell och upprätta verksamhetsplan för det egna ansvarsområdet. Staden och nämndernas resultat följs årligen upp i stadens årsredovisning och i nämndernas verksamhetsberättelse.

3.2.2. Stadens värdegrund

Enligt intervju med handläggarna är stadens värdegrund det viktigaste kommunalt fastställda målet för handlägningsprocessen. Värdegrunden lyder "äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande". Handläggarna uppger att de har varit delaktiga i kommunens värdegrundsarbete och tillsammans brutit ned värdegrunden till mer konkreta formuleringar som används i det dagliga arbetet.

3.2.3. Kommunfullmäktiges mål

Kommunfullmäktiges mål för äldreomsorgen återfinns i nämndens verksamhetsplan och lyder: "Staden ska tillgodose medborgarnas behov av tillgång till god vård och omsorg." Det finns två indikatorer till målet, dessa avser brukarnöjdhet och kostnad inom äldreboende och hemtjänst.

3.2.4. Nämndens verksamhetsplan och mål

Enligt vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan 2014-2016 syftar verksamhetsplanen till att visa nämndens övergripande direktiv kring styrning av förvaltningen. Planen ska tillsammans med de tio kvalitetsområdena i ledningssystemet för kvalitet utgöra grunden för uppdrag som nämnden ger verksamheten (se avsnitt 4.2.1 om ledningssystem för kvalitet).

Nämndens mål för äldreomsorgen återfinns i verksamhetsplanen och lyder: "Tillgänglighet till särskilt boende inom äldreomsorgen ska vara god. Kvalitetsindikatorn för nämndmålet är "Antalet dagar i genomsnitt från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum i särskilt boende". Indikatorns mål är mindre än 28 dagar.

Biståndsenhetens verksamhetsplan och mål

Det finns även en verksamhetsplan för biståndsenheten. Verksamhetsplanen består av två delar. Den ena delen listar sex stycken områden:

- ▶ Hälsa Friskvård
- ▶ Värdegrundsarbete
- ▶ Fördjupning ICF
- ▶ Dokumentationsdagar
- ▶ Hot och Våld Policyn
- ▶ Larmen

Innebörden av dessa framgår ej av verksamhetsplanen, men enligt intervju med biståndschefen är de utvecklingsområden för 2014. Den andra delen listar sju stycken aktiviteter:

- ▶ Aktualisera servicelöftet
- ▶ E-blanketter
- ▶ Effektiv planeringsprocess
- ▶ Förebygga ohälsa
- ▶ Mottagningstelefon
- ▶ Resor med eget fordon
- ▶ Värdegrund

Dessa aktiviteter är enligt intervju biståndschefen nedbrutna från sju mål från fullmäktige och nämnden som biståndsenheten blivit tilldelade i ett internt målstyrningssystem. Aktiviteterna är enligt uppgift styrande för enhetens verksamhet under året. En controller har ansvar att följa upp dessa aktiviteter. Vi har tagit del av utdrag av biståndsenhetens aktiviteter i kommunens styr- och ledningssystem. Syftet är enligt intervju med biståndschefen att det ska framgå vilket fullmäktige- eller nämndmål aktiviteterna är kopplade till. Av de utdrag vi har tagit del av är det otydligt vilket eller vilka mål dessa samtliga aktiviteter hänför sig till.

Nedan följer ett urval av mål, aktivitet och kommentarer som är kopplade till mottagande och handläggning av biståndsansökningar:

- ▶ Mål som framgår av styr- och ledningssystemet: Ny teknik, e-tjänster. Utveckla e-hälsa. Elektronisk ansökningsblankett. Medborgaren får möjlighet att ansöka via elektronisk blankett.
 - Aktivitet: E-blankett
 - Kommentar: "Handläggarna har fått utbildning och det finns möjlighet för nya handläggare att via ett webbaserat utbildningsprogram gällande E-blanketterna ta del av denna utbildning"
- ▶ Mål som framgår av styr- och ledningssystemet: Efterfölja stadens kommunikationspolicy.
 - Aktivitet: Mottagningstelefon
 - Kommentar: "Under sommaren kommer enheten att testa om det är möjligt att samtlig personal inom biståndsenheten är ansvarig för mottagningstelefonen. Tidigare var det bara handläggare inom ÄO"
- ▶ Mål som framgår av styr- och ledningssystemet: Tillgänglighet till särskilt boende inom äldreomsorgen ska vara god
 - Aktivitet: Effektiv planeringsprocess
 - Kommentar: Kort ledtid. Ej påbörjad.

3.3. Uppföljning

Enligt stadens styrprinciper ska uppföljning till kommunfullmäktige ske bland annat genom verksamhetsberättelsen. Av verksamhetsberättelse 2013 för vård- och omsorgsnämnden framgår ett antal väsentliga förändringar för biståndsenheten under året. Enheten har exempelvis skapat rutiner utifrån ledningssystemet för kvalitet, en lokal vägledning för biståndshandläggare enligt SoL samt ett flertal riktlinjer och samarbetsrutiner som gäller både internt

och mot externa parter. Utvecklingsarbetet är enligt verksamhetsberättelsen fortlöpande. Av verksamhetsberättelsen framgår måluppföljning kopplat till biståndsenhetens arbete (Se bilaga 5: uppföljning av biståndsenhetens verksamhet).

3.4. Intern kontrollplan

Varje nämnd i Mölndals stad skall enligt reglementet för intern kontroll årligen anta en särskild plan för uppföljning av den interna kontrollen. Avrapporten av den interna kontrollplanen ska genomföras i verksamhetsberättelsen.

Av internkontrollplan 2014 för vård och omsorgsnämnden finns ett kontrollmoment som avser biståndsenheten:

Nämndens väsentliga processer	Risk	Sannolikhet	Väsentlighet	Kontrollmoment	Metod	Ansvär	Frekvens	Rapport till
Samverkan/samarbete	Brister i samverkan med SAF (Social- och arbetsmarknadsförvaltningen) kring ärenden som behöver insatser från båda förvaltningarna	Mycket möjlig	Mycket allvarig	Uppföljning av gällande samverkansavtal mellan VoF och SAF	Avvikelseberättelse, genom dialog och identifiering, analys av brister och ett arbete med att utveckla samverkan	Biståndschef	Kontinuerligt under året	Samverkansgruppen VoF/SAF

Tabell 1. Utdrag av vård och omsorgsnämndens internkontrollplan 2014.

