

Uppföljning och kontroll av särskilt boende

Hallsbergs kommun

November 2020

UTKAST FÖR FAKTAKONTROLL

Projektledare: Christer Marklund

Projektmedarbetare: Elinore Fahlgren



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	3
Bakgrund	3
Syfte och revisionsfrågor	3
Revisionskriterier	3
Avgränsning och metod	4
Kommunens styrmodell	5
Nämndernas ansvar	5
laktagelser och bedömningar	6
Styrning av uppföljning	6
laktagelser	6
Mål och mätetal	6
Uppföljning	8
Åtgärder	13
Bedömningar utifrån revisionsfråga	15
Revisionell bedömning	15
Bedömningar mot revisionsfrågor	15
Rekommendationer	16
Bilagor	17

Sammanfattning

På uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer i Hallsbergs kommun har PwC genomfört en granskning av uppföljning och kontroll av särskilt boende. Syftet med granskningen är att granska och pröva om social- och arbetsmarknadsnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet för särskilt boende. Följande områden kopplat till ändamålsenlighet har granskats:

- Styrning av uppföljning
- Uppföljning
- Åtgärder

Utifrån genomförd granskning är vår **sammanfattande revisionella bedömning** att social- och arbetsmarknadsnämnden *inte helt* säkerställer en ändamålsenlig verksamhet genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av ekonomi och kvalitet i särskilt boende.

Den sammanfattande bedömningen baseras på bedömning av revisionsfrågor. Bedömningen återfinns i sin helhet under respektive avsnitt i rapporten.

Styrning av uppföljning

- Mål, indikatorer, mätetal och aktiviteter finns avseende ekonomi och kvalitet.
- Kvalitetsledningssystemet är fortfarande endast under uppbyggnad.

Uppföljning

- Uppföljningens omfattning är tillräcklig.
- Utvärdering är ett utvecklingsområde.

Åtgärder

- Nämnd och förvaltning agerar tillsammans aktivt kring ekonomi och kvalitet.
- Tydliga beslut där det framgår hur nämnden prioriterar bland förbättringsförslag saknas i huvudsak.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till social- och arbetsmarknadsnämnden:

- Säkerställ att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) upprättas i *alla* delar.
- Säkerställ att orsakerna till verksamheternas kvalitetsresultat *utvärderas* löpande.
- Pröva hur det kan tydliggöras hur nämnden *prioriterar* mellan förvaltningens förbättringsförslag avseende ekonomi och kvalitet.

Inledning

Vi inleder denna granskning med följande förtydligande information:

Sedan revisorerna genomfört sin riskanalys har Hallsbergs kommun påverkats av Covid-19. Projektplanen för denna granskning beslutades i början av april 2020, ungefär samtidigt som det uppmärksammats att kommunen kommer att påverkas av Covid-19.

Med anledning av detta har effekterna av Covid-19 på särskilt boende inte ingått i denna granskning, även om Covid-19 omnämns under iakttagelser.

Bakgrund

Av kommunallagen framgår att kommunens nämnder ska ha kontroll över sin verksamhet. Detta innebär att nämnderna själva ansvarar för att ha en ändamålsenlig uppföljning och kontroll så att verksamheten bedrivs på avsett sätt och att det finns säkra rutiner som förhindrar förlust för kommunen och säkerställer att redovisningen är rättvisande.

För att kunna följa verksamhetens utveckling kring ekonomi och kvalitet och som grund för politiska beslut är det väsentligt att tillräcklig information i en strukturerad form efterfrågas av nämnden samt att nämnden använder denna information som en grund i sitt beslutsfattande. Tydliga nyckeltal är viktigt för att kunna följa verksamheten.

De förtroendevalda revisorerna har i samband med sin riskanalys bedömt uppföljning och kontroll av verksamheten för särskilt boende som ett angeläget granskningsområde. Särskilt boende står inför flera utmaningar för att klara omsorgen av de äldre, främst gällande organisation, personalplanering och nyttjande av digital teknik.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att granska och pröva om social- och arbetsmarknadsnämnden säkerställer en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet för särskilt boende.

Revisionsfrågor:

- Är nämndens respektive förvaltningens styrning av uppföljning och kontroll av verksamhetens ekonomi och kvalitet tillräcklig? Fokus på mål och mätetal.
- Finns en tillräcklig uppföljning till omfattning och innehåll samt kunskaper om orsakerna till verksamhetens ekonomi- och kvalitetsresultat?
- Agerar nämnden på ett aktivt sätt kring verksamhetens ekonomi och kvalitet som också innefattar tydliga och aktiva beslut i nämnden?

