

Osby kommun

Granskning av ledning och styrning
inom LSS-verksamheten

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Genomförande	3
2.4. Revisionskriterier.....	4
3. Granskningsresultat	5
3.1. Mål och uppdrag	5
3.2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	6
3.3. Utbud och behov av LSS-insatser	8
3.4. Uppföljning	12
4. Sammanfattande bedömning	14
<i>Bilaga 1: Källförteckning</i>	15
<i>Bilaga 2: Svaresresultat från brukarundersökning</i>	16

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Osby kommun granskat hälsa- och omsorgsnämnden i syfte att bedöma om nämnden bedriver en ändamålsenlig ledning och styrning av verksamheten som bedrivs enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Vår sammanfattande bedömning är att hälsa- och omsorgsnämnden bedriver en delvis ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten. Vi grundar vår bedömning på att det finns mål för verksamheten och ett beslutat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dock bedömer vi att det utgör en brist nämnden inte tillsett målvärden för uppföljning av måluppfyllelse och samlad dokumentation av det systematiska förbättringsarbetet. Nämnden har inte säkerställt en kontinuerlig uppföljning av insatsers resultat, vilket enligt vår bedömning utgör en brist som försvårar arbetet med att tillse insatser som motsvarar brukarnas behov. Därtill vill vi framhålla vikten av att tillse dokumenterade processer och rutiner som grund för arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten.

Vi har bland annat gjort följande iakttagelser:

- ▶ Hälsa- och omsorgsnämnden har beslutat om fyra mål för 2021. Ett av målen har en indikator som rör LSS-verksamheten. Det saknas målvärde för indikatorn.
- ▶ Hälsa- och välfärdsnämnden och barn- och utbildningsnämnden beslutade om ett gemensamt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt verksamhet enligt LSS i februari 2019. Ledningssystemet uppges vara gällande för nuvarande hälsa- och omsorgsnämndens verksamhet.
- ▶ Nämnden har inte upprättat någon kvalitetsberättelse för 2020.
- ▶ I utförarverksamheterna uppges det vara ett utvecklingsområde att tillse övergripande dokumenterade processer som på ett tydligt sätt kopplar rutiner till olika delar av processen.
- ▶ Det framgår att uppföljning av LSS-insatser delvis nedprioriteras av handläggare på grund av tidsbrist.
- ▶ Det har varit brist på gruppbofastadsplatser under en längre tid. Detta har lett till att beslut om gruppbofastäder inte har kunnat verkställas. Nämnden har kommunicerat behov av nybyggnation sedan 2015.
- ▶ Resultat från brukarundersökning 2020 visar att över hälften av de svarande är nöjda med de insatser som ges. Nöjdheten är generellt högre inom gruppbofastad och servicebofastad än inom daglig verksamhet.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi hälsa- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Tillse att det finns målvärden för indikatorer kopplade till nämndmål och verksamhetsmål,
- ▶ Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- ▶ Upprätta en årlig kvalitetsberättelse
- ▶ Tillse kontinuerlig uppföljning av insatsers resultat

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Kommunens ansvar för LSS-verksamheten styrs av lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Av denna framgår bland annat att verksamhetens kvalitet ska säkras och utvecklas systematiskt. Därutöver har kommunen en skyldighet att rapportera ej verkställda beslut till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som utövar tillsyn.

I Socialstyrelsens lägesrapport 2019 avseende insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning anges att antalet personer med insatser enligt LSS fortsätter att öka, så även kostnaderna. LSS-verksamheten i Osby kommun har framförallt noterat en ökning inom daglig verksamhet och gruppboenden.

I kommunrevisionens risk- och väsentlighetsanalys framkommer att det finns LSS-beslut som inte är verkställda, varpå hälsa- och omsorgsnämnden riskerar vite. Förvaltningschefen uppger att det finns ett behov av lokaler för daglig verksamhet och platser på gruppboenden.

Mot bakgrund av ovan vill revisorerna i Osby kommun granska hur hälsa- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig ledning och styrning av LSS-verksamheten.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma om hälsa- och omsorgsnämnden bedriver en ändamålsenlig ledning och styrning av LSS-verksamheten.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns det tydliga mål som är kända och tillämpas inom LSS-verksamheten?
- ▶ Arbetar LSS-verksamheten i enlighet med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?
- ▶ Motsvarar nämndens tillgång till insatser brukarnas behov?
- ▶ Finns det en strukturerad uppföljning och kontroll inom området?

2.3. Genomförande

Granskningen grundas på intervjuer med presidiet för hälsa- och omsorgsnämnden, förvaltningschef för hälsa och omsorgsförvaltningen samt ansvarig områdeschef, enhetschefer och handläggare inom LSS-verksamheten. Vi har även genomfört dokumentstudier av riktlinjer, rutiner och andra styrdokument för verksamheten. En sammanställning har gjorts av kommunens resultat 2020 i den nationella brukarundersökningen för LSS-verksamheten.

