

Varbergs kommun  
Revisorerna

2012-03-07

Dnr.....

Socialnämnden

Kopia Komdir  
17/4-12  
Varbergs kommun  
Kommunstyrelsen  
2012-03-19  
KS 2012/0150-1

### Revisionsrapport avseende personella resurser inom äldreomsorgen

De förtroendevalda revisorerna i Varbergs kommun har gett PwC i uppdrag att granska hur socialnämnden säkerställer att personalnyttjandet inom äldreomsorgens verksamheter kommer brukarna tillgodo.

Granskningen visar sammanfattningsvis att nämnden, med nuvarande riktlinjer för kvalitetsrevisioner och kvalitetskrav för särskilt boende och hemtjänst, inte säkerställt att personalnyttjandet i verksamheterna bedrivs tillräckligt ändamålsenligt och effektivt med hänsyn till kundernas behov.

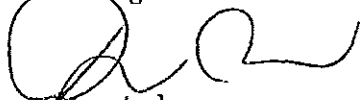
Vi har särskilt uppmärksammat att

- Socialnämnden ställer inte några specifika krav på bemanning eller på metod för vårdtyngdsmätning i de olika boendeformerna i syfte att tillgodose kunders olika behov. I enlighet med de kvalitetskrav, som nämnden fattat beslut om, ska ansvarig chef "kontinuerligt utvärdera och genomföra en riskbedömning för att se över att behoven av bemanning motsvarar behoven för de boende". Detta sker ej.
- Hemtjänstgrupperna i egenregi har ett ändamålsenligt sätt att fördela resurser inom hemtjänsten. Det är dock svårt att avgöra om metoden för att fördela resurser inom externt utförd hemtjänst tillämpas på ett ändamålsenligt sätt, då det varierar mellan externa hemtjänstutförarens förutsättningar.
- Vid 2011 års ordinarie kvalitetsrevisioner har det företrädesvis kontrollerats sådant som är "enkelt" att följa upp. Kontroller av sådana företeelser/ kvalitetsindikatorer och med det metodval som använts redovisar inte på ett tydligt sätt hur kunden upplever tryggheten och hur kvaliteten verkligen är på enheten. Här ser vi ett stort utvecklingsområde för nämnden.
- Formerna skiljde sig avseende kraven på återrapportering av vilka åtgärder som skulle vidtas efter en inspektion. System och struktur för att enheterna ska åtgärda de brister som framkommit vid nämndens kvalitetsrevisioner behöver utvecklas och därefter tillämpas på det sätt som framgår av riktlinjen.

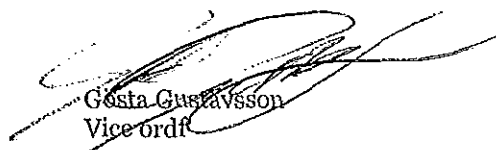
I övrigt hänvisas till bifogad revisionsrapport.

Vi har noterat att det har påbörjats ett utvecklingsarbete i syfte att förbättra nämndens uppföljning av äldreomsorgens verksamheter. Svar om vidtagna/planerade åtgärder önskas senast 30 maj 2012.

Varbergs kommuns revisorer



Rune Andersson  
Ordf



Gösta Gustavsson  
Vice ordf

Bilaga: PwC's rapport: "Personella resurser inom äldreomsorgen"

---

Revisionsrapport

***Personella resurser  
inom äldreomsorgen***

***Varbergs kommun***

*Ingrid Norman och  
Fredrik Ottosson  
Cert. kommunal revisor  
mars 2012*



---

## *Innehållsförteckning*

Sammanfattande bedömning	1
1. Bakgrund	3
1.1. Uppdrag och revisionsfråga	3
1.2. Metod och avgränsning	3
2. Resultatet av granskningen	5
2.1. Organisation och ansvarsfördelning	5
2.2. Policy och rutiner som styr personella resurser	6
2.2.1. Våra iakttagelser och bedömningar	8
2.3. Finns metod för att fördela personalresurser efter behov inom särskilt boende?	9
2.3.1. Våra iakttagelser och bedömningar	9
2.4. Finns metod för att fördela resurser inom hemtjänsten?	10
2.4.1. Våra iakttagelser och bedömningar	11
2.5. Finns policy och rutiner för vikarierekrytering?	12
2.5.1. Våra iakttagelser och bedömningar	12
2.6. Nämndens kvalitetsinspektioner	12
2.6.1. Iakttagelser och bedömning	13
2.7. System för att åtgärda brister	14
2.7.1. Våra iakttagelser och bedömningar	14

## ***Sammanfattande bedömning***

En väsentlig faktor för god kvalitet och väl nyttjade resurser inom äldreomsorgen är att personalresurserna fördelas efter vårdtagarnas behov. Det är även viktigt att personalnyttjandet inom äldreomsorgens särskilda boenden och inom hemtjänsten är effektivt och kommer brukarna till godo. Mot denna bakgrund har revisorerna i Varbergs kommun i sin riskbedömning beslutat att granska hur socialnämnden säkerställer att personalnyttjandet inom äldreomsorgens verksamheter kommer brukarna till godo med hänsyn till nämndens aktuella kvalitetskrav. Uppdraget att genomföra granskningen har lämnats till PwC, Kommunal Sektor.