Revisionskriterier

- Kommunallagen 6:6
- Socialtjänstlagen 3:3
- Lokala styrande och stödjande dokument.
- Tillsynsrapporter

Avgränsning och metod

Granskningen har avgränsats till social- och arbetsmarknadsnämndens ansvar avseende verksamheten särskilt boende. I tid avgränsas granskningen att i huvudsak gälla år 2020.

Granskningen har genomförts genom:

- Analys av styrande dokument i form av mål, budget, riktlinjer, rutiner mm.
- Intervjuer med företrädare för nämnden, förvaltningschef, ekonom/controller, verksamhetschef särskilt boende samt verksamhetschef socialpsykiatri och LSS med ansvar för kvalitetsfrågor.
- Analys av uppgifter om ekonomi och kvalitet för särskilt boende.

I bilaga redovisas verksamhetens kvalitet och resultat i kommun- och landstingsdatabasen (Kolada).

Rapporten har sakgranskats av intervjuade personer innan färdigställande.

Kommunens styrmodell

I *mål och budget 2020* anges att kommunens styrmodell utgår ifrån principer för mål- och resultatstyrning. Systemet ska bidra till att den politiska viljeinriktningen och politiska beslut får genomslag, att kommunen har god ekonomisk hushållning och att medborgarna därmed får den service som de förtroendevalda i fullmäktige beslutat. Utöver verksamhetens grunduppdrag och lagstiftning är kommunens vision och värdeord övergripande och grundläggande för Hallsbergs kommuns styrning. Vision, värdeord och strategiska områden har fastställts av kommunfullmäktige och ska vara bärande i hela organisationen. Visionen anger färdriktningen på lång sikt och syftar till att skapa en samsyn kring kommunens utveckling.

Strategiska områden är kommunens väg för att nå visionen. Den har delats in i fyra områden som är viktiga för att styra, leda och följa upp mot. Strategiska områden är målområden för prioritering och utveckling. För att styra verksamheten och genomföra sin politik beslutar kommunfullmäktige om prioriteringar för nämnder. Respektive förvaltning och nämnd arbetar parallellt med att ta fram nämndmål med indikatorer för uppföljning som beslutas av respektive nämnd. Övergripande mål är satta av kommunfullmäktige och kommunstyrelsen har tillsynsplikt. Nämnderna ska sätta sina nämndmål och indikatorer så att de uppfyller övergripande mål.

Nämndernas ansvar

Av kommunallagen (KL) 6:6 framgår bl.a. att nämnderna var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt, samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Den interna kontrollen kan avse ansvar och befogenheter, system och administrativa rutiner. Syftet med den interna kontrollen är att bidra till att ändamålsenligheten i verksamheten stärks och att verksamheten bedrivs effektivt och säkert.

Av socialtjänstlagen (SoL) 3:3 framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I begreppet god kvalitet inryms bl.a. rättssäkerhet, kompetens, bemötandefrågor, den enskildes medinflytande samt att vården och servicen är lättillgänglig. Kvalitetsarbetet kan bedrivas på olika sätt. Vissa faktorer har stor betydelse för att verksamheten ska sägas ha god kvalitet, t.ex. att socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som lagen anger. För att kunna utveckla och bedöma kvalitet krävs att kunskap tas tillvara genom systematisk dokumentation.

Iakttagelser och bedömningar

Styrning av uppföljning

Revisionsfråga: Är nämndens respektive förvaltningens styrning av uppföljning och kontroll av verksamhetens ekonomi och kvalitet tillräcklig? Fokus på mål och mätetal.

Iakttagelser

Styrande dokument inom det granskade området utgörs av dokument som är beslutade på politisk nivå samt på förvaltningsnivå.

Mål och mätetal

Vi har tagit del av följande beslutade styrdokument inom området:

