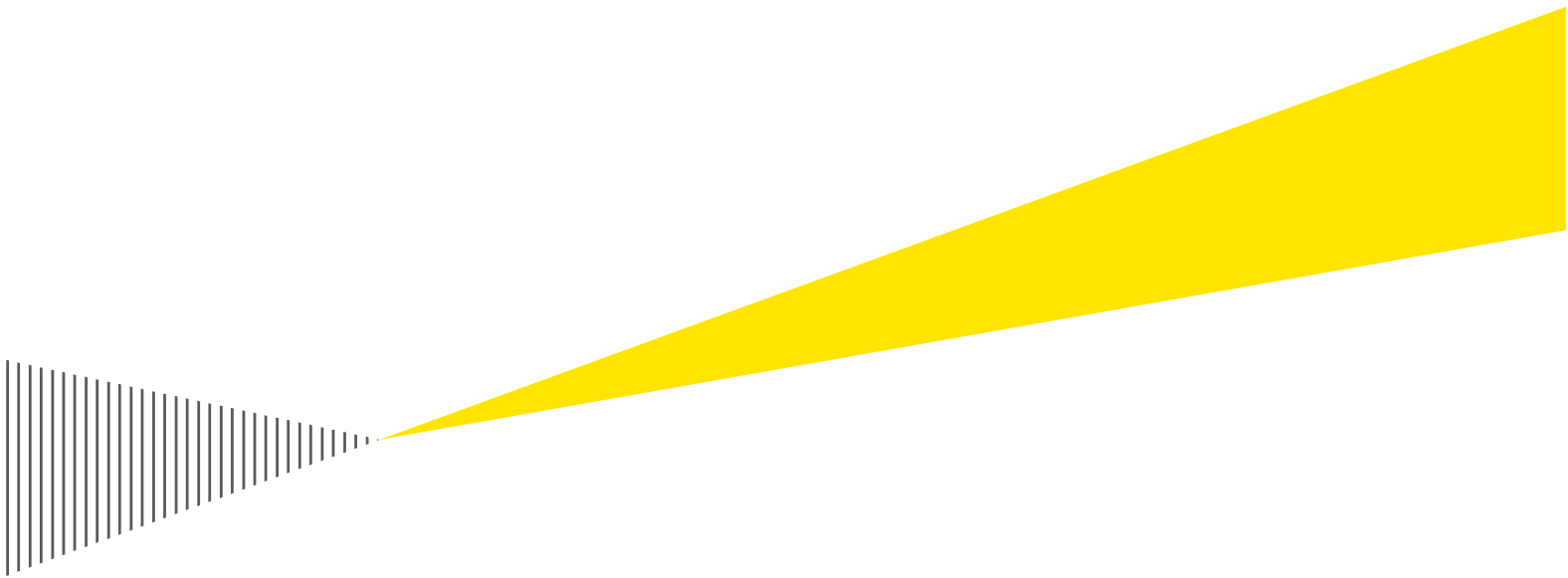


# Helsingborg stad

Granskning av ärendedokumentation  
på miljönämnden, socialnämnden och  
vård- och omsorgsnämnden



Building a better  
working world

## Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor .....	3
2.3. Genomförande .....	3
2.4. Revisionskriterier.....	3
2.5. Helsingborgs styrning.....	4
<b>3. Socialnämnden.....</b>	<b>5</b>
3.1. Organisation.....	5
3.2. Styrning och uppföljning .....	5
3.3. Dokumentation av familjehemsvård.....	6
3.4. Dokumentation av placeringar av vuxna .....	9
3.5. Bedömning.....	10
<b>4. Miljönämnden .....</b>	<b>12</b>
4.1. Organisation.....	12
4.2. Styrning och uppföljning .....	12
4.3. Dokumentation av livsmedelskontroller .....	12
4.4. Bedömning.....	14
<b>5. Vård- och omsorgsnämnden .....</b>	<b>15</b>
5.1. Organisation.....	15
5.2. Styrning och uppföljning .....	15
5.3. Dokumentation av myndighetsutövning av hemvård- samt LSS-insatser.....	16
5.4. Bedömning.....	18
<b>6. Bedömning .....</b>	<b>20</b>
<i>Bilaga 1: Källförteckning .....</i>	<i>22</i>
<i>Bilaga 2: Stickprov .....</i>	<i>24</i>
<i>Bilaga 3: Revisionskriterier.....</i>	<i>25</i>

## 1. Sammanfattning

De förtroendevalda revisorerna i Helsingborgs stad har i sin revisionsplan för 2018 beslutat att göra en granskning av hur socialnämnden, miljönämnden och vård- och omsorgsnämnden arbetar med ärendedokumentation.

Granskningen av *socialnämnden* är avgränsad till beslut om familjehemsvård, konsulentstödda familjehem och beslut om placeringar av vuxna i egen regi. Granskningen visar att det till viss del finns aktuella rutiner och riktlinjer för det granskade området. Stödet för ärendedokumentation är inte fullt ut implementerat och i verksamheten efterfrågas i vissa delar lokalt utformat stöd och rutiner. Det finns delvis olika syn inom förvaltningen hur stöd i form av rutiner och riktlinjer ska tillhandahållas och utformas. Det sker ingen systematisk uppföljning av att lokalt utformade rutiner är aktuella.

Genomförda intervjuer och stickprov visar att dokumentation av utredningar, uppföljning och beslut skiljer sig åt. Genomförda stickprov visar ett flertal brister i dokumentationen. Stickprovet av placeringar av ensamkommande barn i familjehemsvård visar att dokumentationen har stora brister. Det saknas generellt sett en systematisk och dokumenterad kontroll och uppföljning av ärendedokumentationen.

Granskningen av *miljönämnden* är avgränsad till ärendedokumentation kopplat livsmedelskontroll. Granskningen visar att det finns rutiner för ärendedokumentation. Livsmedelsavdelningen har dokumenterat och fördelat ansvaret för att hålla rutinerna uppdaterade bland medarbetare. Avdelningen arbetar på ett systematiskt sätt för att bevaka förändringar i lagstiftningen.

Genomfört stickprov visar att ärenden dokumenterats utifrån beslutade mallar, rutiner och riktlinjer. Inom verksamheten genomförs systematisk uppföljning av ärendedokumentation. Granskningen visar att nämnden inte tar del av denna uppföljning. Nämnden tar årligen del av utfallet av internkontroll.

I granskningen av *vård- och omsorgsnämnden* framkommer att rutiner är ett utvecklingsområde och att befintliga rutiner inte är fullt ut implementerade. Det saknas systematisk uppföljning av att regelverket är aktuellt. Myndighetsenheten har påbörjat arbetet med att revidera befintliga rutiner för handläggning.

Genomfört stickprov visar att ärendedokumentationen inte är enhetlig utformad. Stickprovet visar också att rutin för årliga individuppföljningar inte följts fullt ut. I granskningen har framkommit att det saknas generellt sett en systematisk och dokumenterad kontroll och uppföljning av ärendedokumentation och handläggning. Förvaltningen har under året beslutat om en struktur för systematisk uppföljning.

Utifrån granskningens syfte och avgränsning bedömer vi att *socialnämnden* och *vård- och omsorgsnämnden* inte fullt ut har tillsett en ändamålsenlig hantering av dokumentation i sin myndighetsutövning. Utifrån granskningens syfte och avgränsning bedömer vi att *miljönämnden* i stort har tillsett en ändamålsenlig hantering av dokumentation i myndighetsutövningen utifrån granskningens avgränsning.

Vi redovisar rekommendationer till respektive nämnd i rapporten.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

De förtroendevalda revisorerna i Helsingborgs stad har i sin revisionsplan för 2018 beslutat att göra en granskning av hur socialnämnden, miljönämnden och vård- och omsorgsnämnden arbetar med ärendedokumentation.

Stadens ärendehanteringsprocess är en viktig beståndsdel i varje verksamhet. Det är också en nödvändighet för att efterleva de lagkrav som finns gällande tillgång till handlingar och insyn i det som berör stadens angelägenheter.

Inom de myndighetsutövande verksamheterna är god dokumentation och struktur i ärendehantering även av vikt för att uppfylla de specifika lagkrav som berör miljötillsyn, socialtjänst och vård- och omsorg. En bristande ärendehantering och dokumentation riskerar att få konsekvenser för enskilda medborgare och brukare. Det riskerar även att påverka allmänhetens förtroende för staden, och att rättssäkerheten äventyras.

