

# Granskning av kvalitet inom bostad med särskild service enligt LSS

Lunds kommun



## Innehåll

<b>1. Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Inledning</b> .....	<b>3</b>
2.1. Bakgrund .....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor .....	3
2.3. Genomförande och avgränsning .....	4
2.4. Revisionskriterier .....	4
<b>3. Mål och kvalitet i verksamheten</b> .....	<b>5</b>
3.1. Organisation och mål .....	5
3.2. Kvalitén i verksamheten .....	8
3.3. Bedömning.....	20
<b>4. Uppföljning privata utförare</b> .....	<b>23</b>
4.1. Uppföljning.....	23
4.2. Bedömning.....	24
<b>5. Slutsats</b> .....	<b>25</b>
<b>6. Källförteckning</b> .....	<b>27</b>
<b>7. Revisionskriterium</b> .....	<b>29</b>
7.1. Kommunallagen (2017:725) .....	29
7.2. Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade .....	29
7.3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS .....	29
7.4. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	30
7.5. Vård- och omsorgsnämndens reglemente.....	30

# 1. Sammanfattning

---

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har EY genomfört en granskning med syftet att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att insatser i form av bostad med särskild service<sup>1</sup> är av god kvalitet. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och platsbesök. Platsbesök har genomförts på ett urval av åtta bostäder med särskild service; fem gruppboendestäder och tre serviceboendestäder. Urvalet har innefattat bostäder som ligger centralt i kommunen och bostäder som ligger i kommunens ytterområden.

Den sammanfattande bedömningen är att vård- och omsorgsnämnden till stor del har säkerställt att insatser i form av bostad med särskild service är av god kvalitet. Granskningen har visat att det finns mål som går igenom verksamheten från nämnden till enheterna. Det finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem, riktlinjer och rutiner som lägger grunden för det systematiska kvalitetsarbetet, vilket följs upp av nämnden. Det framgår vidare av granskningen att det finns delar i arbetet som behöver utvecklas. Av granskningen framgår att den enskildas inflytande och medbestämmande säkerställs genom genomförandeplaner och uppföljningarna av dessa. Däremot framgår det också att samtliga boende inte har aktuella genomförandeplaner och att uppföljningssamtalen inte alltid sker i enlighet med plan.

Det uppges finnas tillräcklig bemanning för att möta dagens behov, men kompetensförsörjningen blir en allt större utmaning för verksamheten. Nämnden följer upp om personalen har adekvat utbildning, det genomförs utbildningsinsatser för att bättre möta målgruppens behov men det saknas kompetenser som stödpedagog inom verksamheten vilket också uppges vara en svårrekryterad yrkeskategori. Nämndens kostnader per brukare inom verksamhetsområdet ligger under rikssnittet. Nämnden följer upp privata utförare genom avtalsuppföljning samt genom att de tar del av underlag så som verksamhetsplan och verksamhetsberättelse. Kontroll sker även genom dokumentationsgranskning som görs på samma sätt som för verksamheterna inom kommunal regi.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ säkerställa att genomförandeplaner finns för samtliga boende och att uppföljningssamtal årligen sker,
- ▶ fortsatt arbeta för att avvikelshanteringen förbättras för att bidra till verksamhetens utveckling, samt
- ▶ säkerställa att det sker ett arbete för att trygga kompetensförsörjningen på kort och på lång sikt.

---

<sup>1</sup> Granskningen har avgränsats till att avse bostad med särskild service för vuxna (gruppboendestad och serviceboendestad).

## 2. Inledning

---

### 2.1. Bakgrund

I Socialstyrelsens lägesrapport 2021 avseende insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning anges att antalet personer med insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) fortsätter att öka, även om ökningstakten inte är lika hög som tidigare. Socialstyrelsen framhåller att tillgången till insatser för personer med funktionsnedsättning är en utmaning för kommunerna som beror på flera faktorer. Verkställighetstiderna är långa och utredningstiden fortsätter att öka, vilket gör att personer med funktionsnedsättning kan få vänta länge på att få stödet de har rätt till.