- Äldreomsorgsplan 2016-2030. Beslutad av kommunfullmäktige 2016-10-31.
 - Redogör för långsiktig planering och strategier.
- Social- och arbetsmarknadsnämndens mål. Beslutad av nämnden 2018-11-14.
 - Redogör för tillgängliga resurser och mål, nivå på indikatorer, behov av effektiviseringsåtgärder från år 2020 och framåt, behov av genomlysningar av verksamheter, ramförändringar och effektiviseringsbehov.
- Förvaltningsplan. Beslutad av förvaltning 2019-12-18.
 - Utgör huvudsakligt styrdokument på förvaltningsnivå. Redogör för: prioriterade uppdrag från nämnd till förvaltning, förvaltningschefens prioriterade uppdrag till områdescheferna, uppdrag till chefen för vård- och omsorgsboende, förvaltningens strategier/verksamhetsmål.
- Verksamhetsplan hälso- och sjukvård. Ej daterad.
 - Redogör för: verksamhet och uppdrag förvaltningschef, områdeschef, enhetschef, utmaningar, aktiviteter och prioriteringar (*utveckla och förtydliga våra boendes känsla av trygghet samt minska sjukfrånvaro*), effektiviseringsåtgärder from 2020, mål - strategiskt mål - mål för vård- och omsorgsboende och hälso- och sjukvård - indikatorer - aktiviteter samt personalplan.
 - Därutöver upprättas enhetsplaner inom verksamheten.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9¹. Utgör enligt dokumentet en central del i styrmodellen. Vidare finns tex. handböcker för dokumentation och avvikelshantering. Ledningssystemet är fastställt av områdeschef äldreomsorg 2020-04-29. Några politiska beslut avseende kvalitetsledningssystemet eller dess användningsområde har vi däremot inte tagit del av.
- Internkontrollplan 2020. Beslutad av nämnden 2019-12-18.

Vi har därutöver tagit del av förvaltningens projektplaner för:

¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

- Förbättring av demensvården utifrån nationella demensriktlinjer
- Nära vård genom multiprofessionella team
- Framtidens äldreomsorg

Sammanfattning av dokumentanalys:

- Resultat avseende ekonomi ska redovisas till nämnden månadsvis. Resultat avseende kvalitet (verksamhetsmål) och ekonomi ska redovisas till nämnden tre gånger per år.
- Resultat av det löpande systematiska kvalitetsarbetet ska följas upp tertialvis och årsvis till nämnden.

Sammanfattning av intervjuer:

- Förvaltningen arbetar tillsammans med nämnden för att ta fram måldokument inför verksamhetsåret, via gemensamma planeringsdagar. Arbetet genererar nämndens och förvaltningens mål- och budgetdokument. Dokumentet bryts därefter ned till förvaltningsplan, verksamhetsplan, områdesplaner och enhetsplaner. Varje område och enhet tar fram ett eget dokument kring mål och budget med tillhörande verksamhetsplan. Budget i balans beskrivs som det övergripande målet för särskilt boende.
- Styrning avseende uppföljning och kontroll upplevs tydligt. Den röda tråden i upprättade styrdokument upplevs tydlig och känd i verksamheten.
- Ledningssystemet utgör inte ett stöd i alla delar², vilket anses påverka förutsättningarna för det systematiska kvalitetsarbetet negativt. Detta förklarar de intervjuade delvis med att det saknas ett digitalt systemstöd för arbetet. En plan för tillämpning av ledningssystemet som beskriver vad och när något ska göras samt vem som ansvarar för genomförandet har dock upprättats.

Bedömning

Revisionsfråga: Är nämndens respektive förvaltningens styrning av uppföljning och kontroll av verksamhetens ekonomi och kvalitet tillräcklig? Fokus på mål och mätetal.

Revisionsfrågan bedöms som delvis uppfylld.

Bedömningen baseras på att det finns mål, indikatorer och mätetal i nämndens styrdokument avseende ekonomi och kvalitet i särskilt boende. Bedömningen baseras även på att det i förvaltningsplan och verksamhetsplan finns aktiviteter för att förbättra ekonomi och kvalitet i särskilt boende.

Bedömningen baseras avslutningsvis på att kvalitetsledningssystemet fortfarande endast är under uppbyggnad och saknar ett ändamålsenligt systemstöd, vilket sammantaget påverkar förutsättningarna att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete på ett negativt sätt.

² Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Uppföljning

Revisionsfråga: Finns en tillräcklig uppföljning till omfattning och innehåll samt kunskaper om orsakerna till verksamhetens ekonomi- och kvalitetsresultat?

lakttagelser

Uppföljning av verksamhetens ekonomi och kvalitet (verksamhetsmål och systematiskt kvalitetsarbete) till nämnden ska enligt ledningssystemet ske i samband med:

1. **Månadsuppföljning** avseende resultat med analys av ekonomi, sjukskrivningstal samt betalningsansvar³.
2. **Tertialuppföljning** avseende riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, ekonomi, handlingsplaner, resultat, analys och förbättringar utifrån ett MTO⁴ perspektiv. Delårsrapporten är en av tertialuppföljningarna.
3. **Årsredovisning** med tillhörande verksamhet- och kvalitetsberättelse.

Enligt ledningssystemet ska samtliga tertialuppföljningar dokumenteras i nämndens ledningsinformationssystem Stratsys.