### 2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att granska om socialnämnden, miljönämnden och vård- och omsorgsnämnden i sin hantering vid myndighetsutövning har en ändamålsenlig dokumentation. I granskningen kommer följande frågor att besvaras:

- ▶ Finns det rutiner och riktlinjer på de utvalda nämnderna och är dessa utformade i enlighet med gällande lagstiftning?
- ▶ Följer nämndernas dokumentation vid myndighetsutövning gällande regelverk?
- ▶ Finns en ändamålsenlig uppföljning och intern kontroll av gällande regelverk på respektive nämnd?

### 2.3. Genomförande

Granskningen grundas på intervjuer, dokumentstudier och stickprov. Källförteckning med granskade dokument och intervjuade funktioner framgår av bilaga 1.

I stickprovet har ett slumpvist urval av akter/kontrollrapporter granskats. Urval och genomförande av stickprov redovisas i bilaga 2.

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att sakgranska rapporten. Granskningen är genomförd april - oktober 2018.

### 2.4. Revisionskriterier

- ▶ Kommunallag, (2017:725 6 kap)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9 kap 5)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. (2014:5)
- ▶ Livsmedelslagen (2006:804)
- ▶ Helsingborgs stads reglemente för intern kontroll
- ▶ Helsingborgs stads riktlinjer för mål- och resultatstyrning

- ▶ Riktlinjer för Helsingborgs stads styrdokument

Vi utvecklar revisionskriterierna för granskningen i bilaga 3.

## **2.5. Helsingborgs styrning**

I *Riktlinjer för Helsingborgs stads styrdokument* fastställs att nämnd ska besluta om plan för mål och ekonomi, delegationsordning och arbetsinstruktion. Förvaltning får enligt fastställd beslutshierarki besluta om handböcker, instruktioner, rutiner, regler och anvisningar. I *Helsingborgs stads riktlinjer för mål- och resultatstyrning* framgår att respektive förvaltning ska ta fram interna rutiner utifrån stadens övergripande anvisningar och riktlinjer för verksamhetsplanering och uppföljning.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver socialtjänst regelbundet identifiera och analysera vad det finns för risker som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Vidare ska det genomföras löpande egenkontroller för att säkra verksamhetens kvalitet.

### 3. Socialnämnden

Granskningen är avgränsad till socialnämndens hantering av ärendedokumentation vad gäller familjehem för barn och unga, konsulentstödda familjehem<sup>1</sup> för ensamkommande barn och boende för vuxna.

Vi noterar inledningsvis att stadsrevisionen under 2017 genomförde en så kallad kortgranskning av socialnämnden. I granskningen redovisas ett antal iakttagelser avseende uppföljning av externt placerade individer. Det anges att det vid granskningstillfället saknades rutiner för uppföljning av externt placerade vuxna individer och att uppföljningens kvalitet varierade.

#### 3.1. Organisation

Socialförvaltningen är organiserad i tre verksamhetsområden:

- ▶ *barn, unga och familj*
- ▶ *vuxen*
- ▶ *gemensamma resurser*

Inom verksamhetsområde barn, unga och familj finns *familjehemsenheter*<sup>2</sup>.

Förvaltningen leds av en socialdirektör sam en övergripande ledningsstab bestående av en ledningsgrupp med verksamhetschefer, administrativ chef, personalchef, ekonomichef och utvecklingsansvarig.

#### 3.2. Styrning och uppföljning

Socialnämnden styr verksamheten genom mål och följer upp den genom månatliga rapporter från förvaltningen, delårs- samt årsrapporter. Målen för 2018 avser inte ärendedokumentation. Nämnden beslutar årligen om internkontrollplaner. I internkontrollplanen för 2018 återfinns inte kontroll som avser ärendedokumentation<sup>3</sup>. Vi har i granskningen inte funnit att nämnden i övrigt följer upp ärendedokumentationen på ett systematiskt sätt.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd<sup>4</sup> ska den som bedriver socialtjänst ha ett kvalitetsledningssystem. Regelbunden analys av verksamhetens risker ska genomföras och en plan för egenkontroll upprättas för att säkra verksamhetens kvalitet. Enligt kvalitets- och utvecklingschefen återstår arbete med digitalisering av kvalitetsledningssystemet. Ett antal rutiner är inte dokumenterade i systemet utan återfinns på intranätet. Det återstår även arbete med kartläggning av vissa processer. Kvalitetsledningssystemet planeras vara färdigt till årsskiftet 2018/2019.

---

<sup>1</sup> Med konsulentstödda familjehem avses familjehem som bedrivs av extern utförare. Den externa utföraren tillhandahåller en konsult som har till uppdrag att stödja familjehemmet.

<sup>2</sup> Därutöver finns en enhet för utredning och uppföljning, enhet för familjebehandling samt boende för ensamkommande barn.

<sup>3</sup> I 2017 års internkontrollplan ingick ett kontrollområde avseende kvalitetsledningssystemet. I uppföljning av internkontrollplanen framgick att de digitala länkarna i kvalitetsledningssystemet inte fungerade och att ett stort antal dokument inte gick att läsa. Avvikelserna bedömdes av förvaltningen som lindriga.

<sup>4</sup> SOFS 2011:9

Enligt uppgift upprättades planer för egenkontroll för respektive verksamhetsområde inför 2017. Dessa dokumenterades i verksamhetens digitala verktyg<sup>5</sup>. I planerna som avser verksamhetsområdena vuxen respektive barn och familj återfinns vissa kontrollpunkter som rör ärendedokumentation. Verksamheterna beskrivs ha genomfört och dokumenterat kontrollen i systemet. Förvaltningen och nämnden fick enligt uppgift inte del av genomförd egenkontroll. Enligt uppgift har inte genomförts någon egenkontroll utifrån de upprättade planerna eller på annat sätt under 2018.

Socialnämnden beslutade i maj 2018 om en ny reviderad arkivredovisning, så kallad dokumenthanteringsplan. I planen framgår hur ärenden rörande ensamkommande barn och unga ska hanteras. Beslut, utredning, vårdplan, genomförandeplan och uppföljning ska enligt planen dokumenteras i IT-stödet ProCapita. Det framgår av protokollet att familjehemsenheten och vuxenheten som inte ingår i nuvarande dokumenthanteringsplan ska inkluderas vid nästkommande revidering.

Nämnden har under 2018 tagit del av fyra Lex Sarah<sup>6</sup>-utredningar avseende ärendedokumentation för ensamkommande barn. I utredningarna beskrivs fyra ärenden som rör bland annat ärendedokumentation och rutiner. I två av fyra fall har förvaltningen beslutat att anmäla ärendena till inspektionen för vård- och omsorg (IVO).

I granskningen framkommer delvis olika bilder kring rutiner och stöd för ärendedokumentation. I vissa intervjuer framhålls att förvaltningen strävar efter att upprätta så få lokala rutiner och riktlinjer som möjligt. Istället ska handläggningen ske utifrån nationella regelverk som exempelvis lagar, föreskrifter, Socialstyrelsens handböcker och allmänna råd. Syftet uppges exempelvis vara att säkra att rutiner inte skiljer sig åt mellan enheter eller blir föråldrade. I andra intervjuer lyfts att det finns behov av lokalt framtagna rutiner och i flera fall uppges saknas stöd för ärendedokumentation. Hur riktlinjer, rutiner och annat stöd för ärendedokumentation implementeras beskrivs i vissa intervjuer som ett utvecklingsområde.

Det framgår av granskningen att respektive chef i verksamheten ansvarar för att tillse att det finns aktuella rutiner där det finns behov av sådana. I intervjuer framkommer att förvaltningens jurister informerar om förändringar i lagstiftning. Därefter görs eventuella förändringar i rutiner av enheten. Sakkunniga ansvarar därefter för att informationen förs vidare till respektive team. Det sker ingen systematisk uppföljning av att rutiner och riktlinjer är aktuella.

### **3.3. Dokumentation av familjehemsvård**

Familjehemsenheten rekryterar, utreder, ger stöd till och följer upp familjehem genom sina *familjehemssekreterare*. Enhetens *barnhandläggare* följer upp insatsen för det placerade barnet<sup>7</sup>. Familjehemssekreterare respektive barnhandläggare är organiserade i två team som leds av varsin sektionschef. Enheten i sin helhet leds av enhetschef. Socialsekreterare som handlägger ärenden för ensamkommande barn ingår bland barnhandläggare och familjehemssekreterare.

Processen för att handlägga familjehemsärenden beskrivs översiktligt i nedanstående figur.

---

<sup>5</sup> Stratsys.

