



Kristianstads kommun
Omsorgsnämnden
Kommunfullmäktige

Granskning av styrning och ledning av LSS-verksamheten

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Kristianstads kommun har PwC genomfört en granskning av omsorgsnämndens styrning och ledning av LSS-verksamheten. Granskningens revisionsfråga har varit: *Säkerställer omsorgsnämnden en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten med en tillräcklig intern kontroll?*

Vår samlade bedömning är att nämnden **delvis** säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten med en tillräcklig intern kontroll. Bedömningen grundar sig bland annat på följande iakttagelser:

- Det finns mål som är relevanta för LSS-verksamheten utifrån nämndens strategiska mål inom samtliga fyra perspektiv. Målen bedöms som tydliga, dock saknas mål som är tydligt kopplade till myndighetsutövningen på en övergripande nivå. Verksamhetsplaner har skapats utifrån förvaltningens styrkort med mål och indikatorer som är relevanta för respektive enhet. Det sker ett aktivt arbete inom verksamheterna med att förankra och bryta ner målen till den egna verksamheten.
- Det finns en styrning som visar den politiska ambitionen. Vidare finns det ett ledningssystem som ger stöd och som är tillgängligt för samtliga medarbetare. Det finns också en internkontrollplan för år 2018 som är fastställd av nämnden och därutöver genomförs löpande egenkontroller som alla anställda är involverade i. Det saknas dock en intern kontroll av myndighetsdelen såsom kontroller av kvaliteten och uppföljning.
- Den ekonomiska uppföljningen inkluderar alla verksamheter, därtill är samtliga enhetschefer involverade i uppföljningen. Nämnden får också månadsvisa rapporter med åtgärdsförslag presenterade. Vad gäller kvalitet anser vi att det sker en god uppföljning genom kvalitetsledningssystemet, kvalitetsrapport, uppföljning av enskilda insatser samt lex Sarah som nämnden också får ta del av.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi omsorgsnämnden att:

- utarbeta rutiner i syfte att säkerställa en god styrning inom den nya organisationen Funktionsstöd utifrån den nya organisationen som träder i kraft 2018/2019.
- säkerställa att verksamhetsplanerna för de olika verksamheterna är enhetligt uppställda för att på så vis bidra till en ökad tydlighet vad gäller måluppfyllelsen som helhet.
- verka för att öka medvetenheten hos den personal som arbetar gällande vikten av att rapportera in avvikelser, i syfte att utveckla verksamheten och undvika missförhållanden framöver.
- intern kontroll utförs på egen kontrollen, dvs. att enhetscheferna resultat av egen kontrollerna är adekvat och att detta görs i stickprov.

Svar över vidtagna åtgärder önskas av omsorgsnämnden före den 31 mars 2019. Granskningsrapporten överlämnas till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige för kännedom.

För revisorerna i Kristianstads kommun



Göran Sevebrant
Ordförande



Göran Wagermark
Vice ordförande

Revisionsrapport

Styrning och ledning av LSS-verksamheten

Projektledare
Petra Ribba
Konsult

Projektmedarbetare
Emma Ekstén
Konsult

Kvalitetssäkrare
Lena Brönnert
Certifierad kommunal
revisor

December 2018

Kristianstads kommun

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte och revisionsfråga.....	4
1.3. Revisionskriterier	5
1.4. Metod och avgränsning	5
1.5. Aktuellt inom LSS området	5
2. Kommunens styrning och organisation	6
2.1. Inledande statistik.....	6
2.2. Kommunens styrmodell	7
2.3. Omsorgsförvaltningens organisation	7
2.3.1. Myndighetsenhet.....	7
2.3.2. Funktionsstöd (Stöd- och service).....	8
3. Iakttagelser och bedömningar	9
3.1. Mål inom organisationen	9
3.1.1. Nationella mål för handikappolitiken	9
3.1.2. Mål och tillämpning av dessa	9
3.1.3. Uppföljning av målen.....	11
3.1.4. Bedömning.....	12
3.2. Styrning, ledning och uppföljning	13
3.2.1. Bedömning.....	15
3.3. Uppföljning av verksamhet som utförs på entreprenad	15
3.3.1. Bedömning.....	16
3.4. Uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet	16
3.4.1. Ekonomi.....	16
3.4.2. Kvalitet	17
3.4.3. Kvalitetsuppföljning av insatser	19
3.4.4. Lex Sarah	20
3.4.5. Bedömning.....	22
4. Revisionell bedömning	23
4.1. Bedömningar mot kontrollmål.....	23
4.2. Rekommendationer.....	24
Bilagor	
Bilaga 1: Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	25
Bilaga 2: Kontrollplan 2018	26

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Kristianstads kommuns förtroendevalda revisorer granskat omsorgsnämndens styrning och ledning av LSS-verksamheten. Granskningen besvarar följande revisionsfråga: *Säkerställer omsorgsnämnden en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten med en tillräcklig intern kontroll?*

Efter genomförd granskning är vår sammanfattande bedömning att nämnden delvis säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten med en tillräcklig intern kontroll. Vår samlade bedömning grundar sig i vår bedömning av nedanstående kontrollmål.

Bedömning utifrån kontrollmål

1. Tydliga mål som är kända och tillämpliga inom organisationen

Kontrollmål delvis uppfyllt. Enligt intervjuer samt dokumentstudier finns mål som är relevanta för LSS-verksamheten utifrån nämndens strategiska mål inom samtliga fyra perspektiv. Målen bedöms som tydliga, dock saknas mål som är tydligt kopplade till myndighetsutövningen på en övergripande nivå. Verksamhetsplaner har skapats utifrån förvaltningens styrkort med mål och indikatorer som är relevanta för respektive enhet. Det sker ett aktivt arbete inom verksamheterna med att förankra och bryta ner målen till den egna verksamheten.

2. Styrning, ledning och uppföljning

Kontrollmål delvis uppfyllt. Det finns en styrning som visar den politiska ambitionen. Vidare finns det ett ledningssystem som ger stöd och som är tillgängligt för samtliga medarbetare. Det finns också en internkontrollplan för år 2018 som är fastställd av nämnden och därutöver genomförs löpande egenkontroller som alla anställda är involverade i. Det saknas dock en intern kontroll av myndighetsdelen såsom kontroller av kvaliteten och uppföljning. Med anledning av den kommande organisationsförändringen är det av vikt att nämnden tillser att styrning, ledning och uppföljning fungerar väl i den nya organisationen.

3. Uppföljning av verksamhet som utförs på entreprenad

Kontrollmål ej möjligt att bedöma då det inte finns verksamhet inom LSS-området som utförs på entreprenad i Kristianstads kommun. Omsorgsnämnden har tagit fram en plan för uppföljning av egen verksamhet och privata utförare utifrån kommunfullmäktiges program för uppföljning och insyn av verksamhet som utförs av privata utförare.

4. Uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet

Kontrollmål uppfyllt. Den ekonomiska uppföljningen inkluderar alla verksamheter, därtill är samtliga enhetschefer involverade i uppföljningen. Nämnden får också månadsvisa rapporter med åtgärdsförslag presenterade. Vad gäller kvalitet anser vi att det sker en god uppföljning genom kvalitetsledningssystemet, kvalitetsrapport, uppföljning av enskilda insatser samt lex Sarah som nämnden också får ta del av.

Efter genomförd granskning *rekommenderar* vi omsorgsnämnden att beakta följande rekommendationer

- Att utarbeta rutiner i syfte att säkerställa en god styrning inom den nya organisationen Funktionsstöd utifrån den nya organisationen som träder i kraft 2018/2019.
- Att säkerställa att verksamhetsplanerna för de olika verksamheterna är enhetligt uppställda för att på så vis bidra till en ökad tydlighet vad gäller måluppfyllelsen som helhet.
- Att verka för att öka medvetenheten hos den personal som arbetar gällande vikten av att rapportera in avvikelser, i syfte att utveckla verksamheten och undvika missförhållanden framöver.
- Att intern kontroll utförs på egen kontrollen, dvs. att enhetschefernas resultat av egen kontrollerna är adekvat och att detta görs i stickprov.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, trädde i kraft 1994 och syftade till att stärka svårt funktionshindrade personers rätt till insatser från samhället. Syftet med lagen är att svårt funktionshindrade personer ska ges stöd att leva ett normaliserat liv samt delta i samhällsgemenskapen. I samband med att lagen trädde i kraft överfördes även ansvaret för omsorgsverksamheten från landstingen till kommunerna. Kostnaderna för insatser med stöd av LSS har för många kommuner ökat kraftigt.¹ Brister i styrning, uppföljning och avsaknad av systematisk analys av orsakerna till de ökade kostnaderna har ofta angivits som en bidragande orsak till kommunens svårigheter att klara ekonomin.

