



ÖREBRO

ÖREBRO KOMMUN
Stadsrevisionen

2020-12-17

Till
Socialnämnden för yttrande.
Programnämnd social välfärd och kommunfullmäktiges
presidium för kännedom

Revisionsrapport ” Uppföljning av HVB-hem och familjehem”

På uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer har PwC granskat programnämnd social välfärd och socialnämndens styrning och kontroll av familjehem och HVB-hem. Syftet med granskningen är att bedöma om programnämnd social välfärd och socialnämndens styrning och kontroll av familjehem och HVB-hem sker på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll. Med anledning av ansvarsfördelning mellan programnämnd och driftnämnd (socialnämnden) avser den revisionella bedömningen **socialnämnden**.

Utifrån genomförd granskning är vår **sammanfattande revisionella bedömning** att socialnämndens styrning och kontroll av familjehem och HVB-hem *inte helt* sker på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll. Den sammanfattande bedömningen baseras på bedömning av revisionsfrågor. Bedömningen återfinns i sin helhet under respektive område i rapporten.

Rutiner för säkerställande av kvalitet - Uppfylld.

- Aktuella och kända styrande och stödjande dokument finns.
- Dokumenten beskriver kvalitetskrav på utförare (leverantör).

Uppföljning och kontroll - Ej uppfylld.

- Uppföljning och kontroll av enskilda placeringar har ej skett/dokumenterats i tillräcklig utsträckning.
- Uppföljning och kontroll av verksamhetens kvalitet har ej skett i tillräcklig utsträckning.

Aktiva åtgärder - Delvis uppfylld.

- Aktiva åtgärder har vidtagits inom området ekonomi.
- Aktiva åtgärder har ej vidtagits inom området kvalitet.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till socialnämnden:

- säkerställ att tillräcklig uppföljning och kontroll av enskilda placeringar sker och dokumenteras.



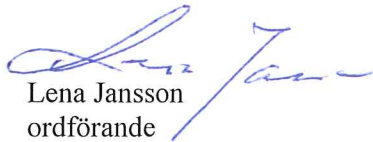
ÖREBRO

ÖREBRO KOMMUN
Stadsrevisionen

2020-12-17

- säkerställ att tillräcklig uppföljning och kontroll av verksamhetens kvalitet sker.
- pröva hur uppföljning och kontroll inom granskningsområdet kan inkluderas i kommande års internkontrollplan.

Vi emotser socialnämndens yttrande över denna skrivelse och bilagd rapport med förslag till åtgärder samt tidplan senast 2020-03-08.


Lena Jansson
ordförande


Gunvor Lindqvist
Revisor

Uppföljning av HVB-hem och familjehem

Örebro kommun

December 2020

Projektledare: Christer Marklund

Projektmedarbetare: Petra Ribba, Marcus Alvstrand



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1. Inledning	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Syfte och revisionsfrågor	3
1.3 Revisionskriterier	3
1.4 Avgränsning och metod	3
2. Iakttagelser och bedömningar	5
2.1 Rutiner för säkerställande av kvalitet	6
2.2 Uppföljning och kontroll	8
2.3 Aktiva åtgärder	11
3. Bedömning utifrån revisionsfråga	13
3.1 Bedömningar mot revisionsfrågor	13
4. Rekommendationer	14
Bilaga: Stickprovskontroll	15

Sammanfattning

På uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer i Örebro kommun har PwC granskat programnämnd social välfärd och socialnämndens styrning och kontroll av familjehem och HVB-hem. Syftet med granskningen är att bedöma om programnämnd social välfärd och socialnämndens styrning och kontroll av familjehem och HVB-hem sker på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll. Med anledning av ansvarsfördelning mellan programnämnd och driftnämnd (socialnämnden) avser den revisionella bedömningen **socialnämnden**.

Följande områden kopplat till ändamålsenlighet och intern kontroll har granskats:

- Rutiner för säkerställande av kvalitet
- Uppföljning och kontroll
- Aktiva åtgärder

Utifrån genomförd granskning är vår **sammanfattande revisionella bedömning** att socialnämndens styrning och kontroll av familjehem och HVB-hem *inte helt* sker på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll. Den sammanfattande bedömningen baseras på bedömning av revisionsfrågor. Bedömningen återfinns i sin helhet under respektive område i rapporten.

Rutiner för säkerställande av kvalitet - Uppfylld.

- Aktuella och kända styrande och stödjande dokument finns.
- Dokumenten beskriver kvalitetskrav på utförare (leverantör).

Uppföljning och kontroll - Ej uppfylld.

- Uppföljning och kontroll av enskilda placeringar har ej skett/dokumenterats i tillräcklig utsträckning.
- Uppföljning och kontroll av verksamhetens kvalitet har ej skett i tillräcklig utsträckning.

Aktiva åtgärder - Delvis uppfylld.