Vid granskning av social- och arbetsmarknadsnämndens protokoll för år 2020 noteras att uppföljning skett i enlighet med tabell nedan:

Tabell: Uppföljning till nämnd 2020

Datum	lakttagelser på verksamhetsuppföljning
2020-02-11	§3 årsredovisning, §5,6 socialstyrelsens brukarundersökningar §11 åiterrapportering av internkontroll §17 information från förvaltningschef
2020-03-25	§32 kvalitetsrapport 2019 §36 patientsäkerhetsberättelse 2019 §38 information från förvaltningschef
2020-04-29	§55 tillägg till internkontroll 2020 §57 information från förvaltningschef
2020-05-27	§62 tertialrapport 2020 §68 åiterrapportering internkontroll kvartal 1 2020 §73 information från förvaltningschef
2020-06-17	§83 ekonomisk uppföljning maj 2020 §89 information från förvaltningschef/områdeschef
2020-08-26	§97 ekonomisk uppföljning juli 2020 §99 åiterrapportering av den interna kontrollen kvartal 2 2020 §107 information från förvaltningschef/områdeschef

³ Kommunerna har genom betalningsansvarslagen ett reglerat ekonomiskt ansvar - betalningsansvar - för viss hälso- och sjukvård som utförs av regionen eller av en enskild vårdgivare anlitad av regionen.

⁴ Människa – teknik – organisationsperspektiv.

2020-10-01	§112 delårsrapport 2020 §119 information från förvaltningschef/områdeschef
------------	---

Resultat socialstyrelsens nationella brukarundersökningar⁵

Från socialstyrelsens brukarundersökning noterar vi:

- Fem områden där andelen positiva svar är **högst**:
 - Fick du plats på det äldreboende du ville bo på? (100 %)
 - Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt? (100 %)
 - Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende? (90 %)
 - Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende? (83 %)
 - Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete hos dig? (81 %)
- Fem områden där andelen positiva svar är **lägst**:
 - Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? (35 %)
 - Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov? (36 %)
 - Händer det att du besväras av ensamhet? (40 %)
 - Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet? (47 %)
 - Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga? (52 %)

Resultat kvalitetsrapport⁶

I kvalitetsberättelsen redovisas resultat av det systematiska kvalitetsarbetet. Vi noterar att:

- Verksamheten särskilt boende följer upp resultat i form av olika egenkontroller varje månad samt genomför en djupare analys efter varje kvartal. Målet var att under 2019 ska alla verksamheter analysera sina egna resultat samt gemensamt arbeta med ständiga förbättringar. Arbetssättet börjar att sätta sig.
- I januari månad 2019 tog verksamheten över verkställigheten från myndighetssidan. Det betyder att erbjudande av lägenhet på särskilt boende eller korttidsplats ges av områdets chefer, inte som tidigare av en biståndshandläggare. Detta syftar till att förtydliga beställning och verkställighet. En ny process för ärendeöverföring är framtagen.
- Självskattning av basala hygienrutiner har utförts på flertalet av boendena. Nattfaste-mätning har skett och visar att nattfastan är för lång för många av de boende.

⁵ Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2019 – Resultat för Hallsberg särskilt boende. I Hallsberg svarade 45,6 % av de tillfrågade. 67% av respondenterna är kvinnor, och 33 % män. 79 % var vid svarandet mellan 65 – 79 år, och 21 % 80 år eller äldre.

⁶ Kvalitetsberättelse 2019

- Förvaltningen står inför stora utmaningar gällande personalrekrytering och kompetenshöjning av den befintliga personalen. Kompetensbehoven behöver också ses över.

Vi har vidare tagit del av uppföljning av egenkontroller genomförda på vård- och omsorgsboende fram till mars 2020, avseende genomförandeplaner, aktiviteter och daglig utevistelse. Genomförandeplaner fanns till 79 procent, aktiviteter sker till 84 procent och daglig utevistelse har erbjudits under 59 % av dagarna.

Resultat patientsäkerhetsberättelse⁷

I patientsäkerhetsberättelsen redovisas resultat av patientsäkerhetsarbetet. Vi noterar att:

- Hygienrund har genomförts på samtliga vård- och omsorgsboenden. Alla boenden har fått goda resultat på det vårdhygieniska arbetet. Ombud har genomfört stickprov för kontroll av följsamhet gällande basala kläd- och hygienriktlinjer.
- Två avvikelser har lett till Lex Maria anmälan och skickats till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). IVO har avslutat båda ärendena och bedömer att vårdgivaren (nämnden) fullgjort sin skyldighet att utreda, anmäla händelser samt vidta åtgärder för händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.
- Under 2019 har 24 avvikelser i vårdkedjan rapporterats från Hallsbergs kommun till regionen. Detta är fler än föregående år. Hälften av dessa avvikelser handlar om brister i utskrivningsprocessen, det vill säga när ineliggande patient på sjukhus ska skrivas ut till den kommunala vården. Bristerna har handlat om otillräcklig information i regionens och kommunens gemensamma verksamhetssystem Life Care. Detta har lett till bristfällig information om patienter som skrivits ut från slutenvården.