Omsorgsnämnden, som ansvarar för LSS-verksamheten i kommunen, har ett ansvar för att planera framåt för sin verksamhet och för att förse kommunfullmäktige med tillförlitliga underlag för långsiktig planering och prioriteringar. Då LSS är en väsentlig verksamhet som med sin omfattning påverkar invånarna och kommunens ekonomi är det angeläget att det finns en framförhållning i planeringen.

I Kristianstad kommun har behov av gruppbofästäder, servicebofästäder och personlig assistans ökat. En ändamålsenlig styrning och ledning hos omsorgsnämnden säkerställer att den enskilda brukaren får de insatser denne har rätt till för att nå en god livssituation/livskvalitet samt motverka belastning och oro för anhöriga. En god ledning och styrning medför även att högre kostnader motverkas, exempelvis personalkostnader.

Revisorerna har i sin riskanalys funnit skäl att genomföra granskningen.

1.2. Syfte och revisionsfråga

Granskningens syfte är att besvara revisionsfrågan om omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten med en tillräcklig intern kontroll.

För att besvara denna har följande kontrollfrågor ställts:

- Finns det tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen?
- Har nämnden tydliggjort hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utförare?
- Säkerställer nämnden att mål och riktlinjer följs och en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamhet som utförs på entreprenad inom LSS-området?
- Finns det en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet?

¹ När det gäller personlig assistans har kommunerna ansvaret om brukarens grundläggande behov av stöd överstiger 20 timmar per vecka. Staten övertar ansvaret när behovet överstiger 20 timmar per vecka och då får brukaren statlig assistansersättning från Försäkringskassan.

1.3. Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som revisorerna utgår ifrån vid analys och bedömningar. Följande revisionskriterier ligger till grund för granskningsinsatsen;

- Kommunallagen
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9)

1.4. Metod och avgränsning

Granskningen har utgått från analys av styrande dokument, verksamhetsplanering och verksamhetsuppföljning relevanta för frågeställningen samt intervjuer.

Vi har totalt genomfört sex intervjuer. Intervjuer har genomförts med myndighetschef och enhetschef myndighet, verksamhetschef verkställighet, tre ekonomer som arbetar specifikt mot LSS samt ekonomichef, nämndens ordförande, vice ordförande samt förvaltningschef. Granskningen begränsas till det ansvar som finns hos omsorgsnämnden och omfattar såväl verksamhet enligt LSS för vuxna som för barn och unga.

1.5. Aktuellt inom LSS området

En nationell utredning² har tillsatts som ska se över delar av LSS i syftet att få till stånd mer ändamålsenliga insatser i LSS samt att främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Grunden för uppdraget är att antalet mottagare av statlig assistans minskat kraftigt samtidigt som mottagare av kommunal personlig assistans har ökat. Bakgrunden till detta är domar som påverkat Försäkringskassans rättstillämpning. Detta har i hög grad påverkat enskilda assistansmottagare och kommunernas kostnader. Utredningen ska ses i belysningen av de problem som uppstått för enskilda i samband med detta. Syftet är att nå en förutsägbarhet gällande möjlighet till insatser (LSS och assistansersättning), stärka kvalitet, främja jämlikhet i levnadsvillkor och delaktighet. Uppdraget ska slutredovisas den 15 december till regeringen.

Socialstyrelsens öppna jämförelser 2017 gällande stöd till personer med funktionsnedsättning visar att mer än hälften av kommunerna har använt undersökningar av enskildas uppfattning av kvalitet som underlag för verksamhetsutveckling. Det är dock fortfarande få kommuner som använder systematisk uppföljning. Sammanlagt 57 procent av kommunerna har gjort minst en undersökning om enskildas uppfattning om kvalitet och använt resultaten för att utveckla verksamheten. Bara 9 procent av kommunerna har sammanställt resultat från uppföljningar av beslutade insatser och använt de resultaten i utveckling av verksamheten, d.v.s. hittat former för systematisk uppföljning.

I den nationella tillsynen som bedrivs av IVO konstateras generellt att personer med funktionsnedsättning riskerar att utsättas för brister i boendemiljö och omsorg. Många anmälningar från enskilda inom funktionshinderområdet berör brister i omsorg och omvårdnad. På boenden för personer med psykiska funktionsnedsättningar finns risker kopplade till den fysiska boendemiljön. Ovan redovisade områden inom LSS är intressant för omsorgsnämnden att ta hänsyn till när nya mål formuleras för verksamheten.

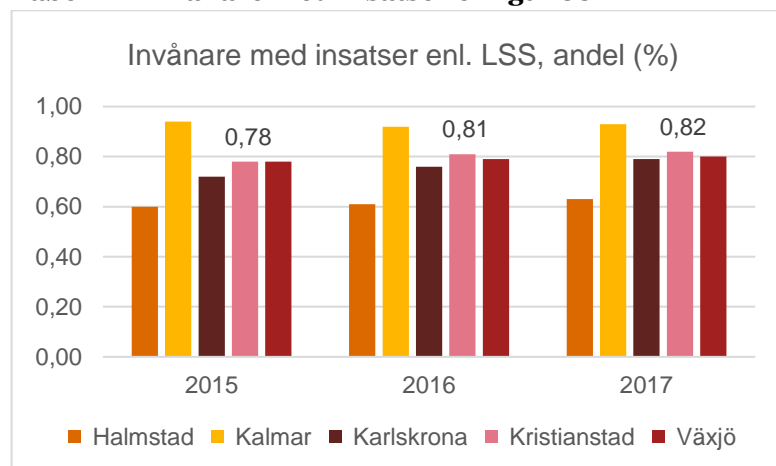
² LSS-utredningen, Tilläggsdirektiv 2018:35, Regeringskansliet

2. Kommunens styrning och organisation

2.1. Inledande statistik

Andelen invånare i procent av den totala befolkningen som har insatser enligt LSS är i Kristianstads kommun jämförbart med likande kommuner. Andelen har ökat marginellt de senaste åren, en liknande trend som i jämförbara kommuner.

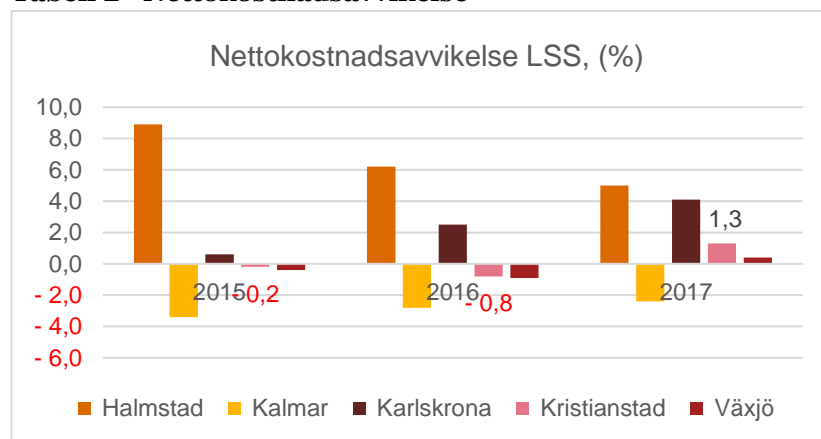
Tabell 1 - Invånare med insatser enligt LSS



Källa: Kolada

Nettokostnadsavvikelsen³ inom LSS i Kristianstads kommun är förhållandevis låg. Under åren 2015 och 2016 var kostnaderna för LSS-verksamheten lägre än förväntat utifrån statistiken, medan kostnaderna under 2017 blev något högre än förväntat.

Tabell 2 - Nettokostnadsavvikelse



Källa: Kolada

³ Avvikelse i procent mellan nettokostnad och referenskostnad för LSS, kr/inv. Nettokostnad är bruttokostnad minus brutto-intäkt. Referenskostnaden bygger på nettokostnader och strukturvariabler för det aktuella året. Referenskostnaden för LSS beräknas med hjälp av antalet verkställda beslut 1/10 föregående år och personalkostnadsindex. Positiva värden indikerar högre kostnadsläge än statistiskt förväntat och negativa värden ett lägre kostnadsläge än statistiskt förväntat. Källa: SKL.

2.2. Kommunens styrmodell

Varje år fastställer kommunfullmäktige kommunens övergripande styrkort för hela kommunkoncernen. Styrkortet omfattar, förutom Vision 2030 och den strategiska färdplanen (som preciserar visionen), även mål och indikatorer i fyra olika perspektiv: Medborgare, Utveckling, Medarbetare och Ekonomi. Utifrån de fyra perspektiven ska verksamheterna formulera mål med tillhörande indikatorer som därefter ska konkretiseras i verksamhetsplaner. Uppföljning, analys och utvärdering av målen ska ske kontinuerligt och främst i samband med delårsbokslut och årsredovisning.

2.3. Omsorgsförvaltningens organisation

Omsorgsförvaltningen arbetar med vård och omsorg om äldre, personer med funktionsnedsättning och personer i behov av hemsjukvård. Det finns ca 2 500 medarbetare inom förvaltningen vars arbete styrs av omsorgsnämnden. Omsorgsförvaltningen leds av en förvaltningschef.