- Aktiva åtgärder har vidtagits inom området ekonomi.
- Aktiva åtgärder har ej vidtagits inom området kvalitet.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till socialnämnden:

- säkerställ att tillräcklig uppföljning och kontroll av enskilda placeringar sker och dokumenteras.
- säkerställ att tillräcklig uppföljning och kontroll av verksamhetens kvalitet sker.
- pröva hur uppföljning och kontroll inom granskningsområdet kan inkluderas i kommande års internkontrollplan.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Socialnämnden ska sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett familjehem eller HVB-hem. Nämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård. Nämnden ska försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i verksamheter som läggs ut på enskilt bedriven verksamhet.

Enligt kommunallagen är det nämndens ansvar att följa upp och kontrollera att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt oavsett utförare. I de avtal som nämnden upprättar för utförande av insatser ska framgå på vilket sätt nämnden kommer att följa upp och kontrollera verksamheten. Det ska även finnas rutiner för systematisk uppföljning och utvärdering. Av delårsrapport 2 2019 framgår att socialnämndens prognostiserade underskott främst beror på volymökning av externa köp.

De förtroendevalda revisorerna har i samband med sin riskanalys bedömt uppföljning av familjehem och HVB-hem som ett angeläget granskningsområde.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om programnämnd social välfärd och socialnämndens styrning och kontroll av familjehem och HVB-hem sker på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll.

Revisionsfrågor:

- Är tillämpad rutin för upphandling och tecknande av avtal för vård- och boendeplatser i familjehem och HVB-hem tillförlitlig? Särskilt fokus på området kvalitet.
- Utövar nämnden och dess verksamheter en tillräcklig uppföljning och kontroll inom området?
- Åtgärdas eventuella brister som upptäcks som en följd av kontroll och uppföljning?

1.3 Revisionskriterier

- Kommunallag (2017:725) 6:6, 10 kap. 8-9 §§
- Socialtjänstlag (2001:453) 2:5, 3 kap. 3-3 §§, 5:1, 6 kap. 6-8 §§
- Socialstyrelsens föreskrifter inom området, t.ex. SOSFS 2012:11, SOSFS 2011:9
- Lokala styrande och stödjande dokument.

1.4 Avgränsning och metod

Granskningen avgränsas till programnämnd social välfärd och socialnämndens ansvar för familjehem, konsulentstödda familjehem och HVB-hem. I tid avgränsas granskningen att i huvudsak gälla år 2020.

Granskningen har genomförts genom:

- Analys av för granskningen relevant dokumentation
- Intervjuer med förvaltningschef kommunstyrelseförvaltningen och verksamhetschef för socialförvaltningen, enhetschef familjehem, tillträdande enhetschef familjehem, enhetschef utredning ungdom, handläggare, ordförande och 1:a vice ordförande programnämnd social välfärd, ordförande och vice ordförande socialnämnden.
- Aktgranskning av totalt 20 ärenden avseende barn och unga som placerats i familjehem (12 placeringar), konsulentstödda familjehem (fyra placeringar) samt HVB-hem (sex placeringar). Urvalet har gjorts slumpmässigt där tjänstepersonerna inom familjehem- och familjerätt (myndighetsverksamhet IFO) ombetts att välja ut 12 familjehemsplaceringar aktiva mellan 1 januari 2019 till 1 mars 2020, var tredje individ sorterat på namn. Urvalet fyra konsulentstödda och sex HVB-hem sorterades på när ärendet aktiverats och var sju individuella, ingen särskild grupp. Resultatet av aktgranskningen i sin helhet redovisas i bilaga.

Inför granskningen genomfördes ett uppstartsmöte mellan PwC och förvaltningen. Rapporten har sakgranskats av intervjuade personer innan färdigställande.

2. Iakttagelser och bedömningar

Ansvarsfördelning programnämnd social välfärd och socialnämnden

Programnämnd social välfärd och socialnämndens reglementen är inkluderade i *Nämndreglementen för Örebro kommun*, antagna av kommunfullmäktige 2014-12-17 § 392. Av dokumentet framgår att socialnämnden ingår i programområde social välfärd. Reglementet hanterar programnämndens och socialnämndens ansvarsområden. Av dokumentet framgår att programnämnden inom sitt programområde ska ange budgetförutsättningar, svara för resursfördelning och att den får avsedd effekt samt svara för ekonomisk uppföljning inom anvisade ramar för hela programverksamheten. Socialnämnden ansvarar för den del av socialtjänstlagen som avser individ och familjeomsorg. I ansvaret ingår bland annat myndighetsutövning samt insatser och stöd till barn och unga som far illa.

Med anledning av ovan ansvarsfördelning fokuserar vi på **socialnämnden** i denna granskning.

Det pågår en översyn av den politiska organisationen i kommunen för att se över organisationen med programnämnd och driftnämnd (socialnämnd). Översynen ses som positiv för att förtydliga ansvarsställe.