Resultat internkontroll⁸

Från uppföljningen av internkontrollplanen 2019 noterar vi:

- För processen "Att politiskt fattade beslut verkställs och återrapporteras till nämnden och innehåller en tydlig tidsangivelse för verkställighet och återrapport" finns två risker med tillhörande kontrollmoment: (1) Att politiskt fattade beslut inte verkställs och/eller återrapporteras till nämnden - kontrollfrekvens månadsvis, dokumentation i Stratsys, ansvarig nämndsekreterare. (2) Att beslut i nämnden inte innehåller en tydlig tidsangivelse för verkställighet och återrapport - kontrollfrekvens månadsvis, dokumentation i Stratsys, ansvarig nämndsekreterare.
- Återrapporteringen uppvisar brister på flera kontrollmoment under 2019.
- Utförda åtgärder för att hantera brister har redovisats till nämnden.
- Nämnden har beslutat att godkänna återrapporteringen, godkänna utförda åtgärder samt överlämna uppföljningen av den interna kontrollen till kommunstyrelsen.

Resultat av internkontroll har rapporterats till nämnden i maj 2020. Återrapporteringen för första kvartalet 2020 uppvisar brister på flera kontrollmoment. Utförda åtgärder av brister

⁷ Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs kommun 2019. 2020-03-01.

⁸ Återrapportering av den interna kontrollen kvartal 4 2019. 2020-02-11

redovisas till nämnden. Nämnden har beslutat att godkänna återrapporteringen, godkänna utförda åtgärder samt överlämna uppföljningen av den interna kontrollen till kommunstyrelsen.

Resultat tertialrapport⁹

Från tertialrapport noterar vi:

- Verksamhetsområdet prognostiserar ett underskott på 1,9 mkr. Inom området för vård- och omsorgsboende finns förutom boendena även kostnader för utskrivningsklara patienter. Orsaken till underskottet finns bland annat inom den ansträngda situationen inom sjuksköterskeorganisation, där kommunen, i likhet med många andra kommuner och regioner, har svårighet att rekrytera sjuksköterskor och måste köpa in sjuksköterskor via bemanningsföretag.
- Ett fortsatt arbete med effektiv bemanningsplanering och strategiska planer för att möta framtidens utmaningar genom projekt bedöms ge resultat både ekonomiskt och för kvaliteten.
- I april togs ett politiskt beslut att minska vård- och omsorgsboende med elva lägenheter samt öka korttids- och växelvårdsplatser med fem platser. Enligt vård- och omsorgsboende resursfördelningsmodell ger det en besparing på ca sju årsarbetare, en helårseffekt på 3 800 tkr exklusive arbetsgivaravgifter.
- Det bedöms svårt att lägga en prognos utifrån konsekvenserna av pandemin. Mest drabbat är det boende där smitta har konstaterats.

Resultat delårsrapport¹⁰

Från delårsrapport noterar vi:

- Vård- och omsorgsboende beräknar ett underskott med 0,9 mkr. Underskottet beror på ökade kostnader för inköp av skyddsutrustning och hygienartiklar på grund av Covid-19. Förvaltningen har sökt bidrag för dessa kostnader, och denna intäkt återfinns i prognosen. Den ansträngda situationen i sjuksköterskeorganisationen genererar ett underskott, då brist på egen personal skapar behov av att hyra in dyrare personal.
- Området har ca 6,5 årsarbetare extra utifrån heltid som norm. Åtgärder har vidtagits i syfte att minska behovet av bemanningsföretag.
- Många lägenheter har varit tomma under våren 2020 på grund av Corona.

Tillsyn inspektion för vård och omsorg (IVO)

IVO genomförde under 2020 en uppföljande inspektion med anledning av tidigare konstaterade brister avseende den kostnadseffektivisering som ledde till en omorganisering. Tillsynen gällde bland annat nattbemanning samt de enskildas individuella behov av insatser, trygghet och säkerhet vid Kullängens vård- och omsorgsboende.

I oktober 2019 informerades nämnden att IVO i april genomfört en oanmäld inspektion av vård- och omsorgsboende och att utredning pågår och förvaltningen avvaktar IVO:s svar.

