



# **Granskning av äldreboenden**

## Östersunds kommun

Vård- och omsorgsnämnden

# Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	3
2. Granskningsresultat	5
3. Bedömning och rekommendationer	11

# Sammanfattning

## Uppdrag och bakgrund

Äldreomsorgen är ett område som av flera anledningar är svårt att planera och budgetera då verksamheten är mycket föränderlig. För att kunna bedriva en kostnadseffektiv verksamhet kräver det en ytterst flexibel organisation. Detta innebär att det är av största vikt att uppföljning av verksamheten, kvalitet, bemanning och insatser är ändamålsenliga.

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Östersunds kommun har Deloitte granskat om det finns förutsättningar för att bedriva verksamhet med god kvalitet i äldreboenden i enlighet med gällande lagstiftning och fullmäktiges mål. För uppdraget har Deloitte anlitat Camilla Karlsson, certifierad kommunal revisor, från KomRedo AB.

## Syfte

Granskningens syfte är att undersöka och bedöma förutsättningar för måluppfyllelsen inom verksamheten äldreboenden.

## Revisionskriterier

I den här granskningen har revisionskriterierna huvudsakligen utgjorts av Socialtjänstförordningen

(2001:937) avseende särskilt boende för äldre enligt socialtjänstlagen 5 kap 5 § samt interna styrdokument och fullmäktigebeslut.

## Svar på syfte och revisionsfrågor

Vi bedömer att det finns goda förutsättningar för Vård- och omsorgsnämnden att nå målen för verksamheten om målen i större utsträckning utarbetas i delaktighet med verksamheten. Det finns signaler om risker i verksamheten som bör åtgärdas.

## Rekommendationer

Våra rekommendationer framgår under avsnitt 3.

DELOITTE AB

Östersund 2018-12-13

Camilla Karlsson

Marianne Harr

Certifierad kommunal revisor

Certifierad kommunal revisor

# 1. Inledning

## 1.1. Uppdrag och bakgrund

Äldreomsorgen är ett område som av flera anledningar är svårt att planera och budgetera då verksamheten är mycket föränderlig. För att kunna bedriva en kostnadseffektiv verksamhet kräver det en ytterst flexibel organisation. Detta innebär att det är av största vikt att uppföljning av verksamheten, kvalitet, bemanning och insatser är ändamålsenliga.

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i kommun har Deloitte granskat om det finns förutsättningar för att bedriva verksamhet med god kvalitet i äldreboenden i enlighet med gällande lagstiftning och fullmäktiges mål.

## 1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att undersöka och bedöma om nämnden har säkerställt att det vid gruppbestäderna finns förutsättningar för att bedriva verksamhet av god kvalitet i enlighet med lagstiftning och kommunfullmäktiges mål.

Granskningen har avgränsats till att omfattat följande revisionsfrågor:

- Vilket system finns för uppföljning av verksamheten avseende äldreboenden? Mål och metoder?
- Hur värderar ledningen risker i verksamheten?
- Finns riktlinjer och rutiner för kvalitetsarbetet? Hur hanteras goda exempel och avvikelser?
- Hur hanteras målet när det gäller andelen upprättade genomförandeplaner?
- Vad görs för att förbättra måluppfyllelsen ovan?
- Hur sker uppföljning och utvärdering av det privata drivna äldreboendet? Finns det kvalitetsbrister och andra avvikelser? Vilka eventuella åtgärder föranleder detta?
- Hur fungerar stödfunktionerna vid vård- och omsorgsförvaltningen?
- Hur sker åiterrapportering i nämnden?

## 1.3. Revisionskriterier

Revisionskriterierna är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

I denna granskning har revisionskriterierna huvudsakligen utgjorts av av Socialtjänstförordningen (2001:937) avseende särskilt boende för äldre samt och socialtjänstlagen 5 kap 5 § samt interna styrdokument och fullmäktigebeslut.

Vi har särskilt granskat följande dokument/regelverk:

- Socialtjänstförordningen och Socialtjänstlagen

- Hälsa- och Sjukvårdslagen
- Reglemente och budgetbeslut, inkl. fullmäktiges målstyrning
- VON styrdokument Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Verksamhetsplan 2018
- Styrning i praktiken – planering, löpande styrning, uppföljning och förbättring av Vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamheter
- Riktlinjer för uppföljning

#### 1.4. Metod

Granskningen har genomförts med följande metod:

Frågor har ställts och kompletterande upplysningar i intervjuer och relevant dokumentation har hämtats in.