Av intervjuer framgår att det interna kontrollarbetet är ett utvecklingsområde för nämnden och att det saknas en dokumenterad och strukturerad riskanalys för att på ett ändamålsenligt sätt fastställa relevanta kontrollmoment.

3.5. Resursbehov

Av de intervjuer vi har genomfört framgår att det finns olika uppfattningar av huruvida handläggningens verksamhet har tillräckligt med resurser för att kunna säkerställa att ansökningar hanteras på ett professionellt sätt. Enligt handläggarna har enheten det senaste året haft en hög sjukskrivningsnivå vilket bidragit till en hög arbetsbelastning. Handläggarna upplever att organisationen är flexibel vid långvariga sjukskrivningar men att det tar tid innan ersättare kallas in och arbetsuppgifterna blir därmed eftersatta. Handläggarna menar också att externa faktorer bidragit till hög arbetsbelastning, såsom ökade krav från medborgarna om snabbare hjälp samt att sjukhusen skriver ut personer som behöver mer omfattande stöd från kommunen tidigare än förut.

Biståndschefen anser att handläggarna har fått ökad belastning på grund av ökade krav på omprövning av hemtjänstbeslut. Enligt intervju med presidiet saknas indikatorer på att det råder resursbrist för handläggningen, men att det finns risk för att resursbehovet ökar i framtiden.

Samtliga av de intervjuade har under granskningens gång lyft fram ett antal förändringar som kan påverka resursbehovet för handläggningen. Dessa innefattar nya riktlinjer från socialstyrelsen, en åldrad befolkning och det ökade behovet av särskilda boenden.

Både intervjuade handläggare och nämndens presidium bedömer att Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd avseende personer med en demenssjukdom (SOSFS 2012:12) kommer att påverka arbetsbelastningen för biståndshandläggarna avsevärt. Föreskrifterna börjar gälla under nästa år. Enligt intervju saknas beräkning eller prognos över hur de nya riktlinjerna kommer att påverka resursbehovet för handläggningen.

Presidiet lyfter att bemanningen vid biståndsenheten kan behöva utökas till följd av socialstyrelsens nya riktlinjer och den åldrande befolkningen i kommunen.

Faktaruta: Nya föreskrifter om bemanning på demensboenden.

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2012:12) om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden kommer att börja gälla **1 mars 2015**.

Förändringen innebär ökade krav på biståndshandläggare avseende utredning, beslut och uppföljning. De nya föreskrifterna kommer att ställa krav på att beslutet ska ange vilka insatser som förväntas i det särskilda boendet avseende service och omvårdnad. Beslutet måste följas av regelbundna uppföljningar och ska ligga till grund för bemanningen. Reglerna ställer krav på att socialnämnderna utreder och dokumenterar vad varje demenssjuk person behöver hjälp med.

Enligt socialstyrelsens konsekvensutredning av de nya bestämmelserna kommer detta inte att innebära nya åtaganden för kommunerna.

3.6. Kompetensförsörjning

Biståndsenheten har upprättat en kompetensutvecklingsplan för 2014. Av den framgår vilka områden enheten kommer att arbeta med (exempelvis systematiskt arbetsmiljöarbete i form av diskussioner om hälsa) och ett antal områden som handläggarna kommer att få kompetensutveckling inom samt information om arbetsplatsträffar.

Handläggarna upplever att det saknas budget för kompetensutveckling. Biståndschefen uppger dock att det finns en budget om 1000 kr per person för kompetenshöjande insatser. Enligt handläggarna genomförs de flesta kompetenshöjande insatserna genom internutbildning och metodhandledning (se avsnitt 4.1.4). Det förekommer även ett antal kollegiala utbyten per år i kranskommunerna och utbildningar inom ramen för Göteborgsregionen.

3.7. Bedömning

Enligt kommunallagen 6 kap. 7 § ska en nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. För att en nämnd ska uppfylla fullmäktiges mål och lagstiftning är det väsentligt att nämnden bryter ned de övergripande målen till verksamhetsnivå. Enligt

vår bedömning saknas en tydlig koppling mellan biståndsenhetens verksamhetsplan och mål antagna av kommunfullmäktige och nämnd. Vi bedömer att enheten arbetat med att bryta ned mål från fullmäktige och nämnd, men att detta kan göras mer strukturerat genom en mer utförlig verksamhetsplan som förtydligar vilka mål som enheten brutit ned.

Vi kan, utifrån ramen för denna granskning, inte bedöma huruvida det finns tillräckliga resurser för att hantera ansökningar. Vi noterar att det finns olika uppfattningar där presidiet bedömer att det för närvarande inte finns tecken på resursbrist för handläggningen samtidigt som handläggarna lyfter att enheten är underbemannad. Vi rekommenderar nämnden att följa upp denna fråga och tillse att det genomförs en analys för att bedöma vilka eventuella åtgärder som behöver vidtas på kort sikt och lång sikt till följd av att arbetsbelastningen väntas öka.

Vård- och omsorgsnämnden har ett ansvar för att verksamheten bedrivs med tillräcklig intern kontroll. Enligt vår bedömning kan nämndens interna kontrollarbete förbättras. Det finns en internkontrollplan för 2014 och ett kontrollmoment som avser biståndsenheten. Vi har inte sett att nämnden genomför en strukturerad riskanalys för hela verksamheten. Riskanalys är enligt förvaltningschefen ett utvecklingsområde. Identifiering och värdering av risker är enligt vår bedömning centralt i ett internkontrollarbete. Riskanalysen bör ta hänsyn till samtliga väsentliga risker inom verksamheten. Enheterna bör enligt vår mening involveras i hur detta ska hanteras.