⁹ Tertialrapport 2020. 2020-05-27 §62

¹⁰ Delårsrapport 2020 social- och arbetsmarknadsförvaltningen. 2020-10-01 §112

I november informerades nämnden att "IVO har informerat om att de är nöjda med förvaltningens agerande i det Lex Sara-ärende som nämnden informerats om tidigare".

IVO beslutade under året (2020) att avsluta ärendet utifrån redovisning samt uppföljd oanmäld inspektion i verksamheten. IVO konstaterade att nämnden vidtagit och planerar att fortsätta åtgärder för att komma tillrätta med de brister IVO tidigare uppmärksammat i tillsynen. Nämnden har efter genomförd tillsyn arbetat med:

- ett digitalt bemanningssystem som uppges underlätta tillsättning av personal vid sjukfrånvaro.
- nära ledarskap som ska medföra en positiv utveckling av verksamheten.
- att säkerställa att rutiner för skydds- och begränsningsåtgärder diskuteras kontinuerligt i verksamheten.
- åtgärder för säkerställa tillgång till verksamhetslokaler genom att ett nytt boende ska byggas och planeras vara klart 2021.
- att ge tillgång till dokumentationssystemet för de vikarier som arbetar i verksamheten.
- att säkerställa personalen som arbetar natt numera är delaktiga i arbetet med genomförandeplaner.

Av intervjuer framgår sammanfattningsvis att:

- Det är tydlig vad som ska rapporteras uppåt i förvaltningsorganisationen samt till nämnden avseende ekonomi och kvalitet (verksamhetsmål).
- Löpande uppföljning och utvärdering av det systematiska kvalitetsarbetet är ett utvecklingsområde. Flera av de intervjuade uppger att den generellt sett största utvecklingspotentialen finns i arbetet med utvärdering, d.v.s. att kunna förklara *varför* något har hänt. Gällande avvikelshantering betonar dock de intervjuade att fokus ligger på att förklara varför något har hänt.
- Om en negativ avvikelse mot driftbudget prognostiseras får berörda enheter i uppdrag att arbeta fram åtgärder för att nå en budget i balans till årets slut. Avvikelse och åtgärder ska dokumenteras i ledningsinformationssystemet Stratsys. Ekonomiska avvikelser uppges prioriteras framför kvalitativa avvikelser.

Bedömning

Revisionsfråga: Finns en tillräcklig uppföljning av omfattning och innehåll samt kunskaper om orsakerna till verksamhetens ekonomi- och kvalitetsresultat?

Revisionsfrågan bedöms som delvis uppfylld.

Bedömningens baseras på att uppföljningens omfattning är tillräcklig.

Bedömningen baseras även på att arbetet med att följa upp och utvärdera det systematiska kvalitetsarbetet är under utveckling. Vi noterar särskilt att utvärdering är ett utvecklingsområde. Vi noterar avslutningsvis att de intervjuade betonar att arbetet med uppföljning och utvärdering av avvikelshantering sker på ett systematiskt sätt.

Åtgärder

Revisionsfråga: Agerar nämnden på ett aktivt sätt kring verksamhetens ekonomi och kvalitet som också innefattar tydliga och aktiva beslut i nämnden?

lakttagelser

Av protokollgranskning framgår att nämnden under den senaste 12-månadersperioden har mottagit följande uppföljning:

- **Månadsuppföljning** avseende resultat med analys av ekonomi, sjukskrivningstal samt betalningsansvar.
- **Tertialuppföljning** avseende riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, ekonomi, handlingsplaner, resultat, analys och förbättringar utifrån ett MTO perspektiv.
- **Årsredovisning** med tillhörande verksamhets- och kvalitetsberättelse
- **Annan uppföljning** såsom socialstyrelsens brukarundersökning, patientsäkerhetsberättelse, kvalitetsberättelse och internkontrollplan.

Genom dessa dokument informeras nämnden om planerat och genomfört förbättringsarbete. Om nämnden inte är nöjd med åtgärderna som planeras åligger det nämnden att ge förvaltningen i uppdrag att vidta ytterligare eller andra åtgärder.