Bild 1: Organisationschema fr.o.m. årsskiftet 2018/2019



Källa: Omsorgsförvaltningens eget material

2.3.1. Myndighetsenhet

På myndighetsenheten arbetar totalt 70 medarbetare varav 9,15 biståndshandläggare som bl.a. ansvarar för beslut enligt SoL⁴ och LSS⁵. Handläggarna är uppdelade på specialist-områdena personlig assistans, barn- och ungdom samt vuxna. Det finns ca 870 kunder

⁴ Socialtjänstlagen

⁵ Lag om stöd och service till funktionshindrade

med beslut om LSS-insatser vilket innebär ca 95 kunder per handläggare inom detta område, dock finns en spridning mellan antalet ärende per handläggare. Avgiftshandläggare på myndighetsenheten ansvarar för samtliga avgifter som debiteras omsorgsförvaltningens kunder. Myndighetsenheten leds av en myndighetschef.

För att få det stöd som behövs utifrån funktionsnedsättning behöver individen ansöka om stöd enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. En biståndshandläggare fattar beslut efter utredning om insatser utifrån behov. Insatser som kan ansökas om är: ledsagarservice, avlösarservice i hemmet, kontaktperson, korttidsvistelse, korttidstillsyn, daglig verksamhet, personlig assistans eller bostad med särskild service för barn och unga eller för vuxna.

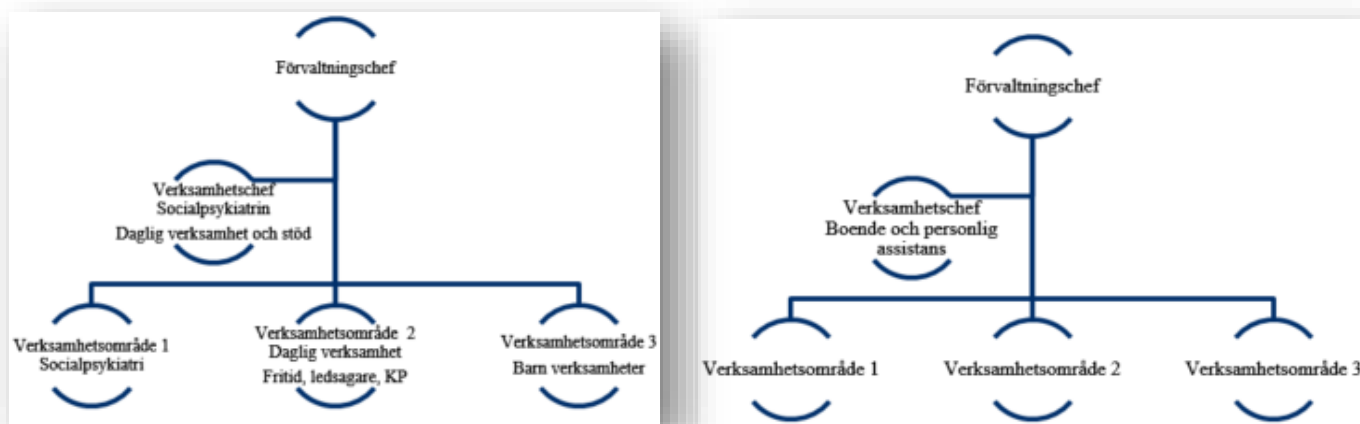
Biståndshandläggarna sitter samlade på samma våningsplan.

2.3.2. Funktionsstöd (Stöd- och service)

Stöd- och serviceenheten är den del av omsorgsförvaltningen som verkställer insatser som finns för att ge personer med funktionsnedsättning stöd i det dagliga livet. Grunden till stöd- och serviceenhetens verksamhet är den lagstiftning som styr området.

Inom stöd och service verksamhetsområde arbetar ca 730 medarbetare utspridda på ca 156 arbetsplatser. Vid årsskiftet 2018/2019 kommer enheten att delas in i två delar (Boende och personlig assistans samt Socialpsykiatri, daglig verksamhet och stöd), med två verksamhetschefer, varav LSS-verksamheter kommer ingå i enheten för Funktionsstöd. Varje verksamhet är indelade i tre verksamhetsområden med totalt 24 chefer. Se bilder nedan.

Bild 2: Organisationsschema över nya organisationen Funktionsstöd från årsskiftet 2018/2019



Källa: Omsorgsförvaltningens eget material

3. *Iakttagelser och bedömningar*

3.1. *Mål inom organisationen*

Kontrollmål 1

”Finns det tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen?”

3.1.1. *Nationella mål för handikappolitiken*

Enligt Kristianstads kommuns hemsida⁶ grundar sig Kristianstads kommuns arbete med funktionsnedsättning på de nationella målen för handikappolitiken:

- En samhällsgemenskap med mångfald som grund.
- Att samhället utformas så att människor i alla åldrar med funktionsnedsättning blir fullt delaktiga i samhällslivet.
- Jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

3.1.2. *Mål och tillämpning av dessa*

Vi har tagit del av omsorgsnämndens styrkort för år 2018 där nämndens strategiska mål i fyra perspektiv framgår med mål och indikatorer. Styrkortet antogs av omsorgsnämnden vid sammanträdet 2017-12-14 §114.

Enligt intervjuer finns det relevanta mål för LSS-verksamheten inom samtliga fyra perspektiv enligt nedan:

- *Medborgare*: Dokumentation, mat och måltider, boenderå, IBIC⁷, förebyggande verksamhet samt samordnad individuellplan (SIP)
- *Utveckling*: Ledarkompetens, förvaltningsövergripande personal- och kompetensförsörjningsplan samt evidensbaserad praktik.
- *Medarbetare*: sjukfrånvaro, nöjd medarbetareindex samt ledarskapsindex.
- *Ekonomi*: driftbudgetföljsamhet

⁶ Kristianstads kommuns hemsida 2018-09-25

⁷ Individens behov i centrum, IBIC, är ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt för de som arbetar med vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). IBIC är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum, ÅBIC. IBIC utgår från individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i dagliga livet. Handläggare och utförare använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, som gemensamt tankesätt och språk.

Bild 3: Omsorgsnämndens styrkort för år 2018

Strategiska mål i fyra perspektiv	Mål	Indikatorer
Medborgare Strategisk färdplan: HÄLSA OCH DELAKTIGHET: * God, jämlik hälsa och starkt delaktighet FRISKA EKOSYSTEM: * En rik natur och stärkta ekosystemtjänster	Delaktiga, nöjda och trygga brukare	Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> Genomförandeplan Genomförd utbildning i dokumentation Vårdplan / rehabplan Mat och måltider Upplevelse enkät (NKI och/eller egen) Boendeenheter med förbättringsarbete inom området Boenderåd el motsvarande Öppna jämförelser eller egen mätning
	Hälsosamt liv	IBIC Införande av IBIC (Verkställighet - Hemtjänstklar 18 övriga påbörjade 18 – Myndighet klar 18) Förebyggande vht Hemgångsstödets resultat -färre timmar efter än vid ingång Antal aktiviteter mot anhöriga Preventiva hembesök
	Stöd, vård och omsorg på lika villkor	Samordnad individuell plan (SIP) Antal genomförda SIP Etablerat forum med regelbundna möten avseende SIP
	Aktiva insatser för hållbar miljö	Transporter Andel bilar –fossilfria
Utveckling Strategisk färdplan: BOENDEMILJÖ OCH STADSUTVECKLING: * Långsiktigt hållbara boendemiljöer, ökat bostadsbyggande och pulserande stad ARBETSLIV OCH ATTRAKTIONSKRAFT: * En stark arbetsmarknad med växande företag	En verksamhet för stöd, vård och omsorg i framkant	Ledarkompetens Alla chefer ska ha gått förändringsledarskaps utbildning Personalförsörjning Ny plan klar ska gälla 18-22 Plan för digitalisering Klar, Antagen och påbörjat införande 18-22 Evidensbaserad praktik användas fullt ut <ul style="list-style-type: none"> Senior alert BPSD Delaktighetsmodell Översyn av verktyg för kvalitetsledning <ul style="list-style-type: none"> Uppdaterat system från 2019
Medarbetare * Friska och nöjda medarbetare * Effektivt arbetssätt	God hälsa och hög arbetstillfredsställelse	Sjukfrånvaro Nöjd medarbetarindex
	Ökad delaktighet, ökat medskapande och ansvarstagande	Medarbetarskapsindex Ledarskapsindex Hållbart medarbetarengagemang
Ekonomi * Hållbar ekonomi * God hushållning	Ekonomisk kontroll	Driftbudgetföljsamhet Kundtid

Källa: Verksamhetsplan med internbudget och styrkort 2018

I förvaltningens dokument *Styrkort OMS 2018 med indikatorer* finns det angivna värden till varje indikator enligt trafikljusmodellen med grön, gul eller röd färg för att kunna bedöma vid mätperiodens slut om indikatorn är uppfylld eller inte. I dokumentet framgår även mätperiod för indikatorerna under två av perspektiven: ”Medborgare” och ”Utveckling”, mätperiod saknas för perspektiven ”Medarbetare” och ”Ekonomi”. Enligt intervjuer uppges att medarbetarperspektivet har sin mätperiod oktober 2018 och ekonomiindikatorerna mäts månadsvis.