<sup>6</sup> Bestämmelserna om lex Sarah regleras i socialtjänstlagen. Bestämmelserna omfattar flera skyldigheter som riktar sig till bland annat verksamheter inom socialtjänsten. I bestämmelserna ingår skyldigheten att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att utveckla verksamheten. Källa: Socialstyrelsens handbok om tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah.

<sup>7</sup> På enheten finns även en jour- och rekryteringsgrupp som leds av enhetschefen.



Figur 1: EYs tolkning av handlägningsprocessen för familjehemsärenden

Handläggningen dokumenteras i IT-systemet. Utredningsmallens rubriker utgår från metoden *barns behov i centrum* (BBIC) som är framtagen av Socialstyrelsen<sup>8</sup>. I intervjuer uppges att det finns behov av att tydliggöra hur utredning respektive journalanteckningar ska dokumenteras i systemet för att säkerställa att det görs på ett likartat sätt. Enligt uppgift läser sektionschef igenom samtliga utredningar. Någon motsvarande kvalitetssäkring genomförs inte vad gäller journalanteckningar.

Det pågår arbete med att färdigställa process och rutiner i kvalitetsledningssystemet avseende familjehem. I dagsläget återfinns rutinerna på intranätet. Det saknas processbeskrivning i kvalitetsledningssystemet kring konsulentstödda familjehem.

Vid intervjutillfället uppges att enheten saknar plan för egenkontroll avseende 2018. I enhetens styrkort för 2018 ingår inte kontroll av ärendedokumentation rörande familjehem eller konsulentstödda familjehem. Det har i övrigt inte framkommit att enheten genomför någon systematisk och dokumenterad kontroll av ärendedokumentationen.

Uppföljning av familjehem och konsulentstödda familjehem regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Familjehemssekreterarna ansvarar för att planera och följa upp beslut om familjehem. Enligt uppgift är risken för att uppföljning inte sker låg eftersom varje ärende har både en familjehemssekreterare och en barnhandläggare. Vid regelbundna teammöten diskuteras samtliga ärenden.

I konsulentstödda ärenden är det främst barnhandläggarna som har kontakt med den externa utföraren. Det saknas rutin som beskriver hur kommunen ska förhålla sig till konsulenterna. Det uppges variera hur involverade familjehemssekreterarna är i uppföljningen.

Enhetschefen uppges genomföra regelbundna muntliga föredragningar om familjeenhetens situation för nämnden. Vi har erhållit en presentation daterad 2018-06-01 där det bland annat informerats om arbetsbelastning, medarbetarundersökning, rekrytering av familjehem, kostnader och aktuell situation gällande antal placeringar.

### 3.3.1. *Stickprov*

I samband med granskningen har en stickprovskontroll genomförts. Ett slumpmässigt urval av nio ärenden har granskats.

Stickprovet av *ordinära familjehem* visar att utredningarna utgår från samma mall. Det framgår att rubrikerna i mallen i vissa fall har uppfattats på olika sätt vilket gör att ärendena inte är dokumenterade på ett enhetligt sätt<sup>9</sup>. I ett stickprov återfinns journalanteckningar kring

<sup>8</sup> Arbetssättet baseras på socialtjänstens regelverk och ska ge stöd för socialtjänstens myndighetsutövare i form av handläggning, genomförande och uppföljning inom sociala barn- och ungdomsvården

<sup>9</sup> Handläggningen utgår från att det som är väsentligt i ärendet ska dokumenteras. Det innebär att utredningar och beslut kan skilja sig åt mot bakgrund av ärendets art. Samtliga rubriker som finns i mallen är därmed inte nödvändigtvis tillämpliga i varje enskilt ärende.



uppföljning i familjehemsakten först efter sex månader. I två fall saknas dokumentation kring barnets perspektiv och dokumentation kring familjehemmets situation vid uppföljning.

<b>Stickprov: Ordinära familjehem</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Finns ansökan dokumenterad i Procapita?					
Finns skriftlig utredning?					
Används mall för utredning?					
Finns motivering av beslut?		1			
Är beslutet i enlighet med delegationsordning?				2	
Framgår det tydligt i akten att en uppföljning har skett?		3			
Är uppföljningsbesök dokumenterat?			4	4	

1. Bedömning av familjehemmets lämplighet saknas
2. Datum saknas
3. Ärendet verkställdes i juni 2017 men följdes upp först efter 6 mån (dec 2017)
4. Beskrivning av familjesituation saknas

Stickprovet av *placeringar av ensamkommande barn i familjehemsvård* visar att dokumentation saknas i flera hänseenden. I tre ärenden saknas dokumenterad utredning. I de fall utredning saknas har de följande frågorna i stickprovet inte kunnat besvaras och har därmed markerats med grått. Vi noterar att dokumentationen i vissa fall är mer utförlig i barnakten men att dokumenterade uppföljningar saknas i familjehemsakten. Det saknas dokumentation av uppföljningar i form av hembesök i samtliga granskade familjehemsakter. Vidare saknas beslut om familjehemmet i tre av fyra fall.

<b>Stickprov: Placeringar av ensamkommande barn</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Finns ansökan dokumenterad i Procapita?				
Finns skriftlig utredning?	1	3		
Används mall för utredning?				
Finns motivering av beslut?			5	
Är beslutet i enlighet med delegationsordning?				
Framgår det tydligt i akten att en uppföljning har skett?	2	4		7
Är uppföljningsbesök dokumenterat?	2	4	6	

1. Utredning saknas. Individerna var under en period placerade i ett familjehem. Det saknas en utredning kring familjehemmet. Vi kan inte utläsa i barnakt eller i familjehemsakt under hur lång tid barnet var placerat. Placeringen är inte fortsatt pågående och individen har senare varit placerad i andra boendeformer. Det är svårt att följa ärendegången.
2. Kan ej utläsas av akten
3. Utredning saknas. Barnets placerades 170621, placering avslutades 170810.
4. Dokumentation av hembesök saknas, dock finns regelbunden kontakt.
5. Beslut om familjehem saknas, däremot finns beslut om att avsluta familjehemsplacering. Individerna har varit placerade i ett flertal olika familjehem, jourhem och hem för vård och behandling (HVB). Det är svårt utifrån ärendedokumentationen att följa ärendets gång
6. I familjehemsakten saknas uppföljning. Av barnakt framgår att det är tät kontakt med barnet själv, jourhem, familjehem och HVB.
7. Uppföljning och kontakt kan inte utläsas av familjehemsakt. Barnet placerades i november 2017, första kontakten dokumenterades i april 2018. Enligt barnakt har det skett kontinuerlig kontakt efter placering och hembesök två veckor efter placering. I barnakt återfinns dokumentation av regelbundna kontakter mellan barnsekreterare och konsulent.

### 3.4. Dokumentation av placeringar av vuxna

För vuxna med missbruksproblematik eller psykiska besvär tillhandahåller kommunen olika typer av boenden, exempelvis bostadssocial lägenhet, stödboende och träningslägenhet. Dessa ärenden handläggs på enheten vuxen som har 18 medarbetare. Enheten har omorganiserats under året. Från 1 september 2018 är enheten utredning och uppföljning uppdelad i två olika team med en gemensam enhetschef. Ett team arbetar med missbruksärenden och ett team med ärenden som rör socialpsykiatri. För respektive team finns en sektionschef med arbetsmiljö, verksamhets- och budgetansvar. Varje team ska även ha en sakkunnig. I dagsläget finns en enhetschef för missbruk och en för socialpsykiatri. Därutöver finns LVM<sup>10</sup>-handläggare och sakkunniga.

Handläggning av boendeplaceringar för vuxna följer i stort samma process som för beslut om familjehem. Handläggning sker i IT-stödet ProCapita som innehåller en utredningsmall. Socialsekreterarna dokumenterar under de rubriker som är tillämpliga för det specifika ärendet.

På enheten används ett dokument som beskriver vad som ska dokumenteras, hur omfattande dokumentationen ska vara, hur journalanteckningar ska föras samt vad som ska ingå i ett beslut. Presentationen uppges vara baserad på Socialstyrelsens föreskrifter och ingår i introduktionen för nyanställda.

Intervjuade beskriver att det saknas stöd för handläggning inom vissa områden. Det finns exempelvis behov av att tydliggöra hur ofta *uppföljning* av ärenden ska göras. Respektive socialsekreterare bedömer hur uppföljning ska ske och tar enligt uppgift hjälp av sakkunnig eller närmsta chef om det råder osäkerhet. Generellt sett uppges uppföljningen vara tätare vid beslut med kort placering och mer sällan vid långa beslut av mer omvårdnadskaraktär.