Sammanfattande iakttagelser, analyser och bedömningar utifrån revisionsfrågor har sammanställts i en skriftlig rapport. Granskningsresultatet utgör del av revisorernas årliga ansvarsprövning för berörda nämnder.

Intervjuer har skett med följande:

- Intervjuer med sektorchefer, boendesamordnare, biståndshandläggare och chefer vid myndighetsenheten
- Intervju med ansvarig förvaltningschef
- Intervju med chefen för uppdragsenheten

## 2. Granskningsresultat

### 2.1. Vård- och omsorgsnämndens uppgifter

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för:

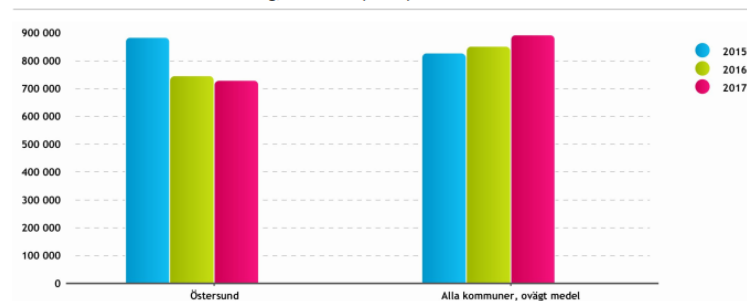
- insatser och avgifter inom vård och omsorg till äldre och funktionshindrade
- insatser och avgifter med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), förutom korttidstillsyn för elever i den obligatoriska skolan
- insatser och avgifter inom den kommunala hälso- och sjukvården
- medelsförvaltning avseende nämndens verksamhet, innefattande att inkomster inflyter och att betalningar görs i tid samt att de åtgärder vidtas som behövs för indrivning av förfallna fordringar. Nämnden har därvid rätt att avtala om amorteringsplan upp till två år samt avskriva fordran.
- insatser, avgifter och upphandling enligt lagen om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre inom nämndens ansvarsområde
- upphandling enligt lagen om valfrihetssystem inom nämndens ansvarsområde
- utveckling av e-förvaltning och e-tjänster inom nämndens ansvarsområde

Nämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Nämnden har därvid att årligen fastställa och följa upp en plan för den interna kontrollen.

### 2.2. Jämförelser med andra kommuner Kolada

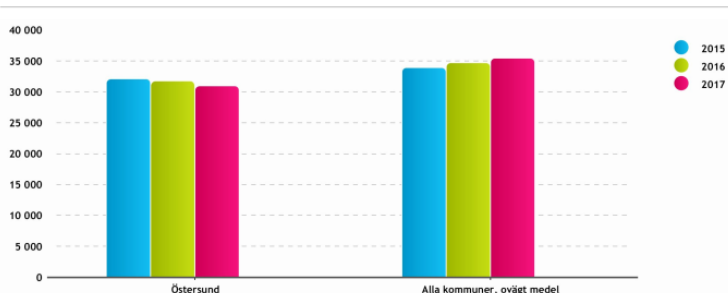
Vid jämförelse med andra liknande kommuner, vägt medelvärde, framgår entydigt att Östersunds kommun ligger signifikant med lägre kostnader än jämförande kommuner i de flesta jämförelser som man tittar på.

Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/brukare (Värde):



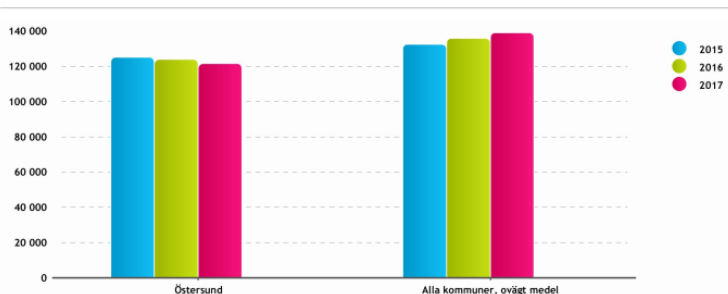
Nyckeltalet visar bruttokostnad minus interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting för särskilt boende äldreomsorg, dividerat med antal personer 65+ som bor permanent i särskilda boendeformer.

Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/inv 65+ (Värde):



Nyckeltalet visar kostnad per invånare avseende 65+.

Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/inv 80+ (Värde):



Samma nyckeltal som ovan fast 80+, kronor per invånare

Nyckeltalen visar kostnaden per invånare för särskilt boende äldreomsorg vid 65+ och 80+ i relation till jämförbara kommuner i riket. Kostnaden är signifikant lägre än i jämförbara kommuner.

### 2.3. System för uppföljning av verksamheten

Myndighetscheferna har ansvar för att följa upp de biståndsbeslut som fattats på individnivå inklusive de mål med insatsen som formulerats tillsammans med den enskilde. Övriga mål från kommunfullmäktige och vård- och omsorgsnämnden följs upp av förvaltningsledningen.

Kommunen och förvaltningen använder verksamhets-systemet Stratsys. I Stratsys hanterar man bl.a. delårs- och årsbokslut, verksamhetsplaner mm. Verksamhetsplaner upprättas även på sektorsnivå och för varje enhet. Verksamhetsplanerna följs upp tre gånger per år.

Sektorn för SÄBO når sina mål delvis och försöker vinna matchen mot sjuktalet, chefsnöjdhet, medarbetarnöjdhet, ekonomi mm. Sjuktalet har sänkts under de senaste tre åren från 18 till 10,5 procent. På helårsbasis bedömer man att de ökar igen och hamnar över 10,5 procent. Vård- och omsorgsnämndens mål för sjukfrånvaro ska högst uppgå till totalt 8,0 procent för hela förvaltningen. Sektorschefen mäter och följer upp målen varje tertiäl.

En aktivitet som diskuterats mycket kring är målet att följa upp alla ärenden minst en gång per år. Detta beslut togs i nämnden under 2017. Det finns delade meningar om hur detta ska följas upp. En del vi intervjuat anser att verksamhetssystemet Procapita inte stödjer alla moment i handlägningsprocessen (det saknas nödvändiga moduler) och är inte användarvänligt. Det tar onödigt lång tid att registrera beställningar till olika utförare (hemtjänst, nattpersonal, larm etc.). Inom den egna regionen borde det gå snabbare än det gör idag.

Förvaltningen har även utvecklat insatser i form av boendestöd enligt socialtjänstlagen.

För att förbättra livskvaliteten för individen finns insatsformen boendestöd som beviljas enligt 4 kap § 1 SOL. Syftet är att individen med boendestöd kan få ordning och struktur i vardagen i sin ordinarie lägenhet. Boendestöd ges under dagtid. Det saknas dock stöd dygnet runt under årets alla dagar.

En annan möjlighet som Östersunds kommun ger individer rätt till att ansöka om medboende i samband med att en individ bedöms ha rätt till insats i särskilt boende. Om individen som har den beviljade insatsen avlider fattar man nytt beslut om att medboende får bo kvar i den anpassade lägenheten för särskilt boende. Detta trots att det inte finns skäl som binder kommunen till denna service.

#### 2.4. Riskbedömningar i verksamheten

Ledningen inom Vård- och omsorgsförvaltningen har under de senaste åren arbetat med att utveckla bedömningar av risker i verksamheten.

Riskerna har sedan prioriterats och utmynnat i en intern kontrollplan på nämndsnivå, men även på sektorsnivå. Sektorernas interna kontrollplaner sammanförs till en gemensam intern kontrollplan på förvaltningsledningsnivå som sedan ligger till grund för nämndens plan.

Inom sektorn SÄBO genomförs riskanalyser gemensamt i grupp. I analysgruppen ingår sektorschefen för SÄBO, samtliga enhetschefer, kvalitetsansvarig, verksamhetsutvecklare, tre administratörer och en ekonom.

Sektorn för SÄBO har idag en stor ledningsgrupp. På grund av storleken blir det svårstyrt och mötena blir mer informationsmöten än ledningsmöten. Man för också en diskussion om att se över organisationen inom SÄBO. Idag har man mellan 18 och upp till 38 anställda per enhetschef.

Förvaltningsledning genomför årliga uppföljningar kring lagefterlevnaden. I två år har man jobbat med ledningssystem som nu bedöms börjat fungera.

Uppdragsenheten har anlitat KommunLex som granskat myndighetshandläggningens kvalitet samt om myndighetsenheten följer sina rutiner. Det har i samband

med intervjuer framkommit flera signaler om att handläggarna på myndighetsenheten inte räcker till. Utredningarnas dokumentation varierar utifrån en upplevd tidspress som medför att rutinerna inte efterlevs till fullo. De vi intervjuat är dock tydliga med att medborgarna trots tidspressen får den hjälp och den insatstid de behöver.