Granskningen är genomförd under april till juni 2021.

2.4. Revisionskriterier

2.4.1. Kommunallagen (2017:725)

Kommunallagen stadgar att varje nämnd inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Den ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

2.4.2. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

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.

Lagen anger att verksamhet som bedrivs enligt denna lag ska vara av god kvalitet.

Insatserna ska enligt 7 § anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

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

I föreskriften definieras ledningssystem som ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten. Den som bedriver verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Med stöd av ledningssystemet ska den som bedriver verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Den som bedriver verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. De aktiviteter som ingår i varje process ska identifieras och för varje aktivitet ska rutiner fastställas. De processer där samverkan behövs ska identifieras. Den som bedriver verksamhet ska också identifiera risker och utöva egenkontroll i den frekvens och omfattning som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

2.4.4. Hälsa- och omsorgsnämndens reglemente

Nämnden har enligt reglementet ansvar för och fullgör kommunens uppgifter enligt såväl lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade som annan lag och författning inom området.

3. Granskningsresultat

3.1. Mål och uppdrag

3.1.1. Iakttagelser

Av intervjuer framkommer att hälsa- och omsorgsnämnden och förvaltningen i början av nuvarande mandatperiod har arbetat aktivt med att förbättra strukturen för målstyrning. Politiska ledamöter och tjänstepersoner arbetade tillsammans för att skapa en tydligare röd tråd från kommunfullmäktiges målområden till nämndmål och verksamhetsmål med tillhörande indikatorer. De fokuserade på att begränsa antalet mål, då det historiskt sett varit väldigt många mål. Inriktningen är att nämndmålen ska vara konstanta över mandatperioden medan indikatorer till nämndmålen samt verksamhetsmål och deras indikatorer kan ändras vid behov. Den 1 april 2021 genomfördes en omorganisation som innebar att delar av nämndens tidigare ansvarsområden (och därmed verksamhetsområden) tillföll andra nämnder. Till följd av detta krävs enligt intervjuade en översyn av hälsa- och omsorgsnämndens mål under nuvarande mandatperiod.

Hälsa- och omsorgsnämnden¹ har beslutat om fyra nämndmål för 2021. Ett av målen har en indikator som särskilt rör LSS-verksamheten:

- ▶ Behovet av insatser ska minska och leda till ett självständigt liv med en meningsfull vardag.

Målet mäts genom indikatorn *Andel brukare med insats servicebostad, daglig verksamhet, personlig assistans som är nöjda med självbestämmande och integritet*. Det saknas målvärde för indikatorn.

Utifrån nämndmålen har hälsa- och omsorgsförvaltningen tagit fram verksamhetsmål med tillhörande indikatorer. Sex verksamhetsmål är kopplade till LSS-verksamheten, se tabell nedan. Det framgår inte vilka av nämndmålen som dessa mål avser bidra till.

Tabell 1: Verksamhetsmål med tillhörande indikatorer kopplade till LSS-verksamheten

Verksamhetsmål	Indikatorer ²
Människor får kvalitativt, individuellt anpassat stöd.	<i>Andel ärenden som har uppdaterad individuell plan.</i>
All personal inom LSS ska ha rätt kompetens för att utföra arbetet med mycket god kvalitet för brukarna.	<i>Andel tillsvidareanställda stödassistenter/stödpedagoger.</i>
Individintegrerad sysselsättning inom LSS ska vara ett förstahandsval när så är möjligt.	<i>Andel individintegrerade arbetsplatser i näringslivet.</i>
Myndighetskontoret ska vara en attraktiv arbetsplats.	<i>Andel på myndighetsutövning som upplever sin arbetsbelastning som normal. Andel på myndighetsutövning som har en individuell kompetensutvecklingsplan.</i>

¹ Ändrat efter organisationsförändring 1 april 2021. Tidigare var namnet hälsa och välfärdsnämnden.

² I tabellen anges endast indikatorer kopplade till LSS-verksamheten.

I den dagliga verksamheten ska finnas verksamheter som arbetar med återvinning/återbruk.	<i>Andel verksamheter som arbetar med återvinning/återbruk. Användning av engångsmaterial ska minimeras.</i>
Digital teknik ska vara en naturlig del av det dagliga arbetet	<i>Användning av digitala hjälpmedel</i>

Samtliga indikatorer, i tabellen ovanför, som är kopplade till LSS-verksamheten, saknar målvärden. Vid intervju framkommer att avsaknad av målvärden är en följd av verksamhetens hektiska situation under pandemin. De arbetar för närvarande med att ta fram målvärden för indikatorer till såväl nämndmål som verksamhetsmål. Återkoppling och uppföljning av målen har enligt intervjuade varit delvis åsidosatt under den senaste perioden, då pandemin har krävt mycket fokus från verksamheten.