En ändamålsenlig kompetensförsörjning är centralt för att nämnden ska kunna uppnå de mål och riktlinjer som finns för verksamheten. Mot bakgrund av detta är det enligt vår bedömning positivt att förvaltningen upprättat en kompetensförsörjningsplan. Kommunikation kring målsättningar och resurser för handläggarnas kompetensförsörjning bör enligt vår mening tydliggöras, mot bakgrund av att handläggarna själva upplever att det inte finns tillräckliga medel för kompetensutveckling. Det finns en rutin och en särskild resurs som metodutvecklare som innebär kontinuerlig diskussion och information om nya regler och lagar. Enligt vår bedömning är detta positivt då det kan bidra till att säkerställa nya regler och riktlinjer implementeras.

4. Processen och rutiner för biståndsbedömning

I detta kapitel beskrivs processen för biståndsbedömning, riktlinjer och rutiner, utvecklingsområden och risker, uppföljning av ärendeprocessen samt rutiner för överklaganden och klagomålshantering.

4.1. Översiktlig beskrivning av biståndsbedömningen

Följande beskrivning bygger på intervju med handläggarna. Handläggningsprocessen börjar med att en ansökan eller anmälan kommer in. Ansökan kommer alltid från den enskilde. Om det är annan person än den som är berörd anses det som en anmälan. En ansökan kan skickas in genom blankett, epost eller telefon. Ärenden når biståndsenheten direkt eller via social- och arbetsmarknadsförvaltningen. Biståndsenhetens mottagningstelefon är öppen mellan 09:30-11:30 på vardagar. Den som ansvarar för det geografiska området som anmälan kommer ifrån ansvarar för att handlägga ärendet. Det finns ingen skriftlig rutin för mottagande av anmälningar.

En anmälan följs, enligt uppgift, alltid upp genom kontakt med den enskilde. Vid vissa tillfällen bedömer handläggarna att det är tillräckligt att inhämta information via telefon. Biståndsenheten genomför dock i de flesta fall ett hembesök hos den enskilde. Biståndsenheten samordnar mötet eller hembesöket tillsammans med anhörig om den enskilde så önskar. Under hembesöket hämtar handläggaren den information som behövs för att kunna handlägga ärendet. Om biståndsenheten behöver inhämta uppgifter från annan part frågar handläggaren, enligt uppgift, den berörda om samtycke, med undantag för läkarintyg där den enskilda själv begär ut detta. Därefter skriver handläggarna utredningen och fattar ett beslut. Beslutet skickas hem till den enskilde och vid bifall skickas den även till vårdande instans. Vid hemtjänst måste den enskilde välja utförare och biståndsenhetens skickar i dessa fall särskild informationsmaterial. Vid beslut av särskilt boende eller korttidsboende skickas en beställning till planeringssekreteraren.

I de fall handläggarna avslår ansökan skickas, enligt de intervjuade, alltid utredningen för sakfelsesgranskning där den enskilde har rätt att yttra sig under cirka två veckor. När avslaget beslutas skickar biståndsenheten alltid ut utredning och beslut till den enskilde. Samtliga ärenden ska handläggas inom fyra veckor, enligt beslut från nämnden. Handläggarna uppger dock att många ärenden handläggs på kortare tid, främst vid ärenden där den enskilde inte kan vänta. Vissa utredningar kan dock ta längre tid, främst utredningar om särskilt boende. Enligt nämndens verksamhetsplan 2014 handläggs ett ärende för ansökan om särskilt boende i genomsnitt på 28 dagar.

Nedan beskrivs översiktligt de riktlinjer och rutiner som finns för biståndshandläggningen. Enhetlighet genom biståndsprocessen säkerställs enligt uppgift bland annat inom ramen för ärendemöten (se avsnitt 4.2.4).

4.2. Riktlinjer och rutiner

Enligt intervjuade handläggare finns ändamålsenliga stöd vid de flesta delar av biståndsbedömningen. Biståndsenhetens handläggare har tillgång till rutindokument, handböcker och handläggningsmallar i ett särskilt mappsysteem byggd efter ledningssystemet för kvalitet.

Det finns ett antal riktlinjer och som tillämpas för biståndsbedömningen. De vi har tagit del av inom ramen för denna granskning är: *ledningssystem för kvalitet*, *handböcker för handläggning* och *tillämpningsanvisningar*. Därutöver finns inarbetade rutiner som stöd i handläggningen, såsom ärendemöten.

4.2.1. Ledningssystem för kvalitet

Ledningssystem för kvalitet heter "*Policys Vård och omsorg*" och är antaget av vård- och omsorgsnämnden 2010 (senast reviderad 2013-12-19) och syftar till att säkerställa att brukare ges vård och omsorg av god kvalitet. (Se bilaga 6: Ledningssystem för kvalitet för mer information).

Enligt förvaltningschefen har ett tidigare problem med ledningssystemet varit att medarbetarna i verksamheterna inte känt till rutinerna. För närvarande genomgår ledningssystemet en omarbetning. Den syftar till att förbättra användarvänligheten så att det blir enklare för medarbetarna att få åtkomst till de rutiner och riktlinjer som är relevanta för dem. Därtill förtydligas många rutiner för att bli mer tillämpbara i det vardagliga arbetet. Enligt förvaltningschefen har kvalitets- och beställarenheten i uppdrag att säkerställa kvaliteten i ledningssystemet.

4.2.2. Handböcker för handläggning

Enligt uppgift från biståndschefen använder handläggarna Socialstyrelsens handbok "*Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*" samt den lokala handboken *Procapita för Biståndshandläggare och LSS-handläggare*". Den lokala handboken innehåller bland annat instruktioner i text och bild om hur utredningar och beslut upprättas och dokumenteras i handläggarstödet. Därtill finns mallar för dokumentation och frastexter med stödformuleringar för de flesta rubriker.

4.2.3. Tillämpningsanvisningar

Vård- och omsorgsnämnden antog tillämpningsanvisningar för biståndsenheten i slutet av 2013 (*Lokal vägledning gällande insatser enligt socialtjänstlagen*). Tillämpningsanvisningarna avser insatser enligt socialtjänstlagen 4 kap 1 §.

Av anvisningarna framgår vilka grunder som olika insatser beviljas på, hur ofta en beviljad insats utförs i normalfallet och hur länge en insats normalt beviljas. Till exempel framgår att inköp av dagligvaror beviljas normalt en gång per vecka etc. I vissa fall hänvisas för specifikation av insatserna till domar i kammar- eller regeringsrätten.