Utifrån förvaltningens styrkort har myndighetschef och verksamhetschef för stöd- och service skapat verksamhetsplaner för 2018 med de mål och indikatorer som är relevanta för respektive enhet. Vi noterar att verksamhetsplanerna inte är enhetligt uppställda till sitt utseende. För myndighetsenheten har vi tagit del av *Verksamhetsplan omsorgsförvaltningen 2018 med plan 2019-2020 för myndighetsenheten* samt *Myndighetsenhetens handlingsplan 2018*. Myndighetsenheten har i handlingsplanen brutit ner indikatorerna till: - vad som ska göras, - ansvarig, - startdatum, - klart till, - rapport till. I

myndighetsenhetens handlingsplan finns aktiviteter som rör bland annat myndighetsutövning.

För stöd- och serviceenheten har vi tagit del av *Verksamhetsplan SOS 2018* där stöd- och serviceenheten utifrån nämndens styrkort angett enhetens indikatorer. Samtliga perspektiv finns medtagna förutom perspektivet medarbetare. Inom de övriga perspektiven anges: mål, indikator, hur indikatorn ska följas upp, mätperiod (när det ska följas upp) samt ansvarig för uppföljningen.

Omsorgsnämndens ordförande anger att förvaltningens verksamhetsplan behandlas återkommande i nämnden. Bland annat har nämnden en heldag där samtliga verksamheter får berätta om vad de arbetar med. Om nämnden ser att något behöver förbättras under året kan de ge särskilda uppdrag med en tid för återrapportering. Det framhålls dock under intervjuer att det kan vara svårt att veta hur långt ut i verksamheten nämndens beslut tydliggörs.

Av intervjuer framgår att målen görs kända inom verksamheten. Till ledningsgruppen (som består av myndighetschefer och enhetschefer) bjuds medarbetarna in för att diskutera styrkortet. Styrkortet tas sedan vidare ut i verksamheterna på arbetsplatsträffar där medarbetarna får uppdrag kopplade till styrkortet. Ett sätt att tydliggöra målen ute i verksamheterna är att medarbetarna kommer och presenterar resultatet av uppdragen för ledningsgruppen. Från styrkortet beslutas det om verksamhetsplaner som sedan respektive enhet omsätter till en handlingsplan. Till handlingsplanerna får medarbetarna komma med egna idéer om innehåll.

Omsorgsnämndens ordförande framhåller att medarbetarna är väl medvetna om vad som ska göras i den egna verksamheten och vad målen för denna är. Dock är det inte säkert att medarbetarna är klara över hela målkedjan från nämndsmål till handlingsplaner.

3.1.3. Uppföljning av målen

Av intervjuer framgår att nämnden aktivt följer upp målen och styrkortet samt hur måluppfyllelsen ser ut. Efter en genomgång av samtliga av omsorgsnämndens protokoll från januari till oktober 2018 kan vi enbart finna redovisning av måluppfyllelse i samband med delårsrapport och årsredovisning. Förvaltningschefen håller en informationspunkt vid varje sammanträde och huruvida måluppfyllelse diskuteras under denna punkt framgår inte av protokollen. Nämnden får även information om styrkortet löpande under året om det finns vetskap att indikatorer inte kommer att uppfyllas.

Delårsrapporten presenterades för omsorgsnämnden 2018-09-20 § 88. I styrkortsuppföljningen bedöms perspektivet utveckling uppnås, medan perspektiven medborgare, medarbetare och ekonomi bedöms delvis uppnås vid årsbasis. Uppföljningen av styrkortet visar bland annat följande inom områden kopplade till LSS-verksamheten:

- *Såväl andel kunder som delaktigheten i genomförandeplanen når högt utfall inom samtliga verksamheter. Utbildningsinsatser planerade tom 2019.*
- *Införande och utveckling av boenderåd utifrån verksamhet och målgrupp pågår.*
- *IBIC-modellen kommer vara fullt införd under hösten i såväl verkställigheten som i beslutsprocess.*

- *Anhöriglots anställd from juni, utvecklings arbete pågår. From mars erbjuds preventiva hembesök, målsättning är att samtliga i målgruppen ska erbjudas inom ett år. En ökning med 15% av antalet fysiska aktiviteter har skett jämfört med föregående år.*
- *Resultat vid delårsuppföljning är 47,3% fossilfria fordon, bedömningen är att nivån kommer vara samma vid årsslutet. Leverans av elbilar kommer ske först 2019.*
- *Personal och kompetensförsörjningsplan är framtagen och beslutad i omsorgsnämnden.*
- *Strategisk plan för digitalisering och välfärdsteknologi 2018-2020 är framtagen och beslutad i omsorgsnämnden.*
- *Utvecklingsarbete pågår i verksamheterna utifrån metoderna Senior alert, BPSD, Case Management och Delaktighetsmodellen. Användandet uppskattas sammantaget delvis nå målnivån under året.*

Det framhålls under intervjuer, samt visas i delårsuppföljningen att vissa av målen är svåra att följa upp kontinuerligt då vissa indikatorer enbart kan mätas på årsbasis. Exempelvis presenteras SKL:s Öppna Jämförelser samt kommunens egen medarbetarundersökning först under hösten och kan därför inte vara föremål för uppföljning förrän vid årsbasis.

Kristianstads kommun hade i sin medarbetarenkät 2018 med frågeställningar kring kommunens vision, arbetsplatsens mål samt uppföljning av arbetsplatsens mål. Vi har tagit del av resultatet för stöd och serviceenheten och för myndighetsutövningen. På stöd och serviceenheten ansåg 54 % att kommunens vision genomsyrar verksamheten, 80 % ansåg att de känner till arbetsplatsens mål och 71 % uppföljning av arbetsplatsens mål. Resultatet från myndighetsutövningen visade att 42 % angav en 5:a eller en 6:a på en 6-gradig skala till att de känner till och förstår Kristianstad kommuns vision, 78 % ansåg att de känner till arbetsplatsens mål och 77 % uppföljning av arbetsplatsens mål.

Samtliga resultat, förutom myndighetsutövningens uppföljning av arbetsplatsens mål, var något sämre jämfört med resultatet för Kristianstads kommun i stort (motsvarande 58 %, 83 % och 75 %).

3.1.4. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är delvis uppfyllt. Det finns mål som är relevanta för LSS-verksamheten utifrån nämndens strategiska mål inom samtliga fyra perspektiv. Målen bedöms som tydliga och relevanta utifrån aktuella områden inom LSS. Dock noterar vi att det saknas mål som är tydligt kopplade till myndighetsutövningen på en övergripande nivå, som är en viktig del inom omsorgsnämndens verksamheter. Verksamhetsplaner har skapats utifrån förvaltningens styrkort med mål och indikatorer som är relevanta för respektive enhet. Det sker ett aktivt arbete inom verksamheterna med att förankra och bryta ner målen till den egna verksamheten. Uppföljningen av målen sker i samband med delårsrapport och årsredovisning. Vi anser att nämnden måste fortsätta arbeta för att nå samtliga mål vid årets slut. Vi föreslår även en ökad spårbarhet i protokollen vid förvaltningschefens informationspunkter i syfte att kunna avgöra vad som behandlats under punkten.

3.2. Styrning, ledning och uppföljning

Kontrollmål 2

”Har nämnden tydliggjort hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utförare?”

Av intervjuer framgår att nämnden under de senaste åren tydliggjort styrningen. År 2015 hade nämnden ett prognostiserat underskott om 50 mnkr, som slutligen landade på ett underskott om 25 mnkr. Nämnden hade inte fått information om underskottet löpande under året utan det kom som en överraskning. Efter att underskottet uppdagats gjordes en total förändring i organisationen. Idag är det en mycket god kontroll avseende uppföljning och information enligt de intervjuade mot bakgrund av att ledning och styrning fungerar bättre.