### **Granskningen har inriktats mot följande revisionsfrågor:**

*Säkerställer socialnämnden att personalnyttjandet inom äldreomsorgens särskilda boenden respektive hemtjänst bedrivs ändamålsenligt och effektivt?*

Sammanfattningsvis, efter genomförd granskning, är vår revisionella bedömning att nämnden, med nuvarande riktlinjer för kvalitetsrevisioner och kvalitetskrav för särskilt boende och hemtjänst, inte säkerställt att personalnyttjandet i verksamheterna bedrivs tillräckligt ändamålsenligt och effektivt med hänsyn till kundernas behov. Det har påbörjats ett utvecklingsarbete i syfte att förbättra nämndens uppföljning av äldreomsorgens verksamheter.

### **Vår revisionella bedömning grundas på nedanstående kontrollkriterier:**

*Förekomst av övergripande policy och rutiner som styr personella resurser?*

Socialnämnden ställer inga specifika krav på bemanning eller på metod för vårdtyngdsmätning i de olika boendeformerna i syfte att tillgodose kunderns olika behov. I enlighet med de kvalitetskrav, som nämnden fattat beslut om, ska ansvarig chef "kontinuerligt utvärdera och genomföra en riskbedömning för att se över att behoven av bemanning motsvarar behoven för de boende". I de ordinarie kvalitetsrevisioner som genomförts på nämndens uppdrag under år 2011 hade inga frågor om riskanalyser ställts. Ett arbete med fördjupad uppföljning, där frågor om riskbedömning ingår, har inletts och beräknas vara genomfört under våren 2012.

*Finns metod för att fördela personalresurser efter behov inom särskilt boende och är resurserna ändamålsenligt fördelade på boendena?*

Vid granskningstillfället och under våra besök inom fem särskilda boenden (tre egen regi och två externa utförare) framkom att ingen av de ansvariga cheferna genomfört riskbedömningar systematiskt eller på något enhetligt sätt. Med hänsyn till nuvarande kvalitetskriterier och den uppföljning som tillämpats bedömer vi det vara omöjligt att avgöra om personella resurser är ändamålsenligt fördelade inom boendeenheterna.

*Finns metod för att fördela resurser inom hemtjänsten och hur tillämpas den?*

Hemtjänstgrupperna, beroende på om de hör till egenregi eller är externa utförare, har olika förutsättningar (metoder och olika antal hemtjänstkunder) för att planera in de hemtjänstinsatser som ska utföras. Vi bedömer att egenregi har ett ändamålsenligt sätt att fördela resurser inom hemtjänsten. Vi bedömer det vara svårt att avgöra om metoden för att fördela resurser inom externt utförd hemtjänst tillämpas på ett ändamålsenligt sätt, då det varierar mellan externa hemtjänstutförarens förutsättningar.

*Finns policy och rutiner för vikarierekrytering och hur tillämpas dessa?*

Vi bedömer att socialnämndens utförare i egenregi har ändamålsenliga rutiner för vikarieanskaffning. De externa utförarna bedömde själva att det inte varit något problem att vid behov rekrytera vikarier.

*Finns upprättade system för att åtgärda brister som framkommit vid nämndens kvalitetsrevisioner?*

Under år 2011 har det vid de ordinarie kvalitetsrevisionerna kontrollerats framför allt sådant som är "enkelt" att följa upp, t ex om det finns genomförandeplaner, hur dokumentationen utförs, att hygienföreskrifter efterlevs osv. Vår bedömning är att kontroller av sådana företeelser/kvalitetsindikatorer och med det metodval som använts inte på något tydligt sätt redovisar hur kunden upplever tryggheten och hur kvaliteten verkligen är på enheten. Här ser vi ett stort utvecklingsområde för nämnden. Ett arbete har påbörjats inom Utvecklings- och kvalitetsavdelningen för att utveckla kvalitetsinspektionerna.

Vid våra besök på de nio utvalda enheterna visade det sig att formerna skiljde sig avseende kraven på återrapportering av vilka åtgärder som skulle vidtas efter en inspektion. Vår bedömning är att system och struktur för att enheterna ska åtgärda de brister som framkommit vid nämndens kvalitetsrevisioner behöver utvecklas och därefter tillämpas på det sätt som framgår av riktlinjen.

# **1. Bakgrund**

En väsentlig faktor för god kvalitet och väl nyttjade resurser inom äldreomsorgen är att personalresurserna fördelas efter vårdtagarnas behov. Det är väsentligt att personalnyttjandet inom äldreomsorgens särskilda boenden och inom hemtjänsten är effektivt och kommer brukarna till godo.

Socialtjänstlagen stadgar att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Med det menas att vård- och omsorgsinsatser ska utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. Det finns hitintills ingen svensk forskning om sambandet mellan bemanning och kvalitetsbrister. Men det finns internationella studier som visar att lägre personaltäthet ger sämre kvalitet.

## **1.1. Uppdrag och revisionsfråga**

Inom Varbergs kommun finns drygt 550 platser inom särskilda boenden för äldre, varav socialnämnden bedriver verksamheten i flertalet enheter genom Varberg Omsorg (egenregion) och i övriga genom tre externa utförare. För hemtjänsten har socialnämnden infört kundval, vilket innebär att den enskilde kan välja mellan olika utförare, både privata och kommunala. Socialnämnden har beslutat om vilket basutbud och kvalitetskrav som ska gälla inom de olika verksamhetsgrenarna. En särskild avdelning inom socialförvaltningen (utvecklings- och kvalitetsavdelningen) genomför regelbundet kvalitetsrevisioner.