Vidare lyfts att det anses i vissa fall otydligt om *handlingsplaner* eller *samordnad individuell plan (SIP)* ska upprättas i ärenden. Det anses även vara oklart för flera intervjuade vad som ska dokumenteras i IT-stödet respektive fysisk akt.

Av intervjuer med socialsekreterare framgår att kvalitetsledningssystemet inte används som stöd i handläggningen. Orsaken uppges vara att det i systemet saknas stöd kopplat till handläggning av boendeplaceringar. Intervjuad chef uppger att systemet inte är implementerat i den aktuella gruppen. LVM-handläggare upplever kvalitetsledningssystemet som ett gott stöd. Bakgrunden uppges vara att processen för denna ärendetyp är kartlagd och att det finns skriftliga rutiner till stöd för handläggningen.

I granskningen framkommer att enhetschef eller sektionschef läser de utredningar där socialsekreterare saknar delegation för beslut. Sakkunnig eller sektionschef uppges ge feedback på nyanställdas utredningar under de första tre månaderna. I intervju framkommer att en modell framtagen för avstämning mellan handläggare och chef även ger chef viss inblick i socialsekreterarens ärenden<sup>11</sup>.

Socialsekreterarna lyfter att de kontinuerligt efterfrågar men inte erhåller feedback avseende dokumentation och förslag till beslut. I granskningen framkommer att det saknas systematisk genomgång av exempelvis journalanteckningar för att säkerställa att socialsekreterarna dokumenterar på rätt sätt. Enligt uppgift ska sakkunnig gå igenom och stötta socialsekreterare

<sup>10</sup> Lagen (1988:870) om vård av missbrukare

<sup>11</sup> Fyrfältaren är en modell för regelbunden avstämning med handläggaren utifrån arbetsbelastning och stressrelaterad påverkan. Intervjuade menar att i samtal kopplat till modellen diskuteras även handläggning.

med dokumentationen. Det anges finnas behov av att tydliggöra sakkunnigs uppdrag och ansvar.

Vid intervjutillfället uppges att vuxenenheten saknar plan för egenkontroll avseende 2018. Det har i övrigt inte framkommit att enheten genomför någon systematisk och dokumenterad kontroll av ärendedokumentationen.

### 3.4.1. Stickprov

Stickprovet avseende placeringar av vuxna i boenden i egen regi visar att ärenden har registrerats och dokumenterats på olika sätt i IT-stödet. Det gör det svårt att följa och finna dokumentation i respektive akt.

Utredningarna är dokumenterade utifrån de rubriker som finns i utredningsmallen. Det framgår att rubrikerna uppfattas på olika sätt vilket gör att utredningarna inte är dokumenterade på ett enhetligt sätt. Stickprovet visar också att dokumentationen inte är enhetligt utformad avseende beslutsformuleringar och journalanteckningar<sup>12</sup>. Omfattningen av dokumentationen i ärendena varierar i hög grad. I ett ärende saknas utredning för boende trots att beslut om boende har verkställts. I ett annat ärende återfinns dokumentation av uppföljning först efter nio månader.

Stickprov: Placeringar av vuxna - beslut om boende	1	2	3	4	5
Finns ansökan dokumenterad i Procapita?					
Finns skriftlig utredning?				1	
Används mall för utredning?					
Finns motivering av beslut?			2	3	
Anges lagrum i beslutet?					
Är beslutet i enlighet med delegationsordning?					
Är handlingsplan/SIP upprättad?				4	
Framgår det tydligt i akten att en uppföljning har skett?					5
Är uppföljningsbesök dokumenterat?		6	6		

1. Saknas för beslut om boende
2. Dubbla datum för bedömning och beslut. Framgår ej varför
3. Beslut om boende saknas men finns för öppenvårdsinsats. Insats för boende har verkställts
4. Det framgår att det finns en handlingsplan men inte när den är upprättad
5. Frekvent uppföljning från boendestödare men inte från socialsekreterare förrän efter ca 9 månader
6. Uppföljning saknas för handlingsplan/SIP

### 3.5. Bedömning

Enligt kommunallagen och Socialstyrelsens föreskrifter ska varje nämnd tillse att det finns en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Granskningens syfte är att bedöma om socialnämnden i sin hantering vid myndighetsutövning har en ändamålsenlig dokumentation.

Granskningen visar att nämnden följer upp verksamheten genom ordinarie uppföljning, internkontroll, lex Sarah-utredningar och månadsvis rapportering från förvaltningen.

<sup>12</sup> I likhet med annan handläggning ska det som är väsentligt i ärendet dokumenteras. Det innebär att utredningar, beslut och journalanteckningar kan skilja sig åt mot bakgrund av ärendets art. Samtliga rubriker som finns i mallen är därmed inte nödvändigtvis tillämpliga i varje enskilt ärende. I granskningen framkommer att skillnader dock är stora mellan ärenden av liknande art.

I förvaltningen pågår arbete med att digitalisera kvalitetsledningssystemet. Tidigare år har verksamheten följt upp delar av ärendedokumentationen genom egenkontrollplaner. Nämnden fick då inte del av uppföljningen. Det saknas aktuella egenkontrollplaner för innevarande år.

I granskningen framgår att det finns delvis olika syn inom förvaltningen hur stöd i form av rutiner och riktlinjer ska tillhandahållas och utformas. I verksamheten efterfrågas i vissa delar lokalt utformat stöd och rutiner anses saknas inom vissa områden. Intervjuade på förvaltningsnivå menar att stödet primärt ska utgöras av nationella regelverk. Respektive chef ansvarar för att befintliga riktlinjer och rutiner är uppdaterade. Det sker ingen systematisk uppföljning av att regelverket är aktuellt. Granskningen visar att implementering av riktlinjer och annat stöd är ett utvecklingsområde.

Genomförda intervjuer och stickprov visar att dokumentation av utredningar, uppföljning och beslut skiljer sig åt. Stickprov visar på skillnader mellan ärenden i vad som dokumenteras i digital respektive fysisk akt. Genomförda stickprov visar också ett flertal brister i dokumentationen. Stickprovet av placeringar av ensamkommande barn i familjehemsvård visar att dokumentationen har stora brister.

Granskningen visar att ansvarig chef inom familjehemsenheten läser samtliga utredningar. På motsvarande sätt tar ansvariga inom enheten vuxen del av nyanställdas utredningar samt de som socialsekreterarna saknar delegation för. I intervjuer framgår att socialsekreterare inom vuxenenheten efterfrågar kontinuerlig feedback på dokumentation. Det saknas generellt sett en systematisk och dokumenterad kontroll och uppföljning av ärendedokumentationen.

Vi bedömer utifrån ovanstående att nämnden till viss del har tillsett att det finns aktuella rutiner och riktlinjer för det granskade området. Vi bedömer dock att nämnden inte fullt ut har tillsett att stödet för ärendedokumentation är tillräckligt implementerat. Vi bedömer också att nämnden inte fullt ut har säkerställt att dokumentation vid myndighetsutövning avseende familjehemsvård, konsulentstödda familjehem och placeringar av vuxna följer gällande regelverk. Slutligen bedömer vi att nämnden inte fullt ut tillsett att det sker en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av gällande regelverk.

## 4. Miljönämnden

Granskningen är avgränsad till miljönämndens hantering av ärendedokumentation vad gäller livsmedelskontroller.

### 4.1. Organisation

Helsingborgs stads miljöförvaltning har cirka 50 anställda. Förvaltningen är uppdelad i fyra avdelningar; livsmedel, miljö- och hälsoskydd, miljöstrategisk och verksamhetsstöd.

På livsmedelsavdelningen arbetar nio heltidsanställda livsmedelsinspektörer och en avdelningschef. Livsmedelsavdelningen ansvarar för att genomföra kontroller på cirka 1350 anläggningar i Helsingborgs stad. Verksamheterna som ska kontrolleras innefattar bland annat restauranger, caféer, matbutiker, bagerier och industrier.

### 4.2. Styrning och uppföljning

Nämnden styr verksamheten genom mål, intern kontroll och delegationsordning. För 2018 saknas mål som rör granskningsområdet ärendedokumentation. Uppföljning av målen sker genom delårs- samt årsbokslut. I erhållen delårsrapport april 2018 har respektive mål följts upp.