Därtill har nämnden antagit ytterligare riktlinjer under 2013 avseende bland annat "information om anvisning av lägenhet i särskilt boende" samt gett förvaltningen i uppdrag att utreda vad "skälig levnadsnivå" är.

4.2.4. Ärendemöten

Komplexa ärenden behandlas vid särskilda ärendemöten som handläggarna har tillsammans med metodutvecklaren. Rutinen är att samtliga beslut som avviker från normen lyfts av handläggarna vid dessa möten och någon form av metodhandledning sker för att säkerställa enhetlighet. Avslagsbeslut diskuteras, enligt uppgift, alltid vid ärendemötena. Det finns ett önskemål från handläggarna om att samtliga handläggare ska få ökad tillgång till metodutvecklaren för ökad enhetlighet i beslutsfattandet. Detta har enligt det uppgift ej funnits tid till.

4.3. Utvecklingsområden och risker

Under granskningens gång har de intervjuade lyft fram ett antal utvecklingsområden eller risker avseende rutiner och riktlinjer inom biståndsverksamheten.

Enligt förvaltningschef har det funnits ett behov av att ta fram tillämpningsanvisningarna (se avsnitt 4.2.3). Det beror enligt uppgift på att statistik avseende biståndsbedömningen i Mölnbalds stad har avvikit vid jämförelser med andra kommuner vad gäller högre kostnad och högre andel beviljade beslut. Staden har enligt uppgift från intervjun fler beviljade timmar per brukare än genomsnitt och ligger högst i jämförelse med Göteborgsregionens kommuner. Enligt förvaltningschefen har tillämpningsanvisningarna också varit en metod att definiera vad som är skälig levnadsnivå utifrån lagen. Enligt förvaltningschefen är den största risken för bristande enhetlighet i biståndsbedömningen att tillämpningsanvisningarna inte följs.

Av intervjuerna framgår att det finns en gemensam inriktning bland nämnden och förvaltningen om att kommunen bör lägga om kostnader från hemtjänsten till särskilt boende i syfte att minska kostnaderna. Enligt förvaltningschefen har många brukare så omfattande hemtjänstinsats att det överstiger kostnaderna för plats på äldreboende. Enligt förvaltningschef finns därför en utmaning i att styra biståndshandläggningen i större utsträckning mot att pröva särskilda boenden som ett alternativ till hemtjänstinsatser.

Handläggarna uppger att den största risken för att handläggningen inte blir enhetlig är den stora ärendemängden och arbetsbelastningen. Enligt uppgift är den allmänna utvecklingen att ärendena blir allt mer komplexa. Handläggarna uttrycker att det till viss del finns en bristande förståelse inom övriga delar av förvaltningen att biståndsprocessen måste ta tid för att tillräcklig kvalitet ska säkerställas. Vidare anser handläggarna att handlägningsprocessen fördröjs av restid på grund av brist på färdmedel när de ska göra hembesök utanför tätorten.

Ett annat riskområde som lyfts fram under intervjuerna är samverkan. Det gäller bland annat den samordnade vårdplanering som sker mellan kommunen och regionen för att hantera informationsöverföring och vårdplanering avseende insatser efter slutenvårdbehandling. Enligt handläggarna har rutinerna med sjukhusen brister, vilket leder till att sjukhusen skickar ut kallelse om samverkande vårdplanering innan en patient är redo för vårdplanering. Detta

resulterar enligt handläggarna ofta i att vårdplaneringen blir svårplanerad på grund av att det är för tidigt att se vilka behov den enskilda har. Samverkan med social- och arbetsmarknadsförvaltningen har enligt uppgift brister på grund av att de inte använder det IT-stöd som handläggarna menar regionen kommit överens om. För närvarande skickas uppgifter via fax, utan mottagningsbevis vilket inte är tillfredställande ur sekretessynpunkt, rutiner kring detta saknas enligt handläggarna.

4.4. Uppföljning av ärendeprocessen

Enligt ledningssystemet för kvalitet framgår följande mål avseende uppföljning:

Genom uppföljning – att samla in och dokumentera kvantitativa och kvalitativa data och utvärdering – att analysera, jämföra och värdera den insamlade informationen – kontrollerar Vård och omsorg att den enskilde får sina behov tillgodosedda, att ställda krav uppfylls och att målen för verksamheten uppnås. Erfarenheterna från uppföljning och utvärdering används för att utveckla och förbättra vård och omsorg.

- ▶ Uppföljning och utvärdering ska utgöra ett bra underlag för styrning.
- ▶ Metoder för uppföljning skall vara kvalitetssäkrade.
- ▶ Ledningssystemet ska säkerställa att policymål, riktlinjer och rutiner är ändamålsenliga.

Enligt förvaltningschef har kvalitets- och beställarenheten i uppdrag att jämföra och följa kommunens statistik avseende biståndshandläggning. Enligt uppgift från förvaltningschefen visar statistiken generellt sett att Mölndals stad i högre utsträckning än andra jämförbara kommuner beviljar insatser enligt SoL.

Biståndsenheten gav 2013 Kvalitet och verksamhetsutveckling (numera Kvalitet och beställarenheten) i uppdrag att tydliggöra och identifiera oklarheter/problem i flödet från att ett beslut är taget på biståndsenheten till att det kan verkställas. Detta resulterade i rapporten "Brukarens väg genom Vård och omsorg eller Vem ska göra vad när då...". Av rapporten lyfts ett antal processer i handläggningen inom bland annat äldreomsorgen där det identifierats oklarheter/problem. Exempelvis framgår att:

- ▶ Det saknas klara rutiner för hur samtycke från brukaren ska dokumenteras.
- ▶ Processen för när brukare ska välja utförare är inte beskriven.
- ▶ Om beställning av exempelvis hjälpmedel till utförare sker innan utredning och hembesök genomförts kan det innebära att risk för arbetsmiljö och brukarna.

Enligt intervju sker inga strukturerade uppföljningar avseende ansökan, utredning eller beslut av personären, såsom exempelvis stickprovsgranskningar av akter. Däremot diskuteras ärendeprocesserna inom ramen för de veckovisa ärendemötena. Enligt intervju med handläggarna förekommer ej brukarenkäter för att mäta kundernas upplevelse av biståndsenhetens bemötande.

