

Granskning av äldre- samt vård och omsorgsnämnden

– verksamhetsåret 2023

2024-04-09



Missiv till äldre- samt vård och omsorgsnämnden

Revisionskontoret har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört granskningen av nämnden avseende verksamhetsåret 2023. All granskning som har genomförts i nämnden under året presenteras i denna revisionsredogörelse. Av redogörelsen framgår de sakkunnigas iakttagelser och bedömningar.

Vi, förtroendevalda revisorer, hänvisar till de sakkunnigas redogörelse som grund för vårt uttalande till kommunfullmäktige. Vi ställer oss bakom de sakkunnigas bedömningar och rekommendationer som framgår av denna redogörelse.

Följande rekommendationer lämnas:

Nämnden rekommenderas att se till att delegationsbeslut fattas av rätt delegat och att besluten dokumenteras enligt gällande rutiner.

Nämnden rekommenderas att se till att delegationsbeslut registreras så snart de fattats samt anmäls löpande till nämnden.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att omsorgstagarna har en aktuell genomförandeplan.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att statistiken kring genomförandeplaner är korrekt.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att omsorgstagarna, förutom i de fall det är uppenbart obehövligt, tilldelas en fast omsorgskontakt.

Nämnden rekommenderas att stärka systematiken i egenkontrollen av hemvårdsbidrag.

Nämnden rekommenderas att stärka analysen av de risker som finns inom handläggningen av hemvårdsbidrag.

Nämnden rekommenderas att stärka systematiken i sin styrning av hemvårdsbidrag för att säkerställa en likvärdig hantering.

Nämnden rekommenderas att uppmärksamma kommunstyrelsen på att regelverket för hemvårdsbidrag inte upplevs som ändamålsenligt.

Vi vill betona vikten av att nämnden vidtar lämpliga åtgärder med anledning av de rekommendationer som lämnas i revisionsredogörelsen.

Med anledning av rekommendationerna vill vi också ha ett yttrande från nämnden. Av yttrandet ska det framgå vilka åtgärder som nämnden har gjort eller planerar att göra för att hantera de lämnade rekommendationerna.

Yttrandet ska skickas till stadsrevisionen@stadsrevisionen.goteborg.se senast den 21 juni 2024.

Göteborg den 9 april 2024

För revisorsgruppen,
enligt uppdrag

Jonas Ransgård
ordförande

Torbjörn Rigemar
vice ordförande

Stadsrevisionens uppdrag

Stadsrevisionens uppdrag är att granska kommunens verksamhet. Granskningen sker på uppdrag av kommunfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnderna och kommunstyrelsen. Bland de förtroendevalda utser kommunfullmäktige även lekmannarevisorer. Lekmannarevisorerna ansvarar för granskningen av de bolag som kommunen äger.

De förtroendevalda revisorerna anlitar alltid sakkunniga biträden (yrkesrevisorer) som genomför granskningen. I revisionsredogörelserna presenterar yrkesrevisorerna den granskning de har gjort på nämnderna och kommunstyrelsen. Revisionsredogörelserna ligger till grund när de förtroendevalda revisorerna ansvarsprövar nämnderna och lämnar sitt uttalande till kommunfullmäktige. Viss granskning rapporteras till kommunfullmäktige löpande under året i särskilda revisionsrapporter. Du hittar alla stadsrevisionens redogörelser och rapporter på www.goteborg.se/stadsrevisionen, men du kan också beställa dem från revisionskontoret via stadsrevisionen@stadsrevisionen.goteborg.se.

Diarienummer: 0162/23

Innehåll

1	Samlad bedömning.....	7
1.1	Rekommendationer.....	7
2	Grundläggande granskning.....	9
2.1	Verksamhet.....	9
2.2	Ekonomi.....	9
2.3	Intern kontroll.....	10
2.4	Bedömning.....	10
3	Hantering av delegationsbeslut.....	11
3.1	Granskningsresultat.....	11
3.1.1	Nämnden har en ändamålsenlig delegering av beslutanderätt.....	11
3.1.2	Utbildningar hålls för både politiker och tjänstepersoner.....	12
3.1.3	Rutiner och mallar finns tillgängliga för beslutsfattande ..	12
3.1.4	Stickproven visar på felaktigheter i beslutfattandet	12
3.1.5	Delegationsbeslut ska anmälas till nämnden	13
3.1.6	Registrering av beslut dröjer vilket gör att anmälan dröjer	14
3.1.7	Egenkontroller genomförs men enbart av individärenden	14
3.1.8	Ett utvecklingsarbete pågår	14
3.2	Bedömning.....	14
4	Styrning, kontinuitet och uppföljning av hemtjänst.....	16
4.1	Granskningsresultat.....	17
4.1.1	Beslutsunderlagen innehåller i stort den information som regelverket kräver	17
4.1.2	Strukturer för samverkan skiljer sig åt.....	19
4.1.3	Osäkert i vilken utsträckning genomförandeplaner upprättas.....	19
4.1.4	Implementering av fast omsorgskontakt pågår	21
4.1.5	Svårt att se uppföljningen i dokumentationen	22
4.1.6	Värdighetsgarantierna diskuteras men uppföljningen är oklar.....	24
4.1.7	Klagomål och synpunkter hanteras ofta direkt	25
4.2	Bedömning.....	26
5	Styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag	28
6	Granskning av räkenskaper.....	30

6.1 Granskningsresultat	30
7 Uppföljning av tidigare granskning	31
7.1 Uppföljning av arbetet med basala hygienrutiner	31
7.1.1 Bedömning	31
7.2 Uppföljning av kontinuitetsförmåga i samhällsviktiga verksamheter i Göteborgs Stad	31
7.2.1 Bedömning	32
7.3 Uppföljning av en säker och trygg hemgång från slutenvården .	32
7.3.1 Bedömning	33
7.4 Uppföljning av kompetensutveckling	33
7.4.1 Bedömning	33
7.5 Uppföljning av intern kontroll i inköpsprocessen	34

1 Samlad bedömning

Varje år granskar kommunens revisorer nämndens verksamhet i den omfattning som följer av god revisionssed. Årets granskning består av

- grundläggande granskning
- hantering av delegationsbeslut
- styrning, kontinuitet och uppföljning av hemtjänst
- styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag
- uppföljning.

Revisionskontoret har faktaaavstämt all granskning med förvaltningen.

Den samlade bedömningen, utifrån årets granskning av nämnden, är att verksamheten i huvudsak har bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vidare är bedömningen att nämndens interna kontroll i huvudsak har varit tillräcklig.

Flera delar av nämndens verksamhet har varit föremål för granskning under 2023. Granskningen visar på ett antal förbättringsområden men också att nämnden har agerat för att förbättra verksamheten utifrån rekommendationer som har lämnats tidigare år. Granskningen i år visar bland annat att nämnden behöver stärka rutiner avseende hantering av delegationsbeslut. Även nämndens handläggning av hemtjänstinsatser och hantering av hemvårdsbidrag visar på avvikelser som behöver åtgärdas men dessa bedöms inte vara så allvarliga att de påverkar helhetsbedömningen av nämndens arbete 2023. Bedömningen grundar sig vidare på att det inte har framkommit några väsentliga brister i nämndens verksamhet i övrigt.

1.1 Rekommendationer

Utifrån årets granskning lämnar vi följande rekommendationer:

- Nämnden rekommenderas att se till att delegationsbeslut fattas av rätt delegat och att besluten dokumenteras enligt gällande rutiner.
- Nämnden rekommenderas att se till att delegationsbeslut registreras så snart de fattats samt anmäls löpande till nämnden.
- Nämnden rekommenderas att säkerställa att omsorgstagarna har en aktuell genomförandeplan.
- Nämnden rekommenderas att säkerställa att statistiken kring genomförandeplaner är korrekt.
- Nämnden rekommenderas att säkerställa att omsorgstagarna, förutom i de fall det är uppenbart obehövt, tilldelas en fast omsorgskontakt.
- Nämnden rekommenderas att stärka systematiken i egenkontrollen av hemvårdsbidrag.
- Nämnden rekommenderas att stärka analysen av de risker som finns inom handläggningen av hemvårdsbidrag.

- Nämnden rekommenderas att stärka systematiken i sin styrning av hemvårdsbidrag för att säkerställa en likvärdig hantering.
- Nämnden rekommenderas att uppmärksamma kommunstyrelsen på att regelverket för hemvårdsbidrag inte upplevs som ändamålsenligt.

Följande rekommendationer kvarstår sedan tidigare år:

- Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen i inköpsprocessen. (Från 2021 och har inte följts upp under 2023.)
- Nämnden rekommenderas att säkerställa att ledningssystemet för hälso- och sjukvårdsprocessen ger stöd för en god palliativ vård och omsorg. (Från 2022 och har inte följts upp under 2023.)
- Nämnden rekommenderas att säkerställa en likvärdig tillgång till kompetens inom palliativ vård i hela staden för patienter i ordinärt boende. (Från 2022 och har inte följts upp under 2023.)
- Nämnden rekommenderas säkerställa att beslutade palliativa hälso- och sjukvårdsinsatser verkställs och dokumenteras på ett ändamålsenligt sätt samt att avvikelser rapporteras enligt rutin. (Från 2022 och har inte följts upp under 2023.)