Vidare framgår att de flesta brukare uppger att de trivs i sina boenden och känner sig trygga. Samtidigt har IVO under flera år konstaterat att det fortfarande förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheterna. Enligt IVO kan detta kopplas till att personal inte har tillräcklig kunskap och kompetens för att utföra sitt arbete. Socialstyrelsen har i en kartläggning av kunskap och kompetens i bostäder med särskild service enligt LSS bedömt att det finns behov av ökad kunskap och kompetens inom verksamheterna, särskilt bland visstidsanställd personal. Därtill finns behov av förändrad kunskap och kompetens utifrån de förändrade behov verksamheterna möter.

Kommunens ansvar för LSS-verksamheten styrs av lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Av denna framgår att verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och att den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över de insatser som ges. Vidare framgår att verksamheten ska vara av god kvalitet och kvaliteten fortlöpande ska säkras och utvecklas.

För verksamhetsåret 2020 redovisade verksamheter inom LSS ett överskott på 12,1 miljoner kronor, detta berodde på att byggandet av en ny gruppboende blev framflyttat till 2021 samt att medel för externa placeringar inte nyttjades fullt ut. Det framgår att stödpedagoger har anställts inom boende LSS för att arbeta med implementering av nya arbetssätt i linje med brukarens självständighet och utveckling.

Mot bakgrund av ovan har de förtroendevalda revisorerna granskat hur vård- och omsorgsnämnden säkerställer att verksamheten som bedrivs inom nämndens bostäder med särskild service är av god kvalitet.

### 2.2. Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att insatser i form av bostad med särskild service är av god kvalitet.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns det tydliga mål som är kända och tillämpas inom bostäder med särskild service?
- ▶ Har nämnden säkerställt, och kunskap om, att det sker ett systematiskt förbättringsarbete inom bostäder med särskild service?
- ▶ Har nämnden säkerställt, och kunskap om, enskildas inflytande och medbestämmande i utformningen av insatsen bostad med särskild service?
- ▶ Har nämnden säkerställt, och kunskap om, en tillräcklig bemanning inom bostäder med särskild service?
- ▶ Har nämnden säkerställt, och kunskap om, att det finns personal med lämplig utbildning och kompetens i bostäder med särskild service?
- ▶ Förhåller sig nämndens kostnader för bostad med särskild service i paritet med övriga kommuner i landet?
- ▶ Har nämnden tillsett uppföljning och kontroll av kvalitet inom bostäder med särskild service som bedrivs av privata aktörer?

### **2.3. Genomförande och avgränsning**

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och platsbesök. Granskningen har avgränsats till att avse bostad med särskild service för vuxna (gruppboende och serviceboende).

Vi har genomfört platsbesök på ett urval av åtta bostäder med särskild service; fem gruppboenden och tre serviceboenden. Urvalet har innefattat bostäder som ligger centralt i kommunen och bostäder som ligger i kommunens ytterområden. Vi har genomfört intervjuer med nämndens presidium, ansvariga chefer i förvaltningsledningen, ansvariga enhetschefer för boendena samt ett urval av medarbetare inom kommunens gruppboenden och serviceboenden (se avsnitt 6).

För att fånga brukarnas nöjdhet har vi tagit del av, i den mån det har funnits nämndens egna genomförda brukarundersökningar och nationell statistik inom området.

### **2.4. Revisionskriterier**

Granskningens bedömningar utgår från följande revisionskriterier, för att läsa mer om revisionskriterierna, se avsnitt 7.

- ▶ Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9, lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens reglemente.

## 3. Mål och kvalitet i verksamheten

### 3.1. Organisation och mål

Verksamhetsområdet boende LSS leds av en verksamhetschef och är indelat i 19 områden. Varje område leds av en enhetschef och består av 1-3 boenden förutom område 18 som hanterar hemvård för yngre. Totalt inom kommunens regi finns 44 boenden med särskild service för vuxna, fördelat 27 gruppboenden<sup>2</sup> och 17 serviceboenden<sup>3</sup>. Vid granskningens genomförande bor det enligt de uppgifter vi har tagit del av mellan 4-7 personer i gruppboendena.