4.5. Rutiner för överklaganden och klagomålshantering

4.5.1. Rutiner för överklaganden

Enligt intervjuade handläggare uppmanar biståndsenheten alltid de enskilda att överklaga och erbjuder att bistå med överklagan. Det är enligt uppgift från handläggarna ovanligt att ärenden överklagas. Vid avslag skickas, enligt uppgift, alltid information ut om bestämmelser för överklagan och praktisk information. Det finns även interna dokument i Mölndals stad om vad som gäller vid laglighetsprövning och förvaltningsbesvär.

4.5.2. Rutiner för klagomålshantering

Det finns riktlinjer för synpunkter och klagomål för nämndens verksamhetsområde som är godkänd av förvaltningschefen. Av dessa framgår:

- ▶ Mål med policyn (exempelvis att brukare och medborgare ska känna till hur man lämnar synpunkter och klagomål).
- ▶ Vem det avser (all personal inom nämndens ansvarsområde) och hur riktlinjerna ska genomföras (exempelvis hur brukare informeras och hur handläggaren återrapporterar beslut).
- ▶ Uppföljning (att enheten presenterar synpunkter, klagomål och verksamhetsutveckling i sin verksamhetsberättelse).

Klagomål kan lämnas in genom en förtryckt blankett, via internet eller telefon. Biståndsenheten tar emot klagomål som avser även andra verksamheter. Handläggarna kontaktar berörd enhetschef om uppgivaren tillåter det och erbjuder hjälp med att skriva ned muntliga klagomål.

Enligt handläggarna är klagomålshantering inte ändamålsenlig utifrån brukarens behov. Den färdigtryckta blanketten upplever många brukare som svår att fylla i.

4.6. Bedömning

Enligt SoL 4 kap. 1 § har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. För att kommunen ska kunna leva upp till socialtjänstlagen krävs en enhetlig handlägningsprocess inom biståndsbedömningen. Nämnden har säkerställt att det finns riktlinjer och rutiner, vilket enligt vår bedömning stärker en enhetlig biståndsbedömning.

Av granskningen har det framkommit uppgifter om att biståndsbedömningen i Mölndals stad statistiskt avviker från andra jämförbara kommuner vad gäller beviljande av insatser och kostnader. Vi bedömer att det är av största vikt att nämnden fortsätter följa utvecklingen avseende detta eftersom en avvikelse från andra kommuner kan vara tecken på bristande till-

lämpning av riktlinjer. Vi ser positivt på att nämnden har antagit tillämpningsrutiner för att säkerställa enhetlighet i biståndsbedömningen.

Vi bedömer att nämnden kan stärka arbetet med att följa upp ärendeprocessen. Det genomförs statistiska jämförelser av biståndsbeslut i jämförelse med andra kommuner. Däremot saknas stickprovsgranskningar och brukarenkäter. Fler uppföljningar av ärendeprocessen kan enligt vår bedömning ytterligare stärka en enhetlighet och kvalitet i biståndsbedömningen.

Vi bedömer att det i allt väsentligt finns rutiner för överklaganden och klagomålshantering, men att klagomålshanteringen kan stärkas genom att upprätta fler brukarvänliga alternativ att skicka in klagomål.

5. Aktgranskning

I detta kapitel beskrivs resultat av vår stickprovgranskning avseende personakter.

5.1. Resultat av stickprov

Som framgår av metodavsnittet (se avsnitt 2.6 och bilaga 3) har vi granskat 23 personakter utifrån en upprättad checklista. Samtliga av de granskade akterna innehåller följande rubriker/områden:

- ▶ Meddelande om tillfälligt beslut
- ▶ Utredningsmetod
- ▶ Bakgrund/social situation
- ▶ Funktionsnedsättning/hälsotillstånd
- ▶ Nuvarande insatser/kontakter
- ▶ Aktuell situation
- ▶ Bedömning
- ▶ Mål/syfte
- ▶ Beslut

I bilaga 4, aktgranskning redovisas huruvida uppgifterna från vår checklista för granskning framgår eller inte av akterna. Av granskningen framkommer att finns det två områden där information saknas i vissa av akterna:

- ▶ Information om hur och när den enskilda underrättats om beslutet saknas i 20 av 23 akter.
- ▶ Information om besvärshänvisning saknas i 2 av 23 akter.

Vi har låtit biståndsenheten ta del av vårt resultat från aktgranskningen. Av kompletterande uppgifter från metodutvecklaren framgår att biståndsenheten, utöver den typ av akter vi har tagit del av, även dokumenterar uppgifter i en så kallad social journal. Enligt uppgift från metodutvecklaren dokumenteras information om hur och när den enskilda underrättats om beslutet i den sociala journalen. Avseende information om besvärshänvisning uppger metodutvecklaren att ett särskilt dokument med besvärshänvisning alltid bifogas avslagsbeslutet. Även detta dokumenteras i den enskildes sociala journal.

Vi har efter aktgranskningen tagit del av ett antal utdrag från den sociala journalen där det framgår hur och när den enskilde underrättats om beslut samt utdrag där det framgår att information om hur beslutet överklagas skickas hem till den enskilde.

5.2. Bedömning

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS ställer krav på en utredning ska innehålla.

Det finns vissa av akterna där vi bedömer att de sökandes synpunkter inte är tydliga. Vi kan dock inte bedöma om detta beror på att de sökande är i ett tillstånd som gör det svårt för handläggaren att uppfatta detta. Därtill saknas besvärshänvisningar i avslagsbesluten. Akterna innehåller information om när och hur tillfälligt beslut meddelats, dock framgår ej hur slutgiltigt beslut meddelats. Ovanstående avsteg bedöms dock inte som väsentliga eftersom akterna i övrigt följer SOSFS 2006:5 samt eftersom dessa enligt uppgift från metodutvecklaren framgår av enhetens sociala journal.

Utifrån vad som framkommit av stickprovet är vår bedömning att nämnden i allt väsentligt säkerställt en kvalitativ och enhetlig dokumentation av personärenden, utifrån de krav som följer av lag samt socialstyrelsens riktlinjer.