2 Grundläggande granskning

Den grundläggande granskningen syftar till att översiktligt bedöma nämndens ledning och styrning samt interna kontroll. Styrningen och kontrollen ska vara tillräcklig för att leva upp till mål, beslut och föreskrifter.

Den grundläggande granskningen består av tre övergripande revisionsfrågor:

- Har nämnden genomfört sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt?
- Har nämnden en ändamålsenlig styrning, uppföljning och rapportering av sin ekonomi?
- Har nämnden sett till att den interna styrningen, uppföljningen och kontrollen är tillräcklig?

Granskningen är avvikelsebaserad och fokuserar i huvudsak på nämndens övergripande systematik, strukturer och arbetssätt.

2.1 Verksamhet

Nämnden ska genomföra sitt grunduppdrag enligt reglementet, gällande lag och författning samt enligt de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat om. Fullmäktige har genom budgeten gett stadens nämnder och bolag mål som de ska uppnå och uppdrag som de ska genomföra. Vi har översiktligt granskat hur nämnden har genomfört sitt grunduppdrag och arbetat med fullmäktiges mål och uppdrag, som berör nämnden. Vi har även granskat nämndens protokoll och beslutsunderlag.

Granskningen visar att nämnden i huvudsak har planerat och genomfört grunduppdraget i enlighet med reglementet. Vidare visar granskningen att nämnden har arbetat med de mål och uppdrag som fullmäktige har gett nämnden. Måluppfyllelsen och arbetet med fullmäktiges uppdrag har följts upp under året, i delårsrapporter och i årsrapporten.

Vi har noterat att flera nämndledamöter valt att inte delta i nämndens beslut om budget för 2024. Vi vill påpeka att detta inte frångår berörda ledamöters ansvaret för nämndens verksamhetsmässiga och ekonomiska resultat i förhållande till nämndens budget för 2024.

2.2 Ekonomi

Nämnden ska se till att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramar som fullmäktige har gett den. Nämnden ska också se till att det finns en kontinuerlig ekonomisk uppföljning och rapportering. Vi har översiktligt granskat nämndens styrning av ekonomin samt dess ekonomiska uppföljning och rapportering.

Granskningen visar att nämnden i huvudsak har bedrivit verksamheten inom de ekonomiska ramarna för året. Vi noterar att nämnden beslutat om köp av ytterligare platser på vård- och omsorgsboende i annan regi till en kostnad av 67 miljoner kronor utöver beslutad budget. Efter godkännande av hemställen till

kommunfullmäktige kommer nämnden att använda 20 miljoner kronor av eget kapital. Nämnden har ett marginellt underskott för 2023. Granskningen visar vidare att nämnden har följt upp sin ekonomi kontinuerligt och har agerat på de ekonomiska avvikelserna. Nämnden har beslutat om en åtgärdsplan och effekterna av denna har följts upp under året.

2.3 Intern kontroll

Nämnden ska se till att det finns ett systematiskt arbete med intern styrning och kontroll och riskhantering inom väsentliga områden. Nämnden ska även följa upp och utvärdera detta arbete. Vi har översiktligt granskat nämndens interna styrning, uppföljning och kontroll.

Granskningen visar att nämnden har upprättat en samlad riskbild och en internkontrollplan. Riskhantering har i huvudsak skett inom väsentliga områden. Granskningen visar även att den interna kontrollen i huvudsak har följts upp och att nämndens system för styrning, uppföljning och kontroll har utvärderats.

2.4 Bedömning

Revisionskontorets bedömning utifrån en översiktlig granskning är att nämnden i huvudsak har en tillfredsställande ledning och styrning samt tillräcklig intern kontroll inom de områden som vi har granskat.

Granskningen visar att nämnden har ett marginellt ekonomiskt underskott för 2023. Revisionskontorets bedömning är att nämnden har agerat och vidtagit åtgärder för att komma till rätta med nämndens underskott.

3 Hantering av delegationsbeslut

Beslutanderätten för vissa ärenden¹ kan enligt bestämmelserna i kommunallagen 6 och 7 kap. delegeras till presidiet, ett utskott, en ledamot, en ersättare eller en anställd. En nämnd som har delegerat beslutanderätten för ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden till en förvaltningschef får även överlåta till förvaltningschefen att i sin tur uppdra åt en annan anställd att fatta beslut.² Detta kallas för vidaredelegation. För att säkerställa ett effektivt, transparent och rättssäkert beslutsfattande måste nämnden ha en god styrning, uppföljning och kontroll av sina delegations- och vidaredelegationsbeslut. Granskningen syftar till att bedöma om nämnden har en ändamålsenlig hantering av delegationsbeslut. Granskningen genomförs genom dokumentstudier, stickprov och intervjuer. Granskningen utgår från följande revisionskriterier:

- 6 kap. 37–40 §§, 7 kap. § 4 (med hänvisning till 6 kap. 28–32 §§), 7 kap. 5–8 §§, 8 kap. 10 § och 13 kap. kommunallagen (2017:725)
- 5 kap. 1–2 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).
- 32 § förvaltningslagen (2017:900).

3.1 Granskningsresultat

Nedan redogör vi för de iakttagelser vi har gjort vad gäller nämndens hantering av delegationsbeslut.

3.1.1 Nämnden har en ändamålsenlig delegering av beslutanderätt

Nämnden beslutade den 10 januari 2023 om vad som ska gälla för delegation och vidaredelegation samt en delegationsordning. Delegationsordningen reviderades av nämnden den 29 augusti 2023. Förvaltningsdirektören har vid dessa tillfällen även fattat beslut om vidaredelegation i enlighet med delegationsordningen. Granskningen visar inte någon otillåten delegering i delegationsordningen.

Delegationsordningen inleds med ett avsnitt om regler och riktlinjer för delegation där bland annat de delegationsförbud som finns i kommunallagen framgår. Där framgår även vad som gäller för socialsekreterare som till skillnad från övriga befattningar inte får beslutanderätt vid första arbetsdagen. För socialsekreterare görs först en individuell bedömning av överordnad chef innan delegation ges.

Nämnden har fattat ett beslut om att uppdra åt ordföranden, 1:e vice ordföranden och 2:e vice ordföranden att besluta i brådskande ärenden. Detta beslut

¹ Enligt 6 kap. 38 § kommunallagen (2017:725) får beslutanderätten i vissa ärenden inte delegeras, exempelvis beslut i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.

² 7 kap. 6 § kommunallagen (2017:725).

framgår dock inte av delegationsordningen. För ökad tydlighet skulle även denna delegation kunna skrivas in i delegationsordningen.

Delegationsordningen ses över två gånger per år. Eventuella ändringar handlar ofta om förändrad lagstiftning eller förändrade beslutsnivåer. Nämndsekreterarna samlar ihop förslagen till ändringar i ett tjänsteutlåtande till nämnden i januari och i augusti. För närvarande genomför förvaltningen även en fördjupad översyn av delegationsordningen i dialog mellan kansliet och verksamheterna.

3.1.2 Utbildningar hålls för både politiker och tjänstepersoner

Utbildning i hantering av delegationsbeslut sker löpande i förvaltningen. Både nämnden och förvaltningen får utbildning. Nämndsekreterare, registrator och vid vissa tillfällen även förvaltningsjurist utbildar nyanställda chefer, handläggare samt besöker olika verksamheter vid behov. Den som har frågor om hantering av delegationsbeslut kan vända sig till närmaste chef, nämndsekreterare eller registrator. I de fall kansliet upptäcker felaktigheter i handläggningen av delegationsbeslut återkopplar de till ansvarig handläggare.

Det är viktigt att beakta risken för jäv inom beslutfattandet då jäv kan leda till risk för förtroendeskada. Nämnden får återkommande utbildning om jäv och frågan lyfts som en särskild punkt vid varje sammanträde. I den utbildning som kansliet håller för förvaltningen om delegationsbeslut ingår inte jäv. Verksamheterna ansvarar enligt uppgift själva för att informera och utbilda sina anställda om gällande regler, riktlinjer och rutiner för delegation. Det har inte varit möjligt att inom ramen för stickprovsgranskningen utläsa om beslutsfattaren har kontrollerats för jäv i samband med att besluten har fattats. Vi vill lyfta vikten av att informera alla anställda om riskerna vid jäv i beslutfattande.