I samband med granskningen har vi tagit del av flertalet styrande dokument kring LSS-verksamheten. Några av de styrande dokument som kan nämnas är:

- *Verksamhetsplan med internbudget och styrkort 2018*. Verksamhetsplanen inleder med en beskrivning av nämndens samt omsorgsförvaltningens uppdrag, verksamhetens förutsättningar, intern styrning utifrån kommunens vision, strategisk färdplan 2020, värdegrund och värdighetsgaranti, omsorgsförvaltningens kvalitetsmått för styrning och uppföljning samt nämndens styrkort. Verksamhetsplanen innehåller information om prioriterade områden inom de olika verksamheterna där myndighetsutövning och Stöd och service är medtagna. Verksamhetsplanen avslutas med internbudget 2018 med fördelning av medel per verksamhet (nettokostnader) beskriven i text samt en kalkyl med netto per område/verksamhet för nämndens samtliga verksamheter. Av kalkylen går att utläsa att nettoram före justering uppgår till 50 068 tkr för Myndighet och 458 909 tkr för Stöd och service.
- *Internkontrollplan 2018 Omsorgsnämnden* antogs av omsorgsnämnden 2018-04-19. Se vidare bilaga 2.
- *Risikanalys*, dokument innehållande de bedömda riskerna i förvaltningens huvudprocesser. Enligt dokumentet ska risikanalysen uppdateras löpande och fastställas av ledningsgrupp och nämnd minst en gång per år. Dokumentet innehåller flikar för varje verksamhetsområde där risikanalysen utgår från verksamheternas huvudprocesser. För Myndighet framgår nio huvudprocesser och för Stöd- och service framgår två huvudprocesser.
- *Delegationsordning för omsorgsnämnden*⁸. I delegationsordningen finns ett särskilt avsnitt som berör beslut enligt LSS vilka härrör till 24 olika ärendetyper. Det framgår ärende, lagrum, delegat samt eventuell anmärkning såsom ”efter samråd med enhetschef på myndighetsenheten”.

⁸ Antagen av Omsorgsnämnden 2012-01-26, senast reviderad 2018-05-17

- *Myndighetsenhetens rutinhandbok LSS*⁹, ett dokument för biståndshandläggarna med ”skärmdumpar” från verksamhetssystemet för att tydliggöra var och vad som ska fyllas i. Enligt intervjuer är rutinhandboken även ett stöd i det dagliga arbetet, dels för nya medarbetare men även för att undvika att saker missas. Det finns interna rutiner som är framtagna i överenskommelse med Stöd och service för att minska risken att kund ”hamnar mellan stolar”.

På kommunens hemsida under kvalitetsledningssystemet finns handböcker upplagda för Verkställighet LSS och Myndighetsenheten. Handböckerna beskriver rutiner, riktlinjer och råd för att uppnå kvalitet i omsorgen. På hemsidan uppges att handböckerna är under ständig utveckling.

Intern kontroll

Vi har tagit del av omsorgsförvaltningens rapport 2017 kring resultatet av arbetet med intern kontroll år 2017. För år 2017 fanns inga kontrollmoment som avsåg stöd- och service verksamhet (inom vilken LSS ingår i) då ordinärt boende var föremål för kontrollerna år 2017. Av rapporten framgår att stöd- och service ska inkluderas i kontrollerna år 2018. De områden som bedömdes ha en hög riskbedömning för år 2017 har efter den interna kontrollen fått en reviderad riskbedömning till aningen medel eller låg. Eftersom att nämnden byter granskningsobjekt när ny riskanalys tas fram, samt att internkontrollarbetet har utvecklats, finns inga kontrollmoment från år 2017 kvar i planen för år 2018.

På omsorgsförvaltningen finns en internkontrollgrupp bestående av förvaltningens ledningsgrupp, medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS). Enligt *tjänsteutlåtande för Intern kontrollplan 2018*¹⁰, framgår att det pågått ett förbättringsarbete enligt det arbetssätt som kommunens handbok för intern kontroll beskriver. Respektive verksamhetsansvarig har kartlagt, riskbedömt och prioriterat sina processer. Arbetet har kommit olika långt i de olika verksamhetsområdena. Kontrollplanen omfattar förvaltningens verksamhetsprocesser i egenregi, stödprocesser och kommungemensamma kontrollområden. Förvaltningen kommer under 2018 att fortsätta det arbete som är påbörjat med dokumenterad riskbedömning inom verksamhetsområdena riksgymnasiet, kost, hemtjänst, vård och omsorgsboende, stöd- och service och vissa av stödprocesserna.

Internkontrollplanen år 2018 (se bilaga 2) och dess kontrollmoment är applicerbara på LSS-verksamheten genom att bland annat social dokumentation, arbetsmiljö m.fl. rör stöd- och service verksamheter. Vid granskningstillfället är uppföljningen av den interna kontrollen inte ännu sammanställd. Den kommer enligt intervjusvar vara avslutad och beslutad av omsorgsnämnden senast under sammanträdet i december.

Verksamhetsuppföljningar – egenkontroller

Myndighetsenheten genomför tre egenkontroller inom LSS-området, dessa är följande:

- ✓ Uppföljning av pågående beslut gällande insatsen bostad med särskild service
- ✓ Uppföljning av pågående beslut gällande insatsen daglig verksamhet
- ✓ Uppföljning av beslut utifrån jämförda insatser avseende insatsen kontaktperson.

⁹ 2018-09-15

¹⁰ Tjänsteutlåtande 2018-03-22 Omsorgsförvaltningen

För varje egenkontroll finns ett dokument framtaget med beskrivning om kontrollområdet, syftet med egenkontrollen, gjord riskbedömning, kontrollaktivitet/kontrollfrågor, vem som är kontrollansvarig samt metod/rapportering för egenkontrollen och datum för när egenkontrollen ska vara genomförd.

Vi har tagit del av samtliga tre dokument för egenkontrollerna 2018. De är att betrakta som ett arbetsmaterial vid tidpunkten för granskningen då den rapporteras till myndighetschef senast december 2018 för en av kontrollerna och januari 2019 för två egenkontroller.

3.2.1. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är delvis uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att det finns en styrning som visar den politiska ambitionen. Vidare finns det ett ledningssystem som ger stöd och som är tillgängligt för samtliga medarbetare. Det finns en internkontrollplan för år 2018 som är fastställd av nämnden och det genomförs löpande egenkontroller som alla anställda är involverade i. Det saknas dock en kontroll av myndighetsdelen såsom kontroller över kvaliteten gällande mål i besluten, kontroll av uppföljning av beslut samt kontroll av koppling mellan LSS-beslut och genomförandeplan.

Vi noterar att organisationen ska genomgå en förändring med en ny uppdelning av Stöd och Service från och med januari år 2019. Det är enligt vår mening viktigt att nämnden tillser att styrning, ledning och uppföljning fungerar väl i den nya organisationen.

3.3. Uppföljning av verksamhet som utförs på entreprenad

Kontrollmål 3

”Säkerställer nämnden att mål och riktlinjer följs och att en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamhet finns inom LSS-området som utförs på entreprenad?”

Enligt Kommunlagen¹¹ avses med privata utförare en juridisk person eller en enskild individ som tar hand om skötseln av en kommunal angelägenhet. När skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal lämnats över till en privat utförare, ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten. Om en kommun sluter avtal med en privat utförare ska kommunen genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.

Vi har tagit del av *Omsorgsnämndens plan för uppföljning av egen verksamhet och privata utförare*¹². Planen utgår från kommunfullmäktiges *Program för uppföljning och*

¹¹ Kommunallag (2017:725) 10 kap 7-9 § §

¹² 2018-07-04

*insyn av verksamhet som utförs av privata utförare*¹³. Enligt planen ska uppföljning göras för att granska att verksamheterna bedrivs utifrån gällande föreskrifter och lagar, avtal samt utifrån beslutade mål och riktlinjer. Områden som omfattas är ekonomi och kvalitet. Av planen framgår att avtalsuppföljning ska ske ca sex månader efter uppstart av en ny privat leverantör. Social ansvarig samordnare och förvaltningschef ansvarar för uppföljningen.

Enligt intervjuer har nämnden vid ett tillfälle (år 2009) berört privata utförare inom LSS-verksamheten. Då utmanade Attendo Care Kristianstads kommun, enligt den av kommunfullmäktige beslutade utmaningsrätten. Utmaningen bestod i att Attendo Care ville driva fyra boende med bättre eller motsvarande kvaliteter men till en lägre kostnad för kommunen. Det avslogs.

Det finns idag således inga verksamheter inom LSS som utförs på entreprenad. Däremot köper kommunen ibland vissa externa platser, men då finns ett avtal med Kommunförbundet Skåne.

3.3.1. Bedömning

Kontrollmålet går ej att bedöma då ingen LSS-verksamhet utförs på entreprenad i Kristianstads kommun.

3.4. Uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet

Kontrollmål 4

”Finns det en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet?”

3.4.1. Ekonomi

Nämnden följer verksamheternas ekonomi genom månadsrapporter, delårs- och helårsuppföljningar. I årsredovisning och delårsrapport sammanställs det ekonomiska bokslutet samt hur verksamheten uppfyllt sina mål under året.

Enligt *budget 2018 och plan 2019-2020* har nämnden som helhet en budget i balans år 2018. Av intervjuer med omsorgsnämndens ordförande och vice ordförande framgår att tjänstemän kommer till nämnden och informerar om ekonomi när exempelvis ekonomin fluktuerat under en kortare period. Nämnden får löpande information om hur mycket de olika boendena kostar. Nämnden har ekonomisk genomgång varje månad.