Verksamhetsorganisation

Myndighetsverksamheten Individ och familjeomsorg inom kommunstyrelseförvaltningen är organiserade fyra områden: Mottagning och socialjour, Utredning Barn & Familj, Utredning Ungdom & Familj och Utredning Vuxna. Åldersindelningen är överlappande på så sätt att område Barn & Familj arbetar med personer 0-15 år, Ungdom & Familj med 13-20 år och Vuxna med personer 18 år och äldre.

Utredningsenheten Ungdom och Familj består av en grundbemanning på 27 socialsekreterare, 3 gruppledare 2 administratörer och en enhetschef. De handlägger ärenden inom åldersgruppen 13-20 år och ansvarar för att ta emot anmälningar, inleda utredning, besluta om insats samt utvärdering av insats.

Enheten för familjehem och familjerätt har 39 medarbetare fördelade på en enhetschef, fyra gruppledare, två administratörer och 32 socialsekreterare.

Enheterna arbetar mot socialnämnden. Verksamhetens styrande dokument såsom riktlinjer, rutiner, processer och kartläggningar finns i kommunens kvalitetsledningssystem som nås via Intranätet. Styrande dokument kan även nås via ett team i Microsoft Teams. Enligt uppgift är det lätt att hitta dokumenten. Verksamheten har förbättrat sitt sätt att introducera de styrande dokumenten till nyanställda. Det har varit stor omsättning av barnhandläggare varpå vikten av aktuella dokument särskilt uppmärksammas. Det anges även att handläggarna är drivande i frågorna kring följsamhet till riktlinjer.

Nedan redovisas iakttagelser som framkommit under granskningen. Redovisningen sker för respektive revisionsfråga och avslutas med en bedömning av den enskilda revisionsfrågan. En samlad bedömning av syfte och revisionsfrågor återfinns tillsammans med rekommendationer i rapportens avslutande avsnitt.

2.1 Rutiner för säkerställande av kvalitet

Revisionsfråga: Är tillämpad rutin för upphandling och tecknande av avtal för vård- och boendeplatser i familjehem och HVB-hem tillförlitlig? Särskilt fokus på området kvalitet.

Iakttagelser

Vi har framförallt tagit del av följande dokument inom området:

Styrande och stödjande dokument		
Dokumentnamn	Beslutad av	Giltighetstid
Upphandlings- och inköspolicy (1)	Kommunfullmäktige 2020-06-16, § 169	Framgår ej
Förfrågningsunderlag för gällande ramavtal (2): - Vård och behandling barn och unga	Vård och behandling av barn och unga Kommunstyrelsen 1310/2017	Framgår ej
Rutin för avtal avseende köp av insatser (3)	Kvalitetsutskottet 2019-06-20	Framgår ej

Ramavtal

Örebro kommun har tillsammans med 15 kommuner¹ upphandlat ramavtal för behandlingshemsvård på HVB och konsulentstött familjehemsvård för barn och unga. För upphandling finns en nyligen beslutad upphandlings- och inköspolicy (1).

I förfrågningsunderlaget som är till grund för *ramavtal för vård och behandling för barn och vuxna (2)* framgår bla att anbudsgivare ska bedriva en verksamhet med god kvalitet. För att styrka detta ska anbudsgivaren ange minst två referenser avseende uppdrag, ej äldre än tre år. Det ska även bedrivas ett systematiskt kvalitetsarbete i syfte att förbättra sitt arbete, motsvarande kraven i SOSFS 2011:9². I underlaget har det även preciserats vad kvalitetsarbete innebär. Vidare framgår att leverantören en gång årligen ska

¹ Askersunds kommun, Arboga kommun, Degerfors kommun, Hallsbergs kommun, Hällefors kommun, Karlskoga kommun, Kumla kommun, Kungsörs kommun, Köpings kommun, Laxå kommun, Lekebergs kommun, Lindesbergs kommun, Ljusnarsbergs kommun, Nora kommun, Surahammars kommun (samt Örebro kommun.)

² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

besvara den uppföljningsenkät som Region Örebro Län skickar ut. Leverantören ska ha dokumenterade och strukturerade kvalitetsrutiner som är öppna för granskning av kommunerna. Kommunerna ska kunna följa verksamheten genom besök samt begära uppgifter om verksamheten. Leverantören ska även ha bemanning av tillräcklig omfattning för att garantera god kvalitet. Förfrågningsunderlaget ställer även krav på att det ska finnas interna rutiner för hantering av Lex Sarah³, samt att anmälan ska ske enligt de riktlinjer som leverantören upprättat avseende avvikelshantering och anmälan enligt Lex Maria⁴.

Enligt intervjuer deltar kommunens verksamhet i ramavtalsupphandlingar genom formulerandet av skalkrav på utförare (leverantörer). Samarbetet med upphandlingsfunktionen beskrivs som välfungerande.