Chefer i verksamheten uppger vid intervju att det att det finns en god kännedom om både de politiska målen och verksamhetsmålen i verksamheten. Områdeschefer och enhetschefer tar tillsammans fram indikatorer till målen och på så vis förankras målarbetet i verksamheten. Det framgår av intervju med handläggare inom LSS-verksamheten att de känner till de politiska målen, men att arbetet främst bedrivs utifrån lagstiftning och att bedriva en rättssäker handläggning.

Det framkommer av intervjuer att det finns en upplevelse av en toppstyrning i organisationen. Ett exempel på detta är den nyligen genomförda omorganisationen där medarbetare inte anser sig haft möjlighet att vara delaktiga och påverka besluten. De stora förändringar som har genomförts har enligt intervjuade skapat en onödigt stor oro bland medarbetarna, vilket tar tid och kraft från arbetet och riskerar att försämra kvaliteten.

3.1.2. Bedömning

Granskningen visar att det finns nämndmål som är känt inom verksamheten. Dock saknas fastställda målvärden för indikatorn, vilket vi bedömer är en brist. Detta medför svårigheter att bedöma måluppfyllelse och utgör risk för en otydlig ledning och styrning av verksamheten. Vi har noterat att nämnden är medveten om bristen och ser positivt på att de arbetar för förbättring.

3.2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

3.2.1. Iakttagelser

Hälsa- och välfärdsnämnden och barn- och utbildningsnämnden beslutade om ett gemensamt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt verksamhet enligt LSS i februari 2019. Ledningssystemet uppges vara gällande för nuvarande hälsa- och omsorgsnämndens verksamhet.

Det framgår av dokumentet att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det framgår vidare att kvaliteten i verksamheten utgår från lagkrav, kommunfullmäktiges mål och nämndmål. Ledningssystemet ska bidra till att den som bedriver verksamhet kan planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det finns beskrivet vilket ansvar de olika funktionerna inom verksamheten har för att upprätthålla ett systematiskt kvalitetsarbete. Ansvar inom hälsa- och omsorgsnämnden finns angivet för nämnd, förvaltningschef, områdeschef, enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), verksamhetsutvecklare och medarbetare.

Kvalitetsarbetet ska dokumenteras i IT-stödet Stratsys. Nämnden har inte upprättat någon kvalitetsberättelse för 2020. Anledning till detta är enligt intervjuade att dåvarande områdeschef också var MAS, vilket i samband med pandemin ledde till en väldigt pressad arbetssituation och att arbetet kvalitetsberättelse nedprioriterades. Samtidigt lånades verksamhetsutvecklaren ut till en annan förvaltning och kunde inte utgöra stöd i att ta fram en kvalitetsberättelse.

Processer och rutiner

Det finns politiskt beslutade riktlinjer för handläggning enligt LSS. Riktlinjerna beslutades 2014 av dåvarande socialnämnd och har inte uppdaterats sedan dess. Enligt intervjuade handläggare är riktlinjerna inte uppdaterade i enlighet med gällande lagstiftning och praxis. Handläggarna utgår från lagstiftning och Socialstyrelsens handböcker i sitt arbete.

I utförarverksamheterna uppges det vara ett utvecklingsområde att tillse övergripande dokumenterade processer som på ett tydligt sätt kopplar rutiner till olika delar av processen. Utvecklingen bör enligt intervjuade ske i Stratsys. Det finns planer på att anställa en strateg som ska arbeta med en övergripande struktur för processkartläggning.

Systematiskt förbättringsarbete

Intervjuade beskriver att det bedrivs ett välfungerande förbättringsarbete inom nämndens verksamhet. De arbetar aktivt med riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, synpunkter och klagomål och att vidta förbättrande åtgärder utifrån resultatet. Resultatet dokumenteras för respektive enhet.

Antalet rapporterade avvikelser har enligt intervjuade varit lägre inom LSS-verksamheten än inom nämndens andra verksamheter under flera år, vilket har medfört att chefer löpande påminner medarbetare om vikten av rapportering. Antalet avvikelser angående läkemedelshantering framgår av patientsäkerhetsberättelsen. Därutöver finns ingen samlad dokumentation av antalet avvikelser eller vad dessa avsett inom verksamheten

Rådande pandemi har inneburit ett behov av kontinuerliga riskanalyser under 2020. Enligt intervjuade har detta lett till förbättrade rutiner. Egenkontroller på övergripande nivå avser främst följsamhet till hygienrutiner. Övrig egenkontroll sker på enhetsnivå. Det saknas sammanställd dokumentation om resultatet av denna.