6. Samlad bedömning

6.1. Svar utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Svar
Hur är arbetet med biståndsbedömning inom äldreomsorgen organiserat?	<p>Biståndsenheten är uppdelad i två avdelningar/arbetsgrupper efter de som arbetar mot socialtjänstlagen (SoL) respektive lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Socialtjänsthandläggarna är de som beslutar om bistånd kopplat till äldreomsorg.</p> <p>Handläggarnas ärenden är geografiskt uppdelade där varje handläggare ansvarar för ett särskilt geografiskt område. Handläggarna arbetar ungefär tre fjärdelar med handläggning och en fjärdedel med vårdplanering. Handläggarna har stöd av en metodutvecklare. Metodutvecklarens uppgift är stödja handläggarna i ärenden och att bedriva omvärldsanalys genom att exempelvis följa relevanta domslut.</p>
Vad finns det för styrande mål avseende mottagande och handläggning av biståndsansökningar? Finns tillräckliga resurser för att hantera ansökningarna på ett professionellt sätt?	<p>Det finns styrande mål från fullmäktige och nämnden avseende äldreomsorg. Biståndsenheten har fått sju mål tilldelade av nämnden som är nedbrutna i aktiviteter. Hur enheten bryter ned och beskriver målen är dock ett förbättringsområde. Därtill finns mål inom ledningssystemet för kvalitet samt mål om att alla ansökningar skall handläggas inom fyra veckor.</p> <p>Vi kan, utifrån ramen för denna granskning, inte bedöma huruvida det finns tillräckliga resurser för handläggarna att hantera ansökningar. Vi noterar att det finns olika uppfattningar där presidiet bedömer att det för närvarande inte finns tecken på resursbrist för handläggningen samtidigt som handläggarna lyfter att enheten är underbemannad. Arbetsbelastningen förväntas dock öka enligt presidiet till följd av åldrande befolkning och nya föreskrifter från Socialstyrelsen. Vi rekommenderar nämnden att följa upp frågan om resursbehov och tillse att det genomförs en analys för att bedöma vilka eventuella åtgärder som behöver vidtas på kort sikt och lång sikt.</p>
Hur är den interna kontrollen organiserad och hur kvalitets-säkras den?	<p>Vi bedömer att nämndens interna kontrollarbete bör förbättras. Det finns en internkontrollplan för 2014 och ett kontrollmoment som avser biståndsenheten. Vi har inte sett att nämnden genomför en dokumenterad riskanalys som avspeglas i internkontrollplanen. För att den interna kontrollen ska vara tillräcklig behöver den vara underbyggd av en strukturerad analys av verksamhetens väsentligaste risker och hur dessa ska hanteras.</p>
Vilka riktlinjer och rutiner finns framtagna avseende ärendeprocessen från handläggning av ansökan fram till överlämning av beslut till utförare? Ef-	<p>Det finns ett antal riktlinjer och som tillämpas för biståndsbedömningen. De vi har tagit del av inom ramen för denna granskning är: ledningssystem för kvalitet, handböcker för handläggning och tillämpningsanvisningar. Därutöver finns inarbetade rutiner som stöd i handläggningen, såsom ärendemöten.</p> <p>Biståndsenhetens handläggare har tillgång till rutindokument, handböcker och handläggningsmallar i ett särskilt mappsystem byggd efter ledningssystemet för kvalitet. Vi bedömer att nämnden har säkerställt att det finns</p>

<p>terlevs rutinerna?</p>	<p>riktlinjer och rutiner, vilket enligt vår bedömning stärker en enhetlig biståndsbedömning.</p> <p>Vi bedömer dock att det finns vissa processer inom biståndsbedömningen som saknar riktlinjer och att upprättandet av sådana kan stärka handläggningen, exempelvis riktlinjer för hembesök.</p> <p>Enligt förvaltningschefen finns det indikatorer som talar för att biståndsbedömningen i kommunen beviljar bistånd i högre omfattning än andra jämförbara kommunen. Vi bedömer att det skulle kunna vara ett tecken på bristande rutiner. Vår bedömning är att nämnden fortsatt bör följa utvecklingen samt stärka uppföljning och egenkontroll av handlagda ärenden. Vi bedömer att detta skulle kunna stärka styrningen och säkerställa att rutinerna efterföljs.</p>
<p>Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning av ärendeprocessen?</p>	<p>Uppföljning av ärendeprocessen genomförs genom riktlinjer för uppföljning inom ledningssystemet. Därtill har Kvalitet och beställarenheten i uppdrag att jämföra och följa kommunens statistik avseende biståndshandläggningen. Enheten har även genomfört en granskning av ärendeprocessen och konstateras några förbättringsområden och brister avseende rutiner i ärendeprocessen.</p> <p>Vi bedömer att nämnden kan stärka arbetet med att följa upp ärendeprocessen. Det genomförs statistiska jämförelser av biståndsbeslut i jämförelse med andra kommuner. Däremot saknas stickprovsgranskningar av personakter samt brukarenkäter.</p>
<p>Hur säkerställs enhetlighet i biståndsbedömningen?</p>	<p>Enhetlighet i biståndsbedömningen säkerställs genom ändamålsenliga riktlinjer och rutiner. Dessa riktlinjer utgörs av ledningssystem för kvalitet, handböcker, tillämpningsanvisningar. Det finns inarbetade rutiner som stöd i handläggningen, såsom ärendemöten. Därtill finns rutiner i syfte av att stärka enhetligheten såsom ärendemöten där metodutvecklare och handläggare går igenom biståndsbeslut. Vi bedömer att upprättande av fler uppföljningar av ärendeprocessen ytterligare kan stärka en enhetlighet i biståndsbedömningen.</p>
<p>Hur säkerställs en tillräcklig kompetensförsörjning? Hur säkerställs att medarbetarna uppdateras gällande nya regler?</p>	<p>Det finns en kompetensutvecklingsplan som upprättades 2014. Enligt handläggarna genomförs de flesta kompetenshöjande insatserna genom internutbildning och metodhandledning. Det förekommer även ett antal kollegiala utbyten per år i kranskommunerna och utbildningar inom ramen för Göteborgsregionen. Metodutvecklaren genomför även omvärldsanalys för att uppdatera biståndsenheten om nya regler.</p>
<p>Hur säkerställs en kvalitativ och enhetlig dokumentation av personärenden avseende ansökan, utredning och beslut?</p>	<p>Nämnden säkerställer en kvalitativ och enhetlig dokumentation genom ändamålsenliga rutiner och riktlinjer, såsom handböcker i kommunens ärendesystem samt mallar för bedömning. Vår stickprovsgranskning visar att dokumentation i allt väsentligt säkerställer en kvalitativ och enhetlig dokumentation.</p>
<p>Finns rutiner för</p>	<p>Det finns i allt väsentligt rutiner för överklaganden och klagomålshantering.</p>