Kommunens revisorer har i sin riskanalys beslutat att granska hur socialnämnden säkerställer att personalnyttjandet inom äldreomsorgens verksamheter kommer brukarna tillgodo.

### **Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:**

- Säkerställer socialnämnden att personalnyttjandet inom äldreomsorgens särskilda boenden bedrivs ändamålsenligt och effektivt?
- Säkerställer socialnämnden att personalnyttjandet inom äldreomsorgens hemtjänst bedrivs ändamålsenligt och effektivt?

### **Granskningen har utgått från följande granskningsmål:**

- Förekomst av övergripande policy och rutiner som styr personella resurser?
- Finns metod för att fördela personalresurser efter behov inom särskilt boende och är resurserna ändamålsenligt fördelade på boendena?
- Finns metod för att fördela resurser inom hemtjänsten och hur tillämpas den?
- Finns policy och rutiner för vikarierekrytering och hur tillämpas dessa?
- Finns upprättade system för att åtgärda brister som framkommit vid nämndens kvalitetsrevisioner?

## **1.2. Metod och avgränsning**

Granskningen avgränsas till socialnämndens äldreomsorg, särskilda boenden och hemtjänst. Granskningen inleddes med intervjuer av förvaltningschef, avdelnings-

chefer för uppdragsavdelningen respektive för utvecklings- och kvalitetsavdelningen, avtalsutvecklare, utvecklingsledare, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, projektledare för LOV och metodutvecklare.

För verifiering av nämndens styrning av kvalitet och personella resurser inom verksamheterna har besök gjorts på tre särskilda boenden i egen regi och två boenden i privat regi. Vi har även besökt fyra hemtjänstutförare, varav två i egen regi och två i privat regi. Vi har träffat respektive enhetschef och minst två omvårdnadspersonal per enhet och ställt frågor om verksamheten, om bemanning och om de kvalitetsrevisioner som utförs av utvecklings- och kvalitetsavdelningen i enlighet med nämndens styrdokument.

Följande dokument har varit underlag för granskningen: Nämndens reglemente, nämndens protokoll, månadsrapport till nämnden (dec 2011), förslag till ny månadsrapport, Riktlinjer för kvalitetsrevision inom socialförvaltningen i Varbergs kommun, Basutbud och Kvalitetskrav för särskilt boende (exklusive servicelägenheter) i Varbergs kommun, Kvalitetskrav Hemtjänst i ordinärt boende och servicelägenheter i Varbergs kommun, resultatet av nio utförda kvalitetsrevisioner i de nio besökta enheterna, nio avtal/överenskommelser avseende de nio besökta enheterna, skriftliga instruktioner/riktlinje angående vård i livets slutskede, rapport till nämnden avseende Lex Sarah-anmälningar samt sammanställning över inkomna synpunkter per kategori och avdelning 2010 och 2011.

I samband med faktakontroll har vi även fått tillgång till Brev till samtliga utförare (särskilt boende) med frågor i anledning av att nämnden beslutat höja ersättningen och förändrat kvalitetskraven samt en sammanställning över vad utförarna i egenregin och i externt utförd regi svarade (daterat 2011-11-04 resp 2011-11-21). Rapport från en genomförd inspektion för uppföljning av en modell för behovsbemanning som en av de externa utförarna använder (daterat 11-11-30 – arbetsmaterial). OH-presentation till nämndens arbetsutskott 2012-01-16 om nytt förslag på kvalitetsrevisioner.

## 2. Resultatet av granskningen

### 2.1. Organisation och ansvarsfördelning

Nämndens reglemente (antaget av fullmäktige i december 2011) anger att nämnden bl a har till uppgift att:

- ”---ta initiativ till utveckling och effektivisering samt tillse att angivna mål, program och planer kan genomföras, ---
- ansvara för en regelmässig uppföljning och utvärdering inom ansvarsområdet; för detta ändamål ska nämnden tillämpa en effektiv intern kontroll, ---”

Nämnden har både ett samhällsuppdrag och ett ägaruppdrag. I samhällsuppdraget ingår att planera samt bedöma behovs- och resursutveckling, att följa lagar och föreskrifter mm, att genomföra upphandlingar av olika verksamheter och värna om konkurrensneutralitet, att bedriva utvecklingsarbete samt att följa upp och utvärdera verksamhet. I ägaruppdraget ingår att bedriva verksamhet i ”egen regin”.

Nämnden har inte fattat något principiellt beslut om antal upphandlade enheter enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU). Beträffande kundens möjligheter till valfrihet är nämndens inriktning att öppna upp fler verksamheter förutom den valfrihet som för närvarande finns inom hemtjänsten. Sedan årsskiftet finns exempelvis fritt val av särskilt boende för den som beviljats en boendeplats.

Nämndens förvaltningskontor är organiserat med hänsyn till att kunna arbeta effektivt och konkurrensneutralt. En organisationsöversyn har nyligen genomförts och kommer att leda till några smärre förändringar. Vi har i denna granskning koncentrerat oss på nämndens styrning och uppföljning av arbetet med uppdrag som formuleras på uppdragsavdelningen samt de uppföljningar och kvalitetsrevisioner som utförs av utvecklings- och kvalitetsavdelningen utifrån de riktlinjer som gällde vid granskningstillfället.