Kompetens

Enhetschefer med ansvar för utförarverksamhet enligt LSS bedömer att de har en god personal- och kompetensförsörjning inom verksamheten. Det är låg personalomsättning³ likväl som låga sjuktal⁴. En del i det strategiska kompetensutvecklingsarbetet har varit att tydliggöra befattningsbenämningar för stödassistent respektive stödpedagog. Verksamheten arbetar för att det ska finnas en stödpedagog på varje enhet. Det finns kompetensutvecklingsplaner för anställda som möjliggör för stödassistenter att vidareutbilda sig till stödpedagoger delvis på arbetstid.

Två personer bemannar 1,5 handläggartjänst för utredning och uppföljning av insatser. Intervjuade handläggare uppger att olika sidouppdrag och perioder med föräldraledighet har tagit tid från handläggningsuppdraget och att de därmed sällan har varit bemannade med 1,5 handläggartjänst. De har exempelvis arbetat i perioder med att handleda personalgrupper i

³ En person avslutade sin anställning 2019 och fem personer 2020.

⁴ Total sjukfrånvaro: 3,97 % 2019 och 4,34 % 2020.

utförarverksamhet, handlägga ärenden till annan kommun på grund av jäv och med övergång till nytt verksamhetssystem. Handläggare trivs med dessa uppgifter, vid sidan om myndighetsutövningen, men uppger samtidigt att de har medfört en viss tidsbrist där uppföljning av insats delvis fått nedprioriteras.

En viktig del i handläggarnas kompetensutveckling uppges vara regelbunden handledning från en erfaren jurist samt nätverksmöten med andra kommuner.

3.2.2. Bedömning

Vi bedömer att LSS-verksamheten inte fullt ut arbetar i enlighet med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet anger ansvarsfördelning och struktur för arbetet, men det saknas fastställda processer som grund för arbetet med att utveckla och säkra kvalitet. Därtill bedömer vi att avsaknad av dokumentation avseende det systematiska förbättringsarbetet utgör en brist då det försvårar nämndens möjligheter att vidta nödvändiga åtgärder för att förbättra verksamheten.

3.3. Utbud och behov av LSS-insatser

3.3.1. Iakttagelser

Utbud

De verksamheter som finns i kommunens egen regi och erbjuds personer inom LSS personkretsar är följande:

- ▶ Tre gruppboendestäder med sammanlagt 17 bostäder. Gruppboendestaden är ett bostadsalternativ för de personer som har ett så omfattande omvårdnads- och tillsynsbehov att mer eller mindre kontinuerlig närvaro av personal är nödvändig. I gruppboendestaden ges särskild service för att de boende ska kunna leva som andra och delta i samhällslivet.
- ▶ Sammanlagt 13 serviceboendestäder. Serviceboende är ett bostadsalternativ för de personer som inte behöver gruppboendestad, men inte heller klarar eget boende. Denna boendeform består av ett antal lägenheter i centrala Osby. Serviceboendestaden har en stationär personalgrupp som kommer ut och ger stöd, hjälp och motivation i den egna bostaden. Det finns tillgång till gemensamt utrymme för stöd och service.
- ▶ Daglig verksamhet är en insats utanför den egna bostaden i form av behandling, rehabilitering, sysselsättning eller gemenskap. I Osby kommun finns följande dagliga verksamheter:
 - ▶ Dagcenter
 - ▶ Mellansteget
 - ▶ Ambo återvinning
 - ▶ Parkgruppen
 - ▶ Ekbackeskolans Café Stjärnan
 - ▶ Tvättservice
 - ▶ Individintegrerad daglig verksamhet
- ▶ Personlig assistans erbjuds av kommunen, men det är upp till den assistansberättigade att fritt välja assistanssamordnare. Personer med funktionsnedsättning ska genom insatsen personlig assistans tillförsäkras goda levnadsvillkor.

- ▶ Det finns därtill kontaktpersoner och ledsagare att tillgå för personer med bistånd enligt LSS. Ledsagarservice ska vara en personlig service, anpassad efter individuellt behov som ska kunna underlätta för den enskilde att delta i samhällslivet. En kontaktperson är en medmänniska som underlättar för en person med funktionsnedsättning att leva ett självständigt liv genom att minska social isolering.

Behov

Från hälsa- och omsorgsnämndens uppföljning i mars 2021 framgår det att kommunen har 32 brukare i LSS-boenden (varav en är placerad i annan kommun), 66 brukare i daglig verksamhet och fem brukare med personlig assistans.

Från Kolada framgår följande:

Nyckeltal	2017	2018	2019	2020
Invånare med insatser enligt LSS, andel (%)	0,89 %	0,90 %	0,81 %	0,87%
Personer med boende enligt LSS, antal	29	28	30	33

Vid intervjuer framkommer att det för tillfället finns sex ej verkställda beslut om LSS-insatser som är rapporterade till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)⁵. Av dessa beslut gäller tre ledsagning där anledningen till att de inte kunnat verkställas har varit att brukare har avböjt att träffa ledsagare under pandemin. Övriga tre beslut avser gruppboende. Det framkommer att det har funnits en brist på gruppboendeplatser under en längre tid och att ett av besluten om gruppboende inte har kunnat verkställas på flera år. Det uppges även att det finns ytterligare ett beslut om gruppboende som inom kort kommer att gå över tre månader utan verkställighet.