Målstyrningen utgår från kommunfullmäktiges (KF) fokusområden<sup>4</sup> som vård- och omsorgsnämnden förhåller sig till genom att besluta om utvecklingsmål i sin verksamhetsplan. I tabellen nedan redogörs för nämndens utvecklingsmål<sup>5</sup> som ska bidra till den gemensamma utvecklingen. Indikatorerna i tabellen nedan avser att följa upp nämndens utvecklingsmål.

Tabell 1. Nämndens bidrag till KF:s fokusområden

KF:s fokusområde	Nämndens utvecklingsmål	Indikatorer
Lundaborna i fokus	Det förebyggande och rehabiliterande/habiliterande arbetet ska utvecklas med inriktning mot ökad självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser.	Genomförandeplaner i nya ärenden ska innehålla ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv.  Medarbetare ska få utbildning/fortbildning i det rehabiliterande/habiliterande arbetssättet.

<sup>2</sup> En gruppboende är en boendeform med tillgång till mycket stöd och omvårdnad på grund av funktionsnedsättning.

<sup>3</sup> En egen lägenhet med tillgång till personal dygnet runt.

<sup>4</sup> Kommunfullmäktige beslutar om fokusområden som sedan alla nämnder och styrelser ska förhålla sig till. "Fokuset" syftar till att få till stånd en förflyttning, förbättring eller förändring och en särskild kraftsamling behövs.

<sup>5</sup> Nämnder och styrelser sätter egna utvecklingsmål utifrån kommunfullmäktiges fokusområden. Ett utvecklingsmål ska bidra till den egna verksamhetens eller kommunens gemensamma utveckling.

	Samarbetet med civilsamhället ska utvecklas.	Antal aktiviteter som sker i samverkan med enskilda besökare, föreningar och organisationer ska öka med 100 procent.  Antal frivilliga som medverkar i aktiviteter i våra verksamheter ska öka med 100 procent
Smartare Lund	De digitala insatser som erbjuds ska bibehålla eller öka brukarens upplevda trygghet och självständighet.	Antalet insatser som genomförs digitalt ska öka med 100 procent.  Brukare med en digital insats upplever att insatsen bibehåller eller ökar tryggheten.  Brukare med en digital insats upplever att insatsen bibehåller eller ökar självständigheten.
Organisationen Lund	En modern och attraktiv arbetsgivare.	Den totala sjukfrånvaron ska inte överstiga 8,2 procent.  Hållbart medarbetarengagemang (HME) totalt index ska vara minst 80.
Ekonomi	<i>Inget utvecklingsmål är formulerat i verksamhetsplanen.</i>	

Till utvecklingsmålen, även vad gäller fokusområdet ekonomi, finns aktiviteter och insatser beskrivna i verksamhetsplanen. Vidare finns även verksamhetsmål och indikatorer för att följa upp måluppfyllelsen av dem. För verksamhetsområdet boende LSS finns två verksamhetsmål, av totalt tre, som är tillämpbara.

Tabell 2. Verksamhetsmål och indikatorer i nämndens verksamhetsplan

Verksamhetsmål	Indikator	Mål 2021	Utfall 2021 <sup>6</sup>	Mål 2022
Ökad kvalitet - personer med funktionsnedsättning	Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i samtliga frågor i den individuella kvalitetsuppföljningen.	100 %	93 %	100 %

<sup>6</sup> Utfallet för 2021 är taget ur nämndens årsanalys för 2021. Resterande information i tabellen är hämtad från verksamhetsplanen för 2022.

Brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse ska stå i centrum.	Andel mål i beställningen som är uppfyllda.	80 %	88 % *	83 %
	Vid beslut om insats ska målen vara tydliga och mätbara.	90 %	89 % *	93 %
	Av genomförandeplanen ska det framgå hur målet ska uppnås.	90 %	76 % *	80 %

\* Sammanvägt resultat för all verksamhet under nämndens ansvar. I tillhörande beskrivning framgår särskild upplysning gällande verksamhetsområdet LSS eller boende LSS men inte entydigt avseende indikatorernas utfall.

Nästa nivå gällande verksamhetsplaner avser verksamhetsområdet boende LSS. Denna plan gäller för samtliga enheter inom området och följer samma målstruktur som nämndens verksamhetsplan. Utöver detta ingår tre mål och en aktivitet för verksamhetsområdet, dessa verksamhetsmål är kopplade till nämndens basuppdrag. För 2022 är följande mål satta:

- ▶ Trygghet och kontinuitet i bemanningen.
- ▶ Alla områden ska ha tillgång till en pedagogisk samordnare.
- ▶ Inrätta psykiatrisamordnare tillsammans med socialförvaltningen.

Det är enbart det första målet som har en aktivitet beskriven i planen. Till målet ska en bemanningspool inrättas som pilot under sex månader.

Utifrån verksamhetsplanen för boende LSS arbetar i sin tur respektive enhet fram en egen verksamhetsplan. I enheternas verksamhetsplaner finns i sin tur aktiviteter kopplade till nämndens utvecklingsmål och till verksamhetsmålen för boende LSS. Många av aktiviteterna som ska bidra till utvecklingsmålen och verksamhetsmålen är enhetliga eller har liknande formulering mellan enheternas verksamhetsplaner. Dessa handlar till stor del om olika utbildningar som ska genomföras för att utveckla personalens kompetenser inom olika metoder och områden. Därtill har flertalet av de åtta enheterna vars verksamhetsplaner som vi har tagit del av tagit fram egna mål och aktiviteter som är specifika för enheten. Dessa avser allt från att skapa en god arbetsmiljö, bryta isoleringen bland de boende, skriva fler avvikelser, förbättra kontakten med gode män och anhöriga till att överanställa en medarbetare för att täcka upp för frånvaro.

Uppföljningen av enheternas verksamhetsplaner sker på områdesnivå. Varje enhetschef för respektive område tar fram en verksamhetsberättelse per område vari det går att utläsa resultat för respektive enhet. Nämnden tar inte del av verksamhetsberättelserna på områdesnivå utan nämnden tar del av en samlad verksamhetsberättelse för boende LSS. Därutöver tar nämnden del av andra



uppföljningar för nämndens ansvarsområde vari boende LSS ingår, såsom årsanalys och kvalitets- och patientsäkerberättelsen.

## 3.2. Kvalitén i verksamheten

### 3.2.1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsnämnden har fastställt ett dokumenterat ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet<sup>7</sup>. Ledningssystemet syftar till att ge en struktur för ledning och styrning för att säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet beskriver nämndens värdegrund och ledningsmodell samt arbetet med systematisk uppföljning, analys av resultat och avvikelser.

Enligt nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete sker det systematiska förbättringsarbetet utifrån en modell som heter PGSA-hjulet. Modellen beskrivs som "Att vi *planerar* arbetet, vi *genomför* förändringar, vi *studerar* resultatet och vi *agerar* för att bli ännu bättre". Av kvalitetsledningssystemet framgår att riskanalyser, egenkontroller och avvikelser ska ge underlag för förbättringsarbetet. Därtill ska en systematisk uppföljning genomföras av insatsers resultat som används för kvalitetsutveckling på olika nivåer (individ, verksamhet och på nationell nivå). I kvalitetsledningssystemet beskrivs även att handläggare<sup>8</sup> och utförare ska arbeta i enlighet med IBIC (individens behov i centrum). Modellen utgår från den nationella processen för individbaserad dokumentation inom socialtjänsten och omfattar delprocesserna utreda, utforma uppdrag, genomföra och följa upp.