Miljönämnden har beslutat om en *intern kontrollplan* avseende 2018. Ett kontrollområde rör diarieföring. I kontrollen granskas om ärenden avslutas i enlighet med rutin, om det finns ärenden som borde varit avslutade och om ärenden avslutats korrekt. Samma kontrollpunkt ingick i 2017 års intern kontrollplan<sup>13</sup>. Nämnden tar årligen del av utfallet av internkontrollen. Nämnden får månatligen information om samtliga beslut som fattats enligt delegation. I delårsrapport informeras nämnden om antalet planerade och extra kontroller som utförts.

Livsmedelslagen fastställer att nämnden ansvarar för kontroll av efterlevnaden vad gäller människors hälsa och konsumenters intressen avseende livsmedel. Livsmedelsavdelningen har tagit fram en övergripande *kontrollplan* för livsmedelskontroller för 2018 - 2020. I verksamhetsplanen 2018-2020 framgår att avdelningen har utarbetat treåriga kontrollplaner för tio olika verksamhetstyper. Vi har erhållit exempel på en kontrollplan avseende restaurang, café och snabbmat.

I granskningen har inte framkommit att nämnden genomför någon uppföljning av ärendedokumentationen. Nämnden efterfrågar enligt uppgift ingen information avseende verksamhetens kvalitetssäkringsarbete.

### 4.3. Dokumentation av livsmedelskontroller

Livsmedelsinspektioner följer i stora drag följande process:



Figur 3: Beskrivning av process för livsmedelsinspektioner

<sup>13</sup> I uppföljning av 2017 års intern kontrollplan framgår att de avvikelser som påträffades vid granskning bedömdes som lindriga för såväl intressenter som stad.

Kopplat till processen finns rutiner som ingår i ett verksamhetssystem. Nuvarande rutiner reviderades senast hösten 2016 och är fastställda av förvaltningen. I samband med att en förvaltningsövergripande digital rutinhandbok nu tas fram ska rutinerna ses över. Ansvar för att revidera rutinerna är fördelat och dokumenterat. Medarbetarna turas enligt uppgift om att enligt schema bevaka Livsmedelsverkets hemsida för att säkerställa att avdelningens rutiner är uppdaterade. Medarbetarna ställer även frågor i ett särskilt forum kopplat till hemsidan. Samtliga medarbetare prenumererar enligt uppgift på Livsmedelsverkets nyheter om lagstiftning och annan relevant information kopplat till livsmedelskontroll.

Granskningen visar att förvaltningen har ett digitalt system för miljö- och hälsoskyddskontroller (Ecos). I rutin beslutad av avdelningschef framgår hur miljöinspektörerna ska registrera genomförda kontroller i systemet<sup>14</sup>. I rutinen beskrivs bland annat hur iakttagelser, avvikelser respektive åtgärder ska dokumenteras.

Avdelningschef för livsmedelsavdelningen har även beslutat om en riktlinje kring *rapportskrivning*. Syftet är att säkerställa att kontrollrapporter skrivs på ett likartat sätt. I dokumentet framgår hur medarbetare kan finna lagstöd för konstaterade brister, tolka lagstiftning och beskriva avvikelser och iakttagelser på ett enhetligt sätt. Livsmedelsavdelningen har tagit fram nya mallar för *kontrollrapporter* under 2018. I mallen anges vad som ska dokumenteras.

I intervjuer framgår att för att säkra samsyn i arbetet genomför avdelningen ett antal olika kontroller. Resultatet av kontrollerna återförs inte till nämnden.

- ▶ Årlig kalibreringskontroll då chef följer med inspektörer på kontroller. Därefter ger chefen feedback för att öka likriktningen i arbetssätt, bedömningar och handläggning. Vid detta tillfälle uppges chefen också gå igenom dokumentationen i ärendet.
- ▶ Samkontroll med olika kontrollteman. Samkontrollerna syftar till likrikta kontrollmetoder och bedömningar. Inspektörerna gör inspektionen tillsammans och byter därefter kontrollrapporter med varandra och ger feedback.
- ▶ Diskussion om samsyn på arbetsplatsträffar

Miljöförvaltningen har tagit fram en *checklista* för nyanställda och en för faddrar till nyanställda. I checklisten framgår bland annat att nyanställda ska introduceras till övergripande rutiner, administrativa rutiner och ärendehantering. Den nyanställda har en fadder de första tre veckorna. I slutet får den nyanställda utföra en livsmedelskontroll på egen hand där en annan kollega följer med.

Granskningen visar att livsmedelsavdelningen arbetar med en ny utbildningsplan. Det är dokumenterat dels vilka utbildningar respektive medarbetare har genomgått, dels vilka utbildningar som är planerade. Ett flertal medarbetare går Livsmedelsverkets digitala e-utbildningar.

#### **4.3.1. Stickprov**

I samband med granskningen har en stickprovskontroll genomförts. Fem stickprov har slumpmässigt valts ut från en lista med livsmedelskontroller som är genomförda under perioden januari till april 2018.

---

<sup>14</sup> "Registrera kontroll och skapa kontrollrapport i Ecos"

Stickprovskontrollen visar att samtliga livsmedelskontroller har dokumenterats på ett likartat sätt utifrån upprättad mall. Dokumentationen är lätt att följa och formuleringarna och rubriksättningen är enhetliga. Det framgår klart och tydligt vilken typ av kontroll som genomförts, vem som medverkat och inom vilka områden det konstaterats avvikelser. Under respektive avvikelse hänvisas till lagkrav. I ett av stickproven konstateras behov av en extra uppföljning innan ordinarie uppföljning. Inom detta område finns två extra uppföljningar dokumenterade. Vi noterar att rubriken *närvarande* har placerats på olika ställen i rapporterna. I övrigt har stickprovskontrollen inte föranlett några kommenterar.

Utfallet av stickprovet redovisas nedan.

<b>Stickprov: Livsmedelskontroller</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Framgår när kontrollen genomfördes?					
Framgår befattning på den som genomfört kontrollen?					
Framgår vad för typ av kontroll som genomförts?					
Följer kontrollrapport upprättad mall?					
Framgår vilka avvikelser som konstaterats?				1	
Hänvisas det till lagkrav för respektive avvikelse?					
Framgår det när avvikelsen ska följas upp?					
Framgår det vilka som har närvarat vid inspektion?					
Är eventuella extra uppföljningsbesök dokumenterade?					

1. Inga avvikelser har konstaterats

#### 4.4. Bedömning

Granskningens syfte är att granska om miljönämnden i sin hantering vid myndighetsutövning har en ändamålsenlig dokumentation. Enligt kommunallagen ska nämnden tillse att det finns en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Granskningen visar att det finns rutiner för ärendedokumentation av livsmedelskontroll. Livsmedelsavdelningen har dokumenterat och fördelat ansvaret för att hålla rutinerna uppdaterade bland medarbetare. Avdelningen arbetar på ett systematiskt sätt för att bevaka förändringar i lagstiftningen. Introduktion av nya medarbetare sker utifrån en checklista. Stickprovskontroll visar att granskade ärenden dokumenterats utifrån beslutade mallar, rutiner och riktlinjer.

Inom verksamheten genomförs systematisk uppföljning av ärendedokumentation. Granskningen visar att nämnden inte tar del av denna uppföljning. Nämnden tar däremot årligen del av utfallet av internkontrollen.

Vi bedömer utifrån ovanstående att miljönämnden har tillsett att det finns aktuella rutiner och riktlinjer för det granskade området. Vi bedömer utifrån stickprovet att nämndens dokumentation följer gällande regelverk. Vi bedömer även nämndens uppföljning och kontroll av ärendedokumentationen som i huvudsak ändamålsenlig.

## 5. Vård- och omsorgsnämnden

Granskningen är avgränsad till vård- och omsorgsnämndens hantering av ärendedokumentation vad gäller hemvård (hemtjänst) enligt SoL och insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Vi noterar inledningsvis att stadsrevisionen under 2017 genomförde en så kallad kortgranskning av vård- och omsorgsnämnden. I granskningen redogörs för ett antal iakttagelser avseende uppföljning av externt placerade individer. Det anges att uppföljning av ärenden inte genomförts i enlighet med rutiner och riktlinjer. I kortgranskningen redovisas även de åtgärder som förvaltningen vidtog under granskningen. Bland dessa kan nämnas att förvaltningen enligt uppgift ska tillse att samtliga beslut om hemvård ska följas upp senast 31 december 2017.