Vi har tagit del av dokumentet "Inventering och utredning av framtida behov av LSS-insatser 2015–2025" som är daterat 15 april 2015. Det framgår av dokumentet att förvaltningen prognostiserade ett ökat behov av LSS-insatser under perioden, framförallt avseende gruppboenden.

Inventeringen genomfördes utifrån kännedom om de yngre personer, från 20 år och nedåt, som hade insatser 2015. Inventeringen utgick från att personerna skulle ansöka om daglig sysselsättning och bostad direkt efter de avslutat gymnasiet. Inventeringens resultat visade att uppskattningsvis ytterligare 18 personer eventuellt skulle ha behov av gruppboende och att 13 personer eventuellt skulle ha behov av serviceboende. Ny gruppboende bedömdes akut och behov av ny serviceboende beräknades till 2017–2018. Därtill bedömdes det finnas behov av LSS-äldreboende. Tjänsteskrivelsen angav kostnadskalkyl för en ny gruppboende och en ny serviceboende. Under 2019 genomfördes en ny inventering av behov hos målgruppen. Det framgår av denna att det fanns stor boendebrist och att det var av vikt att påbörja projektering av serviceboende och gruppboende. Dokumentet är inte politiskt behandlat.

Av intervjuer framgår att det funnits planer på att bygga gruppboende och serviceboende sedan 2016. Intervjuade tjänstepersoner och nämndledamöter framhåller att det från förvaltningens och nämndens sida, vid ett flertal tillfällen under åren sedan dess, har påtalats till kommunstyrelsen och samhällsbyggnadsnämnden att behovet av LSS-boenden kvarstår och är angeläget. Av olika anledningar har nybyggnation inte genomförts, vilket enligt intervjuade

⁵ Ej verkställda LSS-beslut som har dröjt mer än tre månader ska anmälas till IVO

har skapat en frustration i verksamheten som sett och mött behoven. Handläggare har kontinuerligt fått informera brukare och anhöriga om fördröjningar av tillgång till de insatser som de har fått beslut om. Vid intervjuer framkommer uppgifter om att personer kan ha undvikit att ansöka om insats i form av boende på grund av vetskapen att insatsen inte finns att tillgå inom kommunen. Detta medför enligt intervjuade en risk för försämrad livskvalitet för den enskilde.

Av årsredovisning för 2020 framgår att en ny korttidsenhet för vuxna har invigts under hösten. Projektering av ny korttid för barn har pågått under året, men försenats på grund av vattenläcka. Under 2021 har korttid för barn invigts. Det planeras för byggstart av gruppboendestäder på Hemgården och Ängdalen samt en servicebostad på Ängsgården. Planeringen är att boendena ska vara färdiga för inflyttning till våren 2022, vilket enligt intervjuade behövs utifrån behoven. De ser dock en risk med att flera boenden blir färdiga samtidigt och att detta kräver resurser i form av tid, ekonomi och personal.

Utöver bristen på bostäder anser intervjuade att det finns insatser som möter brukarnas behov. Det har skett en ökning i brukare inom daglig verksamhet det senaste året⁶. Extra resurser har fördelats för denna ökning.

LSS-handläggare framhåller, som tidigare nämnts, att tidsbrist riskerar att påverka kvaliteten i deras arbete. Vid tidsbrist prioriteras utredningsuppdraget. Enligt uppgift är uppföljning av insatser genomförande (utifrån genomförandeplan) eftersatt.