Av dokumentet framgår även ansvar och befogenheter för arbetet som ska genomföras:

- ▶ Vård- och omsorgsdirektören ansvarar bland annat för att utfärda, revidera och fastställa övergripande riktlinjer, rutiner och processer utifrån aktuell lagstiftning.
- ▶ Kvalitetschefen ansvarar bland annat för att utföra granskningar och uppföljningar utifrån LSS verksamhetsområde enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål och synpunkter, avvikelser och särskilda uppdrag samt initiera förbättringsförslag utifrån granskningsresultaten.
- ▶ Myndighetschefen ansvarar för att utfärda, revidera och fastställa övergripande riktlinjer, rutiner och processer utifrån aktuell lagstiftning med stöd av kvalitetschef. Myndighetschefen ska förvissa sig om att ledningssystemets olika riktlinjer, rutiner och processer är kända och följs inom verksamhetsområdet.

---

<sup>7</sup> Vård- och omsorgsnämnden 2019-03-13.

<sup>8</sup> Handläggare är funktionen som gör utredningar och bedömningar om vårdbehovet.

- ▶ Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar bland annat för att årligen redovisa och rapportera avvikelser till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd.
- ▶ Verksamhetschef ansvarar bland annat för att ledningssystemets olika riktlinjer, rutiner och processer är kända och följs inom verksamhetsområdet och att medarbetarna har rätt kompetens och ges möjlighet till kompetensutveckling.
- ▶ Enhetscheferna ansvarar bland annat för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och att medarbetarna har rätt kompetens och ges möjlighet till kompetensutveckling.
- ▶ Medarbetarna ansvarar för att följa ledningssystemets riktlinjer, rutiner och processer, vara delaktiga i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt återkoppla när riktlinjer och rutiner inte fungerar.

På chefsnivå återfinns även ansvaret att på sin nivå i organisationen ta fram verksamhetsplan och årligen sammanställa verksamhetens resultat i de rapporter som slutligen lämnas till nämnden.

Nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete sammanställs i en årlig rapport. Rapporten utgår från rubrikerna planera, genomföra, studera samt agera. Innehållet i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskrivs mer ingående i kommande avsnitt.

### **3.2.2. Handlingsplan för intern kontroll och rutiner**

Av ledningssystemet framgår inte vilka kontroller/uppföljningar som ska göras av verksamheten. Däremot framgår det av andra dokument, såsom handlingsplan intern kontroll och rutiner inom olika områden, vilka kontroller/uppföljningar som ska genomföras.

I handlingsplanen för intern kontroll ingår både kommungemensamma och nämndsspecifika kontrollaktiviteter. För 2021 eller för 2022 fanns inga specifika kontrollaktiviteter som avser boende LSS utan de kontroller som ingår gäller för större delar av nämndens verksamhetsområden. I handlingsplanen ingår ett avsnitt som beskriver nämndens löpande kontrollaktiviteter som refererar till systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Av handlingsplanen för 2022 framgår att en ny rutin och process för egenkontroller arbetades fram under 2021. Vidare beskrivs att den nya rutinen tydliggör arbetet med att genomföra riskanalys, exempelvis ska arbetet utgå från enheters och verksamheters avvikelserapporter vid identifieringen av risker. Under hösten 2021 anges att MAS och kvalitetsutvecklare, med stöd av kvalitetsstrateger, har genomfört en riskanalys med fokus på huvudprocesserna. Av dokumentet framgår att riskerna ska ha dokumenterats i en bruttorisklista och att en sammanställning för respektive verksamhetsområde ska ha tagits fram. Enligt handlingsplanen för 2022 är nästa steg att utifrån sammanställningarna arbeta fram förslag på vidare hantering och välja ut risker för egenkontroll, direktåtgärd eller annan hantering. Resultatet av egenkontrollerna kommer att redovisas i

respektive verksamhets verksamhetsberättelse 2022 och i förvaltningens patientsäkerhetsberättelse 2022.