3.1.3 Rutiner och mallar finns tillgängliga för beslutfattande

Förvaltningen har skriftliga rutiner som beskriver hanteringen av delegationsbeslut. Delegationsbesluten förvaras i diariet samt i olika verksamhetssystem. Det finns mallar för ett antal beslutstyper och dessa finns tillgängliga för handläggarna i respektive verksamhetssystem. Av delegationsordningen och förvaltningens rutiner framgår att den som har fattat ett beslut med stöd av delegation ska dokumentera detta i enlighet med gällande lagstiftning. Även beslut som inte är direkt reglerade i lag ska dokumenteras så att det klart framgår vilka beslut som fattats, beslutsfattare och beslutsdatum.

3.1.4 Stickproven visar på felaktigheter i beslutfattandet

Granskningen omfattar 15 stickprov på delegationsbeslut inom olika verksamhetsområden. Vi har utgått från delegationsordningen och begärt det senaste beslutet som fattats enligt respektive vald beslutspunkt under 2023. Vi har granskat underlagen och kontrollerat om och när dessa beslut har anmälts till nämnden. Stickproven visar på ett antal avvikelser gällande beslutfattandet och dokumentationen:

- I ett av stickproven som avser en direktupphandling har beslutet fattats av en obehörig delegat. Beslutet ska enligt delegationsordningen fattas av avdelningschef ekonomi men har fattats av en annan avdelningschef.
- I ett av stickproven som avser en polisanmälan saknas namn på personen som har fattat beslutet och det går därför inte att avgöra om delegaten är behörig. Underlaget i form av polisanmälan ger därtill en ofullständig bild av ärendet, exempelvis anges inte vilken verksamhet som berörs. I genomgången av delegationslistorna till nämnden ser vi fler exempel på polisanmälningar där det inte framgår vem som fattat beslutet.
- I ett av stickproven där underlaget är ett avtal framgår vem som fattat beslutet genom en namnteckning men beslutsdatum, befattning och namnförtydligande saknas.
- I ett av stickproven hänvisas till fel beslutspunkt i delegationsordningen.

3.1.5 Delegationsbeslut ska anmälas till nämnden

I delegationsordningen står att den som har fattat ett beslut med stöd av delegation formellt ska anmäla detta till förvaltningsdirektören, som anmäler besluten till nämnden. Detta gäller om inget annat anges i delegationsordningen. Nämnden beslutade den 10 januari 2023 att uppdra åt nämndens individutskott att för nämndens räkning ta emot anmälningar om delegationsbeslut rörande individer. Individutskottets protokoll anmäls i sin tur till nämnden.

Ordförandebeslut ska enligt kommunallagen alltid anmälas till nästkommande sammanträde.³ Nämnden har inte beslutat om hur ofta anmälan av övriga delegationsbeslut ska ske. Av förvaltningens rutiner⁴ framgår dock att handläggaren ansvarar för att se till att delegationsbeslutet anmäls till nämnden eller utskottet *löpande*. Vad löpande innebär framgår inte.

Anmälan av delegationsbeslut sker idag på följande sätt:

- I diariet genereras en lista för samtliga registrerade delegationsbeslut inklusive ordförandebeslut.
- I verksamhetssystemet Personec genereras en lista över rekryteringar.
- I verksamhetssystemet Treserva genereras listor över individärenden.
- Varje socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) anmäler sina respektive delegationsbeslut.

Huvudregeln är att besluten ska finnas på de automatiska listorna som genereras från systemen som behandlas på nämndens sammanträde men det finns även möjlighet att göra anmälan via särskilda blanketter.

³ 6 kap. 39–40 §§ kommunallagen (2017:725).

⁴ Rutin för hantering av delegationsbeslut - Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen

3.1.6 Registrering av beslut dröjer vilket gör att anmälan dröjer

Enligt 5 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska allmänna handlingar registreras så snart de kommit in till eller upprättas hos en myndighet. Som beskrivits ovan framgår av förvaltningens rutiner att delegationsbeslut ska anmälas löpande.

Två av de delegationsbeslut som ingick i stickproven hade ännu inte anmälts till något nämndsammanträde vid granskningens genomförande trots att flera månader i vissa fall har passerat sedan beslutsdatumet.

Granskningen visar också att det i flera fall förekommer en fördröjning i handläggarnas registrering av delegationsbeslut från det datum de fattats till det datum de registrerats i diariet. Eftersom anmälan bygger på registrerade ärenden medför denna fördröjning även en fördröjning av anmälningarna av delegationsbeslut till nämnden. Vid en genomgång av samtliga listor som avser delegationsbeslut registrerade i diariet förekommer 24 beslut som fattats under 2022. Därtill förekommer två beslut som fattats under 2021. I nästan samtliga fall avser de sent registrerade besluten personalärenden i form av disciplinpåföljd, avstängning och avslut av anställning.

3.1.7 Egenkontroller genomförs men enbart av individärenden

Politikerna i nämndens individutskott granskar löpande de delegationsbeslut som förvaltningen fattar och som anmäls till utskottet. Granskningen är en stickprovsgranskning och en checklista finns för ändamålet. Med denna typ av egenkontroller kan man dock enbart upptäcka brister i beslutsfattandet i anmälda beslut. Kontrollen fångar inte upp beslut som borde ha anmälts men som inte gjorts eller beslut som rör andra delar av verksamheten. Några andra egenkontroller av delegationsbeslut genomförs inte i förvaltningen.

3.1.8 Ett utvecklingsarbete pågår

Ett kartläggnings- och utvecklingsarbete pågår i förvaltningen i relation till det kommande införandet av ärendehanteringssystemet Ciceron under 2024. Förvaltningen uppger att det nya systemet förväntas att förenkla hanteringen av delegationsbeslut.

3.2 Bedömning

Revisionskontorets bedömning är att nämnden delvis har ett ändamålsenligt arbete med hantering av delegationsbeslut. Nämnden har delegerat beslutanderätten och upprättat en delegationsordning. Granskningen visar inte på någon otillåten delegering av beslutanderätt i delegationsordningen. Nämnden har beslutat om hur delegationsbeslut ska anmälas till nämnden och förvaltningen har rutiner och mallar som beskriver processen. Vi bedömer att nämnden därmed har skapat goda förutsättningar för korrekt beslutsfattande.

Vi ser dock brister i processen gällande beslutsfattande och dokumentation av beslut. Nämnden behöver se till att de som fattar beslut har tillräcklig kunskap om hantering av delegationsbeslut för att säkerställa ett korrekt beslutsfattande.

Vi ser också brister i hanteringen av registrering och anmälan av beslut. Det förekommer att beslutshandlingar inte har registrerats så snart de upprättats hos myndigheten.⁵ Detta leder i sin tur till att de inte anmäls till nämnden löpande. Om beslutet inte anmäls påbörjas inte den tre veckor långa ”klagofristen” för att kunna överklaga (laglighetspröva) beslutet.⁶ Det medför att beslutet kan bli föremål för laglighetsprövning trots att denna tid har passerat. Nämnden behöver se till att delegationsbeslut registreras och anmäls till nämnden löpande.

Mot bakgrund av de brister som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att se till att delegationsbeslut fattas av rätt delegat och att besluten dokumenteras enligt gällande rutiner.

Nämnden rekommenderas att se till att delegationsbeslut registreras så snart de fattats samt anmäls löpande till nämnden.

⁵ 5 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

⁶ 13 kap. kommunallagen (2017:725).

4 Styrning, kontinuitet och uppföljning av hemtjänst

Hemtjänst består av hjälp och stöd till en enskild person i det egna hemmet eller motsvarande så att personen ska kunna fortsätta bo kvar hemma. De insatser som beviljas syftar till att stärka den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. Hemtjänst är en beteckning på en samling insatser som socialtjänsten beviljar med stöd av 4 kap. 1 eller 2 a §§ socialtjänstlagen.⁷ Det kan röra sig om exempelvis serviceinsatser såsom städning och handling, eller personlig omvårdnad såsom hygien och hjälp vid måltider. Det kan även vara ledsagning och avlösarservice.

Hemtjänst kan beviljas den som på grund av sjukdom, fysisk, psykisk och/eller social funktionsnedsättning eller annan orsak har behov av stöd och hjälp i den dagliga livsföringen och inte kan få behovet tillgodosett på annat sätt och då stöd och hjälp behövs för att tillförsäkra den enskilde en skälig levnadsnivå. Beslut om hemtjänstinsatser inom äldre- samt vård och omsorgsförvaltningen fattas av avdelning myndighet och utförs av avdelning hemtjänst.⁸

Granskningen syftar till att bedöma om nämndens handläggning av hemtjänstinsatser sker på ett ändamålsenligt sätt samt om nämnden arbetar systematiskt med stadens värdighetsgarantier. Med ändamålsenlig menas att arbetet följer aktuell lagstiftning, föreskrifter och regler på området. Granskningen omfattar handläggningens alla delar från ansökan till utredning, beslut och uppföljning av den beviljade insatsen.