#### **Förvaltningskontorets uppdragsavdelning**

Uppdragsavdelningen har ansvaret för att *beställa tjänster*, både hela verksamheter och på individnivå. De *upprättar avtal* (med externa utförare) och *överenskommelser* (med egen regin) och har även ansvar för verksamhetslokalerna som hyrs ut till utförare. Budgeten för all verksamhet finns hos uppdragsavdelningen. Uppdragsavdelningen ansvarar även för uppföljning av beställda tjänster på individnivå.

#### **Förvaltningskontorets utvecklings- och kvalitetsavdelning**

På denna avdelning följs den *övergripande kvalitetsutvecklingen upp i verksamheterna* med hänsyn till de kvalitetskrav nämnden har fattat beslut om, Basutbud och kvalitetskrav för särskilt boende, (2011-06-22 § 158). Motsvarande dokument för hemtjänsten, Kvalitetskrav Hemtjänst, (2009-03-25 § 97). För utförande av kvalitetsinspektioner finns Riktlinjer för kvalitetsrevisioner, (2010-03-03 § 52). Utvecklings- och kvalitetsavdelningen utreder alla rapporter om missförhållanden enligt Lex Sarah och anmälningar enligt Lex Maria samt vissa *synpunkter/klagomål* som kommer in.



Inom avdelningen finns medicinskt ansvarig sjuksköterska (Mas), som ansvarar för att följa upp att *riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvårdsinsatser* tillämpas och fungerar i verksamheterna.

Arbets sättet inom utvecklings- och kvalitetsavdelningen har utvecklats med åren. Sedan år 2010 görs uppföljningarna på ett mer systematiskt sätt i syfte att kunna göra jämförelser mellan åren. Alla enheter ska besökas minst en gång om året.

Under hösten 2011 har arbets sättet att genomföra kvalitetsrevisioner setts över och en ny modell för att strukturera arbetet har tagits fram. Det förändrade arbets sättet presenterades i form av OH-bilder för nämndens arbetsutskott i januari 2012. Avsikten är att beslut i ärendet ska kunna fattas i mars 2012.

Vår granskning har genomförts utifrån de riktlinjer som gällde vid granskningstillfället, januari – februari 2012.

## ***2.2. Policy och rutiner som styr personella resurser***

Det finns ännu inga nationella krav på bemanning inom särskilt boende. Socialstyrelsen har avisert att det till sommaren 2012 kan komma en föreskrift/vägledning angående bemanningen inom demensvården. Nämnden har i avtal och överenskommelser skrivit in att tillkommande föreskrifter ska efterföljas av samtliga utförare.

### **Verksamhetsnivå**

Nämnden styr inte bemanningen inom särskilda boenden genom att ange rimlig resurs per plats och boendeform eller liknande. Med hänsyn till den uppgörelse som är träffad mellan nämnd och utförare betalas en genomsnittlig platskostnad på särskilt boende. Den ersättning som betalas ut varierar mellan de upphandlade enheterna (1 210 – 1 333 kr/plats och vård dygn) på grund av viss differens i åtagandet, men är densamma riktat mot egen regin (1 334 kr/plats och vård dygn). Ersättningen betalas ut oavsett om platsen är belagd eller ej. Uppdragsavdelningen följer månadsvis upp beläggningen på de olika boendena. Rapporteringen redovisas nämnden.

Den styrning som indirekt finns beträffande personella resurser påverkas dels av den ersättning som utgår till utförare, dels genom de formulerade trygghetskrav, som återfinns i dokumentet "Basutbud och kvalitetskrav" för särskilt boende. I juni 2011 beslutade nämnden om ökad ersättning med 73 kronor per plats och dygn i särskilt boende, vilket skulle gälla fr om 1 juli 2011. Höjningen var föranledd av en särskild granskning som genomfördes av socialförvaltningen avseende bemanningen nattetid vid demensboenden inom kommunen. Efter den särskilda granskningen beslutades även att revidera kvalitetskraven så att det tydligare framgår vilka krav som ställs på bemanning kopplat till de boendes trygghet.

Nämndens kvalitetskrav (2011-06-22) kopplat till trygghet i särskilt boende:

- I boendet ska personal finnas i den boendes närhet under hela dygnet.
- Den boende ska ha möjlighet att få kontakt med personal vid behov.

- Ansvarig chef ska kontinuerligt utvärdera och genomföra en riskbedömning för att se över att behoven av bemanning motsvarar behoven för de boende.
- Personalen ska utan dröjsmål kunna ingripa vid larm samt ha den regelbundna tillsyn som krävs utifrån de boendes behov.

Sedan tidigare finns ett nämndsbeslut och en skriftlig riktlinje om att kund inom särskilt boende eller hemtjänst inte ska behöva sluta sina dagar ensam. Efter sjuksköterskas bedömning ska extra personal kunna sättas in vid vård i livets slutskede.