Socialnämnden poängterar avslutningsvis att kvaliteten, samt att HVB-hemmet matchar barnets behov, prioriteras.

Direktupphandling

För direktupphandling av avtal utanför ram finns avtalsmallarna *HVB-hem köp tjänst för barn* och *HVB-hem köp tjänst barn akutplaceringar*, samt en dokumenterad *rutin för avtal avseende köp av insatser (3)*. Syftet med rutinen är att säkerställa hantering av avtalen gällande tecknande, uppsägning, uppföljning av avtalen, hur de ska hållas ordnade samt godkännande av ersättningar. Därutöver kontrolleras att leverantörer har F-skatt och tillstånd från IVO för att bedriva verksamheten.

I rutinen framgår att placering ska om möjligt genomföras i egen regi därefter inom ramavtal och i sista hand efter direktupphandling. Detta bekräftas i våra intervjuer.

Enligt de intervjuade är det en utmaning att rekrytera familjehem. Inflödet av nya familjehem motsvarar tappet av befintliga familjehem. För att rekrytera nya familjehem används kanaler såsom radio, sociala medier samt marknadsföring på t.ex. IKEA. Rekrytering av nya familjehem har pga Covid-19 varit haltande 2020. Socialstyrelsens bedömningsmetod för rekrytering av familjehem, BRA-fam⁵, används i arbetet. Ungefär hälften av de som ansöker om att bli familjehem godkänns. Detta innebär sammantaget

³ De bestämmelser i socialtjänstlagen, SoL, och i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som reglerar anställdas m.fl. skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. I lex Sarah ingår också en skyldighet för den som bedriver verksamheten att efter att ha tagit emot en rapport utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande. Vidare ingår en skyldighet för den som bedriver verksamheten att om ett rapporterat missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande är allvarligt snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Skyldigheterna gäller i både kommunal och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet samt vid Statens institutionsstyrelse.

⁴ Vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO.

⁵ BRA-fam är en standardiserad strukturerad metod för att i hämta in information om familjer som vill bli familjehem. Metoden är utarbetad av Socialstyrelsen i samarbete med praktiker och utgår från forskning och professionellas erfarenheter.

att det finns ett begränsat antal familjehem att välja mellan när ett barn ska placeras. Familjehemmen svarar enligt de intervjuade i huvudsak upp mot barnens behov.

Bedömning

Revisionsfrågan bedöms uppfylld.

Bedömningen baseras på att det finns aktuella och kända styrande och stödjande dokument för upphandling av ramavtal och tecknande av direktupphandlade avtal för vård- och boendeplatser i familjehem och HVB-hem. Dokumenten beskriver bl.a. ansvars- och arbetsfördelning, vilka kvalitetskrav som skall ställas på leverantörer och vilka uppgifter som skall ingå i de upprättade avtalen.

2.2 Uppföljning och kontroll

Revisionsfråga: *Utövar nämnden och dess verksamheter en tillräcklig uppföljning och kontroll inom området?*

Vi har tagit del av följande dokument inom området:

Styrande och stödjande dokument	Beslutad av	Giltighetstid
Dokumentnamn		
Påbörjad manual - Uppföljning efter placeringar	Arbetsmaterial	Ej tillämbart
Rutin för Lex Sarah	Kvalitetsutskott 2019-06-24	Tills vidare

2.2.1 Uppföljning av placerade barn

Enligt SoL 6 kap 7 b § ska socialnämnden noga följa vården av placerade barn och unga genom regelbundna besök, enskilda samtal med barnet samt samtal med familjehemmet och vårdnadshavare.

Vi har genomfört en aktgranskning av totalt 20 ärenden fördelade på placeringar i familjehem, konsulentstödda familjehem och HVB-hem. Aktgranskningen har gjorts på distans, vilket medför att vi för granskningen enbart haft tillgång till utvalda delar av de granskade akterna.

Av aktgranskningen framgår att familjehemsutredning är dokumenterad i samtliga ärenden avseende familjehem och konsulentstödda familjehem. Genomförandeplaner är upprättade i 18 av de granskade akterna men saknas i två av akterna avseende familjehemsplacering. I tio av akterna går det att utläsa att barnet/vårdnadshavare har deltagit vid upprättandet av genomförandeplanen, medan det i tre akter framgår att barnet/vårdnadshavare inte deltagit i upprättandet. Det framgår att synpunkter inhämtats

från barnet/vårdnadshavare vid annat tillfälle. Två av dessa avser placeringar i HVB-hem. I övriga akter anges inte huruvida barnet eller vårdnadshavaren varit delaktig i upprättandet. Detta i regel utifrån att rubriken "delaktiga i upprättandet" inte är ifylld.