Brukarnas uppfattning

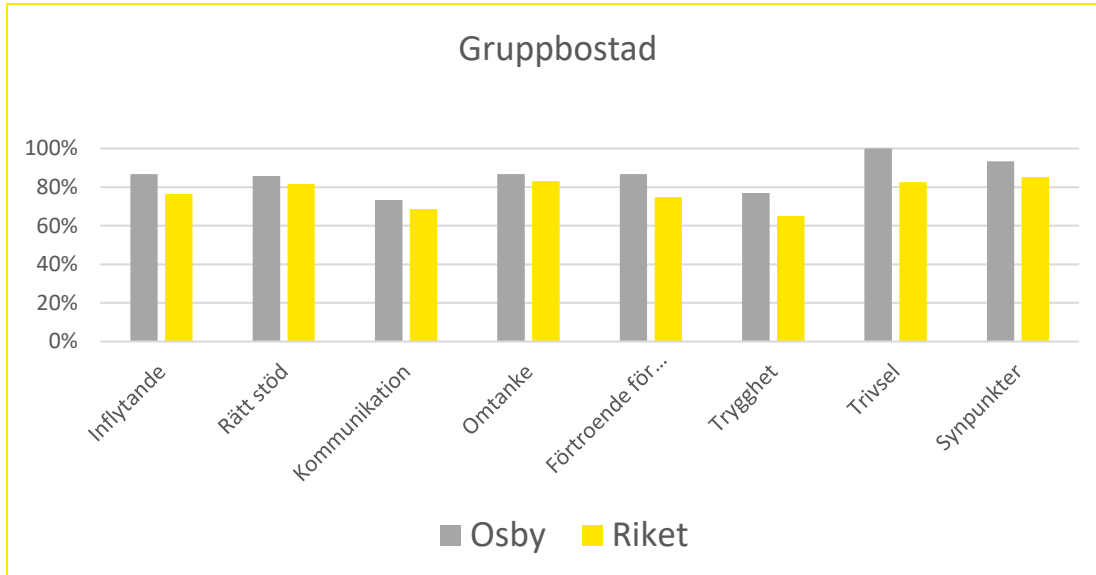
För att samla in brukarnas uppfattning om kvalitet och hur väl verksamheten möter deras behov deltar Osby i SKR:s brukarundersökning inom funktionshinderområdet⁷. En del av resultatet används vid uppföljning av nämndens mål och i utförarverksamheternas utvecklingsarbete. Nedan presenteras resultatet för 2020. I diagrammen redogörs andelen brukare som uppgett det svarsalternativ som anger högst nöjdhet⁸. Underlag för våra sammanställningar framgår av bilaga 2.

⁶ 55 brukare december 2020 till 66 brukare mars 2021, enligt nämndens uppföljning i mars 2021.

⁷ Brukarundersökningen riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boende, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning enligt LSS och socialtjänstlagen samt personlig assistans.

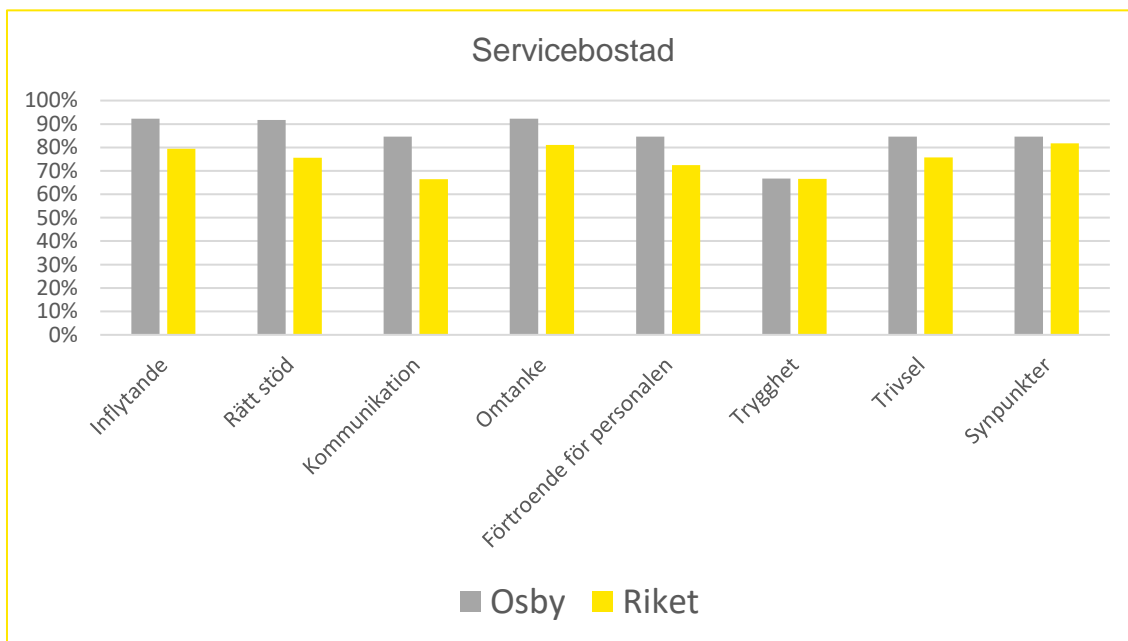
⁸ Det fullständiga resultatet finns att tillgå på www.kolada.se.

Diagram 1. Resultat: Gruppbostad.