Förvaltningen har vidtagit åtgärder och beslutat om resurstillskott på 10 % till Myndighetsenheten trots sparkrav på totalt 75 mnkr under 2018 och 2019.

Myndighetsenheten har personalbrist som medför att varje handläggare belastas med fler arbetsuppgifter. Dessutom ökar antalet ärenden och även besluten om särskilt boende ökar jämfört med tidigare år. Administrationen upplevs också ha ökat. Sektorn har haft stor personalomsättning under året.

Förutom den 10 procentiga budgetförstärkning inför 2018 är vår bedömning att nämnden det saknas åtgärder som är kopplade till riskerna ovan i besparingsplanen, se bilaga 1.

#### 2.5. Kvalitet

Förvaltningen har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

Införandet av det nya ledningssystemet har pågått i två år och resultatet har blivit en bra grund för kvalitetsarbetet. Årligen går ledningen igenom handlingen och håller ledningssystemet uppdaterat. Handlingen återrapporteras till nämnden.

Förvaltningsledningen har ett årshjul som ligger till grund för olika formaliabesluts tidpunkter. Ofta lägger man fram ett förslag med konsekvensanalyser som utvecklingsgruppen och presidiet tidigare stämt av. De vill gärna att det är ett tjänstemannaförslag.



Man har även flera tidpunkter för överläggning i nämnden som avser större ärenden. Omvärlds- och invärldanalys sker i mars. Därefter sker en diskussion i nämnden om vad som ska prioriteras och beslut om mål och budget fattas sedan i maj. Förankringsprocessen är välgrundad och finns med i processkartan.

Styrningen från nämnden gentemot förvaltningschefen sker genom målen och särskilda uppdrag/beslut som nämnden fattar samt i den långsiktiga strategin för att möta den demografiska utmaningen samt ett exkluderande samhälle.

Uppdragsenheten genomför granskning av kvalitetskraven och upprättar en kvalitetsrapport varje år. Målet är att granska alla verksamheter på två år. Avtal som man har med utförarna löper på 4 år. Uppdragsenheten har en funktion att granska enheterna, även de privata. Uppdragsenheten har infört riskanalysmodellen Early Warning-system (där tillgänglig information används för att identifiera nuvarande eller framtida hot och denna modell förutsätter att hela personalgruppen är med i arbetet). Man uppger att chefsbyten är ett signalsystem för sig, liksom omfattande avvikelser eller inga inrapporterade avvikelser. Man har idag en bra dialog med utförarna dock sämre med någon enstaka extern utförare.

Nämnden ställer krav på kvalitet på verksamheten vilket även lagstiftningen gör (SoL och HSL). Dessa kvalitetskrav försöker man följa. I maj och nov utförs egenkontroller där enhetschefen själv skattar efterlevnaden. I denna kontroll ingår även att göra en avvikelseanalys. Det finns ett tydligt system för detta vars resultat utmynnar i att avvikelsemönster analyseras och förslag på åtgärder framförs av ansvarig chef. Sektorschefen arbetar med egenkontroller på liknande sätt men försöker också hitta goda exempel i som lyfts fram i t.ex. egenkontrollen.

Kvalitetskraven är viktig eftersom kommunen har privata utförare och att man ställer samma krav på alla utförare.

All personal är skyldiga att avvikelserapportera enligt SoL, HSL samt Arbetsmiljölagen. Ett system som heter DF-respons (nytt sedan juni 2017) finns på kommunens intranät, Insidan. Där rapporterar man missade doser, fallrapporter, mm.

Läkemedelsavvikelseerna avseende glömda doser är den till antalet största avvikelsen man har. Det kan bli slentrian i hanteringen. Det kräver oftare andra åtgärder för att komma till rätta med läkemedelsavvikelser än via tillrättavisande genom samtal i grupp eller enskilt.

Vid allvarliga avvikelser sker LexSara eller LexMaria anmälningar.

Sektorschefen försöker uppmärksamma ledarskapsbrister i ett tidigt skede vilket en aktiv avvikelserapportering kan ge signal om. Andra signaler kan vara tidsglapp i ledarskapet som beror på t.ex. sjukdom eller avslutade tjänster.