I tio akter framgår att barnet besökts av socialsekreterare minst fyra gånger medan det i en akt avseende konsulentstött familjehem inte noteras några besök i journalanteckningar. I övriga akter framgår att två eller tre besök har genomförts. I 18 akter framgår att socialsekreteraren genomfört enskilt samtal med barnet. I två akter avseende familjehemsplacering noteras inga enskilda samtal ha genomförts genom fysiskt möte. Däremot har telefonsamtal hållits. I samtliga granskade akter framgår att socialnämnden gjort överväganden men i fyra akter har dessa inte skett var sjätte månad, detta fördelat på de olika placeringarna.

Reflektioner från resultat av aktgranskning **familjehem** i samband med intervjuer:

- *Förväntat resultat.*
- *Det är inte bra att två barn saknar genomförandeplan. Det har genomförts ett förbättringsarbete avseende genomförandeplaner.*
- *Det kan finnas en egen problematik som förklaring till att förälder inte är med vid upprättande av genomförandeplan, man är noga med att föräldrar ska vara med.*
- *Brister kan förklaras av omsättning av barnhandläggare.*

Reflektioner från resultat av aktgranskning **HVB-hem** i samband med intervjuer:

- *Resultatet är inte förvånande, det finns brister.*
- *Tidstänket vid överväganden tappas i överlämningen mellan olika arbetsgrupper.*
- *Inte förvånande då det varit mycket omplaceringar och personalbrist på enheten.*
- *Brister i handläggningen som uppmärksammas på enheten anmäls enligt Lex Sarah och framkommer brister åtgärdas dessa.*
- *Att genomföra besök fyra gånger per år är en fråga om resurser.*
- *Egen kontroll har visat att det finns risk för att överväganden försenas i samband med intern överlämning mellan olika handläggare/enheter. Ett förbättringsarbete har påbörjats inom och mellan enheterna.*

De intervjuade betonar sammanfattningsvis att uppföljning av enskilda placeringar ska ske genom rapporter från uppdragstagaren (leverantören), i form av skriftlig rapport en gång i månaden eller enligt överenskommelse. Vården ska följas upp efter individens behov, veckovis, månadsvis eller var tredje månad.

2.2.2 Arbetet med egenkontroll

Av 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen av den verksamhet som gäller barn och unga i familjehem eller HVB-hem bör enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende (SOSFS 2012:11) t.ex. omfatta insamling av uppgifter om; hur ofta en socialsekreterare har besökt eller samtalat med ett visst barn

eller en ung person, antalet socialsekreterare som har besökt och samtalat med ett visst barn eller en viss ung person, barnen eller de ungas erfarenheter av och synpunkter på vården m.m.

Vi noterar att det sedan juni 2019 finns en ny rutin för Lex Sarah som ersatt den tidigare. Syftet med rutinen är att beskriva hur skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållande/allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för missförhållande/allvarliga missförhållande fullgörs. Rutinen är dokumenterad.

Placeringar i HVB-hem

Det finns inga styrande dokument för egenkontroll på individnivå avseende placeringar i HVB-hem.

Enligt intervjuer sker visst arbete med egenkontroll i praktiken. Bland annat nämns uppföljning i form av att gruppleddare har regelbunden genomgång med handläggare för att säkerställa att rutiner efterlevs. En gång i månaden har enhetschef genomgång med ekonom för uppföljning av placeringar.

Placeringar i familjehem

Det finns inga styrande dokument för egenkontroll på individnivå avseende placeringar i familjehem.

Enligt intervjuer sker ett visst arbete inom området för egenkontroll, dock saknas systematik inom området. Bland annat nämns uppföljning i form av att gruppleddare har regelbunden genomgång med handledare för att säkerställa att rutiner efterlevs. En gång i månaden har enhetschef genomgång med ekonom för uppföljning av placeringar. På familjehem har gruppleddare ärendegenomgång var tredje vecka.

2.2.3 Uppföljning på politisk nivå

Nämnden tar månadsvis del av aggregerad bild avseende antal placeringar (antal individer i olika åldersgrupper), tillgängliga platser, olika placeringsformer samt uppföljning av delegationsbeslut. Informationen ges som statistik kopplat till ekonomi. Nämnden tar även del av Lex Sarah rapporter och anmälningar till (IVO). Dessa inkommer till nämnden från verksamheter där kommunen har individer placerade. Av intervjuer framkommer att nämnden får föredragningar gällande ekonomi med månadsrapporter på enhetsnivå. Nämnden är nöjd med den information som de får.

Förvaltningschef deltar på samtliga nämndsammanträden. Enhetschefer träffar utskottet varje månad som sakkunniga inom sina respektive områden samt hjälper nämnden vid frågeställningar. Utskottet är intresserade, aktiva och ställer frågor för att lära sig. Enhetschef deltar på nämnden någon gång per år vid inbjudan. Nämnden är aktiva och ställer frågor om kostnader och är intresserade av hur pengarna används samt hur andra kommuner arbetar med frågorna. Nämndspresidiet träffas regelbundet varje vecka där även förvaltningsledningen deltar för att ge information.