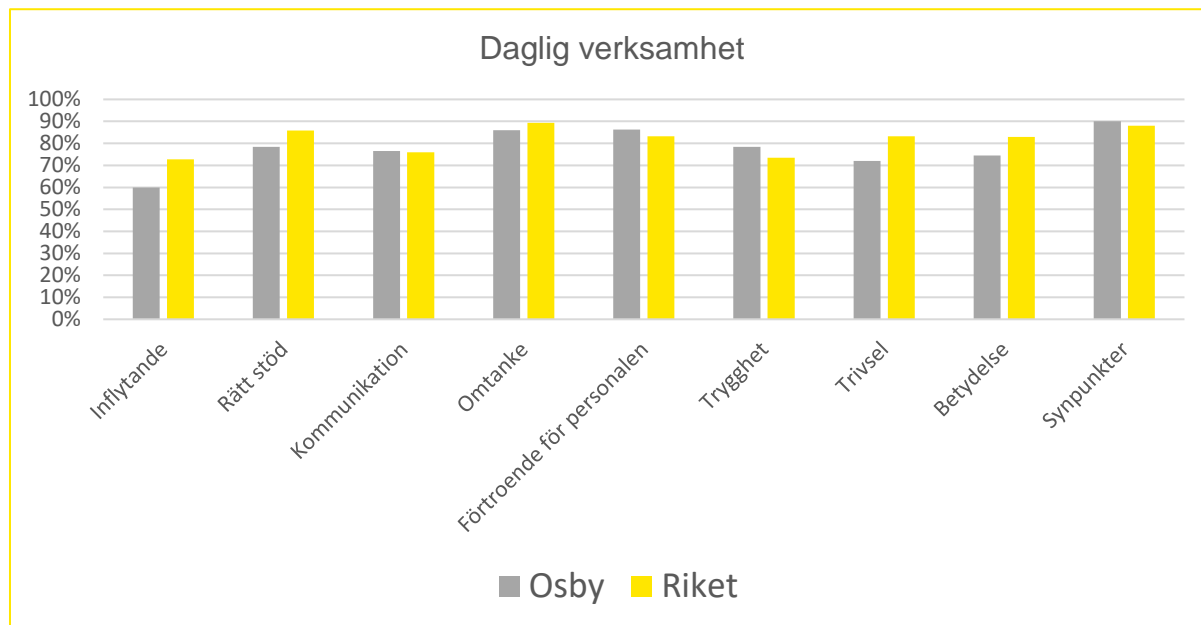
Källa: Kolada. Antal svaranden: 15

Diagram 2. Resultat: Servicebostad



Källa: Kolada. Antal svaranden: 13

Diagram 3. Resultat: Daglig verksamhet



Källa: Kolada. Antal svaranden: 51

Resultatet visar att över hälften av de svarande är nöjda med de insatser som ges. Nöjdheten är generellt högre inom gruppbostad och servicebostad än inom daglig verksamhet. Kommunens genomsnittliga resultat inom gruppbostad och servicebostad ligger över rikets.

3.3.2. Bedömning

Vi bedömer att nämndens tillgång till insatser inte fullt ut möter brukarnas behov. Vår bedömning grundar sig på att det finns flera brukare som under lång tid har fått vänta på verkställighet av beslut om gruppbostad. Trots att det inte finns dokumenterad information om att personer undvikit att ansöka om insatser de egentligen har rätt till bedömer vi att detta utgör en påtaglig risk. Hälsa- och omsorgsnämnden har enligt sitt reglemente inte ansvar för projektering och nybyggnation av boenden. Det är vår bedömning att nämnden i hög grad har signalerat behoven av nya LSS-bostäder inom kommunen i syfte att fullgöra sitt uppdrag och ansvar utifrån reglementet och gällande lagstiftning.

För övriga insatser bedömer vi att dessa möter behoven hos målgruppen inom kommunen. Vi vill dock framhålla vikten av att tillse resurser och effektiva processer för att säkerställa kontinuerlig uppföljning av insatserns resultat på individnivå och därmed möjliggöra utvärdering av hur väl insatserna möter behoven även på denna nivå.

3.4. Uppföljning

3.4.1. Iakttagelser

Nämnden får uppföljning i form av statistik över bland annat antal personer på boenden och i daglig verksamhet vid varje nämndssammanträde. Medicinskt ansvarig sjuksköterska informerar om eventuella klagomål, synpunkter och avvikelser i verksamheten vid varje

sammanträde och vid varje kvartal rapporteras ej verkställda beslut. Det sker en samlad analys av uppföljningen vid varje tertial och i samband med delårsrapport och årsredovisning. Då redovisas även resultatet av intern kontroll. Nämndens presidium anser att förvaltningen delger dem information och svarar på frågor som bidrar till god insyn i verksamheten.

Som tidigare nämnts uppges det vara ett utvecklingsområde att tillse målvärden och en kontinuerlig uppföljning av målen. Uppföljning av verksamhetsmålen och dess indikatorer delges inte nämnden i nuläget. Nämndmålets nuvarande indikator avseende LSS-verksamheten ger bara utfall en gång om året, vilket enligt intervjuade begränsar möjligheten att vidta åtgärder under året.

Patientsäkerhet följs upp i årlig patientsäkerhetsberättelse. Det har inte upprättats någon kvalitetsberättelse för 2020.