## 2.6. Målet andel genomförandeplaner

Myndighetshandläggarna för SÄBO arbetar sedan våren 2018 med att dokumentera enligt IBIC, Individens Behov I Centrum. IBIC som dokumentationsstöd finns som en modul i verksamhetssystemet Procapita. En del i IBIC är att systematiskt upprätta genomförandeplaner.

Genomförandeplaner ska följas upp minst två gånger per år och dessa upprättas av utförarna efter att beslut om insats tagits och verställighet påbörjats.

Sektor SÄBO genomför årligen mätningar av målet andelen upprättade genomförandeplaner. Mätningen sker genom att cheferna får frågan om man har upprättat genomförandeplaner. Andelen upprättade genomförandeplaner ligger på ca

90 procent. Detta har medfört att man i samband med målavstämningen upptäckt att vissa brukare som flyttat eller avlidit inte avskrivits från boenden.

Skärningspunkten mellan beslutet om Säbo och verkställighet samt upprättandet av individens genomförandeplan dröjer i de flesta fall tills individen flyttat in. Ofta hinner behoven ändras i förhållande till det som står i utredningen. Innehållet i genomförandeplanen kan också variera i kvaliteten. Man upplever att det finns en stor utmaning kring hur man ska dokumentera.

#### 2.6.1. Granskning av 10 akter

Ett urval av akter har granskats. Urvalet har varit två akter per handläggare, max 5 handläggare. Av granskningen har följande noteringar gjorts:

- Inga genomförandeplaner bevaras i de fysiska akterna.
- Det saknas genomförandeplaner i två akter av totalt tio.
- För en av individerna har inga nya genomförandeplaner tagits eller uppdaterats på nästan 5 år.
- Målformuleringar finns i akterna men har varierande kvalitativa formuleringar.
- Det saknas målformuleringar i ett av ärendena.
- I fem akter, där genomförandeplaner fanns, framgick att genomförandeplanerna upprättats senare än vad regelverken föreskriver. Samtliga fem akter har genomförandeplaner som upprättats senare än två månader efter att individen flyttat in i boendet, trots att det framgår i en del av besluten att individen ska erhålla en genomförandeplan inom 4 veckor från beslutsdatum. I ett fall har genomförandeplanen upprättats efter 9 månader från det att individen erhållit boende.

Enligt uppgift från flera håll sker ingen granskning av akterna och har så heller inte gjorts under de senaste två åren, varken från uppdragsenheten eller kollegialt inom biståndsenheten.

#### 2.7. Måluppfyllelse

Varje år får man ett antal mål via Stratsys, och enheten utformar aktiviteter kopplade till nämndsmålet. Sektorchefen skriver kontrakt med utförarna som innehåller nämndens målstyrning. Sektorn utformar en verksamhetsplan där man ska fånga upp och mäta målen under året. Åtgärder, egenkontroller och avvikelshantering förs också in i verksamhetsplanen.

Man upplever att många av målen inte är lätta att mäta. Det finns en förhoppning att aktiviteterna förmodligen leder mot målen, men detta uttalas med viss osäkerhet.

Mål finns om att de korta turerna ska minskas. Detta gäller inte Hemtjänsten och LSS och det är oklart kring bakgrunden varför det bara gäller Sektor SÄBO. Man har även mål att nattkamera ska installeras hos 5 personer. Det blir svårt att nå målet eftersom man inte kan tvinga individen att installera det i sitt boende, målet bör således vara att man ska erbjudas den möjligheten.

Sektor SÄBO försöker påverka målen via sitt deltagande i förvaltningsledningen. Målet avseende korta turer kunde man inte påverka. Målet är att minska andelen korta pass inom sektorn till mindre än 5 timmar. Man har målschema där medarbetare har möjligheten att välja kortare turer och det faktiska behovet styr hur man jobbar. Detta mål blir kontraproduktivt.

Röda tråden i Stratsys gör att arbetet med måluppfyllelsen blir konkretare nu än tidigare.

## 2.8. Uppföljning och utvärdering av det privata drivna äldreboendet

Enligt fullmäktiges beslut (gällande från 2018-10-10) om riktlinjer för uppföljning av privata utförare ska varje nämnd/styrelse att ansvara för att säkerställa att utförare, oavsett driftsform, inom nämndens/styrelsens ansvarsområde bedriver verksamheten enligt:

- De lagar, förordningar och föreskrifter som gäller eller kan komma att gälla för verksamheten.
- De mål och riktlinjer som kommunfullmäktige och nämnd/styrelse fastställer för respektive verksamhet.