För hemtjänsten finns dokumentet "Kvalitetskrav för hemtjänsten". I detta dokument finns inte motsvarande skrivning beträffande "trygghet", men istället anges att:

- Insatserna som är beslutade ska utföras eller så ska en överenskommelse vara gjord med den enskilde inom 48 timmar efter beställningen.
- Tillgång ska finnas till kompetent personal dygnet runt utifrån den enskildes bedömda behov.
- Den enskilde ska ha möjlighet att påverka tid för hjälp.
- Den enskilde ska vara delaktig i upprättandet av genomförandeplanen för hur insatsen ska utföras. Planen ska vara upprättad inom 14 dagar från det att hemtjänsten startat.

Ersättning utgår för de insatser som behovsbedömts och beslutats av biståndsbedömaren. Ersättningen är schabloniserad per insats och är bedömd att täcka utförarens tidsåtgång för att utföra insatsen.

### **Individnivå**

Uppdragsavdelningens biståndsbedömaren utreder behov av insatser och fattar beslut om insats. Tidigare framgick i de enskilda bostadsbesluten vilka olika omsorgsinsatser som skulle utföras inom boendet. Sedan en tid tillbaka specificeras inte vilka sociala omsorgsinsatser som beviljats, utan nu sker bedömningen hos utföraren. Kundens omsorgsbehov skrivs ned gemensamt av personalen och kunden i en genomförandeplan (hur insatserna ska utföras) i samband med att beslutet verkställs. För att följa upp bostadsbesluten på individnivå har avdelningen tagit fram en mall för "intervju" av den enskilde och som kopplats till några av kvalitetskriterierna för särskilt boende.

När det gäller utförande av hemtjänstinsatser framgår i biståndsbeslutet vilka insatser som ska utföras och beslutet fungerar som en beställning till utföraren. Med beslutet som underlag ska en genomförandeplan upprättas tillsammans med kunden.

### **Avtal och överenskommelser – stickprovvis granskning**

För att verifiera nämndens styrning avseende bemanning och kvalitetskrav har vi tagit del av de avtal och överenskommelser som gäller de verksamheter vi besökt. Vi har granskat avtal och överenskommelser utifrån ett antal kontrollmål som vi menar kan påverka bemanningsbehovet.

## Kontrollmål/Verksamhet

Särskilt boende	Egen regi	Extern utförare
Finns avtal eller överenskommelse	JA	JA
Framgår vad som ska utföras	JA	JA
Framgår personalkategorier	NEJ	varierar
Framgår bemanning	NEJ	NEJ
Krävs riskbedömning avseende bemanning	JA	JA
Framgår meddelarfrihet	JA	varierar
Finns krav på att följa socialnämndens riktlinjer	JA	JA

Hemtjänst	Egen regi	Extern utförare
Finns avtal eller överenskommelse	JA	JA
Framgår vad som ska utföras	JA	JA
Framgår personalkategorier	JA	JA
Framgår bemanning	NEJ - ej aktuellt	NEJ - ej aktuellt
Krävs riskbedömning avseende bemanning	NEJ	NEJ
Framgår meddelarfrihet	JA	JA
Finns krav på att följa socialnämndens riktlinjer	JA	JA

### 2.2.1. Våra iakttagelser och bedömningar

Socialnämnden ställer inga specifika krav på bemanning inom de olika boendeformerna för att tillgodose kunders behov av insatser och stöd under dag, kväll eller natt utan utföraren ersätts motsvarande platskostnad per dygn. Efter socialnämndens egen granskning under år 2011 av bemanningen nattetid beslutade nämnden i juni 2011 att höja ersättningen till utförare inom särskilda bostäder samt att tydliggöra kvalitetskraven.

Nämnden ställer inga krav på metod för vårdtyngdsmätning utan respektive utförarens ansvarige chef ska, i enlighet med kvalitetskraven, "kontinuerligt utvärdera och genomföra en riskbedömning för att se över att behoven av bemanning motsvarar behoven för de boende". De detaljerade bostadsbesluten, där det framgick vilka insatser som ska utföras i boendet, har tagits bort och de insatser som ska utföras ska nu framgå i den genomförandeplan som utföraren tillsammans med den enskilde ska upprätta. Där ska även framgå hur insatserna ska utföras.

De personella resurserna inom hemtjänsten styrs genom utbetalning av ersättning för biståndsbedömda insatser. Vid våra besök i verksamheterna har vi uppfattat att det finns en regelbunden dialog mellan biståndsbedömare och utförare om kunders eventuella förändrade behov.

Vi bedömer att trygghetskraven och kopplingen till bemanning som framgår i dokumentet Basutbud och kvalitetskrav kan tydliggöras ytterligare. Vi bedömer även att krav bör ställas på att riskbedömningarna ska vara dokumenterade och utgå från av nämnden definierade kriterier. Vi anser att nämndens krav på meddelarfrihet ska framgå i samtliga avtal.

## 2.3. Finns metod för att fördela personalresurser efter behov inom särskilt boende?

Ingen av de verksamhetsansvariga på de särskilda boenden, varken i egen regin eller hos privata utförare använder egen metod för vårdtyngdsmätning för att fördela resurser med hänsyn till kundernas behov. De intryck vi får, både i samtal med chefer och med personal på enheten, är att omvårdnadspersonalen arbetar flexibelt mellan olika avdelningar med hänsyn till de aktuella behoven.

Eftersom det inte finns några specifika metoder för fördelning av personalresurser har vi vid våra besök (både vårdboende och demensboende) ställt frågor med hänsyn till kvalitetskraven i dokumentet "Basutbud och kvalitetskrav inom särskilt boende". Vi redovisar svaren här nedan.