överklaganden och klagomålshantering?	Klagomålshantering kan stärkas genom att upprätta fler brukarvänliga sätt att skicka in klagomål.
---------------------------------------	---

6.2. Slutsats

Syftet med granskningen har varit att granska om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en enhetlig och ändamålsenlig biståndsbedömning inom äldreomsorgen. Utifrån granskningens syfte och revisionsfrågor, uppställda revisionskriterier och grunderna för ansvarsprövning bedömer vi att vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt säkerställt att det finns rutiner, riktlinjer och arbetssätt för en enhetlig och ändamålsenlig biståndsbedömning. Det finns dock vissa områden där nämnden bör stärka sin styrning inom, såsom arbetet med nedbrytning av mål för biståndsenheten, intern kontroll samt uppföljningen av ärendehantering och handläggning.

6.3. Identifierade förbättringsområden/rekommendationer

I granskningen har vissa förbättringsområden identifierats och mot bakgrund av detta rekommenderas vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att enheten arbetar med att bryta ned mål från fullmäktige och nämnd mer strukturerat genom en mer utförlig verksamhetsplan som förtydligar vilka mål som enheten brutit ned.
- ▶ Vi rekommenderar nämnden att följa upp frågan om resursbehov och tillse att det genomförs en analys för att bedöma vilka eventuella åtgärder som behöver vidtas på kort sikt och lång sikt till följd av att arbetsbelastningen väntas öka.
- ▶ Tillse att dokumenterade riskanalyser upprättas inom ramen för internkontrollarbetet där enhetsnivån involveras i arbetet.
- ▶ Fortsätta följa utvecklingen avseende det faktum att kommunen statistiskt avviker från andra jämförbara kommuner vad gäller beviljande av insatser och kostnader. Detta eftersom en avvikelse från andra kommuner kan vara tecken på bristande tillämpning av riktlinjer.
- ▶ Tillse stärkt uppföljning och egenkontroll av handlagda ärenden, för att säkerställa att handläggningen sker i enlighet med beslutade riktlinjer och anvisningar.
- ▶ Tillse att klagomålhantering stärks.

Göteborg den 21 oktober 2014

Kristoffer Filipsson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Mikaela Bengtsson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Hans Gavin
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Bilaga 1: Källförteckning

- ▶ Brukarens väg genom Vård och omsorg. Rapport till Biståndsenheten och ledningsgruppen.
- ▶ Delegeringsordning. Antagen av nämnden 2014-03-27.
- ▶ Information om hur beslut som fattats enligt socialtjänstlagen eller LSS kan överklagas. Informationsblad från vård- och omsorgsnämnden.
- ▶ Information om vad som gäller vid laglighetsprövning och förvaltningsbesvär. Informationsblad från kommunledningskontoret.
- ▶ Kompetensplan för biståndsenheten gällande år 2013.
- ▶ Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden, Socialstyrelsen, 2012-03-29. Dnr 7993/2011.
- ▶ Lokal vägledning gällande insatser enligt socialtjänstlagen. Antagen 2013-11-28.
- ▶ Ledningssystem för kvalitet – Policys Vård och omsorg. 2010/2011. Antagen av vård – och omsorgsnämnden 2010-08-26. Reviderad av nämnden 2013-12-19.
- ▶ Procapita för Biståndshandläggare och LSS-handläggare. Handbok med tillämpningsanvisningar. Vård och omsorgsnämnden. Reviderad 2013-10-16.
- ▶ Reglemente för vård och omsorgsnämnden. Antagen av kommunfullmäktige 2013-02-20.
- ▶ Riktlinje "Information om anvisning av lägenhet i särskilt boende".
- ▶ Riktlinje för Synpunkter och klagomål, Vård och omsorgsnämndens policy, godkänd av förvaltningschef. Dnr VON127/10/55.
- ▶ Styrprinciper för Mölndals stad, antagen av kommunfullmäktige 2013-12-18 § 193.
- ▶ Synpunkter. Blankett. Vård- och omsorgsförvaltningen.
- ▶ Verksamhetsberättelse 2013, Vård- och omsorgsnämnden. 2013-02-47. Dnr VON 5/14.
- ▶ Verksamheterberättelse för Biståndsenheten 2013.
- ▶ Verksamhetsplan 2014-2016, Vård och omsorgsnämnden. Antagen av nämnden 2013-12-19. Dnr Von 4/13.
- ▶ Verksamhetsplan 2014. Biståndsenheten.

Bilaga 2: Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analys, slutsatser och bedömningar. Kommunens ansvar för äldre- och funktionshindrade regleras i följande lagar, vilka utgör den norm/kriterier som granskningens resultat värderas mot:

- ▶ Kommunallagen (1991:900) 6 kap 7 §. Reglerar bland annat nämndernas ansvar för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige har beslutat samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap. 16 § har lämnats över till någon annan
- ▶ Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap. 3 §. Reglerar kommunens ansvar för att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS
- ▶ Kommunens egna styrdokument och mål
 - Ledningssystem för kvalitet – Policys Vård och omsorg 2010-2011.
 - Styrprinciper för Mölndals stad

Kommunens egna eventuella styrdokument och mål. Bl.a. Ledningssystem för kvalitet, Kvalitetsgarantier m.fl. kommer att utgöra underlag och utgångspunkt för bedömningen.

Bilaga 3: Metod och genomförande

Granskningen har genomförts som en intervju- och dokumentstudie samt aktgranskning.