Granskningen genomförs genom dokumentstudier, intervjuer och granskning av hemtjänstären i form av akter. Intervjuerna omfattar personal inom både avdelning myndighet och utförare av kommunal hemtjänst. Aktgranskningen består av totalt 20 ärenden inom två stadsområden.

Granskningen utgår från följande revisionskriterier:

- § 9 samt § 31–39 förvaltningslagen (2017:900)
- 4–5 kap. samt 11 kap. socialtjänstlagen (2001:453)
- Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS 4 kap. 9 §, 5 kap. 1 § samt 12–15 §§, 6 kap. 2 §
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Göteborgs stads riktlinje för hemtjänst, 2022-11-24

⁷ Inspektionen för vård och omsorg (IVO) <https://www.ivo.se/tillstand/tillstand-for-sol-verksamheter/hemtjanst/> 2023-02-27.

⁸ Göteborgs Stad har infört lagen om valfrihet (LOV) inom bland annat hemtjänst. Det finns både kommunala och privata utförare av hemtjänst. Granskningen omfattar enbart kommunala utförare.

- Göteborgs stads riktlinje för värdighetsgarantier inom äldreomsorgen, 2021-01-28.

4.1 Granskningsresultat

I avsnittet nedan presenteras de iakttagelser som har gjorts under granskningen. Iakttagelserna följer handläggningsprocessen från ansökan till utredning, beslut och uppföljning av den beviljade insatsen.

4.1.1 Beslutsunderlagen innehåller i stort den information som regelverket kräver

En person kan ansöka om hemtjänst för att få stöd och hjälp med den dagliga livsföringen. En ansökan kan vara skriftlig eller muntlig. En prövning av vad som utgör en skälig levnadsnivå för den enskilde ska avgöras i varje enskilt fall.

4.1.1.1 Ansökan dokumenteras inte alltid tydligt i journalen

Enligt förvaltningen är det vanligt att en person ansöker om hemtjänst muntligt via telefon. Detta gäller både nyansökningar och ansökningar om förändringar eller tillägg i en befintlig insats. I de fall en person är utskrivningsklar från slutenvården och är i behov av hemtjänst vid hemkomst hålls ett vårdplaneringsmöte med berörda på sjukhuset.

Av förvaltningens rutiner för social dokumentation framgår inte hur ansökan ska dokumenteras. De ansökningar vi ser i aktgranskningen är muntliga och finns noterade i journalen eller i utredningen. Det framgår däremot inte alltid tydligt när ansökan inkommit eller vad ansökan innehåller. Detta ser vi är ett förbättringsområde för att man tydligt ska kunna följa ett ärende.

I en av de granskade akterna noterar vi att det i en journalanteckning finns ett önskemål från en person om en plats på ett vård- och omsorgsboende. Denna muntliga ansökan prövades inte. Vi vill lyfta vikten av att varje ansökan ska utredas och prövas.

4.1.1.2 Utredningar finns i samtliga ärenden

När ansökan kommit in bokar socialsekreteraren ett hembesök hos den enskilde för att lämna information och påbörja utredningen. Oftast är det socialsekreterare, den enskilde och anhöriga som deltar i mötet. Vid besöket förs samtal om bland annat levnadsförhållanden och socialsekreteraren kan observera hur personen bor. Efter besöket kan annan relevant information inhämtas om det finns ett behov, exempelvis läkarintyg. När det gäller insatsen trygghetslarm eller hjälp med städning så tas kontakten oftast på telefon istället för hembesök. Städning utförs ofta av externa städbolag.

Den enskildes behov tidsätts av socialsekreterarna med hjälp av en tidsberäkningsmall. Med hjälp av mallen räknar de ut ett ungefärligt antal timmar per månad som omsorgstagaren ska få hemtjänst.

I samtliga ärenden som vi har granskat finns en genomförd utredning som bygger på en ansökan om hemtjänstinsatser. Det görs ingen systematisk kvalitets-säkring av utredningarna för att säkerställa att det finns tillräckligt med information i underlaget eller utredningarna. Däremot läser förste socialsekreterare i viss utsträckning utredningarna. Det hålls även ärendegenomgångar samt finns metodstöd där socialsekreterarna kan lyfta ärenden med förste socialsekreterare. Granskningen visar att det skiljer sig mellan enheterna i vilken omfattning det sker ett kollegialt utbyte genom ärendegenomgångar.

Socialsekreterarna upplever att det finns en mängd rutiner att förhålla sig till. Sedan omorganisationen av socialnämnderna har ett stort antal förändringar skett av rutinerna. Det framkommer att rutinerna finns sparade på flera olika platser. Förvaltningen uppger att de går igenom förändringar av rutiner på möten. Flera av intervjupersonerna menar ändå att det är svårt att hitta och få en överblick över aktuella rutiner och att de inte hinner med att ta till sig förändringar som har genomförts. Vi ser att det finns risker att aktuella rutiner inte får genomslag i handläggningen då de är för svårtillgängliga.

4.1.1.3 Besluten resulterar i uppdrag till utförarna

Ett beviljat beslut kan vara antingen rambeslut eller insatsbeslut. Ett rambeslut är ett beslut som anger ett ungefärligt antal hemtjänsttimmar per månad. Beslutet är ofta formulerat så att det ger ett visst utrymme för anpassning och flexibilitet. Ett insatsbeslut preciserar vilka insatser som den enskilde har beviljats. Samtliga ärenden i aktgranskningen var rambeslut vilket också är den vanligaste beslutstypen. Besluten är dokumenterade i samtliga granskade fall.

I aktgranskningen noterar vi att det i besluten förekommer en formulering om att omsorgstagaren kommer att erbjudas en fast omsorgskontakt eller annan utsedd medarbetare i hemtjänsten. Vid tidpunkten för granskningen har lagen om fast omsorgskontakt inte implementerats bland utförare av hemtjänsten. I intervjuerna framkommer att utförarna inte kände till formuleringen i beslutsmeddelandet.

När beslutet är fattat ska den enskilde välja utförare, antingen kommunal eller privat. Det är först efter att detta val har gjorts som socialsekreteraren kan skicka ett uppdrag till utföraren. Kommunikationen i ärenden mellan avdelning myndighet och hemtjänstutförare sker i verksamhetssystemet Treserva. Uppdraget innehåller bland annat den tidsberäkning som socialsekreterarna har tagit fram. När uppdraget kommer till utföraren har denne 24 timmar på sig att verkställa beslutet. Utförarna upplever enligt intervjuerna att uppdragen ibland kan vara otydliga vilket gör att de behöver ta kontakt med socialsekreterarna för att få förtydliganden.

Planerarna på hemtjänstenheten tar emot och fördelar uppdraget i schemat och skickar det till ett mottagningsombud. Mottagningsombudet ansvarar för att ta en första kontakt med den enskilde och boka ett hembesök där de ska upprätta en genomförandeplan. Vid besöket går de igenom insatsen och lämnar en informationspärm. Det är inte alltid att utförarna kan genomföra hembesöket inom 24 timmar. Insatsen påbörjas då innan hembesöket.

4.1.2 Strukturer för samverkan skiljer sig åt

Granskningen visar att samverkan mellan avdelning myndighet och hemtjänst har påverkats av införandet av lagen om valfrihet (LOV). I ett av de granskade stadsområdena sker ingen strukturerad samverkan mellan socialsekreterare (myndighet) och utförare (hemtjänst). Förklaringen som framkommer i intervjuerna är att man i så fall skulle behöva ha en sådan samverkan med samtliga utförare, såväl kommunala som privata. Inom ett annat stadsområde har de däremot kvar samma struktur för samverkan som innan LOV i form av gemensamma möten där kommunala utförare och socialsekreterare diskuterar ärenden.⁹

4.1.3 Osäkert i vilken utsträckning genomförandeplaner upprättas

Hur en insats ska genomföras bör enligt Socialstyrelsen dokumenteras i en genomförandeplan som upprättas hos utföraren med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmanderätt och integritet.¹⁰ I Göteborgs Stads riktlinje för hemtjänst framgår att genomförandeplanen är en viktig del av den enskildes möjlighet till inflytande och ökat självbestämmande.¹¹ Utföraren ska upprätta genomförandeplanen tillsammans med den enskilde och den ska vara klar senast två veckor efter att hemtjänsten har startat. I planen ska det dokumenteras hur insatsen ska utföras och hur den beviljade tiden ska fördelas under en längre period.

4.1.3.1 Genomförandeplaner finns men är inte alltid aktuella

Som nämnts ovan är det mottagningsombuden som har det inledande mötet med en ny omsorgstagare efter en beviljad insats. Det är också mottagningsombudet som skriver den första genomförandeplanen med utgångspunkt i hur omsorgstagaren vill ha sin insats utformad. I planen kan särskilda önskemål från omsorgstagaren förekomma, till exempel att hen vill att hemtjänstpersonalen ska ringa på klockan istället för att låsa upp dörren själva. Hemtjänstpersonalen kan läsa genomförandeplanerna både på datorerna i hemtjänstlokalen och i deras arbetstelefoner.