Uppdragsenheten har uppdraget och målet att granska alla, både myndighetsutövning och utförare, var tredje år per enhet. Eftersom man haft en svajig kvalitet hos vissa externa utförare har ett varningssystem införts med avvikelserapportering innehållande t.ex. chefsbyten, synpunkter från anhöriga, mm. Man tittar på dessa noteringar som sedan kan leda till en granskning. Uppdraget att genomföra kontrollerna har erhållits av nämnden. Vid allvariga avvikelser utdelas viten.

## 2.9. Stödfunktioner

Stödfunktionerna inom förvaltningen är viktiga och att de finns tillgängliga är av stor vikt. Ibland hamnar chefer i svåra situationer där man behöver ett snabbt stöd. Det kan gälla akut svåra individärenden där stöd från professionen kan vara nödvändig. Uppdragsenheten har idag få utredningsärenden från SÄBO men de har dock en tendens att dra ut på tiden. Cheferna ser inte heller i systemet hur långt man har kommit i ärendet, vilket medför svårigheter att svara på frågor från anhöriga. Det borde finnas ett forum som utgår från att lösa situationen för individen så att det blir bra och nya snabba beslut för individen tas. Ett sådant forum finns inte idag.

Kommunen bedriver korttidsboende med platser som finns fördelade på flera boenden. Denna typ av boende är en dyr boendeform om boendestödet endast är tillfälligt. Man upplever att många beslut är korttidsbeslut. Man menar att man stöttar individen mer genom att erbjuda installation av trygghetsteam som hjälper till när individen kommer från utskrivning direkt till hemmet istället för via korttidsboende.

Regionen känner en trygghet i att kommunen har ett korttidsboende. Samverkan bör ske med Regionen om vilken information man lämnar till individen och anhöriga angående möjligheten till att erhålla stöd från ett trygghetsteam i hemmet istället för utskrivning via korttidsboende.

Myndighetsenheten ska enligt lag följa upp alla individbeslut årligen men påtalar att man inte hunnit med detta. Man saknar en struktur för hur man ska följa upp besluten.

## 2.10. Återrapportering till nämnden

Återrapportering till nämnden sker enligt förvaltningens årshjul. Sektorschefen är uppe i nämnden och avrapporterar ca 2 gånger per år. I samband med detta sker återkoppling om var de befinner sig och vad man gör. Sektorschefen kan bli kallad därutöver i olika specifika frågor.

# 3. Bedömning och rekommendationer

Vi bedömer följande kontrollmål:

Kontrollmål/ revisionsfråga	Synopsis
<b>Vilket system finns för uppföljning av verksamheten avseende äldreboenden? Mål och metoder?</b>	<b>Målet uppfylls!</b>  Sammantaget bedöms att det finns system för måluppföljning som är ändamålsenlig. Dock bör verksamheten involveras mer i samband med att enhetsmålen formuleras så att de å ena sidan möter nämndsmålet men också å andra sidan är realistiskt i förhållande till verksamhetens uppdrag.
<b>Hur värderar ledningen risker i verksamheten?</b>	<b>Målet ej uppfyllt!</b>  Det finns signaler som framkommit i granskningen som visar att det finns risker inom sektorn som bör hanteras för att kostnaderna för särskilt boende inte ska öka mer.  Bland annat följande: <ul style="list-style-type: none"> <li>Handläggarna på myndighetsenheten uppger att de inte räcker till.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utredningarnas dokumentation varierar vilket förklaras beror på tidspress som medför att rutinerna inte efterlevs till fullo.</li> <li>Mynidighetsenheten har personalbrist som medför att varje handläggare belastas med fler arbetsuppgifter.</li> <li>Antalet ärenden ökar och antal beslut om särskilt boende ökar jämfört med fg år. Även administrationen upplevs öka. Sektorn har haft stor personalomsättning under året.</li> </ul> <p>Nämnden har i sina besparingsplaner enligt vår bedömning inga åtgärder som är kopplade till riskområdena ovan, se bilaga 1.</p>
<b>Finns riktlinjer och rutiner för kvalitetsarbetet? Hur hanteras goda</b>	<b>Målet uppfyllt!</b>  Förvaltningsledningen har utformat ett mycket väl utvecklat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ett av syftena med