Socialnämnden har beslutat om *Tillsynsplan 2020 - plan för uppföljning av intern kontroll*, 2019-12-12. Tillsynsplanen baseras på riskanalys för förvaltningsövergripande

perspektiv samt riskbedömning för socialjouren. Granskat område har inte inkluderats i den interna kontrollen för år 2020.

2.2.4 Uppföljning på verksamhetsnivå

Av intervjuer framgår att det saknas en organisation för uppföljning och kontroll av kvalitet på aggregerad nivå, vilket ses som ett klart förbättringsområde. Det saknas styr- och stöddokument i kvalitetsledningssystemet för hur verksamhetsorganisationen ska följa upp och utvärdera familjehem och HVB-hem.

Uppföljning och utvärdering genomförs, dock inte systematiskt. Brister i systematik förklaras dels vara en resursfråga men även kompetensfråga. Det behövs ett omtag kring systematiken i uppföljningen. Det påtalas även att de verksamhetssystem som används idag inte är kompatibla med varandra, vilket påverkar arbetet med uppföljningar och utvärderingar.

Ekonomisk uppföljning av köp av externa platser görs månadsvis. I uppföljningen studeras även orsak till placering och typ av insats. Rutinen är inte dokumenterad.

Enligt intervjuer har uppföljning av avslutade insatser genomförts i verksamhetssystemet under flera år. Handläggare har fyllt i en uppföljningsenkät om hur de uppfattat HVB:hemmets och familjehemmets arbete för en specifik individ. Enkäten har fyllts i oregelbundet och det finns ingen systematik i uppföljningen. Åren 2018/2019 gjordes ett arbete för att få till ett systematiskt arbete kring enkäten. En manual för hur enkäten skulle fyllas i och en rutin påbörjades, men har inte slutförts.

Bedömning

Revisionsfrågan bedöms ej uppfylld.

Bedömningen baseras på resultat av genomförd aktgranskning, vilket indikerar att nämnden inte i tillräcklig utsträckning kan styrka att det skett en strukturerad individuell uppföljning och kontroll av placerade barn och unga. Resultatet styrks av de intervjuade.

Bedömningen baseras även på att det i begränsad utsträckning sker en löpande uppföljning av verksamhetens kvalitet. Nämnden har inte inkluderat granskningsområdet i sin internkontrollplan 2020, fastän medvetenhet om risker föreligger. Det sker idag ingen systematisk egenkontroll inom verksamheten. Därmed tar inte nämnden del av någon sammanställning avseende genomförd egenkontroll.

Vi noterar avslutningsvis att det sker en löpande rapportering till nämnden avseende resursnyttjande inom området.

2.3 Aktiva åtgärder

Revisionsfråga: Åtgärdas eventuella brister som upptäcks som en följd av kontroll och uppföljning?

lakttagelser

I intervju uppges att nämnden har initierat utredningsuppdrag för att identifiera insatser från socialnämnden som kan utföras i kommunal respektive extern regi.

Enligt uppdragsdirektivet från 2020-10-12 är det övergripande målet med uppdraget att skapa förutsättningar för att kunna verkställa fler insatser i egen regi, och genom det säkerställa kvalitativt och effektivt utförande för de individer som har behov av det. Uppdraget ska leda till en slutrapport med en färdplan under 2021. En första delrapportering planeras till första kvartalet 2021, löpande avstämningar ska göras med uppdragsägare under uppdragets gång. Avrapportering sker i respektive förvaltningschefs ledningsgrupp samt i förvaltningschefernas dialogmöten. Socialnämnden tog beslut om uppdragsdirektivet 2020-10-15 § 105.

Det är även uttalat att minska externa placeringar inom HVB där det varit stort fokus på effektivisering, dock aldrig på bekostnad av kvaliteten. Det kan istället vara att ex försöka minska placeringstiden. Det är en tydligt prioriterad fråga i nämnden under den innevarande mandatperioden.

Enligt intervjuer finns även ett uppdrag kring att arbeta mer med stöd och handledning av familjehem.

Utöver det finns inga inga konkreta uppdrag till verksamheten förutom att förvaltningsledningen ska arbeta mot en budget i balans; tänka på ekonomin och placeringslängden samt bibehålla kvaliteten. Återrapportering ska ske via delårsrapport samt årsrapport.

Bedömning




Revisionsfrågan bedöms delvis uppfylld.

Bedömningen baseras på att nämnden beslutat om uppdrag för att säkerställa ett effektivt resursnyttjande, som en följd kontroll och uppföljning. Bedömningen baseras även på att det därutöver inte går att styrka att nämnden fattat aktiva åtgärdsbeslut inom granskningsområdet.

3. Bedömning utifrån revisionsfråga

Efter genomförd granskning gör PwC den sammanfattande revisionella bedömningen att socialnämnden **inte helt** säkerställt att styrning och kontroll av HVB-hem och familjehem sker på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll.