Granskningen av hemtjänstakter visar att det finns en särskild mall för genomförandeplaner i verksamhetssystemet Treserva. Mallen innefattar de uppgifter som enligt förvaltningslagen, socialtjänstlagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation ska eller bör finnas med. I alla granskade fall finns även en beskrivning av hur den beviljade tiden är fördelad. Samtliga ärenden som vi har granskat har en genomförandeplan, men alla är inte aktuella. I flera fall är planen inte uppdaterad efter det senast fattade beslutet.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer och allmänna råd ska det framgå vem/vilka som har deltagit vid upprättandet av genomförandeplanen. I Göteborgs stads riktlinje står att utföraren tillsammans med den enskilde ska upprätta en

⁹ Inför dessa samverkansmöten inhämtas samtycke för den enskilde.

¹⁰ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, 6 kap. 2 §.

¹¹ Göteborgs Stads riktlinje för hemtjänst, dnr. 0493/15, 0162/22.

genomförandeplan. I stickproven ser vi i flera fall att det är otydligt vilka som har deltagit vid upprättandet av genomförandeplanen och det är inte alltid tydligt om omsorgstagaren själv har medverkat. Det saknas i flera fall information om vem som är omsorgstagarens kontaktpersonal. Namn på fast omsorgskontakt framgick inte vid tiden för granskningen.¹²

Aktgranskningen visar även att genomförandeplanerna i vissa fall upprättats senare än efter 14 dagar. Intervjupersonerna bekräftar att genomförandeplanen inte alltid är klar i tid. Det kan exempelvis bero på att omsorgstagaren har svårt att bestämma hur hen vill ha sin hemtjänst eller att uppdraget från socialsekreterarna behöver förtydligas.

Det är enbart omsorgstagaren själv som kan ansöka om en förändring av insatsen. Om tiden kan justeras annorlunda över dygnet för att täcka behovet behövs inget nytt beslut men om tiden inte är tillräcklig behöver ett nytt beslut fattas. Ett nytt beslut innebär att nytt uppdrag till utförarna skrivs och att en ny uppdaterad genomförandeplan ska göras. Granskningen visar att detta i vissa fall brister. I intervjuerna menar utförarna att de inte alltid hinner uppdatera genomförandeplanen.

Mottagningsombuden har en central roll när det gäller att upprätta och stötta ansvarig hemtjänstpersonal i att följa upp genomförandeplaner. Vi ser att det kan vara sårbart att endast ett fåtal av de anställda har denna funktion.

4.1.3.2 Det saknas tillförlitlig statistik om genomförandeplaner

I intervjuerna med företrädare för förvaltningen får vi en något annorlunda bild av förekomsten av genomförandeplaner än vad vi får genom aktgranskningen. Som tidigare nämnts finns det genomförandeplaner i samtliga granskade fall, däremot är de inte alltid aktuella. Det framkommer i intervjuerna att förekomsten av genomförandeplaner skiljer sig åt mellan olika enheter. I intervjuerna inom myndighet framkommer det att det inom vissa hemtjänstenheter saknas genomförandeplaner i mycket stor utsträckning.

Utförarenheterna som har ingått i granskningen för löpande statistik över andelen klara och aktuella genomförandeplaner. Enligt intervjupersonerna har dessa enheter en hög andel av omsorgstagare med en upprättad genomförandeplan.

Granskningen visar att det finns olika sätt att räkna genomförandeplaner inom förvaltningen. Det framkommer att vissa enheter går igenom samtliga ärenden och manuellt räknar varje färdigställd genomförandeplan. Andra enheter tar hjälp av verksamhetssystemet Treserva för att räkna antalet planer.¹³

Andelen genomförandeplaner rapporteras till förvaltningen.¹⁴ Enligt intervjuer med förvaltningen förordas räkningen via Treserva eftersom en manuell räkning tar för mycket tid. Samtidigt visar granskningen att det finns flera brister med beräkningar som görs i Treserva och att statistiken över andelen

¹² Läs mer om fast omsorgskontakt nedan.

¹³ Det finns en lathund kring hur man ska räkna genomförandeplaner i Treserva.

¹⁴ En gång per år sker även en rapportering till Socialstyrelsens kommun och enhetsundersökning för hemtjänsten.

genomförandeplaner riskerar att bli missvisande. Det går nämligen inte att se om en genomförandeplan är klar eller bara påbörjad. Samtidigt går det att registrera flera genomförandeplaner på en och samma omsorgstagare. Dessutom finns det ärenden i Treserva som inte avslutats även om insatsen inte längre utförs. Sammantaget kan det resultera i att hemtjänstenheter kan ha mer än 100 procent genomförandeplaner, vilket inte borde vara möjligt.

I nämndens årsrapport 2022 uppges att andelen genomförandeplaner i december 2022 i genomsnitt var 90 procent.¹⁵ Uppgifterna i årsrapporten 2022 avser andel omsorgstagare med beviljad hemtjänstinsats oavsett ålder som har en genomförandeplan. Förvaltningen redogör inte för de brister som finns i inrapporteringen. I nämndens årsrapport 2023 beskriver förvaltningen att det finns brister i inrapporteringen och anger inget genomsnitt för andelen genomförandeplaner.¹⁶

I granskningen har vi även tagit del av statistik som förvaltningen rapporterar till Socialstyrelsen.¹⁷ Enligt denna statistik varierar andelen aktuella genomförandeplaner mellan enheterna i Göteborgs Stad alltifrån sju procent till 100 procent. Genomsnittlig andel är 66,5 procent. Socialstyrelsens statistik bygger på omsorgstagare som är 65 år och äldre.

Enligt uppgift har avdelning hemtjänst identifierat att de olika sätten att registrera genomförandeplaner påverkar statistiken. Ett arbete har påbörjats med att kartlägga den nuvarande hanteringen av hur andelen genomförandeplaner tas fram inom verksamheten.

4.1.4 Implementering av fast omsorgskontakt pågår

Den 1 juli 2022 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453), SoL,¹⁸ med krav på att den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövt. Från och med den 1 juli 2023 får endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska utses till fast omsorgskontakt.

Vid granskningens genomförande i oktober 2023 hade nämnden ännu inte implementerat den nya lagen. Ingen omsorgstagare hade ännu tilldelats en fast omsorgskontakt. Förvaltningen har tagit fram en tidplan för implementering. Förvaltningen uppger att information har skickats ut till omsorgstagare i enlighet med tidplanen. Informationen finns tillgänglig på flera språk. De omsorgstagare som tackar ja ska enligt tidplanen erbjudas fast omsorgskontakt i november 2023.

¹⁵ Äldre samt vård- och omsorgsnämnden, Årsrapport 2022 Bilaga 7 *Kvalitetsrapport Hemtjänst 2022*, dnr N160-0167/23.

¹⁶ Äldre samt vård- och omsorgsnämnden, Årsrapport 2023 Bilaga 7 *Kvalitetsrapport Hemtjänst 2023*, dnr N160-0232/24.

¹⁷ Socialstyrelsen, Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2023. Enkäten skickas till verksamheter som utför insatser enligt 4 kap. 1 § och 4 kap. 2a § socialtjänstlagen (SoL) till personer som är 65 år och äldre i ordinärt boende.

¹⁸ Enligt 4 kap. 2 b § SoL ska den som har hemtjänst med stöd av 1 eller 2 a § erbjudas en fast omsorgskontakt.

Förvaltningen har tagit fram ett dokument till utförarna med vanliga frågor om fast omsorgskontakt. Information har också förmedlats i linjen samt via särskilda dialoger med enhetscheferna på områdesledningsgrupper.

Nämnden beslutade vid sitt sammanträde den 26 september 2023 om en riktlinje för fast omsorgskontakt. Syftet med riktlinjen är att beskriva hur hemtjänsten ska genomföra och följa upp bestämmelsen om fast omsorgskontakt i verksamheten. I riktlinjen framgår bland annat när det kan bedömas som uppenbart obehövt att erbjudas en fast omsorgskontakt.

För att uppnå syftet med lagstiftningen ska verksamheten enligt uppgift organiseras i mindre omsorgslag så att den fasta omsorgskontakten också är någon som omsorgstagaren ofta möter i vardagen. Vidare framgår av riktlinjen att erbjudandet om fast omsorgskontakt ska dokumenteras i den enskildes journal. Enligt förvaltningen ska det även dokumenteras i genomförandeplanen.