3.4.2. Bedömning

Vi bedömer att det delvis finns en strukturerad uppföljning och kontroll av LSS-verksamheten som innefattar uppföljning av mål, intern kontroll och verksamhetsstatistik. För en tydligare styrning och ledning bedömer vi dock att nuvarande uppföljning och kontroll bör kompletteras med målvärden och att det är angeläget att nämnden delges information om det systematiska kvalitetsarbetet.

4. Sammanfattande bedömning

Det är vår sammanfattande bedömning att hälsa- och omsorgsnämnden bedriver en delvis ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten. Vi grundar vår bedömning på att det finns mål för verksamheten och ett beslutat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dock bedömer vi att det utgör en brist nämnden inte tillsett målvärden för uppföljning av måluppfyllelse och samlad dokumentation av det systematiska förbättringsarbetet. Nämnden har inte säkerställt en kontinuerlig uppföljning av insatsers resultat, vilket enligt vår bedömning utgör en brist som försvårar arbetet med att tillse insatser som motsvarar brukarnas behov. Därtill vill vi framhålla vikten av att tillse dokumenterade processer och rutiner som grund för arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten.

I granskningen framkommer att brukare har fått vänta på verkställighet av beslut om gruppboende under lång tid. Vi bedömer att detta utgör en brist i kommunen då behov inte har tillgodosetts och då brukare inte har fått de insatser de enligt lag har rätt till. Ansvaret för projektering och nybyggnation av boenden åligger dock inte hälsa- och omsorgsnämnden.

Revisionsfrågor	Svar
Finns det tydliga mål som är kända och tillämpas inom LSS-verksamheten?	Delvis. Nämnden har beslutat om mål, men det saknas målvärden för bedömning av måluppfyllelse.
Arbetar LSS-verksamheten i enlighet med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?	Delvis. Det finns ett ledningssystem som anger ansvarsfördelning och struktur. Det saknas till viss del fastställda processer som grund för arbetet och dokumentation avseende resultat av det systematiska förbättringsarbetet.
Motsvarar nämndens tillgång till insatser brukarnas behov?	Inte fullt ut. Det finns brist på insatser i form av gruppboende och serviceboende. Vi bedömer dock att det huvudsakliga ansvaret för denna brist inte åligger hälsa- och omsorgsnämnden utifrån uppdrag och ansvar i reglemente.
Finns det en strukturerad uppföljning och kontroll inom området?	Delvis. Uppföljningen bör kompletteras med målvärden och information om det systematiska förbättringsarbetet.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi hälsa- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Tillse att det finns målvärden för indikatorer kopplade till nämndmål och verksamhetsmål,
- ▶ Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- ▶ Upprätta en årlig kvalitetsberättelse
- ▶ Tillse kontinuerlig uppföljning av insatsers resultat

Osby den 14 juni 2021

Sofia Holmberg
EY

David Maxe
EY

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Nämndens presidium
- ▶ Förvaltningschef
- ▶ Nuvarande och tidigare områdeschefer
- ▶ Enhetschefer utförarverksamhet
- ▶ Handläggare LSS

Medverkat vid intervjuerna:

- ▶ Margot Malmquist, revisionens ordförande.

Dokument:

- ▶ Nämndplan 2021
- ▶ Årsredovisning 2020
- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2020
- ▶ Riktlinjer handläggning LSS
- ▶ Nämndens uppföljning mars 2021
- ▶ Resultat av brukarundersökning 2020
- ▶ Inventering och utredning av framtida behov inom LSS 2015-2025
- ▶ Genomgång av behov av bostäder
- ▶ Sammanställning av verksamhetsmål för LSS.

Bilaga 2: Svaresresultat från brukarundersökning

Gruppbostad

Kategori	Resultat för utvecklingsnyckeltalen	Osby	Riket
Inflytande	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	87%	77%
Rätt stöd	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	86%	82%
Kommunikation	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	73%	69%
Omtanke	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	87%	83%
Förtroende	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	87%	75%
Trygghet	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	77%	65%
Trivsel	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)	100%	83%
Synpunkter	Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%)	93%	85%

Servicebostad

Kategori	Resultat för utvecklingsnyckeltalen	Osby	Riket
Inflytande	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	92%	79%
Rätt stöd	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	92%	76%
Kommunikation	Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	85%	66%
Omtanke	Brukarbedömning servicebostad LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	92%	81%
Förtroende	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	85%	72%
Trygghet	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	67%	67%
Trivsel	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%)	85%	76%
Synpunkter	Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (%)	85%	82%

Daglig verksamhet

Kategori	Resultat för utvecklingsnyckeltalen	Osby	Riket
Inflytande	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	60%	73%
Rätt stöd	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	78%	86%
Kommunikation	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	76%	76%
Omtanke	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)	86%	89%
Förtroende för personalen	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)	86%	83%
Trygghet	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, andel (%)	78%	73%
Trivsel	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%)	72%	83%
Betydelse	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Verksamheten är viktig för brukaren, andel (%)	75%	83%
Synpunkter	Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%)	90%	88%