Varje månad har man på verksamhetsnivå ekonomiavstämning med ekonomi och ekonomichef. På enhetsnivå har enhetschef regelbundna träffar med ekonom och verksamhetschef har uppföljning med respektive enhetschef.

¹³Fastställt 2017-12-12 § 292

Från och med april år 2018 har nämnden arbetat med ett nytt resursfördelningssystem och av intervjuer framgår att alla verksamheter inte har lyckats anpassa sig fullt ut till det nya systemet. Det nya systemet baseras på att kundbehoven tydligt sammankopplas med de ekonomiska resurserna. De grupper som har störst kundbehov får således mer ekonomiska resurser. Då resursfördelningssystemet implementerades i april år 2018 har detta ännu inte varit föremål för uppföljning och utvärdering vid granskningstillfället.

Månadsrapporten för Augusti 2018 innehåller dels driftredovisning (ordinärt boende, vård- och omsorgsboende, gemensamt omsorg, LSS och övrigt), investeringar samt kommentarer till driftbudget och investeringsbudget. Driftbudgeten innehåller budget, ackumulerat resultat, beräknad prognos samt avvikelse mellan beräknad prognos samt budget. Enligt månadsrapporten har nämnden en avvikelse inom LSS verksamheten på -19,2 mnkr mot budget 417,5 mnkr. Avvikelsen förklaras till boendena samt externa placeringar med -10,5 mnkr, personlig assistans 6,2 mnkr och daglig verksamhet 2,1 mnkr. Det finns även ett kommentarsfält till möjliga åtgärder med anledning av avvikelser. Det kommentarsfältet är inte ifyllt för den månadsrapport vi tagit del av. Nämnden tar del av månadsrapporten vid varje sammanträde. Av intervjuer framgår att det ser ut att ske fortsatta volymökningar inom LSS för år 2019.

Månadsrapporten för september visar en fortsatt negativ avvikelse för LSS-verksamheten med en avvikelse om -23,7 mkr. Prognosen för verksamheten totalt visar ett underskott, hänförligt till boendena och externa placeringar. Övriga underskott fördelas mellan extern personlig assistans, som försämrats på grund av ökat antal ärenden och timmar, daglig verksamhet samt barnverksamhet och ledsagning. Av månadsuppföljningen framgår att de åtgärder som är möjliga att vidta på kort sikt för att minska underskottet är restriktiv användning av tre korttidsplatser, viss omprioritering av boendekön samt allmän konsumtionsrestriktivitet.

Av omsorgsnämndens protokoll daterad 2018-09-20 § 88 framgår att omsorgsnämnden godkänt delårsrapport med bedömd prognos och styrkortsuppföljning. Förvaltningen fick även i uppdrag av nämnden att presentera en åtgärdsplan i oktober för att nå en ekonomi i balans. Omsorgsnämnden beslutar att godkänna beskrivna åtgärder för att nå en ekonomi i balans under sammanträdet 2018-10-18 § 98.

Månadsprognosen för respektive enhet rapporteras in i ett beslutsstödsystem av enhetscheferna. Vid avvikelser ska de komplettera med vilka åtgärder som ska vidtas vid prognostiserat underskott. Vi har vid granskningstillfället fått se inrapporteringen i systemet och kan bekräfta att åtgärder framgår vid befarat underskott. Enhetschef är ansvarig för månadsprognosen.

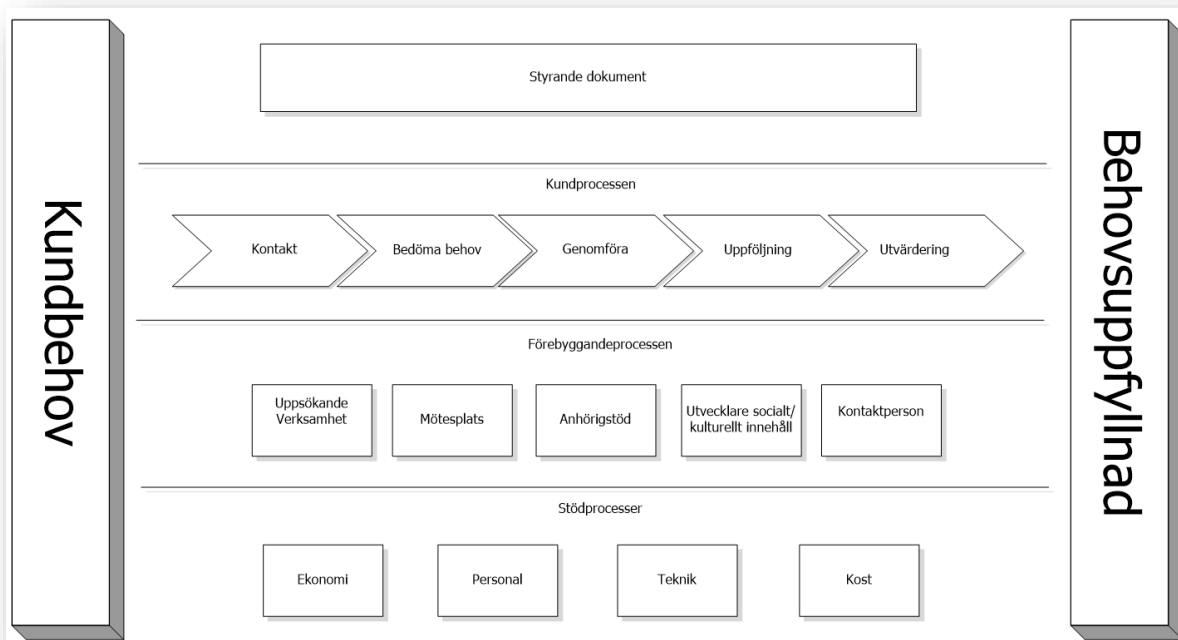
3.4.2. *Kvalitet*

Vi har tagit del av omsorgsförvaltningens kvalitetsledningssystem¹⁴. Kvalitetsledningssystemet uppges vara verktyget för att bibehålla och uppnå kvalitet i omsorgen och är uppbyggt utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). I kvalitetsledningssystemet finns processkartor över huvud- och delprocesserna i verksamheten. I kartorna finns även rutiner som gäller

¹⁴ <https://www.kristianstad.se/sv/kommun-och-politik/kommunens-organisation/forvaltningar/omsorg/omsorgens-handbocker/kvalitetsledningssystem/2018-10-01>

för aktiviteterna. Ledningssystemets syfte är att ge verksamheterna stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det finns enligt intervjuer även ett kvalitetsråd med processledare där kvalitetsledningssystemet diskuteras. Ledningssystemet är klickbart och går att navigera sig fram i (se bild nedan).

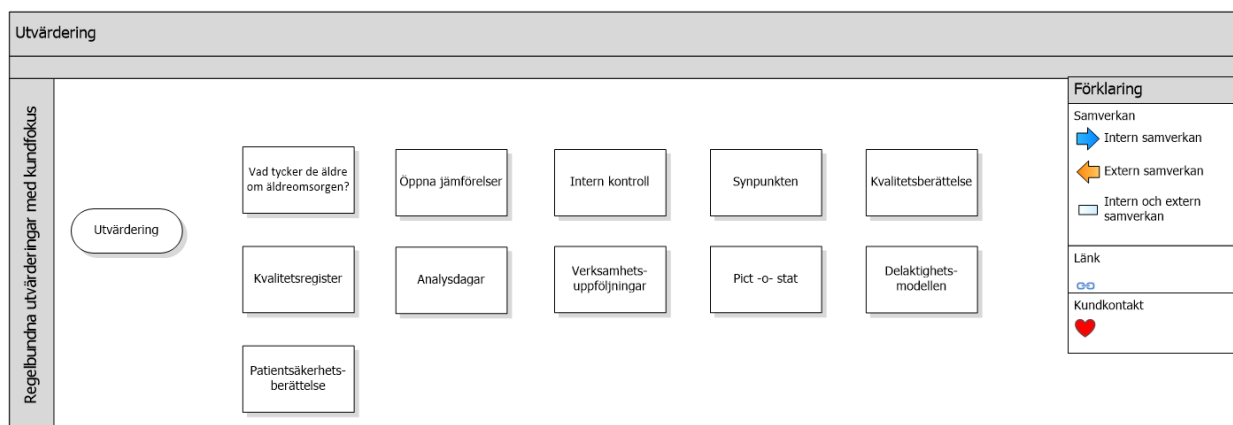
Bild 4: Kvalitetsledningssystem omsorgsförvaltningen



Källa: Omsorgsförvaltningens eget material

I kundprocessen ”utvärdera” framgår nedan bild, där intern kontroll, kvalitetsberättelse, verksamhetsuppföljningar samt Pict-o-stat¹⁵ omfattar LSS-verksamheterna. Vidare finns också möjlighet för kunderna att lämna synpunkter i ett synpunktshanteringssystem. De inkomna synpunkterna sammanställs månadsvis och verksamheterna får hantera de synpunkter som rör respektive verksamhetsområde.