### 5.1. Organisation

Vård- och omsorgsförvaltningen leds av en omsorgsdirektör och består av sex verksamhetsområden. Ett verksamhetsområde ansvarar för myndighetsutövning enligt bland annat SoL och LSS<sup>15</sup> och leds av strategichef för myndighetsutövning och utredning. Inom området finns en myndighetsenhet som leds av myndighetschefen.

### 5.2. Styrning och uppföljning

Nämnden styr verksamheten via uppsatta verksamhetsmål i form av styrkort, internkontroll och delegationsordning. Det finns nämndövergripande mål och särskilda mål för myndighetsutövningen. I årsbokslut avseende 2017 framgår att nämnden har följt upp verksamheten vad gäller ekonomi, nyckeltal och mål. Nämnden tar månatligen del av rapporter kring aktuell statistik för exempelvis antal beslut och väntetid. I förekommande fall tar nämnden även del av sammanställning av inrapporterade missförhållanden/risk för missförhållanden enligt Lex Sarah. Någon sådan sammanställning har inte gjorts under 2018. Däremot lämnades under 2017 en rapport och utredning som avsåg missförhållanden/risk för missförhållanden som avsåg ärendedokumentation.

Nämnden beslutar årligen om internkontrollplan. I 2017 och 2018 års internkontrollplaner avser ett område diarieföring. Genom årliga stickprov ska kontrolleras att dokument diarieförs enligt gällande krav och förvaras korrekt<sup>16</sup>. Det saknas kontrollområden som specifikt rör ärendedokumentation.

Förvaltningen har ett kvalitetsledningssystem benämnt KUL. I systemet finns enligt uppgift majoriteten av rutinerna för handläggning enligt SoL men inte rutiner för LSS. Det uppges förekomma att handläggare skapar egna rutiner och att det därmed kan förekomma olika rutiner inom handläggningen<sup>17</sup>. I intervju framkommer att myndighetschefen ansvarar för att rutiner och riktlinjer hålls uppdaterade. I intervju med omsorgsdirektör och strategichef framkommer att myndighetsutövningen har påbörjat arbetet med att revidera befintliga rutiner. Det uppges saknas en systematisk revidering av rutiner utifrån exempelvis lagförändringar.

---

<sup>15</sup> I verksamhetsområdet ingår även myndighetsutövning avseende lagen om bostadsanpassningsbidrag och hälso- och sjukvårdslagen.

<sup>16</sup> I 2017-års uppföljning framgår det genomförts fem stickprov och att kontrollen inte har föranlett några anmärkningar

<sup>17</sup> Enligt uppgift i sakföreläggningen rör det sig inte om rutiner kring dokumentation utan snarare om administration i ärendet.



Nämnden tar årligen del av en kvalitetsberättelse. Av kvalitetsberättelsen för 2017 framgår att arbetet med kvalitetsledningssystemet lett till att verksamheten kontinuerligt ser över interna arbetsprocesser, rutinbeskrivningar och information till kunderna. Vidare framgår det att kompetensen kring dokumentation kommer att ses över under 2018. I vård- och omsorgsnämndens kvalitetsuppföljningsplan, daterad 2018-01-18, framgår hur nämnden systematiskt och fortlöpande ska utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom exempelvis interna granskningar. I intervju framkommer att planen ännu inte har implementerats och att det i nuläget saknas förutsättningar för att utföra arbetet. Myndighetsenheten har för 2018 tagit fram ett årshjul som beskriver hur arbetet med bland annat egenkontroll ska ske.

### 5.3. Dokumentation av myndighetsutövning av hemvård- samt LSS-insatser

Handläggning av hemvårdsärenden görs på SoL-enheten. Enheten är indelad i tre geografiska team och på enheten arbetar 18 handläggare. Tidigare har enheten haft stor personalomsättning men situationen har under senare tid blivit mer stabil. Enhetschefen har arbetat på enheten cirka 1,5 år. Vid granskningstillfället har enheten inga vakanser.

Enheten för handläggning av LSS-ärenden har under en längre tid haft hög omsättning på både handläggare och chefer. Vid granskningstillfället ska fem av åtta handläggare sluta sin anställning inom kort. En ny chef har tillsatts sedan april 2018.

Processen för handläggning av ärenden ser i stora drag ut enligt följande:



Figur 4: Beskrivning av handlägningsprocess för hemtjänstärenden och LSS-ärenden

Handläggarna dokumenterar i IT-stödet ProCapita. I systemet finns en lathund som beskriver vad som ska dokumenteras i SoL-ärenden. I intervju framkommer att lathunden inte är känd av alla. I systemet finns även stöd i form av hjälpfraser avseende SoL-ärenden. Motsvarande stöd saknas för LSS-ärenden. Det uppges bero på att gruppen LSS-handläggarna tidigare valt att hjälpfraser inte ska visas i systemet.

I intervjuer framkommer att dokumentationen i IT-stödet skiljer sig åt mellan handläggarna då rubriker i systemet uppfattas på olika sätt. Under intervjuer framgår även att vissa handläggare inte fått utbildning i IT-stödet. Det framkommer att det saknas rutin kring *hur* ärenden ska dokumenteras i systemet.

Under 2017 har enheten implementerat arbetssättet *individens behov i centrum*, IBIC<sup>18</sup> för handläggning av SoL-ärenden. Vid granskningstillfället framkommer att det är primärt dokumentation av beslut som har anpassats utefter IBIC. IT-stödet uppges inte vara anpassat för IBIC vilket försvårar dokumentation enligt arbetssättet.

Vård- och omsorgsförvaltningen har under våren 2018 utarbetat en rutin som rör dokumentation<sup>19</sup>. Rutinen fastställdes av myndighetschefen i maj och syftar till att underlätta arbetet med uppföljning, egenkontroll och statlig insyn av verksamheten. I rutinen framgår

<sup>18</sup> IBIC är ett behovsinriktat arbetssätt för handläggning av ärenden.

<sup>19</sup> Benämnd *Dokumentationsrutiner för myndigheten Sol och LSS*. Rutinen är daterad 2018-04-25.

beskrivningar för områden som rör ansvar för dokumentationen samt dokumentation vid handläggning och uppföljning. Vid intervjutillfället framkommer att rutinen inte är känd hos handläggarna. Enligt uppgift fick handläggarna information om rutinen i maj 2018.

Det framgår i *Rutin för årliga individuppföljningar* vad som ska dokumenteras vid uppföljning av ärenden. I intervjuer framkommer att uppföljning av SoL- och LSS-ärenden inte har prioriterats på grund av handläggarbrist. I intervjuer framgår att det inte skett någon *systematisk* uppföljning av LSS-ärenden sedan 2014. Beslut om externa LSS-placeringar uppges ha prioriterats. Enligt uppgift har nämnden blivit informerad om situationen.

Handläggare har enligt uppgift möjlighet att diskutera ärenden där det behövs särskilt stöd vid så kallade veckovisa *ärendedragningar*. I övrigt vänder sig handläggarna till kollegor eller till chef. I intervju uppges handläggarna att det finns behov av feedback kring dokumentation och att någon sådan inte ges i dagsläget. Det framkommer även att handläggarna saknar kontinuerlig återkoppling kring arbetet i stort. Det har diskuterats att göra kollegiala ärendegranskningar för att utveckla kvalitén på handläggningen. Några sådana granskningar har dock inte skett.

Handläggarna uppges ta stöd av handboken *Klarspråk i socialtjänsten* och erbjuds regelbundet utbildningar inom klarspråk via intranätet. Handläggarna erbjuds stöd i handläggning genom extern juridisk handledning<sup>20</sup>. Enligt uppgift kontaktas den externa juristen kontinuerligt. Nämnden har även en egen jurist.

Myndighetsenheten har en checklista för introduktion av nyanställda och vikarierande handläggare. I checklistan framgår aktiviteter som ska göras innan anställning, vid anställningens början samt när anställningstiden löper ut. Nyanställda handläggare tilldelas enligt uppgift en mentor som under den första tiden ska gå igenom dennes dokumentation. Vid intervjuer framkommer att det inte är fastställt under hur lång period genomgången pågår. Det uppges också vara osäkert om och i vilken utsträckning mentorerna går igenom nyanställdas dokumentation.

I intervjuer framkommer att det saknas en övergripande systematisk kontroll för att säkerställa kvalitén i ärendedokumentation inom myndighetsutövningen. Det genomförs ingen egenkontroll. Det förekommer enligt uppgift att enhetschef för SoL kontrollerar handläggares dokumentation i syfte att säkerställa kvalitén. Det framförs att det finns stor variation i hur ärendena dokumenteras och att det finns behov av likvärdighet i dokumentationen. Det förekommer inte motsvarande kontroll i LSS-ärenden.