3.1 Bedömningar mot revisionsfrågor

Revisionsfråga	Kommentar	
Är tillämpad rutin för upphandling och tecknande av avtal för vård- och boendeplatser i familjehem och HVB-hem tillförlitlig? Särskilt fokus på området kvalitet?	Uppfylld Aktuella och kända styrande och stödjande dokument finns. Dokumenten beskriver kvalitetskrav på utförare (leverantör).	
Utöver nämnden och dess verksamheter en tillräcklig uppföljning och kontroll inom området?	Ej uppfylld Uppföljning och kontroll av enskilda placeringar har ej skett/dokumenterats i tillräcklig utsträckning. Uppföljning och kontroll av verksamhetens kvalitet har ej skett i tillräcklig utsträckning.	
Åtgärdas eventuella brister som upptäcks som en följd av kontroll och uppföljning?	Delvis uppfylld Aktiva åtgärder har vidtagits inom området ekonomi. Aktiva åtgärder har ej vidtagits inom området kvalitet.	

4. Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till socialnämnden:

- säkerställ att tillräcklig uppföljning och kontroll av enskilda placeringar sker och dokumenteras.
- säkerställ att tillräcklig uppföljning och kontroll av verksamhetens kvalitet sker.
- pröva hur uppföljning och kontroll inom granskningsområdet kan inkluderas i kommande års internkontrollplan.

2020-12-17

*Rebecka Hansson,
Uppdragsledare*

*Christer Marklund,
Projektledare*

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av revisorerna i Örebro kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 1 februari 2020. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Bilaga: Stickprovskontroll

Krav på uppföljning enligt lag (SoL) samt föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2012:11)	1	2	3	4	5
Familjehemsutredning är dokumenterad	JA	JA	JA	JA	JA
Genomförandeplan är upprättad	JA	JA	JA	JA	JA,
Barnet/vårdnadshavare har deltagit vid upprättandet av genomförandeplan	Framgår ej	JA	Framgår ej	Nej	JA
Särskilt utsedd socialsekreterare är dokumenterad	Ja	JA	JA	JA	JA
Barnet har besökts av socialsekreterare minst fyra gånger det senaste året	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ
Socialsekreterare har hållit ett enskilt samtal med barnet i samband med uppföljning	JA	JA	NEJ	JA	NEJ
Socialnämnden gör överväganden var sjätte månad.	Nej	JA	JA	JA	JA

Krav på uppföljning enligt lag (SoL) samt föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2012:11)	6	7	8	9	10
Familjehemsutredning är dokumenterad	JA	JA.	JA	JA	JA
Genomförandeplan är upprättad	NEJ	JA	NEJ	JA	JA
Barnet/vårdnadshavare har deltagit vid upprättandet av genomförandeplan	Framgår ej	NEJ	Framgår ej	JA	Framgår ej.
Särskilt utsedd socialsekreterare är dokumenterad	JA)	JA	JA	JA	JA

Barnet har besökts av					
socialsekreterare minst fyra gånger det senaste året	JA	JA	JA	NEJ	NEJ
Socialsekreterare har hållit ett enskilt samtal med barnet i samband med uppföljning	JA	JA	JA	JA	JA
Socialnämnden gör överväganden var sjätte månad.	JA	JA	JA	JA	JA

Krav på uppföljning enligt lag (SoL) samt föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2012:11)	11	12	13	14	15
Familjehemsutredning är dokumenterad	JA	JA	JA	JA	JA
Genomförandeplan är upprättad	JA	JA	JA	JA	JA
Barnet/vårdnadshavare har deltagit vid upprättandet av genomförandeplan	JA	NEJ	JA	JA	JA
Särskilt utsedd socialsekreterare är dokumenterad	JA	JA	JA	JA	JA
Barnet har besökts av socialsekreterare minst fyra gånger det senaste året	JA	JA	Nej	JA	NEJ
Socialsekreterare har hållit ett enskilt samtal med barnet i samband med uppföljning	JA	JA	JA	JA	JA
Socialnämnden gör överväganden var sjätte månad.	JA	JA	NEJ	NEJ	JA

Krav på uppföljning enligt lag (SoL) samt	16	17	18	19	20
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

föreskrift
och
allmänna
råd (SOSFS

2012:11)

Familjehemsutredning är dokumenterad	JA	HVB-placerin g	HVB-placeri ng	HVB-placerin g	HVB-placeri ng
Genomförandeplan är upprättad	JA	JA	JA	JA	JA
Barnet/vårdnadshavare har deltagit vid upprättandet av genomförandeplan	JA	Framgår ej	JA	Framgår ej	JA
Särskilt utsedd socialsekreterare är dokumenterad	JA	JA	JA	JA	JA
Barnet har besökts av socialsekreterare minst fyra gånger det senaste året	JA	NEJ	NEJ	JA	NEJ
Socialsekreterare har hållit ett enskilt samtal med barnet i samband med uppföljning	JA	JA	JA	JA	JA
Socialnämnden gör överväganden var sjätte månad.	JA	JA	JA	JA	NEJ

Socialnämndens yttrande över revisionsrapport

Granskning Programnämnd Social välfärd och Socialnämndens styrning och kontroll av familjehem och HVB-hem

Socialnämnden välkomnar granskningen och ger följande svar på revisionsrapporten.