<p><b>exempel och avvikelser?</b></p>	<p>ledningssystemet är att det ska skapa struktur i arbetet, genom att kartlägga och förbättra verksamhetens processer.</p> <p>I maj och november utförs egenkontroller där enhetschefen själv skattar efterlevnaden. I denna kontroll ingår även att göra en avvikelseanalys. Det finns ett tydligt system för detta vars resultat utmynnar i att avvikelsemönster analyseras och förslag på åtgärder framförs av ansvarig chef.</p>
<p><b>Hur hanteras målet när det gäller andelen upprättade genomförandeplaner?</b></p>	<p><b>Målet ej uppfyllt!</b></p> <p>Vår konstaterar är att det saknas genomförandeplaner i 20 procent av de akter som vi granskat. Dokumentationen bör utvecklas så att man följer de regelverk som gäller.</p>
<p><b>Vad görs för att förbättra måluppfyllelsen ovan?</b></p>	<p><b>Målet ej uppfyllt!</b></p> <p>Vår bedömning är att målet att upprätta genomförandeplaner inte är uppfyllt. Visserligen följer sektorschefen upp målet genom att fråga samtliga enhetschefer om det finns genomförandeplaner för samtliga individer. Dock verifieras inte detta genom uppföljande kontroll av akter.</p>

	<p>Enligt uppgift från flera håll sker ingen granskning av akterna och har så heller inte gjorts under de senaste två åren, varken från uppdragsenheten eller kollegialt inom biståndsenheten.</p>
<p><b>Hur sker uppföljning och utvärdering av det privata drivna äldreboendet? Finns det kvalitetsbrister och andra avvikelser? Vilka eventuella åtgärder föranleder detta?</b></p>	<p><b>Målet uppfyllt!</b></p> <p>Vår bedömning är att det finns system för uppföljning av privata utförare. Utifrån kommunallagens skärpta krav har fullmäktige antagit riktlinjer för uppföljning. Uppdragsenheten har ansvaret att följa upp privata utförare.</p> <p>Om en privat utförare har brister föranleder det sanktioner. Några sanktioner finns inte för egen regi förutom att man får stå till svars inför nämnden.</p>
<p><b>Hur fungerar stödfunktionen vid vård- och omsorgsförvaltningen?</b></p>	<p><b>Målet delvis uppfyllt!</b></p> <p>Vår bedömning är att den organisation förvaltningen har genom Uppdragsenheten är ändamålsenligt. De nya rutinerna stöder uppföljningsprocessen. Dock finns det utvecklingspotential vad gäller planering och genomförande av uppföljning av verksamheterna inom vård- och omsorgsförvaltningen.</p>

**Hur sker återrapportering i nämnden?**

**Målet uppfyllt!**

Vår bedömning är att återrapportering sker till nämnden enligt årshjul och vid behov samt att styrande dokument för kvalitetsarbete och rutiner i handlägningsarbetet är ändamålsenliga.

Under hösten har även nämnden tagit del av besparingar/effektiviseringar som på både lång och kort sikt kan ge positiva effekter och resultat.

Vi har i vår granskning konstaterat att det finns utrymme inom flera områden att effektivisera.