### **5.3.1. Stickprov**

I samband med granskningen har stickprovskontroller genomförs. Ett slumpmässigt urval på totalt tio ärenden har granskats. Ärendena har granskats utifrån ett antal kontrollpunkter. I tabellerna nedan redovisas utfallet av stickprovskontrollen.

Stickprovskontrollen av handläggning av *SoL-ärenden* visar att handläggarna använder sig av en gemensam utredningsmall. Formuleringarna i dokumentationen skiljer sig åt, särskilt vad gäller bedömningar. Vissa motiveringar till bedömningar är väldigt korta och andra är mer detaljerade.

---

<sup>20</sup> JP Infonet är ett informations- och kunskapsföretag som erbjuder bland annat juridisk utbildning och rådgivning.

Enligt rutin för årliga individuppföljningar ska handläggare dokumentera uppföljningen i ProCapita. I de granskade akterna saknas uppföljning av hemvårdsbesluten. Det beror på dels att tidpunkt för uppföljning inte har passerat sedan beslutet fattades, dels på grund av att ärendena avslutats<sup>21</sup>.

<b>Stickprov: SoL- hemtjänst</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Finns ansökan dokumenterad i Procapita?					
Finns skriftlig utredning?					
Används mall för utredning?					
Anges lagrum i beslutet?					
Finns motivering av beslut?					
Framgår det tydligt i akten att en uppföljning har skett?	1	1	2	2	3
Framgår det vem/vilka som närvarat vid uppföljning?					
Är uppföljningsbesök dokumenterat?					

1. Den enskilde har avlidit
2. Den enskilde har avslutat insatsen på egen begäran
3. Ärendet har följts upp i samband med omprövning av insatsen.

Stickprovskontrollen av *LSS-ärenden* visar att handläggarna använder sig av den gemensamma mallen. I två av de granskade ärendena saknas uppföljning.

<b>Stickprov: LSS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Finns ansökan dokumenterad i Procapita?		4			4
Finns skriftlig utredning?					
Används mall för utredning?					
Anges lagrum i beslutet?					
Finns motivering av beslut?					
Framgår det tydligt i akten att en uppföljning har skett?	1		2	3	5
Framgår det vem/vilka som närvarat vid uppföljning?					
Är uppföljningsbesök dokumenterat?					

1. Beslutet ska följas upp senast januari 2017. Det saknas dokumenterad uppföljning i akten
2. Beslutet ska följas upp senast februari 2017. Det saknas dokumenterad uppföljning i akten
3. Beslutet gäller t.o.m. 2018-12-01. Därefter ska uppföljning ske
4. Ärendena avser omprövning
5. Ej aktuellt med omprövning

#### 5.4. Bedömning

Enligt kommunallagen och Socialstyrelsens föreskrifter ska varje nämnd tillse att det finns en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten. Granskningens syfte är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden i sin hantering vid myndighetsutövning har en ändamålsenlig dokumentation.

Granskningen visar att nämnden följer upp verksamheten genom ordinarie uppföljning, internkontroll, lex Sarah-utredningar och månadsvis rapportering från förvaltningen.

<sup>21</sup> I två ärenden har den enskilde avlidit. Två ärenden har avslutats på den enskildes begäran. Ett ärende har följts upp genom att beslut om nya insatser har fattats.

Granskningen visar att implementering av rutiner och lathundar är ett utvecklingsområde. Myndighetsenheten har enligt uppgift påbörjat arbetet med att revidera befintliga rutiner för handläggning. Det saknas systematisk uppföljning av att regelverket är aktuellt.

Det saknas generellt sett en systematisk och dokumenterad kontroll och uppföljning av ärendedokumentationen. Vi ser positivt på att förvaltningen beslutat om struktur för systematisk uppföljning.

Till stöd i arbetet har handläggarna tillgång till extern juridisk handledning. Handläggarna får visst stöd av chef och kollegor men uppges sakna feedback kring dokumentation. Såväl handläggningen av hemvårds- och LSS-insatser har påverkats av stor omsättning på medarbetare och chef.

Stickprovskontrollen visar att ärendedokumentationen inte är enhetlig utformad och att individuppföljningar saknas i två granskade LSS-ärenden.

Mot bakgrund av ovanstående bedömer vi att nämnden inte fullt ut har tillsett att det stöd som finns för handläggning är tillräckligt i vissa fall och i andra fall tillräckligt implementerat. Vi bedömer också att nämnden inte fullt ut har säkerställt att nämndens dokumentation avseende LSS-ärenden följer gällande regelverk. Slutligen bedömer vi att nämnden inte hittills tillsett att det sker en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av gällande regelverk.

## 6. Bedömning

### Slutsats

Utifrån granskningens syfte och avgränsning bedömer vi att socialnämnden och vård- och omsorgsnämnden inte fullt ut har tillsett en ändamålsenlig hantering av dokumentation i sin myndighetsutövning. Utifrån granskningens syfte och avgränsning bedömer vi att miljönämnden i stort har tillsett en ändamålsenlig hantering av dokumentation i myndighetsutövningen utifrån granskningens avgränsning.

Revisionsfrågor	Svar
<b>Socialnämnden</b>	
Finns det rutiner och riktlinjer på de utvalda nämnderna och är dessa utformade i enlighet med gällande lagstiftning?	Det finns till viss del aktuella rutiner och riktlinjer för det granskade området. Stödet för ärendedokumentationen är inte fullt ut implementerat. Det finns delvis olika syn inom förvaltningen hur stöd i form av rutiner och riktlinjer ska tillhandahållas och utformas. Förvaltningsövergripande funktioner menar att stödet primärt utgörs av nationella regelverk. I verksamheten efterfrågas i vissa delar lokalt utformat stöd och rutiner anses saknas inom vissa områden.
Följer nämndernas dokumentation vid myndighetsutövning gällande regelverk?	Granskningen visar att dokumentation av utredningar, uppföljning och beslut skiljer sig åt. Genomförda stickprov visar skillnader i vad som dokumenteras i digital respektive fysisk akt. Stickprov visar också ett flertal brister i dokumentationen. Stickprovet av placeringar av ensamkommande barn i familjehemsvård visar att dokumentationen har stora brister.
Finns en ändamålsenlig uppföljning och intern kontroll av gällande regelverk på respektive nämnd?	Respektive chef ansvarar för att riktlinjer och rutiner är uppdaterade. Det sker ingen systematisk uppföljning av att lokalt utformade rutiner är aktuella. Det saknas generellt sett en systematisk och dokumenterad kontroll och uppföljning av ärendedokumentationen.
<b>Miljönämnden</b>	
Finns det rutiner och riktlinjer på de utvalda nämnderna och är dessa utformade i enlighet med gällande lagstiftning?	Det finns rutiner för ärendedokumentation av livsmedelskontroll. Livsmedelsavdelningen har dokumenterat och fördelat ansvaret för att hålla rutinerna uppdaterade bland medarbetarna. Avdelningen arbetar på ett systematiskt sätt för att bevaka förändringar i lagstiftningen.
Följer nämndernas dokumentation vid myndighetsutövning gällande regelverk?	Genomfört stickprov visar att ärendena dokumenterats utifrån beslutade mallar, rutiner och riktlinjer. Samtliga livsmedelskontroller har dokumenterats på ett likartat sätt utifrån upprättad mall. Dokumentationen är lätt att följa och formuleringarna och rubriksättningen är enhetliga.
Finns en ändamålsenlig uppföljning och intern kontroll av gällande regelverk på respektive nämnd?	Inom verksamheten genomförs systematisk uppföljning av ärendedokumentation. Granskningen visar att nämnden inte tar del av denna uppföljning. Nämnden tar årligen del av utfallet av internkontroll.

<b>Vård- och omsorgsnämnden</b>	
Finns det rutiner och riktlinjer på de utvalda nämnderna och är dessa utformade i enlighet med gällande lagstiftning?	Granskningen visar att rutiner är ett utvecklingsområde och att befintliga rutiner inte är fullt ut implementerade. Det saknas systematisk uppföljning av att regelverket är aktuellt. Myndighetsenheten har enligt uppgift påbörjat arbetet med att revidera befintliga rutiner för handläggning.
Följer nämndernas dokumentation vid myndighetsutövning gällande regelverk?	Genomfört stickprov visar att ärendedokumentationen inte är enhetlig utformad. Stickprovet visar också att rutinen för årliga individuppföljningar inte följts fullt ut.
Finns en ändamålsenlig uppföljning och intern kontroll av gällande regelverk på respektive nämnd?	I granskningen har framkommit att det saknas generellt sett en systematisk och dokumenterad kontroll och uppföljning av ärendedokumentation och handläggning. Förvaltningen har under året beslutat om en struktur för systematisk uppföljning.