Av dokumentanalys framkommer avslutningsvis:

- Det går inte att styrka att nämnden fattat några tydliga beslut om åtgärder utifrån den egna uppföljningen av verksamhetens *kvalitet*, utöver att godkänna t.ex. kvalitetsberättelse och verksamhetsuppföljning. Vi noterar samtidigt att såväl verksamhetsuppföljning som kvalitetsberättelse innehåller ett antal förbättringsförslag. Vi noterar dock att förvaltningen/nämnden har agerat med anledning av IVO:s tillsyn år 2019.
- Nämnden har fattat få beslut med anledning av redovisade *ekonomiska* resultat. I samband med behandling av tertialrapport 1 (april 2020) fattade dock nämnden ett beslut att minska antalet lägenheter inom **särskilt boende**, för att arbeta mot en budget i balans.
- Risker kopplat till processen: "Att politiskt fattade beslut verkställs och återrapporteras till nämnden och innehåller en tydlig tidsangivelse för verkställighet och återrapport" är upptaget i internkontrollplanen.

Av intervjuer framkommer avslutningsvis:

- Dialog mellan nämnd och förvaltning är ett utvecklingsområde avseende verksamhetens *kvalitet*. Ansvars- och arbetsfördelning mellan nämnd och förvaltning avseende *hur* förbättringsarbete ska genomföras behöver förtydligas. Det finns dock en samsyn kring *vad* som är verksamhetens främsta utvecklingsområden, exempelvis kompetensförsörjning samt kvalitetsutveckling. Det upplevs dock finnas en otydlighet avseende hur uppdrag ska prioriteras inom förvaltningen.

Bedömning

Revisionsfråga: Agerar nämnden på ett aktivt sätt kring verksamhetens ekonomi och kvalitet som också innefattar tydliga och aktiva beslut i nämnden?

Revisionsfrågan bedöms som delvis uppfylld.

Vi bedömer att nämnden delvis agerar på ett aktivt sätt kring verksamhetens ekonomi och kvalitet som också innefattar tydliga och aktiva beslut i nämnden.

Bedömningen baseras på att nämnd och förvaltning tillsammans agerar aktivt kring verksamhetens ekonomi och kvalitet, vilket framgår av styrning och uppföljning av verksamheten.

Bedömningen baseras även på att det endast i begränsad utsträckning går att styrka att nämnden fattat tydliga beslut utöver att godkänna förvaltningens uppföljning. Förvaltningens uppföljning innehåller ett antal förbättringsförslag. Hur nämnden prioriterar mellan dessa förbättringsförslag går inte alltid att styrka.

Vi noterar dock att nämnden beslutat att minska antalet platser i särskilt boende samt att förvaltningen och nämnden agerat med anledning av IVO:s tidigare tillsyn.

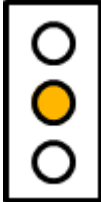
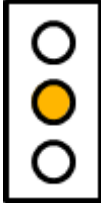
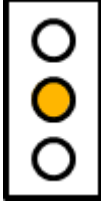
Att nämnden tagit upp verkställighet och återrapportering av politiskt fattade beslut i internkontrollplanen ser vi som positivt.

Bedömningar utifrån revisionsfråga

Revisionell bedömning

Utifrån genomförd granskning är vår **sammanfattande revisionella bedömning** att social- och arbetsmarknadsnämnden *inte helt* säkerställer en ändamålsenlig verksamhet genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av ekonomi och kvalitet för särskilt boende.

Bedömningar mot revisionsfrågor

Revisionsfråga	Kommentar	
Är nämndens respektive förvaltningens styrning av uppföljning och kontroll av verksamhetens ekonomi och kvalitet tillräcklig? Fokus på mål och mätetal.	Delvis uppfyllt	
Finns en tillräcklig uppföljning till omfattning och innehåll samt kunskaper om orsakerna till verksamhetens ekonomi- och kvalitetsresultat?	Delvis uppfyllt	
Agerar nämnden på ett aktivt sätt kring verksamhetens ekonomi och kvalitet som också innefattar tydliga och aktiva beslut i nämnden?	Delvis uppfyllt	

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till social- och arbetsmarknadsnämnden:

- Säkerställ att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) upprättas i *alla* delar.
- Säkerställ att orsakerna till verksamheternas kvalitetsresultat *utvärderas* löpande.
- Pröva hur det kan tydliggöras hur nämnden *prioriterar* mellan förvaltningens förbättringsförslag avseende ekonomi och kvalitet i särskilt boende.