Bilaga 1

BESPARINGAR/EFFEKTIVISERINGAR

Vård och omsorgsförvaltningen	Beskrivningar av aktiviteter för att uppnå besparingen	Besparingar/ effektiviseringar enligt beslut 2018*	Genomförda besparingar/ effektiviseringar per 2018-09-30	Avvikelse mellan planerade och genomförda besparingar/effektiviseringar	Färgmarkera grönt om besparingar/effektiviseringar kommer uppnås, gult om den kommer delvis uppnås (till 75%) och rött om den inte kommer uppnås	Kommentarer till varför önskat effekt inte uppnåtts och inte kommer uppnås	Handlingsplan, vilka åtgärder vidtas, vid avvikelse från planerade besparingar för att uppnå beslutade besparingar/effektiviseringar totalt för förvaltningen
		Mnkr	Mnkr	Mnkr			
Beslut om insats LSS-bostad kan ersättas med andra stödinsatser	Arbetet med att erbjuda andra alternativ pågår och har hittills avsedd effekt.	4,0	2,25	-1,0		Under maj månad fattades fler beslut till LSS/Sol bostad än som budgeterats.	Benchmarking med kommuner som ligger på en riksgenomsnittlig nivå.
Sysselsättning/Daglig verksamhet till de som idag stannar hemma på sin LSS-bostad.	Daglig verksamhet är i uppstartsfas och verksamheterna beräknas komma igång innan sommaren.	1,0	0	-0,4		Stora problem att hitta lämpliga lokaler.	Uppföljning av arbetet sker i förvaltningsledningen. Viktig med stöd från Teknisk förvaltning att hitta lämpliga lokaler.
Vårdplaneringsprocess, Trygg hemgång	Samordningen mellan Regionen och VOF har gett resultat men behöver utvecklas mer för att uppnå fulleffekt ej i nivå med vår planering.	5,0	3,8			Fortfarande fattas fler beslut på korttidsboende än vad som budgeterats.	Dialogmöten om utvecklad samverkan mellan parterna är planerade under våren och kontinuerlig uppföljning och avstämning görs på varje förvaltningsledning.
Arbeta hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande i hela verksamheten och även gentemot medborgare som idag inte behöver nämndens stöd	Arbetet enligt handlingsplanen pågår, ej ännu full effekt.	1,0	2,25	2,0			
Fortsätta arbetet enligt handlingsplanen "En hälsofrämjande arbetsplats"	Arbetet enligt handlingsplanen pågår. Sjukskivningarna per aug 2018 är 7,0 % (7,2 % per aug 2017)	1,0	0	-0,6		Sedan mars har HR-stödet för att jobba med att minska korttidsfrånvaron halverats vilket leder till att stödet till enhetscheferna inte räcker. Under februari-mars var korttidsfrånvaron ovanligt hög på grund av influensa, vilket syns i sjuklönekostnaderna.	HR har rekryterat en ny resurs, arbetet har påbörjats igen.
Välfärdsteknik	Både GPS-larm och trygghetskameror har ökar enligt plan.	2,0	1,1	-0,5		Alltjämt svårt att skapa efterfrågan av trygghetskameror.	Eventuellt behöver nämnden fatta beslut om att trygghetskameror är del av omvårdnaden vid trygghemgång.
Ökad hyra pga höjt bostadstillägg, LSS och Sol Ökade intäkter hemtjänstavgift	Intäktsökningen är enligt plan.	4,1	3,1	0			
Sektor LSS	Ersättningen är minskad enligt plan.	7,0	6,9	2,2			
Avgiftsoversyn, beslutat. Gäller från 1/1-18.	Avgiftsintäkterna har ökat men ej helt enligt plan.	1,7	1,3	0			
Arbetsmarknadspolitiska åtgärder	Arbetet med KIVO och Vård nära service går enligt plan.	2,0	1,5	0			
Habiliteringsersättning (statsbidrag)	Statsbidraget är utbetalt.	2,2	0,0	0			
Externa projektmedel, välfärdsteknologi	Vårpropositionen 2018 utlovar 350 mnkr till alla kommuner för välfärdstekniska satsningar.VOF kommer att rekrytera/söka detta statsbidrag.	1,0	1,8	1,4			Givetvis kommer VOF söka maxbelopp utifrån regelverk.
Tillämpning av nytt hemsjukvårdsavtal	Nya hemsjukvårdsavtalet tillämpas i hög grad men ej ännu fullt ut.	12,0	6,8	-3,0		Tvist kring tolkning av hemsjukvårdsavtal med Regionen.	Åtgärd är att förhandling pågår på med Regionen på lokal och regional nivå.
		44,0	30,7	0,1			

\*Total besparing enligt beslut i Kommunfullmäktige



Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte provides audit, consulting, financial advisory, risk management, tax and related services to public and private clients spanning multiple industries. Deloitte serves four out of five Fortune Global 500® companies through a globally connected network of member firms in more than 150 countries bringing world-class capabilities, insights, and high-quality service to address clients' most complex business challenges. To learn more about how Deloitte's approximately 264,000 professionals make an impact that matters, please connect with us on Facebook, LinkedIn or Twitter.

This communication contains general information only, and none of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, its member firms, or their related entities (collectively, the "Deloitte network") is, by means of this communication, rendering professional advice or services. Before making any decision or taking any action that may affect your finances or your business, you should consult a qualified professional adviser. No entity in the Deloitte network shall be responsible for any loss whatsoever sustained by any person who relies on this communication.