Intervjuer

Intervjuer har genomförts med:

- ▶ Presidiet för vård- och omsorgsnämnden
- ▶ Förvaltningschef för vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Chef för biståndsenheten
- ▶ Tre biståndshandläggare

Aktgranskning - urval

I syfte att granska kvalitet och enhetlighet i den individuella dokumentationen har vi genomfört en stickprovsgranskning. Vi har valt att granska akter från biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen som fattades mellan 1 januari och 31 mars 2014. Vi har efterfrågat en sammanställning av samtliga beslut inom den tidsperioden och därefter genomfört ett slumpmässigt urval där vi efterfrågat 20 beslut (varav 7 gällande hemtjänst, 5 gällande korttidsplats, 5 gällande särskilt boende, 2 gällande trygghetslarm samt ett gällande dagverksamhet). Samtliga av besluten som genererades av det slumpmässiga urvalet utgjordes av bifall. För att granskningen även skulle innefatta avslag efterfrågade vi tre slumpmässigt utvalda avslagsbeslut, vilket innebär att vi totalt sett granskat 23 personakter.

Vi har bedömt akterna utifrån en checklista som utgår från vad utredningar och beslut om rätten till bistånd eller insatser bör innehålla enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS*:

Tabell 1: Checklista till aktgranskningen

Utredning	Beslut
▶ Vem utredningen gäller	▶ Vad den sökande begärt
▶ Eventuell närmast anhörig	▶ Vad som beslutats
▶ Hjälpbehov enligt ansökan	▶ Vilka grunder beslutet vilar på
▶ Sökandes synpunkter	▶ Hur länge beslutet gäller
▶ Sökandes synpunkter	▶ Datum och vem som beslutade
▶ Mål med insatsen	▶ Hur och när den enskilda underrättats om beslut
▶ Tidigare åtgärder av betydelse	▶ När och hur kommunikering enl. 17 § förvaltningslagen har fullgjorts
▶ Utredarens bedömning	▶ Eventuella besvärshänvisningar
▶ Beslut	▶ Vilka insatser som ska utföras

Bilaga 4: Aktgranskning

För uppgifter som ej framgått i akterna har vi bedömt om dessa uppgifter inte är tillämpliga eller om tillämpning är osäker. Ett exempel på när information ej är tillämplig är uppgiften om ”mål med insatsen”, när ansökan om insatsen blivit avslagen. Information där tillämpning är osäker kan exempelvis avse där vi bedömer att den sökandes synpunkter inte tydligt framgår, eftersom vi inte kan bedöma om den enskilda explicit formulerat synpunkter.

	Framgår	Framgår ej	Framgår ej – ej tillämpligt	Framgår ej – osäkert om tillämpligt
Vem utredningen gäller	23	0	0	0
Eventuell närmast anhörig	22	0	0	1
Hjälpbehov enligt ansökan	23	0	0	0
Sökandes synpunkter	14	0	0	9
Mål med insatsen	20	0	3	0
Tidigare åtgärder av betydelse	23	0	0	0
Beslut	23	0	0	0
Vad den sökande begärt	23	0	0	0
Vad som beslutats	23	0	0	0
Hur länge beslutet gäller	15	0	8	0
Datum och vem som beslutade	23	0	0	0
Hur och när den enskilda underrättats om beslutet	3	20	0	0
När och hur kommunikering enligt 17 § förvaltningslagen har fullgjorts	3	0	20	0
Eventuella besvärshänvisningar	0	2	21	0
Vilka insatser som ska utföras	21	0	2	0

Bilaga 5: Uppföljning av biståndsenhetens verksamhet

Nämndens verksamhetsberättelse

Mål 2013	Kvalitetsindikator	Utfall 2012	Utfall 2013
Alla biståndsbeslut ska vara verkställda inom 3 månader	Antal icke verkställda beslut inom 3 månader	81 dagar	38 dagar
	Antal icke verkställda beslut inom 3 månader på grund av resursbrist	6 dagar	29 dagar
Tillgänglighet till särskilt boende inom äldreomsorgen ska vara god	Antal dagar i genomsnitt från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum på särskilt boende	28 dagar	44 dagar
Handläggningstider för individärenden ska vara rimlig	Handläggningstid från ansökan till beslut enligt SoL i dagar i genomsnitt och beslut enl. LSS i genomsnitt	< 30 respektive < 60 dagar	5,5 dagar SoL 30 dagar LSS
Alla brukare ska vara delaktiga i sin vård- och omsorgsplanering	Metod för uppföljning tas fram under hösten 2012	-	Kommentar: Möjlighet att dokumentera delaktighet finns, men resultatet är inte sökbar. Det har i dagsläget inte varit möjligt att ta fram en kvalitetssäkrad metod för uppföljning av delaktighet.
Svenska palliativregistret ska vara underlag för kvalitetsarbete	Andel registrerade dödsfall i palliativregistret av alla dödsfall under året	90 %	98 %

Biståndsenhetens verksamhetsberättelse

Biståndsenheten har även en egen verksamhetsberättelse. Av den framgår kortfattad information i punktform om viktiga händelser, framåtblick och viss måluppfyllelse.

Bilaga 6: Ledningssystem för kvalitet

Utgångspunkten för ledningssystemet för kvalitet är Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård (SOSFS 2005:12) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11).

Ledningssystemet som används inom vård- och omsorgsförvaltningen är uppbyggt kring tio stycken kvalitetsområden:

- ▶ Insatser och vårdåtgärder
- ▶ Tillgänglighet
- ▶ Bemötande
- ▶ Handläggning och dokumentation
- ▶ Samverkan och samarbete
- ▶ Personal och kompetens
- ▶ Tjänster, produkter och teknik
- ▶ Avvikelser
- ▶ Synpunkter och klagomål
- ▶ Uppföljning och utvärdering

För varje kvalitetsområde finns styrdokument i form av policy, riktlinjer och rutiner. Policyn uttrycker nämndens mål för kvalitet ur ett brukarperspektiv och hur uppföljning ske inom respektive kvalitetsområde. Riktlinjen ger vägledning för konkret handläggande. Riktlinjen ska uttrycka förvaltningschefens syn på hur policyn ska följas. Rutinen beskriver hur riktlinjen ska följas på en enhet. Rutinen ska anpassas efter lokala förutsättningar.