4.1.4.1 Andelen undersköterskor täcker inte behovet av fast omsorgskontakt

Förvaltningen uppger att antalet undersköterskor inte täcker förväntat behov av fast omsorgskontakt. I riktlinjen specificeras inte hur många omsorgstagare en fast omsorgskontakt kan ansvara för. I intervjuerna framkommer att enheterna kommer att behöva skapa ett kösystem för de som har behov av, men inte har erbjudits, en fast omsorgskontakt till följd av bristen på undersköterskor. Hur en eventuell kö ska utformas, om den exempelvis ska utgå från kötid eller behov, har förvaltningen enligt egen utsago inte beslutat om. Vi vill understryka vikten av att ha en gemensam hantering av detta över hela staden.

4.1.5 Svårt att se uppföljningen i dokumentationen

I Göteborgs Stads riktlinje för hemtjänst framhålls att utföraren tillsammans med den enskilde regelbundet ska följa upp det stöd som ges.¹⁹ Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation framgår vidare att uppföljningen av den beviljade insatsen ska dokumenteras.²⁰ Här står även att genomförandeplanen bör användas som ett underlag i uppföljningen av insatsen. Exakt hur ofta en genomförandeplan ska följas upp anges varken av Socialstyrelsen eller Göteborgs Stads riktlinje.

4.1.5.1 Socialsekreterarna följer upp beslutet om hemtjänst

Hemtjänstinsatsen följs upp av både socialsekreterarna på avdelning myndighet och av utförarna av hemtjänst. Den första uppföljningen görs av socialsekreterarna för att se om det finns en upprättad genomförandeplan två veckor efter att insatsen har påbörjats. Vissa socialsekreterare påminner utförarenheten om det inte finns en genomförandeplan på plats då och om det inte upprättas en genomförandeplan efter påminnelsen skriver socialsekreterarna en avvikelse. Andra skriver en avvikelse direkt efter 14 dagar. Socialsekreterarna uppfattar att de

¹⁹ Göteborgs Stads riktlinje för hemtjänst, dnr. 0493/15, 0162/22.

²⁰ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, 5 kap. 23 §.

återkommande skriver avvikelser kring genomförandeplaner som inte upprättats i tid vilket upplevs som frustrerande.

Vi har fått ta del av statistik från förvaltningen kring anmälda avvikelser för de stadsområden som ingår i granskningen.²¹ Den visar att drygt hälften av avvikelserna i det ena stadsområdet och drygt en fjärdedel i det andra rör ej uppdaterade, ofullständiga eller avsaknad av genomförandeplaner.

Annan dokumentation som socialsekreterarna använder sig av i uppföljningen är den senast gjorda utredningen men också journalanteckningar som utförarna skriver. Journalanteckningarna bygger på omsorgspersonalens daganteckningar. Här kan de bland annat läsa om omsorgstagaren regelbundet tackar nej till en viss insats vilket kan påverka nästkommande beslut.

Enligt Rutin för social dokumentation ska omsorgspersonalens daganteckningar sammanfattas och överförs till journal inom tre månader.²² Hur ofta och vem som gör överföringen varierar mellan enheterna. Vissa gör det varje månad och andra var tredje. Det blir därmed en fördröjning av informationen som socialsekreterarna behöver för sin uppföljning av beslutet. Det pågår ett arbete där daganteckningarna med automatik kommer att föras över till journalanteckningarna efter tre månader.

Beslutet om hemtjänst följs upp av socialsekreterarna när det löper ut, oftast efter ett år. Genomförandeplanerna uppfattas enligt intervjuerna som ett bra underlag för att göra uppföljningen av insatsen och för att se om tidsberäkningen behöver justeras. Enligt intervjuer är det omständligt att få fram uppgifter från utförarna om den beviljade tiden verkligen utförs. Om differensen mellan den beviljade tiden och den utförda tiden är stor kan tiden behöva justeras i ett nytt beslut.

4.1.5.2 Utförarna följer upp genomförandet

Utförarna ansvarar för att följa upp insatsen. Uppföljningen av genomförandeplanerna görs var 6:e månad men även i samband med att beslutet löper ut och en omprövning av beslutet ska ske. Det framkommer i intervjuerna att det kan vara extra viktigt för nyanställda att få hjälp att följa upp genomförandeplanerna. Det kan samtidigt vara svårt att hinna med att skriva och uppdatera genomförandeplaner om mottagningsombudet/en är borta eller om enheten får flera nya tunga ärenden vid samma tidpunkt.

Vid en enhet diskuteras uppföljningen vid behov på verksamhetsmötena. Det framkommer även att de gör en notering i daganteckningarna kring att de har upprättat en ny genomförandeplan. I de ärenden som ingått i aktgranskningen har vi inte kunnat se någon notering kring uppdaterade genomförandeplaner.

I Göteborgs Stads vägledning för handläggning och utförande av hemtjänst står att uppföljning av genomförandeplan är en händelse av betydelse och ska

²¹ Antal avvikelser mellan den 1 januari och den 25 oktober 2023 i två stadsområden.

²² Rutin för social dokumentation, senast reviderad 2023-04-06.

dokumenteras.²³ I aktgranskningen är det svårt att se vilken uppföljning som genomförs. Det är i ytterst få fall där vi har kunnat läsa en notering om att en uppföljning har genomförts. Intervjupersonerna berättar att uppföljningen ofta resulterar i att en utredning görs eller att ett nytt uppdrag eller genomförandeplan tas fram. I dessa fall är de uppdaterade dokumenten resultatet av att en uppföljning har gjort. Det gör det svårt för oss att se om man har missat att följa upp insatsen. Enligt företrädare för förvaltningen finns en särskild modul i Treserva för uppföljningen, men den är inte implementerad i Göteborgs Stad.

4.1.5.3 Egenkontroller görs i viss utsträckning

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.²⁴ Nämnden ska också utöva egenkontroll i den omfattning som krävs för att säkra kvaliteten i verksamheten.

Enligt uppgift kontrolleras dokumentationen inom avdelning myndighet genom gemensamma ärendegenomgångar och metodstöd. Det förekommer även att enheter gör ärendemätningar av ärenden som har ett stort antal beviljade timmar.

I granskningen framkommer att utförare av hemtjänst gör få egenkontroller av den egna dokumentationen av hemtjänstinsatser. Det framkommer i intervjuerna att det finns en mall för egenkontroller av genomförandeplaner. Mallen ska enligt uppgift användas någon gång per år, men det görs inte. Nätverket för omsorgshandledare har lagt en plan för att göra egenkontroller vid varandras enheter, men dessa kontroller har inte kommit igång än.

Vid en av enheterna läser enhetschefen omsorgspersonalens dokumentation vilket kan ses som en kvalitetssäkring. På vissa enheter läser planerna dagan-teckningarna och kan då uppmärksamma om det saknas anteckningar.

4.1.6 Vårdighetsgarantierna diskuteras men uppföljningen är oklar

År 2011 infördes en nationell värdegrund för äldreomsorgen. Den nationella värdegrunden har sin utgångspunkt i bestämmelser i socialtjänstlagen och handlar om att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Göteborgs Stad har infört vårdighetsgarantier för äldreomsorgen. Stadens vårdighetsgarantier ska följas upp. Det kan ske genom att löpande följa upp genomförandeplanen tillsammans med omsorgstagaren. Enhetschefer ska även följa upp och redovisa efterlevnad av kvalitetsgarantier i den löpande verksamhetsuppföljningen.

Garantierna tar även fasta på planeringen av insatsen utifrån genomförandeplanen. Återigen framhålls att planen ska vara klar inom två veckor efter påbörjad

²³ Göteborgs Stads vägledning för handläggning och utförande av hemtjänst, 2023-04-01 (version 2).

²⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

insats och ska följas upp tillsammans med omsorgstagaren. Intervjupersonerna menar att det kan krävas mer än två veckor för att få en bra kontakt med en omsorgstagare. I Göteborgs Stads vägledning för handläggning och utförande av hemtjänst står samtidigt att om den enskilde behöver mer tid innan genomförandeplanen upprättas ska det respekteras. Som vi tidigare har påpekat är det svårt att både veta hur många omsorgstagare som faktiskt har aktuella genomförandeplaner men också om de har följts upp och om omsorgstagaren har deltagit i såväl framtagande som uppföljning.

En av garantierna inom hemtjänst handlar mer specifikt om att omsorgspersonalen ska ha med sig sin tjänstelegitimation och presentera sig. Den här garantin upplevs enligt intervjuerna som den lättaste att leva upp till. Omsorgstagaren ska även få reda på vem i personalen som kommer och om de är försenade. Dessa garantier uppfattas inte som lika lätta att följa. Intervjupersonerna menar att det är svårt att hinna ringa när de blir försenade eftersom en försening leder till att alla efterkommande besök sannolikt också blir försenade.

Värdighetsgarantierna diskuteras enligt uppgift löpande på hemtjänstenheterna, exempelvis på arbetsplatsträffar. För nyanställda finns en introduktion där värdighetsgarantierna presenteras. Ny personal går också bredvid ordinarie personal och på vissa enheter har de en särskild mentor.