¹⁵ ett enkätverktyg som använder sig av pictogramsymboler, fotografier/film för att presentera och förtydliga frågeställningar och svarsalternativ

Bild 5: Kundprocessen Utvärdera**Källa: Omsorgsförvaltningens eget material**

Av intervjuer framgår att det hade varit önskvärt att utöka kopplingen till kvalitet i styrkortet, vilket inte sker i dagsläget. Det framhålls dock att kvalitetsperspektivet är svårt att mäta och att nuvarande mätmetoder inte alltid lyfter ett medborgarfokus som även bör framgå i styrkortet.

Under intervjuer framhålls att det har anställts en ny kvalitetsutvecklare som är ansvarig för att handböcker kopplade till kvalitetsledningssystemet och för kvalitetssäkring av detta.

3.4.3. Kvalitetsuppföljning av insatser

Av intervjumaterial framgår att vid granskningstillfället fattas tidsbegränsade beslut på samtliga insatser utom bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS. En hel del beslut tidsbegränsas till att gälla cirka 1 år, medan andra tidsbegränsas på längre period. Exempelvis kan beslut gällande daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS fattas på cirka 3 år. Beslutsperioderna ska vara mer individanpassade och detta ska förvaltningen enligt intervjusvar arbeta mer med under 2019, och finns med förvaltningens handlingsplan gällande utvecklingsområde, på samma sätt som mer strukturerad aktgranskning också finns med. Samtliga beslut ska följas upp varje år, inklusive beslut om LSS-boende. Om beslut om insatsen är på väg att löpa ut genomförs en ny utredning och nytt beslut fattas, på så sätt dokumenteras denna uppföljning. Beslut som inte är tidsbegränsade eller som har en längre beslutsperiod följs upp och dokumenteras i kundens elektroniska journal. Samtliga uppföljningar dokumenteras således alltid. Det har även skapats en uppföljningsmall med utgångspunkt i livsområdena i IBIC. Denna används i första hand vid uppföljningar på beslut om LSS-boende men kan anpassas och användas vid uppföljning av andra insatser också. Dock kan det vara så att det inte är samtliga livsområden som är aktuella att följa upp när det gäller en specifik insats.

Samtliga nya beslut som fattas följs upp första gången cirka sex veckor efter beslut fattats. Denna uppföljning sker per telefon och då ställs frågor bland annat kring om verkställigheten tagit kontakt med kunden, om insatsen är påbörjad, om genomförandeplan har upprättats, om kunden är nöjd. Det finns en mall för sexveckorsuppföljningar i journalen i den elektroniska akten. Uppföljningarna ser för övrigt olika ut och vissa prioriteringar

görs av handläggarna beroende på ärendets art, arbetsbelastning med mera. Därför kan vissa uppföljningar genomföras per telefon medan andra uppföljningar sker genom möten eller hembesök. Gäller uppföljningen daglig verksamhet träffar handläggarna ibland kunden på dennes arbetsplats om man kan. Gäller uppföljningen ledsagarservice kan handläggare träffa kunden på omsorgsförvaltningens kontor. Om uppföljningen gäller ett boende sker uppföljningen i kundens hem och så vidare. Kunden är delaktig i uppföljningen då det enligt intervju svar är centralt att följa upp hur den enskilde uppfattar insatsen, om denne är nöjd, om det behövs annat stöd med mera. En uppföljning kan i vissa fall starta genom att handläggaren pratar per telefon med kunden och då kan saker komma upp i diskussionen som medför att möte bokas. I många fall pratar handläggaren både med kunden själv och med personal men det är också beroende på vem kunden önskar ska vara delaktig vid ett möte/hembesök och/eller vem/vilka kunden önskar att handläggaren kan/ska kontakta.

3.4.4. *Lex Sarah*

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande kvalitetsledningssystem (2011:9) beskriver ett ramverk för att styra, leda och följa upp verksamheten, dvs processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet och att personalen arbetar efter dessa. Här ingår även rutiner för att hantera avvikelser och för att agera med förbättrande åtgärder.

I alla verksamheter inträffar händelser som innebär att verksamheten i något avseende brister när det gäller kraven på kvalitet. Det är då viktigt att det tas om hand i verksamhetens systematiska förbättringsarbete, till exempel genom hantering av klagomål och synpunkter. Vid vissa tillfällen inträffar det händelser i en verksamhet som är missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden som ska rapporteras i enligt bestämmelserna om lex Sarah. Det finns bestämmelser i lag och föreskrifter som anger hur handläggningen av en lex Sarah-rapport ska gå till. Vissa rapporterade missförhållanden eller risker för missförhållanden är allvarliga och ska då anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

Bestämmelserna om lex Sarah omfattar flera skyldigheter som riktar sig till den som bedriver en verksamhet bland annat enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det föreligger en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden där Lex Sarah ska vara en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till för att komma till rätta med brister i verksamheten och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Centrala skyldigheter i bestämmelserna om lex Sarah är rapporteringsskyldigheten, utredningsskyldigheten, skyldigheten att avhjälpa eller undanröja missförhållandet och anmälningskyldigheten. I Kristianstads kommun finns en handbok som specificerar vilken funktion i organisationen som har vilket ansvar. Av intervju framgår att det vid granskningstillfället pågår en genomlysning av rutinerna för att säkerställa att dessa är tydliga.

Utredningsgraden vad gäller lex Sarah har under år 2017 och år 2018 sett ut som följer:

Tabell 3: Lex Sarah-utredningar

Händelsekategori	Antal 2017	Antal 2018	Totalt
Brister i bemötande	3	0	3
Brister i utförande av insats	5	4	9
Ekonomiska övergrepp	2	1	3
Sexuella övergrepp	1	0	1
Fysiskt övergrepp	0	2	2
Totalt	11	7	18

Utredningarna avser gruppboende, särskilt boende och daglig verksamhet. Av dessa utredningar var det ingen som anmäldes till IVO under år 2017. Av utredningarna hittills år 2018 har två anmälts till IVO. Det finns i kommunen en utredningsgrupp som består av deltagare/utredare som representerar olika verksamheter och geografiska områden inom förvaltningen. Utredaren ska inte delta om det är dennes egen verksamhet rapporten gäller. Det ska alltid finnas representanter från utredningsgruppen som är i tjänst. Utredningsgruppen träffas regelbundet för genomgång av pågående utredningar. Det finns även ett kvalitetsråd som har till uppgift att gå igenom händelseanalysen och föra en diskussion kring genomförandet av åtgärderna i syfte att vara en lärande organisation. Deltagarna i kvalitetsrådet tar med sig kunskapen och förmedlar den och blir kunskapsbärare av den i organisationen.

Enligt statistik från IVO år 2017 uppgick antalet utredningar som anmälts inom LSS-området till 367 anmälningar för hela landet.

Av intervjuer framgår att det finns en medvetenhet i organisationen om när ett ärende ska bli föremål för utredning. Det framgår även att handböckerna finns lättillgängliga för samtliga handläggare. Det framgår dock av intervjuer att det har uppmärksammats brister i rapporteringen utifrån de utredningar som har hanterats inom utredningsgruppen. Även mindre avvikelser ska rapporteras för att förhindra större missförhållanden framöver. Enligt uppgift från förvaltningen ser de en skillnad i rapporteringar enligt Hälso- sjukvårdslagen (HSL) och SoL (inom vilken LSS ingår). Ungefär 80 % av alla avvikelser som inkommer rör HSL och ca 20 % rör SoL, trots att verksamheterna som arbetar enligt SoL är betydligt större än de som arbetar enligt HSL. Detta tyder enligt representant från omsorgsförvaltningen på att de som jobbar mot HSL är betydligt bättre på att rapportera in avvikelser.

Nämnden blir löpande informerade om de utredningar som pågår avseende Lex Sarah anmälningar.

Kvalitetsberättelse

Vi har tagit del av omsorgsförvaltningens *Kvalitetsberättelse 2017*. Kvalitetsberättelsen presenteras i omsorgsnämnden under december månad, därmed är inte kvalitetsberättelsen för år 2018 färdigställd vid granskningstillfället. Av dokumentet framgår att brukarundersökning skett inom Stöd- och service gällande daglig verksamhet och gruppboend

genom Pict-O-Stat. Brukarundersökningen introducerades 2010 och genomförs vartannat år sedan 2015.