Utifrån granskningens resultat lämnar vi rekommendationer till socialnämnden och vård- och omsorgsnämnden. Vi rekommenderar socialnämnden och vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Tillse att stödet för ärendedokumentation är tillräckligt och implementerat
- ▶ Tillse att det sker en systematisk kontroll av ärendedokumentationen

Göteborg och Malmö den 15 oktober 2018

Johanna Edlund  
Verksamhetsrevisor  
Ernst & Young AB

Maria Carlsrud Felander  
Verksamhetsrevisor  
Ernst & Young AB

Malin Lundberg  
Kvalitetssäkrare  
Ernst & Young AB

## **Bilaga 1: Källförteckning**

### **Intervjuade funktioner:**

- ▶ Avdelningschef för Livsmedelsavdelningen, Miljöförvaltningen
- ▶ Två livsmedelsinspektörer, Miljöförvaltningen
- ▶ Socialdirektör, Socialförvaltningen
- ▶ Kvalitet- och utvecklingschef, Socialförvaltningen (telefonintervju)
- ▶ Enhetschef familjehemsenheten, Socialförvaltningen
- ▶ Sakkunnig, familjehemsenheten, Socialförvaltningen
- ▶ Sektionschef missbruk vuxenenheten, Socialförvaltningen
- ▶ Sektionschef socialpsykiatri vuxenenheten, Socialförvaltningen
- ▶ Enhetschef vuxenenheten, Socialförvaltningen
- ▶ Två socialsekreterare missbruk vuxenenheten, Socialförvaltningen
- ▶ Socialsekreterare socialpsykiatri vuxenenheten, Socialförvaltningen
- ▶ LVM- handläggare, Socialförvaltningen
- ▶ Vård- och omsorgsdirektör, vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Strategichef för myndighetsutövning och utredning, vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Myndighetschef, vård- och omsorgsförvaltningen (telefonintervju)
- ▶ Enhetschef för SoL-handläggare, Vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Projektledare, Vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Kvalitetschef, Vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Tre SoL-handläggare, Vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Enhetschef för LSS-handläggare, Vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Tre LSS- handläggare, Vård- och omsorgsförvaltningen

### **Dokument:**

#### *Miljönämnden*

- ▶ Delårsrapport mål och ekonomi april 2018 – Livsmedelsavdelningen
- ▶ Verksamhetsplan 2018-2020 - Livsmedelsavdelningen
- ▶ Checklista för introduktion för nyanställda och ansvariga
- ▶ Checklista för introduktion nyanställd
- ▶ Exempel på introduktionsschema
- ▶ Registrera kontroll och skapa kontrollrapport
- ▶ Livs riktlinjer för kontrollrapport
- ▶ Exempel på kontrollplan: restaurang
- ▶ Förvaltningsövergripande verksamhetsplan 2018-2020
- ▶ Komplettering av nämndstyrkort och internbudget 2018
- ▶ Kontrollrapport mall avvikelser 2 stycken exempel
- ▶ Lathund expediering av digitala kontrollrapporter

- ▶ Årsbokslut mål och ekonomi 2017 – Miljönämnden respektive Livsmedelsavdelningen
- ▶ Kontrollplan: Livsmedelskontroll 2018-2020

#### *Socialnämnden*

- ▶ Arbetsinstruktion, Socialnämnden (daterad 26 mars 2018)
- ▶ Rutin dokumentation Utredning och uppföljning, Vuxen Socialförvaltningen, Helsingborgs Stad
- ▶ Lathund till sociala utskottet
- ▶ Rutiner för dokumentation i form av presentation
- ▶ Rutiner familjehem
- ▶ Rutiner för ansvarsfördelning (familjehemsenheten)
- ▶ Nulägesanalys 2019
- ▶ Delårsrapport
- ▶ Plan uppföljning av intern kontroll – Socialnämnden
- ▶ Årsresultat 2017 – Uppföljning av intern kontroll
- ▶ Dokumenthanteringsplan
- ▶ Checklista nyanställda
- ▶ Styrkort
- ▶ Lex Sarah-rapporter (4 rapporter avseende ensamkommande barn)
- ▶ Egenkontroll (exceller som avser egenkontroll för barn och familj, vuxen samt gemensamma resurser). Innehållet uppges vara hämtat ur Stratsys.

#### *Vård- och omsorgsnämnden*

- ▶ Medarbetarenkät
- ▶ Årsbokslut mål och ekonomi 2017
- ▶ Årsresultat 2017 – uppföljning av intern kontroll
- ▶ Myndighetsenhetens årsklocka
- ▶ Åtgärdsplan dokumentation, internkontroll, egenkontroll och kvalitetssäkring, daterad augusti 2018
- ▶ Budget Myndigheten
- ▶ Checklista introduktion
- ▶ Delårsbokslut mål och ekonomi augusti 2017
- ▶ Dokumentationsrutiner LSS-SoL
- ▶ Kvalitetsberättelse strategisk myndighetsutövning
- ▶ Kvalitetsuppföljningsplan
- ▶ Medarbetarplan-mall
- ▶ Medarbetarsamtal-medarbetare-chef
- ▶ Nämndsrapport april 2018
- ▶ Överföring sol – LSS
- ▶ Plan 2017 – uppföljning av intern kontroll
- ▶ Plan 2018 – uppföljning av intern kontroll
- ▶ Rutin individuppföljningar
- ▶ Styrkort



## **Bilaga 2: Stickprov**

Totalt har 30 stickprov avseende ärendedokumentation kontrollerats i syfte att utvärdera om dokumentation i akter/kontrollrapporter är ändamålsenlig.

Socialnämnd:

- ▶ Fem akter avseende familjehemsvård enligt socialtjänstlagen
- ▶ Fem akter avseende ensamkommande barn som är placerade i konsulentstödda familjehem enligt socialtjänstlagen
- ▶ Fem akter för placeringar av vuxna enligt socialtjänstlagen. Placeringarna avser beslut om boende i egen regi.

Miljönämnd:

- ▶ Fem stickprov avseende livsmedelsrapporter enligt livsmedelslagen

Vård- och omsorgsnämnd:

- ▶ Fem akter avseende hemtjänst enligt socialtjänstlagen
- ▶ Fem akter avseende insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Ärendena har granskats utifrån ett antal kontrollpunkter. Kontrollpunkterna har anpassats efter respektive ärendegrupp och framgår av respektive tabell. Utfallet av stickprovet redovisas med färger enligt nedan:

Dokumentation är tillräcklig
Till viss del bristande dokumentation
Bristande dokumentation
Ej relevant

### **Bilaga 3: Revisionskriterier**

#### *Kommunallag, (2017:725 6 kap)*

- ▶ Kommunstyrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över de övriga nämndernas verksamhet. Kommunstyrelsen ska uppmärksammat följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning. Nämnderna ansvarar för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt, samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna ska även se till att arbetet med intern kontroll är tillräckligt och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

#### *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9 kap 5)*

- ▶ Fastställer att den som bedriver socialtjänst regelbundet ska identifiera och analysera vad det finns för risker som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Därtill ska det genomföras löpande egenkontroller för att säkra verksamhetens kvalitet.

#### *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. (2014:5)*

- ▶ Fastställer gemensamma bestämmelser om dokumentation vid handläggning av ärenden samt vid genomförande och uppföljning av insatser.

#### *Livsmedelslagen (2006:804)*

- ▶ Lagen ska tillse en hög skyddsnivå för invånarna vad gäller människors hälsa och konsumenters intressen avseende livsmedel. Kontroll av efterlevnaden ska bland annat genomföras av kommunens nämnder som ansvarar för miljö- och hälsoskyddsområdet.

#### *Helsingborgs stads reglemente för intern kontroll*

- ▶ Fastställer att kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret och nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde.

#### *Helsingborgs stads riktlinjer för mål och resultatstyrning*

- ▶ Fastställer bland annat hur kommunens verksamheter styras genom mål i form av styrkort och hur nämnderna ska följa upp mål och ekonomi och bedriva ett systematiskt kvalitetsledningsarbete.

#### *Riktlinjer för Helsingborgs stads styrdokument*

- ▶ Fastställer beslutshierarki avseende styrdokument.