Är resurserna ändamålsenligt fördelade inom boendena?	Egen regin	Extern utförare
Ansvarig enhetschefs egen bedömning om bemanning - dagtid	Tillräcklig	Tillräcklig
Ansvarig enhetschefs egen bedömning om bemanning – på natten	Tillräcklig	Tillräcklig
Görs riskbedömningar – behov av personal i förhållande till kunders behov – regelbundet	NEJ	Varierar, ej dokumenterat
Finns rutiner och system för att säkerställa att larminsatser utförs enl. kvalitetskrav	NEJ	NEJ
Tillämpas rutiner för vård i livets slutskede	JA	JA

Under november 2011 gjorde Utvecklings- och kvalitetsavdelningen en första uppföljning av hur utförarna inom särskilt boende arbetat med att tillgodose de ändrade kvalitetskraven och den höjda ersättningen. Uppföljningen gjordes i form av ett brev med tre frågeställningar. Samtliga utförare redovisade att nattbemanningen setts över och utökats samt att personalen oftare utökades efter behov. I brevet ställdes inga frågor om riskbedömningar. Uppföljningen redovisades för socialnämnden i november.

I slutet av november påbörjade avdelningen en fördjupad granskning med syftet att kontrollera hur ansvariga på särskilda boenden arbetar med riskbedömning och bemanning. Arbetet kommer att fortsätta under våren 2012.

### 2.3.1. Våra iakttagelser och bedömningar

De intervjuade utförarna bedömer att bemanningen är tillräcklig och att kommunens ersättning möjliggör en god bemanning. Vi ställde frågor om aktuell bemanning och fick veta att bemanningen på dagtid på de besökta enheterna (enheter med blandade boendeformer) varierar mellan 0,63 och 0,78 årsarbetare per plats. På natten varierade bemanningen mellan en undersköterska på 17 boende (extern utförare) till en undersköterska på 11 boende (kommunal regi). Det varierade mellan enheterna om överblickbarheten var god inom de olika boendeavdelningarna.

Formuleringen om riskbedömningar i nämndens dokument om Basutbud och kvalitetskrav var inte känd hos alla intervjuade. Ansvariga chefer kunde inte på något enhetligt sätt redogöra för hur regelbundna riskbedömningar om behov av perso-

nella resurser genomförs. Socialnämnden har hitintills, genom sina kvalitetsinspektioner, inte följt upp om ovanstående trygghetskrav efterlevs i samtliga enheter. Ingen av de besökta utförarna hade varit med om att kraven hade granskats inom ramen för kvalitetsrevisionerna.

Vi bedömer det vara en brist att socialnämnden i sina kvalitetsinspektioner inte följt upp kraven rörande personella resurser. Vi kan konstatera att samtliga besökta utförare saknade rutiner för riskbedömningar för att se över att behoven av bemanning motsvarar behoven för de boende. Det var först sedan nämnden höjt ersättningen (sommaren 2011) som arbetet i november startat med "fördjupad kvalitetsrevision" som även innehåller kontroll av enhetens arbete med riskbedömning och behovsbemanning. Vi bedömer att rutiner som säkerställer en korrekt bemanning vid vård i livets slut efterlevs i de besökta enheterna. Kostnaderna för de extra personella resurser som krävs vid vak ingår i platsersättningen till utföraren.

Vid vårt granskningstillfälle hade det inte genomförts riskbedömningar systematiskt eller på ett enhetligt sätt inom besökta enheter. Det saknades även en gemensam metod för vårdtyngdsmätning, vilket leder till vår bedömning att det är omöjligt att avgöra om personella resurser är ändamålsenligt fördelade, d v s efter kundernas behov.

#### ***2.4. Finns metod för att fördela resurser inom hemtjänsten?***

Biståndsbedömaren fattar beslut om vilka insatser som hemtjänsten ska utföra. Till varje insats hör en genomsnittlig schablontid för att utföra insatsen. Detta är utgångsläget när det gäller att fördela resurser. Alla utförare får ersättning med hänsyn till den beviljade tiden eftersom man utgår från att alla beslut utförs. Ersättningen höjs årligen med hänsyn till omsorgsprisindex (OPI).

Externa utförare kan inte hämta biståndsbedömarnas beställningar via verksamhetssystemet utan måste personligen hämta dessa vid besök på socialförvaltningen.

Nämnden ställer inga krav på system för att planera utförandet av hemtjänstinsatser. Inom egenregi används ett digitalt planeringssystem, Laps Care. Hos de externa utförare vi besökt finns inte motsvarande tekniska planeringssystem, utan där finns egna upprättade mallar.

Den utförda tiden mäts digitalt genom Intraphone, som är ett gemensamt system för alla utförare. På så sätt kan utvecklingen följas. Beviljad tid och utförd tid följs upp per utförare och rapporteras även till nämnden.