Bilagor

Kolada

Vald kommun / region: Hallsberg



Särskilt boende

Kvalitet och resultat (Alla år)

	2017	2018	2019	2020
Leva och bo självständigt				
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	● 87	● 75	● 83	● 82
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - inflytande och tillräckligt med tid, andel (%)	● 33	● 46	● 40	●
Trygga förhållanden				
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, förtroende och trygghet, andel (%)	● 38	● 40	● 36	●
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - kontakt med personal, andel (%)	● 40	● 28	● 21	●
Personer 75+ år i särskilt boende med olämpliga läkemedel, andel (%)	● 11.2	● 15.7	● 10.1	●
Personer 75+ år i särskilt boende med tio eller fler läkemedel, andel (%)	● 28.0	● 32.9	● 25.3	●
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	● 34	● 17	● 28	●
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%)	● 49	● 49	● 21	●
Aktiv och meningsfull tillvaro				
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - mat och måltidsmiljö, andel (%)	● 54	● 63	● 49	●
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - aktiviteter och känsla av ensamhet, andel (%)	● 33	● 34	● 47	●
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - boendemiljö, andel (%)	● 50	● 38	● 35	●
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter under vardagar, andel (%)	● 8	● 100	● 0	●
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/lägenheten, andel (%) (-2018)	● 100	● 0	●	●

Resurser (Alla år)

	2017	2018	2019	2020
Kostnader				
Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/inv 65+	● 46 699	● 35 978	● 35 184	●
Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/inv 80+	● 197 929	● 153 172	● 145 369	●
Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/brukare	● 1 499 811	● 1 674 026	● 1 448 986	●
Resurser				
Omsorgspersonalen på vardagar i boende med särskild service för äldre med adekvat utbildning, andel (%)	● 93	● 88	● 86	●
Omsorgspersonalen på helgdagar i boende med särskild service för äldre med adekvat utbildning, andel (%)	● 92	● 86	● 77	●
Medarbetarengagemang				
Medarbetarengagemang (HME) särskilt boende äldreomsorg - Totalindex	●	● 65	●	● 69

	2017	2018	2019	2020
Befolkning				
Invånare 65+, andel (%)	22.4	22.6	22.6	●
Invånare 80+, andel (%)	5.3	5.3	5.5	●
Äldre äldre av invånare 65+, andel (%)	23.6	23.5	24.2	●
Äldre i särskilt boende				
Brukare 65+ i särskilt boende äldre, antal	111	78	88	●
Invånare 65+ i särskilda boendeformer, andel (%)	3.1	2.1	2.4	●
Medelålder för äldre i särskilt boende, år	87.4	85.5	84.8	●
Ålder vid inflyttning till särskilt boende, median	● -	84	●	●
Personer 65+ i särskilda boendeformer i enskild regi, andel (%)	0.0	0.0	0.0	●
Medianvårdtid i särskilt boende äldreomsorg, antal dagar	642	929	765	●
Personalmått				
Omsorgspersonal/plats i boende för särskild service för äldre på vardagar, antal	0.33	0.35	0.35	●
Omsorgspersonal/plats i boende för särskild service för äldre, helgdagar, antal	0.29	0.31	0.30	●
Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, vardagar, antal	0.05	0.04	0.03	●
Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, helgdagar, antal	0.01	0.01	● -	●
Övrigt				
Framskrivning, förväntad andel invånare 65-79 år om 5 år i kommunen, andel (%)	16.1	16.5	16.2	●
Framskrivning, förväntad andel invånare 80+ år om 5 år i kommunen, andel (%)	5.7	6.1	6.6	●
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - själv svarat på frågorna, andel (%)	17	23	31	19

Guide till tabeller och diagram

I vissa tabeller och diagram används färgerna rött, gult och grönt för att visa hur ett resultat ligger till jämfört med andra. För varje nyckeltal rangordnas alla kommuner/regioner efter sina resultat, och de bästa resultaten får grön färg, de sämsta får röd färg och de i mitten får gul färg. Saknas data på något nyckeltal visas det med grå färg.

Tänk på att färgsättningen visar om resultatet är bra eller dåligt i jämförelse med andra. Den talar inte om ifall resultatet är bra eller dåligt. Kommunen/Regionen kan ha dåliga resultat jämfört med andra, vilket ger röd färg, trots att resultatet egentligen är bra (och vice versa).

Om data saknas (grå ruta i tabellen) kan det bero på att data ännu inte har publicerats för det året, att data inte samlats in det året, att kommunen/regionen inte lämnat in uppgifter för det året, att underlaget är för litet (ofta med två s.k. sekretessprickar i rutan) eller att data inte kan finnas (exempelvis p.g.a. att en viss regiform inte finns).

● Bästa 25%

● Mittersta 50%

● Sämsta 25%

● Ingen data

~ Visa trend

▬ Jämförelse per kommun / enhet

⊖ Ej med i sammanfattande diagram

○ Nyckeltalsinformation

- Bortfall

. Ej tillämplig

.. Sekretess

2020-11-18

*Lars Dahlin, Uppdragsle-
dare*

*Christer Marklund, Projektle-
dare*

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av [revisorerna i Hallsbergs kommun] enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den [8 april 2020]. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.