I intervjuerna framkommer att värdighetsgarantierna ibland lovar mer än vad de kan erbjuda. Personalen kan ibland känna att det finns en diskrepans mellan uppdraget, genomförandeplanen och verkligheten. Omsorgstagarna ska leva självständigt och ha inflytande över sin situation men det framkommer att utförarna inte alltid uppfattar att så är fallet.

Granskningen visar att värdighetsgarantierna inte följs upp i någon större utsträckning. Däremot diskuteras vad som förväntas av omsorgspersonalen i samband med utvecklingssamtalen.

4.1.7 Klagomål och synpunkter hanteras ofta direkt

I Socialstyrelsens riktlinjer och allmänna råd står att det av dokumentationen ska framgå om den enskilde har framfört några klagomål till utföraren på genomförandet av insatsen liksom vilka åtgärder som i så fall har vidtagits av denne. Även stadens värdighetsgarantier framhåller att det ska antecknas om omsorgstagaren inte är nöjd med insatsen.

I aktgranskningen ser vi i ett fall en notering gjord av en sjuksköterska som skriver att omsorgstagaren inte är nöjd med nuvarande hemtjänst. I övriga 19 akter finns inga synpunkter nedskrivna. Vi ser däremot att det finns skrivningar i genomförandeplanerna som rör bemötande. I vissa fall har omsorgstagaren uttryckt vissa önskemål och dessa har vi kunnat se i underlaget.

Företrädare för förvaltningen berättar att omsorgstagarna ofta berättar om de är missnöjda när personalen besöker dem i hemmet. De menar att omsorgstagarna däremot sällan vill att de ska dokumentera synpunkterna. Mycket av det som kommer fram löses direkt på plats. Ibland skriver omsorgspersonalen in

synpunkten i daganteckningarna. Det förekommer att de får synpunkter kring att värdighetsgarantierna inte efterlevs framför allt om omsorgspersonalen är sen och inte ringer och berättar om förseningen.

Göteborg Stad har en synpunktsblankett som ska användas, den finns bland annat med i den pärm som hemtjänsten lämnar hos omsorgstagaren. Intervjupersonerna, framför allt på utförarsidan, menar att de borde bli bättre på att se till att blanketten används eftersom förvaltningen annars inte får reda på vilka synpunkter som finns. Synpunkthanteringen framhålls generellt som ett förbättringsområde.

Socialsekreterarna tar också emot synpunkter från både omsorgstagare och deras anhöriga. I vissa fall rör det utförandet av hemtjänsten och då hänvisar de direkt till utförarna. De lämnar även ut synpunktsblanketten till omsorgstagaren vid behov. Rör synpunkten försummelse av någon sort skrivs en avvikelse i verksamhetssystemet. En av de vanligaste avvikelserna är enligt uppgift uteblivna besök.

4.2 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden delvis har en ändamålsenlig handläggning av hemtjänstinsatser och att det finns förbättringsområden. Det gäller framför allt genomförandeplaner. Även om vi i aktgranskningen noterade genomförandeplaner i samtliga fall så blir det tydligt i intervjuerna att de enskilda har genomförandeplaner i varierande utsträckning. Hur stor variationen är kan vi inte uttala oss om. Statistiken som samlas in av förvaltningen bygger på olika sätt att rapportera.

Genomförandeplanen är viktig del av den enskildes möjlighet till inflytande och ökat självbestämmande. Den är också en del av uppföljningen och revidering av insatsen. Det framkommer att upprättandet av planerna kan dröjer längre än 14 dagar vilket såväl stadens riktlinje om hemtjänst som riktlinjen om värdighetsgarantier anger. Det blir även tydligt i socialsekreterarnas rapporterade avvikelser. Informationen i genomförandeplanerna varierar. Ibland framgår exempelvis uppgifter kring kontaktpersonal och om den enskilde deltagit, ibland inte. Detta sammantaget gör att vi bedömer att arbetet med genomförandeplaner kan förbättras. Nämnden bör säkerställa att alla omsorgstagare har en aktuell och fullständig genomförandeplan. Vidare bör nämnden försäkra sig om att statistiken kring genomförandeplaner är fullständig och korrekt.

Den nya lagstiftningen rörande fast omsorgskontakt började gälla 1 juli i 2022. Vid tidpunkten för granskningen har implementeringen påbörjats men är inte klar. Nämnden bör därför säkerställa att alla omsorgstagare, förutom där det enligt riktlinjen är uppenbart obehövligt, tilldelas en fast omsorgskontakt och att hanteringen är likvärdig över staden.

Granskningen har även visat på ett antal risker. Bland annat vad gäller aktualitet och tydlighet i dokumentation. Utöver genomförandeplanerna gäller detta även fördröjningen i överföringen av daganteckningar till journal som riskerar att skapa en ineffektivitet i handläggning och uppföljning av hemtjänstinsatser.

Ett annat förbättringsområde är hanteringen av synpunkter och klagomål. Om omsorgstagarnas synpunkter inte rapporteras in är det svårt att identifiera systematiska brister vilka kan behöva hanteras via beslut i nämnden.

Granskningen visar att också att planerade egenkontroller av hemtjänstdokumentation inte har genomförts. Egenkontroller är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet för att systematiskt följa upp och utveckla verksamheten. Vi bedömer att arbetet med egenkontroller kan stärkas inom förvaltningen.

Vad gäller nämndens arbete med värdighetsgarantierna menar vi att det är svårt att bedöma om arbetet genomförs systematiskt och om garantierna efterlevs. Vi ser att omsorgspersonalen informeras och att garantierna diskuteras men uppföljningen är oklar.

Mot bakgrund av de brister som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att säkerställa att omsorgstagarna har en aktuell genomförandeplan.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att statistiken kring genomförandeplaner är korrekt.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att omsorgstagarna, förutom i de fall det är uppenbart obehövligt, tilldelas en fast omsorgskontakt.

5 Styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag

Under året har revisionskontoret granskat styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag. Granskningen har avrapporterats till nämnden och till kommunfullmäktige i en särskild revisionsrapport.²⁵

Granskningen syftade till att bedöma om nämnden arbetar systematiskt med styrning, uppföljning och kontroll för att minska risken för felaktiga utbetalningar av hemvårdsbidrag. I detta har det ingått att bedöma om nämnden har tillräckliga rutiner för att förebygga och upptäcka välfärdsbrott i form av fusk från bidragstagarnas sida.

Vår samlade bedömning är att äldre samt vård- och omsorgsnämnden i vissa delar bedriver ett systematiskt arbete.

Förvaltningen bedömer att risken för välfärdsbrottslighet kopplad till hemvårdsbidrag är liten. I den mån det ändå förekommer kan det enligt förvaltningarna främst handla om att den sökande eller anhöriga överdriver den enskildes behov. Granskningen visar att förvaltningen genomför flera olika typer av kontroller i samband med handläggningen av hemvårdsbidrag.

Det har inte genomförts några analyser av var de största riskerna inom handläggningen finns. Med hjälp av sådana analyser kan förvaltningen på ett mer systematiskt sätt värdera om det är rätt kontroller som genomförs. Egenkontroller av handläggningen görs inom vissa enheter men vi ser att det saknas ett gemensamt och systematiskt arbetssätt. Systematiken i egenkontroller kan stärkas så att de genomförs på ett likartat sätt inom hela förvaltningen.

Granskningen visar att förvaltningen upplever att stadens regler för hemvårdsbidrag inte ger det stöd som behövs för att handläggningen ska ske på ett ändamålsenligt sätt. Det riskerar att leda till brist på likvärdighet i bedömningarna inom staden. Nämnden bör uppmärksamma kommunstyrelsen på de brister som de upplever finns i de nuvarande reglerna för hemvårdsbidrag.²⁶

Vi ser att hemvårdsbidraget handläggs på olika sätt inom förvaltningen. Det riskerar att leda till olikheter när det gäller handläggning, bedömning och omprövning inom förvaltningen. Revisionskontoret bedömer därför att nämnden behöver stärka styrningen.

Följande rekommendationer lämnas utifrån granskningen:

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden rekommenderas att stärka systematiken i egenkontrollen av hemvårdsbidrag.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden rekommenderas att stärka analysen av de risker som finns inom handläggningen av hemvårdsbidrag.

²⁵ Styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag, diarienummer: 0124/23.

²⁶ Vi har noterat att båda nämnderna har hemställt till kommunfullmäktige om en revidering av reglerna för hemvårdsbidrag vid sina respektive möten i december 2023.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden rekommenderas att stärka systematiken i sin styrning av hemvårdsbidrag för att säkerställa en likvärdig hantering.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden rekommenderas att uppmärksamma kommunstyrelsen på att regelverket för hemvårdsbidrag inte upplevs som ändamålsenligt.

6 Granskning av räkenskaper

En del av Stadsrevisionens granskning består av att granska och bedöma om stadens räkenskaper är rättvisande. Räkenskapsgranskningen genomförs av upp-handlade revisionsföretag.