Vid våra besök hos fyra hemtjänstutförare ställde vi frågor om bemanning i förhållande till behov och kvalitetskrav. Vi redovisar svaren här nedan:

Tillämpas metoden för fördelning av resurser?	Egen regin	Extern utförare
Ansvarig chefs egen bedömning om bemanning – dag- och kvällstid	Tillräcklig, tack vare planeringssystem	Tillräcklig
Ansvarig chefs egen bedömning om bemanning – på natten	Tillräcklig	Ej aktuellt
Görs riskbedömningar – behov av personal i förhållande till kunders behov - regelbundet?	NEJ – ej regelbundet	NEJ – ej regelbundet
Finns rutiner och system för att säkerställa att larminsatser utförs enl kvalitetskrav?	Ja, inom eget område – varierar mellan områden	larm utförs av annan
Tillämpas rutiner för vård i livets slutskede?	JA	JA

#### 2.4.1. Våra iakttagelser och bedömningar

Hemtjänstutförarnas rutiner för planering och uppföljning av personella resurser har under år 2011 inte varit föremål för granskning av socialnämndens kvalitetsrevision. I våra intervjuer med utförarna framgår att då behovet av tid hos en hemtjänstmottagare överstiger den planerade uppmärksammas gruppens planerare. En analys görs av behovet av utökade personella resurser. Det kan leda till förändringar i befintligt schema eller utökade resurser och då kanske även nytt biståndsbeslut behöver fattas. Med hjälp av data från Intraphone kan planerare och enhetschef kontrollera behovsökningen.

En av de externa utförare som intervjuades efterlyste tillgång till gemensamt digitalt planeringssystem – d v s det system som egenregin använder. De påtalade även att det var svårt att inrymma kostnader för dubbelbemanning i den ersättning som betalas ut.

Rutiner för vård i livets slutskede var kända och tillämpades. Utförare av hemtjänstinsatser erhöll extra ersättning i efterskott som kompensation för extraresurser.

Vi bedömer att nämnden, trots att de månatligen kommer att få en uppföljningsrapport över beviljad tid och utförd tid, knappast kan få en tillräcklig bild över bemanningsbehovet i förhållande till aktuell bemanning inom hemtjänsten. Vi rekommenderar att det, i samband med kvalitetskontroll, även görs kontroller av överensstämmelsen mellan biståndsbedömd tid, planerad tid och utförd tid i ett antal enskilda beslut. Vi bedömer att rutiner som säkerställer en korrekt bemanning vid vård i livets slut efterlevs inom de besökta hemtjänstgrupperna.

Hemtjänstgrupperna, beroende på om de hör till egenregin eller är externa utförare, har olika förutsättningar (metoder och olika antal hemtjänstkunder) för att planera in de hemtjänstinsatser som ska utföras. Vi bedömer att egenregin har ett ändamålsenligt sätt att fördela resurser inom hemtjänsten. Vi bedömer det vara svårt att

avgöra om metoden för att fördela resurser inom externt utförd hemtjänst tillämpas på ett ändamålsenligt sätt, då det varierar mellan externa hemtjänstutförares förutsättningar.

## ***2.5. Finns policy och rutiner för vikarierekrytering?***

Nämndens utförare i egenregi har en skriftlig rutin vid sjukfrånvaro och för anskaffning av ersättare. Av rutinen framgår att behovet om möjligt i första hand ska lösas genom omfördelning av resurser inom enheten. I andra hand ska deltidsanställd personal som vill arbeta fyllnad användas. I tredje hand görs en beställning av vikarie hos egenregins Bemanningseenhet. Bemanningseenheten svarar för rekrytering och fördelning av vikarier inom egenregin, både hemtjänst och särskilt boende. I sista hand sker inbeordring av personal. Under kvällstid och helger har tjänstgörande personal befogenhet att beordra in personal. I våra intervjuer med utförarna inom egenregin (både chefer och omvårdnadspersonal) framförs att rutinerna för anskaffning av ersättare tillämpas. Bemanningseenheten upplevs ge god service åt enheterna. Införandet av central vikarierekrytering upplevs som en förbättring. I ytterområdena kan tillgången på vikarier emellanåt vara låg.

Hos de besökta externa utförarna fanns inte motsvarande skriftliga rutiner för anskaffning av vikarier. Uppgiften att rekrytera vilade oftast under vardagar/dagtid på enhetschef och på tjänstgörande personal under kvällar och helger. De enheter vi besökte hade en lista på lämpliga personer att anlita i de fall den ordinarie personalen inte valde att tillfälligtvis gå in på "fyllnadstid". De externa utförarna har inte tillgång till nämndens bemanningseenhet, men ansåg å andra sidan att det inte varit svårt att rekrytera vikarier.

### ***2.5.1. Våra iakttagelser och bedömningar***

Vi bedömer att socialnämndens utförare i egenregi har ändamålsenliga rutiner för vikarieanskaffning. De externa utförarna bedömde själva att det inte varit något problem att vid behov rekrytera vikarier.

## ***2.6. Nämndens kvalitetsinspektioner***

Enligt nämndens nuvarande Riktlinjer för kvalitetsrevision ska dessa kunna utföras via brukarundersökningar, genom utförarens självskattning (enkäter som ansvariga ska besvara och som bl a gäller egen kontroll av verksamheten), genom besök (anmälda och oanmälda). Uppföljningar görs även av en del dokument som enhetens verksamhetsberättelse, anmälningar enligt Lex Sarah, tillbud, avvikelser och synpunkter/klagomål.

Av Riktlinjerna för kvalitetsrevision framgår att samtliga verksamheter ska ha haft en kvalitetsrevision vart tredje år. Av våra intervjuer framkommer att revisioner genomförs en gång per år de senaste två åren. Socialnämndens kvalitetsrevision utförs både i egenregin och hos externa utförares verksamhet samt på ett liknande sätt.