Fokusfrågor i undersökningen 2017 var genomförandeplanen, husmöten och möten på daglig verksamhet. I undersökningen för gruppboendena fanns även frågor om matsituationen. I kvalitetsberättelsen redogörs för fokusfrågorna med kommentar om resultatet för undersökningen. Resultatet visade det var tre frågor inom gruppboendena som fick över 90 %, de var: Trivs du hemma? Får du välja mellan olika saker att göra när du är ledig? Får du den hjälp du vill ha hemma? De frågor som fick över 90 % i daglig verksamhet var: lyssnar personalen på dig? Känner du dig trygg med personalen på daglig verksamhet? Berättar personalen för dig när du har gjort ett bra arbete? Gemensamt för båda undersökningarna var att frågor med lägst resultat var: Vet du vad som står i din genomförandeplan? Har du varit med och bestämt det som står i din genomförandeplan?

Det framgår även att varje verksamhet gör sin egen analys och åtgärdsplan upprättas för de frågor som har lägst resultat. Vi har tagit del av verksamhetens uppföljningsdokument för de tre områdena: förbättringsarbete inom måltider, genomförandeplan dokumentation samt hus och bomöten.

3.4.5. *Bedömning*

Vi bedömer att kontrollmålet avseende *ekonomi* är uppfyllt. Bedömningen grundar vi på att den ekonomiska uppföljning som görs inkluderar alla verksamheter, därtill är samtliga enhetschefer involverade i uppföljningen. Nämnden får också månadsvisa rapporter med åtgärdsförslag presenterade. Verksamheterna inom LSS ser på helårsbas ut att gå med ett underskott jämfört med budget, det är därför av vikt att nämnden noggrant följer den ekonomiska situationen samt begär in åtgärdsplaner. Vi noterar därutöver även att det ännu inte skett någon uppföljning av resursfördelningssystemet. Det är av vikt att nämnden fortsätter följa resursfördelningen för att på så vis följa om det nya systemet får avsedd effekt eller om omfördelningar ska göras.

Vad gäller *kvalitet* bedömer vi att kontrollmålet är uppfyllt. Vi anser att det sker en god uppföljning genom kvalitetsledningssystemet, kvalitetsrapport, uppföljning av enskilda insatser samt lex Sarah. Vi anser att lex Sarah-utredningarna används som ett verktyg att förbättra verksamheten genom de forum såsom utredningsgruppen samt kvalitetsrådet där det finns möjlighet att diskutera utvecklingen. Vi ser däremot en risk i att rapporteringsgraden av SoL-ärenden är förhållandevis låg jämfört med HSL-ärenden då detta kan medföra missförhållanden som annars hade kunnat undvikas. Vi betonar också vikten av att även mindre avvikelser rapporteras i syfte att undvika större missförhållanden framöver.

4. Revisionell bedömning

Efter genomförd revision och genomgång av samtliga kontrollmål gör vi bedömningen att omsorgsnämnden delvis säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten med en tillräcklig intern kontroll.

4.1. Bedömningar mot kontrollmål

Kontrollmål	Kommentar
<i>Finns det tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen?</i>	Bedömning: Delvis uppfyllt. Det finns mål som är relevanta för LSS-verksamheten utifrån nämndens strategiska mål, dock saknas mål som är tydligt kopplade till myndighetsutövningen på en övergripande nivå. Verksamhetsplaner har skapats utifrån förvaltningens styrkort med mål och indikatorer relevanta för respektive enhet.
<i>Har nämnden tydliggjort hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utförare?</i>	Bedömning: Delvis uppfyllt. Det finns en styrning som visar på den politiska ambitionen. Det finns ett ledningssystem som ger stöd och är tillgängligt för samtliga medarbetare. Det finns internkontrollplan för år 2018 och det genomförs löpande egenkontroller som alla anställda är involverade i. Dock saknas en intern kontroll av myndighetsdelen såsom kontroller av kvaliteten och uppföljning.
<i>Säkerställer nämnden att mål och riktlinjer följs och att en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamhet som utförs på entreprenad inom LSS-området?</i>	Bedömning: Går ej att bedöma då LSS-verksamhet på entreprenad inte finns i Kristianstads kommun.
<i>Finns det en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet?</i>	Bedömning: Uppfyllt. Den ekonomiska uppföljning som görs inkluderar alla verksamheter samt att samtliga enhetschefer är involverade i uppföljningen. Nämnden tar del av månadsvisa rapporten mer åtgärdsförslag. Gällande kvalitet sker en god uppföljning genom kvalitetsledningssystemet, kvalitetsrapport, internkontroll samt egenkontroller som nämnden tar del av.

4.2. Rekommendationer

Efter genomförd granskning rekommenderar vi omsorgsnämnden att beakta följande rekommendationer:

- Att utarbeta rutiner i syfte att säkerställa en god styrning inom den nya organisationen Funktionsstöd utifrån den nya organisationen som träder i kraft 2018/2019.
- Att säkerställa att verksamhetsplanerna för de olika verksamheterna är enhetligt uppställda för att på så vis bidra till en ökad tydlighet vad gäller måluppfyllelsen som helhet.
- Att verka för att öka medvetenheten hos den personal som arbetar gällande vikten av att rapportera in avvikelser, i syfte att utveckla verksamheten och undvika missförhållanden framöver.
- Att intern kontroll utförs på egen kontrollen, dvs. att enhetschefernas resultat av egen kontrollerna är adekvat och att detta görs i stickprov.

Bilagor

Bilaga 1: Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

LSS är en rättighetslag som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor, att de får den hjälp de behöver i det dagliga livet och att de kan påverka vilket stöd och vilken service de får. Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra. LSS ger rätt till tio insatser för särskilt stöd och särskild service som människor kan behöva utöver det som de kan få genom annan lagstiftning.

1. Rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder
2. Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans¹⁶
3. Ledsagarservice
4. Biträde av kontaktperson
5. Avlösarservice i hemmet
6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
7. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov
8. Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet
9. Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
10. Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig

Lagen är med andra ord ett komplement till andra lagar och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som andra lagar ger. En begäran om stöd och service från en person som ingår i lagens personkrets¹⁷ bör i första hand prövas enligt LSS om det är en insats som regleras i lagen.

¹⁶ Ett personligt utformat stöd som ges till den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sina grundläggande behov. Kommunen är ansvarig för kostnaden för personlig assistans när de grundläggande behoven uppgår till högst 20 timmar per vecka. Finns behov av personlig assistans i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan kan socialförsäkringsbalkens bestämmelser gälla.

¹⁷ Lagen gäller för personer med:

1. utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom,
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Bilaga 2: Kontrollplan 2018

Granskningsområde/Process	Risikbedömning	Reglemente, policy eller motsvarande	Risk/Kontrollaktivitet	Rapportering	Kontrollansvarig
1 Social dokumentation	Hög	Lagstiftning, rutin social dokumentation enligt handböcker	Följs rutinen, är dokumentationen tillräcklig utifrån gällande lagstiftning?	2018-10-15	Planeringschef
2 Genomförandeplan	Hög	Lagstiftning, rutin genomförandeplan enligt handböcker	Är innehållet i nivå med kraven i lagstiftning?	2018-10-15	Planeringschef
3 Myndighetsutövning/uppföljning	Medel	Lagstiftning, föreskrifter, rutiner	Genomförs uppföljningar enligt lagstiftning?	2018-10-15	Myndighetschef
4 Arkiv	Låg	Lagstiftning, arkivreglemente	Följer nämnden arkivreglemente för Kristianstads kommun?	2018-10-15	Planeringschef
5 Egenkontroll	Låg	Omsorgförvaltningen handböcker, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Finns struktur för egenkontroll i samtliga verksamheter?	2018-10-15	Planeringschef Ekonomichef Myndighetschef
6 Hälsa- och sjukvård(uppföljning av genomförda åtgärder)	Hög	Patientsäkerhet, likvärdighet, dokumentationsrutin	Görs uppföljningar utifrån bedömningar enligt evidens?	2018-10-15	Planeringschef
7 Basal vårdhygien och klädregler	Hög	SOSFS 2015:10 basal hygien i vård och omsorg, rutin för basal vårdhygien	Följs rutiner?	2018-10-15	Planeringschef
8 Avtalshandtering	Hög	Gemensam ny rutin för Kristianstad kommun, arbetas fram under 2017	Hanteras avtal i kommunen på ett ändamålsenligt sätt?	2018-10-15	Ekonomichef
9 Upphandling/inköpsstyrning	Hög	Upphandlingspolicy	Stämmer det som levererats överens med förväntningarna? Uppfyllda ställda krav i upphandlingsunderlag kontra leverans och leverantör?	2018-10-15	Ekonomichef
0 Arbetsmiljö, rehabilitering, hälsofrämjande arbete	Hög	Policy för hälsofrämjande arbete, riktlinje för rökfri arbetstid, rehabiliteringsriktlinje, handläggning och metod vid arbetsanpassning och rehabilitering	Sker efterlevnaden av regler/riktlinjer på ett ändamålsenligt sätt?	2018-10-15	HR-chef

2018-12-12

Lena Salomon

Uppdragsledare

Petra Ribba

Projektledare