Uppföljning och kontroll av enskilda placeringar

Revisionens bedömning är att uppföljning och kontroll av enskilda placeringar inte har skett eller dokumenterats i tillräcklig utsträckning. Revisionen påpekar att det i ett fåtal ärenden inte finns någon genomförandeplan, dokumentation av barnets eller vårdnadshavarens medverkan i framtagandet av genomförandeplan saknas, att kontakter mellan barnet och socialsekreteraren inte dokumenterats eller gjorts med den frekvens som föreskriv samt att överväganden inte har genomförts inom lagstadgad tid.

Socialnämnden vill påtala att kontakter mellan socialsekreterare och barnet sker med nödvändig frekvens i enlighet med 6 kap. 7 c § andra stycket SoL. ”Socialsekreteraren ska besöka barnet eller den unge regelbundet i den omfattning som är lämplig utifrån barnets eller den unges behov och önskemål.” I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2012:11, 7 kap.) anges att en bedömning av hur ofta besök ska göras bör göras fortlöpande. Socialnämnden menar att det därför inte är möjligt att göra en granskning utifrån om antalet uppgår till minst fyra personliga besök i hemmet.

För att säkerställa att uppföljning och kontroll av enskilda placeringar sker och dokumenteras i tillräcklig utsträckning planerar Socialnämnden att senast den 30 september 2021 ta fram processkartor för uppföljning och kontroll av enskilda placeringar samt fastställa en rutin för uppföljning och kontroll av enskilda placeringar. Rutinen kommer bland annat att innehålla vilket ansvar gruppleddare har att kontrollera handläggning och dokumentation till exempel

att överväganden sker som föreskrivet. Socialnämnden har även påbörjat ett arbete med att säkerställa att överväganden inte tappas bort vid överlämning av ärende mellan enheter.

Aktiva åtgärder inom området kvalitet

Revisionens bedömning är att aktiva åtgärder ej vidtagits inom området kvalitet. Revisionen påpekar att det inte finns några styrande dokument för egenkontroll på individnivå och att det saknas systematisk i egenkontrollen.

Som revisionen redovisar har gruppleddare regelbundet genomgångar med handläggare i ärendena vilket är en del av egenkontrollen. Som nämnden angett ovan kommer en rutin och granskningsprotokoll för dessa genomgångar att tas fram. Utöver dessa regelbundna genomgångar anser Socialnämnden att ytterligare systematiska egenkontroller behöver komma till stånd för att så tidigt som möjligt upptäcka brister och åtgärda dessa. Socialnämnden kommer därför att senast den 31 oktober 2021 fastställa en rutin avseende systematisk egenkontroll.

Uppföljning och kontroll av verksamheternas kvalitet

Revisionens bedömning är att uppföljning och kontroll av verksamhetens kvalitet inte har skett i tillräcklig utsträckning. Revisionen påpekar att uppföljning och utvärdering inte sker systematiskt och att det inte finns någon dokumenterad rutin för den ekonomiska uppföljningen av köp av externa platser.

Socialnämnden planerar att ta fram de kvalitetskrav som ska ställas på verksamheterna senast den 30 juni 2021. Då ska även en kartläggning för processen Direktupphandla verksamheter vara genomförd och rutiner för processen ska finnas fastställda. Direktupphandlingen gäller verksamheterna HVB, stödboende, skyddat boende och organisationer för konsulentstödda familjehem.

För att säkerställa att uppföljning och kontroll av jour- och familjehem, kontaktfamiljer och kontaktpersoner kommer en processkartläggning genomföras under våren. Processkarta och rutin planeras finnas på plats senast den 30 april.

Socialnämnden planerar även att kartlägga processen Följa upp verksamheter samt fastställa rutiner för processen senast den 30 september 2021. I den processen ingår verksamheter som upphandlats med ramavtal eller direktupphandling. I det arbetet ingår att ta fram vad som ska följas upp och hur och när det ska följas upp liksom en översyn av de uppföljningar som

genomförs idag till exempel den ekonomiska månadsuppföljningen av externa placeringar.

Granskningsområde i internkontrollplan

Socialnämnden planerar att pröva hur uppföljning och kontroll inom granskningsområdet kan inkluderas i kommande års internkontrollplan.

Carina Toro Hartman
Socialnämndens ordförande

Ann-Catrin Svantes Ohlson
Biträdande förvaltningschef