Vi har tagit del av nämndens kvalitetsinspektioner för år 2011 och som gjorts på de enheter vi besökt. Revisionen har i dessa fall fokuserat på frågeområden som; dokumentation inom utförandet och att det finns genomförandeplan, att kontaktman

uteses, att aktiviteter erbjuds, om den medicinska omvårdnaden, om hygien och arbetskläder, om aktivering och rehabilitering samt att det finns rutiner för avvikelser, synpunkter och klagomål.

Enligt riktlinjen ska kvalitetsrevisionen dokumenteras genom att iakttagelser noteras i en revisionsrapport om vad som framkommit i revisionen. Vi har tagit del av dessa sk revisionsrapporter. De består av 1-2 sidor där det noteras förändringar i förhållande till tidigare år. Till rapporten hör en bilaga där resultatet från granskningen av de olika frågeområdena redovisas i tabellform. Olika frågeområden ger olika antal poäng (viktat), och ett sammanställt resultat framgår, som visar rött (inte godkänt – ska förbättras omedelbart), gult (godkänt – förbättringar behöver ske) eller grönt (väl godkänt – ska bibehållas och om möjligt förbättras). Någon djupare analys med slutsatser ges inte.

Av revisionsrapportens bilaga framgår att endast ett antal underlag per frågeområde undersöks vid inspektionen. Urvalet av granskade ärenden är lågt per enhet. Utfallet av revisionen blir därför starkt beroende av vilka ärenden som råkar väljas ut. Hos en utförare har samma urvalsmetod använts flera år; de första åtta kunderna i bokstavsordning väljs ut. Ingen av de besökta utförarna hade varit föremål för oanmält granskningsbesök från kvalitetsavdelningen under år 2011.

De enheter vi besökte hade samtliga fått grönt i sina slutliga sammanställningar, trots att två av dessa i sina delresultat hade röda värden.

Sedan senhösten 2011 pågår ett utvecklingsarbete för att förbättra kvalitetsrevisionerna. Vi har tagit del av en OH-presentation som innehåller förslag till förändringar i struktur och arbetssätt och som presenterades för nämndens arbetsutskott i mitten av januari 2012. Planeringen är att det förändrade arbetssättet ska presenteras i nämnden för beslut senare i vår.

### *2.6.1. Iakttagelser och bedömning*

Som tidigare redovisats granskas inte omfattning av personella resurser specifikt per enhet. Vid vårt granskningstillfälle noterades inte om det görs riskbedömningar avseende bemanningsbehov med hänsyn till kundernas behov eller på vilket sätt dessa görs. Det framgår inte om det finns system för att säkerställa att larminsatser besvaras enligt kvalitetskraven eller andra indikatorer som direkt kan påverka kvaliteten och tryggheten för kunden.

Vid våra besök i verksamheterna ställde vi frågor om system och struktur för kvalitetsrevisioner. Vi har förstått, med hänsyn till de besökta enheterna, att det under år 2011 har kontrollerats framför allt sådant som är ”enkelt” att följa upp, t ex om det finns genomförandeplaner, hur dokumentationen utförs, att hygienföreskrifter efterlevs osv. Vår bedömning är att kontroller av sådana företeelser/kvalitetsindikatorer och med det metodval som använts inte på något tydligt sätt redovisar hur kunden upplever tryggheten och hur kvaliteten verkligen är på enheten. Här ser vi ett stort utvecklingsområde för nämnden. Det pågår ett arbete inom Utvecklings- och kvalitetsavdelningen sedan senhösten 2011 för att utveckla kvalitetsinspektionerna.



## ***2.7. System för att åtgärda brister***

Efter en kvalitetsrevision ska iakttagelserna från besöket dokumenteras i en revisionsrapport som ska skickas till den som granskats. Vid behov ska den ansvarige chefen upprätta en handlingsplan utifrån de synpunkter och förbättringsbehov som framkommit. Planen ska ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet inom enheten. Rapportering till nämnd om kvalitetsrevisionerna sker muntligt på nämndens sammanträden och i viss mån i den verksamhetsrapport som redovisas månatligen.

Den månatliga verksamhetsrapporten är under utveckling och vi fick ta del av ett förslag till ny månadsrapport, som även diskuterats i nämnden i november 2011. I förslaget fanns möjlighet att rapportera fler kvalitetsindikatorer.

### ***2.7.1. Våra iakttagelser och bedömningar***

Vid våra besök på de nio utvalda enheterna visade det sig att formerna skilje sig för att redovisa en handlingsplan med planerade och vidtagna åtgärder efter genomförda kvalitetsrevisioner. En av de besökta utförarna fick ta fram en handlingsplan som visade hur uppmärksammade brister skulle åtgärdats. En annan utförare erbjöds kortare utbildning och en mall för genomförandeplan. I ytterligare ett fall ställdes inget krav på handlingsplan trots att det fanns brister noterade.

Vår bedömning är att system och struktur för att enheterna ska åtgärda de brister som framkommit vid nämndens kvalitetsrevisioner behöver utvecklas och därefter tillämpas på det sätt som framgår av riktlinjen.

Ange datum

**Ange namn**

---

*Projektledare*

**Ange namn**

---

*Uppdragsledare*