Den 1 januari 2023 trädde *Standard för kommunal räkenskapsrevision* i kraft.²⁷ Standarden som innefattas i god revisionssed reglerar hur granskning av räkenskaper ska genomföras och omfattar alla kommuner och regioner.

Tillämpningen av den nya standarden innebär att revisionsansatsen skiljer sig från tidigare år. Från och med 2023 tar granskningen av delårs- och årsredovisning samt intern kontroll (väsentliga processer) sin utgångspunkt i stadens räkenskaper i stället för, att som tidigare, bygga nerifrån och upp utifrån nämndernas redovisning. Revisionsansatsen, som bygger på väsentlighetsbedömningar utifrån ett övergripande kommunperspektiv, innebär att vissa nämnder kan beröras mindre av den årliga räkenskapsgranskningen jämfört med tidigare. Andra kan beröras mer.

6.1 Granskningsresultat

Nämnden omfattades av granskningen av intern kontroll i flera processer; intäktsprocessen, inköp av huvudverksamhet och bokföringsordrar.

Inga väsentliga iakttagelser som berör nämnden har rapporterats i granskningen av Göteborgs Stads räkenskaper 2023.

²⁷ *Standard för kommunal räkenskapsrevision* är framtagna och beslutade av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Sveriges Kommunala Yrkesrevisorer (SKYREV) och Föreningen Auktoriserade Revisorer (FAR).

7 Uppföljning av tidigare granskning

I detta avsnitt redogör vi för uppföljningen av de rekommendationer som har lämnats till nämnden tidigare år.

7.1 Uppföljning av arbetet med basala hygienrutiner

Revisorerna granskade år 2022 arbetet med basala hygienrutiner. Granskningen resulterade i följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att stärka rutinerna för egenkontroll kring basal hygien.

Nämnden rekommenderas att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan verksamheten och bemanningsenheterna.

Vi har i år följt upp dessa rekommendationer genom nämndens yttrande samt dokumentgranskning av rutiner. Uppföljningen visar att förvaltningen genomför ett systematiskt förbättringsarbete kring arbetet med basala hygienrutiner genom en projektgrupp och har vidtagit en rad åtgärder. Frekvensen för egenkontrollerna har förtydligats. Egenkontroll och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ska ske två gånger per år. Om följsamhet inte uppnått 100 procent ska chef upprätta en handlings-/åtgärdsplan utifrån identifierade förbättringsområden.

Ett förbättringsarbete med inkludering av en representant från bemanningsenheten har initierats för att säkerställa att timvikarier har tillräckliga kunskaper kring arbetet med basala hygienrutiner samt att förtydliga ansvarsfördelningen.

7.1.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationerna.

7.2 Uppföljning av kontinuitetsförmåga i samhällsviktiga verksamheter i Göteborgs Stad

Revisorerna granskade år 2022 kontinuitetsförmågan i samhällsviktiga verksamheter. Granskningen resulterade i följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att åtgärda de brister avseende kontinuitetsplanering som konstaterats i granskningen.

Nämnden rekommenderas att stärka uppföljningen av kontinuitets- och krisberedskapsförmågan hos privata utförare inom hemtjänsten.

Nämnden rekommenderas att reglera kontinuitetsplanering och krisberedskap i avtalen med privata utförare inom vård- och omsorgsboenden.

Vi har i år följt upp dessa rekommendationer genom att ta del av nämndens yttrande samt nämndens årsrapport.

I nämndens yttrande samt årsrapport framgår att förvaltningen arbetat med att stärka kontinuitetsförmågan under 2023. Det framgår att förvaltningen kommer att fortsätta utveckla ett systematiskt arbetssätt för kontinuitetsplanering.

I nämndens yttrande framgår att i förfrågningsunderlaget för privata utförare inom hemtjänsten har förvaltningen specificerat kraven på kontinuitets- och krisberedskapsförmågan. Vidare uppger förvaltningen att de kommer att fortsätta arbeta med att inkludera rutiner för uppföljning av kontinuitetsberedskapsförmågan hos privata utförare inom hemtjänsten.

I nämndens yttrande framgår att det nya ramavtalet för vård- och omsorgsboende som äldre samt vård- och omsorgsnämnden har infört från den 1 april 2023 inkluderar regleringar gällande kris- samt handlingsberedskap som följer Mynigheten för samhällsskydd och beredskaps vägledningar och rekommendationer. Leverantören ska fullgöra sina uppgifter även under höjd beredskap, krig, katastrof, kris/samhällsstörning eller extraordinär händelse, på samma sätt som kommunen fullgör sina uppgifter.

7.2.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att samtliga rekommendationer är omhändertagna.

7.3 Uppföljning av en säker och trygg hemgång från slutenvården

Revisorerna granskade år 2021 en säker och trygg hemgång från slutenvården. Granskningen resulterade i följande rekommendationer till nämnden:

Nämnden rekommenderas att vidta åtgärder för att patienter med behov erbjuds en samordnad individuell plan i enlighet med nämndens uppdrag och gällande regelverk.

Nämnden rekommenderas att säkerställa en effektiv informationsöverföring mellan verksamheterna med hänsyn till bestämmelser kring sekretess och samtycke.

Nämnden rekommenderas att säkerställa att vårdplaner och genomförandeplaner upprättas och följs upp i enlighet med gällande regelverk samt att en vårdbegäran skickas till slutenvården enligt fastlagd rutin.

Det är först under 2023 som vi har följt upp dessa rekommendationer genom att ställa kompletterande frågor till förvaltningen utifrån nämndens yttrande.

Uppföljningen visar att de åtgärder nämnden genomför är att påtala när det finns behov av samordnad individuell plan, SIP, samt informera regionen om det ansvar de har i processen. En regional rutin för inhämtande av samtycke är framtagen i gemensam samverkan mellan kommun och region och beskrivs i processen ”planering för insatser efter slutenvård”.

Inom Göteborgsområdet samverkar regionens hälso- och sjukvård, tandvård, kommunal vård och omsorg, socialtjänst samt skola. Ett praktiskt arbete med att utveckla samverkan vid in- och utskrivning från slutenvård och sjukvård sker genom ”Utvecklingsgrupp SAMSA” där förvaltningen är representerad och deltar. En handlingsplan för gruppens arbete är framtagen och godkänd.

Under året har förvaltningen inrättat två nya enheter. I enheternas uppdrag ingår bland annat att ha kontakt med regionens slutenvård och primärvård för att planera insatser för enskilda som skrivs ut från sjukhuset. Syftet är att få ett likvärdigt arbetssätt över staden samt att effektivisera vård- och omsorgsprocessen efter utskrivning.

7.3.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att rekommendationerna är omhändertagna. Mot bakgrund av granskningen av *styrning, kontinuitet och uppföljning av hemtjänst* kommer vi fortsatt följa nämndens arbete med genomförandeplaner.

7.4 Uppföljning av kompetensutveckling

Revisorerna granskade år 2021 kompetensutveckling. Granskningen resulterade i följande rekommendation till nämnden:

Nämnden rekommenderas att fortsätta utveckla sin styrning och uppföljning av arbetet med kompetensutveckling.

Det är först under 2023 som vi har följt upp denna rekommendation genom dokumentstudier och intervjuer med förvaltningen. Uppföljningen visar att nämnden har drivit ett projekt kring kompetensförsörjning (ARUBA).²⁸ Projektet har arbetat med att säkra äldre samt vård- och omsorgsförvaltningens kompetensbehov. Inom ramen för projektet har förvaltningen tagit fram en kompetensförsörjningsplan som nämnden beslutade om i september, skapat en rekryteringsenhet som stöd för bland annat chefer i rekryteringsprocessen samt startat upp ett kompetenscentrum för utbildning, forskning och utveckling.

Förvaltningen har också tagit fram en plan som sträcker sig över tio år, som kompletterar den kortsiktiga planeringen och som ska säkra det långsiktiga arbetet som krävs utifrån de kommande demografiska förändringarna.

7.4.1 Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden har omhändertagit rekommendationen.

²⁸ ARUBA står för Attrahera, Rekrytera, Utveckla, Behålla och Avveckla; de viktiga stegen i kompetensförsörjningsprocessen.

7.5 Uppföljning av intern kontroll i inköpsprocessen

Stadsrevisionen granskade 2021 den interna kontrollen i redovisningsrutinerna och fann brister inom inköpsprocessen. Granskningen resulterade i att vi riktade följande rekommendation till nämnden:

Nämnden rekommenderas att stärka den interna kontrollen i inköpsprocessen.

2022 följdes granskningen upp och rekommendationen kvarstod. Enligt nämndens yttrande har en rad åtgärder och aktiviteter för att stärka den interna kontrollen inom inköpsprocessen initierats. Mot bakgrund av att det pågår ett förändringsarbete kommer uppföljningen att genomföras 2024. Rekommendationen kvarstår därför.