I handlingsplanen för intern kontroll och inom ramen för löpande kontrollaktiviteter kan vi också läsa om verksamhetsuppföljning. I avsnittet beskrivs att förvaltningen genomför regelbundna uppföljningar för att kvalitetssäkra såväl intern som extern verksamhet. Uppföljningarna genomförs av handläggare inom myndighetsfunktionen samt kvalitetsstrategier inom kansli och kvalitet. Resultatet av dessa uppföljningar ska användas som underlag i förbättrings- och utvecklingsarbetet. Myndighetsfunktionens verksamhetsuppföljningar innefattar årliga granskningar av samtliga enheters, interna och externa, sociala dokumentation. Vidare framgår att kansli och kvalitet har genomfört en fördjupad verksamhetsuppföljning av samtliga externa utförare av LSS-insatser under hösten 2021 (mer om detta i avsnitt 4).

I rutinen Ta tillvara synpunkter och klagomål<sup>9</sup> anges förutom tillvägagångssättet även att det inom det systematiska förbättringsarbetet ingår att årligen sammanställa och analysera alla synpunkter och klagomål.

I rutinerna Hantering av avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter<sup>10</sup> samt Hantering av lex Sarah-ärenden<sup>11</sup> framgår att det inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet ingår att årligen sammanställa och analysera alla ärenden och avvikelser för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i kvalitén.

I rutinen Genomförandeplan<sup>12</sup> framgår syfte, ansvar och genomförande samt att uppföljning av rutinen sker dels på individnivå genom ansvarig handläggares uppföljning av genomförandeplan dels vid årlig verksamhetsuppföljning genom dokumentationsgranskning.

I rutinen Uppföljning av kvalitet och genomförandeplan<sup>13</sup> beskrivs hur uppföljning av kvalitét ska ske på brukarnivå och av genomförandeplan. Den individuella uppföljningen sker genom att handläggaren ställer ett antal kvalitetsfrågor till brukaren i samband med den årliga uppföljningen. Detta ska ske för varje beviljad insats. Handläggaren ansvarar för att följa upp genomförandeplanen för att säkerställa att det finns en aktuell plan som beskriver hur brukaren ska få stöd och att det framgår hur brukaren varit delaktig vid upprättandet samt på vilket sätt brukaren önskar få sitt stöd utfört. Genomförandeplanen ska granskas utifrån givna frågor. Vidare framgår när uppföljning av genomförandeplan ska ske och att handläggare ska granska genomförandeplanen 60 dagar efter att beställningen har mottagits.

---

<sup>9</sup> Godkänd 2020-06-16.

<sup>10</sup> Godkänd 2017-06-02.

<sup>11</sup> Senast reviderad 2017-01-10.

<sup>12</sup> Godkänd 2015-12-04.

<sup>13</sup> Godkänd 2021-06-28, version 6.

I rutinen samverkan vid individuella uppföljningar<sup>14</sup> anges förutom tillvägagångssättet även att det inom det systematiska förbättringsarbetet ingår att årligen sammanställa och analysera avvikelser som bland annat handlar om brister i samverkan vid individuella uppföljningar.

### **3.2.3. Kvalitetsarbetet i praktiken**

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av de senaste dokumentationsgranskningarna som avser de åtta enheterna som ingår i granskningen. De har genomförts under 2021 och 2022 och resultaten redogörs per enhet i tabeller i avsnitt 8. Sammantaget visar resultaten på båda förbättringar och försämringar gällande den sociala dokumentationen jämfört med tidigare granskningar. För fem av de åtta granskade enheterna är bedömningen att det finns en väl fungerande social dokumentation. För en enhet är bedömningen att det finns en delvis fungerande social dokumentation och för en annan enhet är bedömning att det sammantaget har skett en försämring jämfört med tidigare års granskning. För en enhet saknas en sammanfattande bedömning. Ytterligare iakttagelser av dokumentationsgranskningarna är att samtliga boende inte har aktuella genomförandeplaner och att samtliga uppföljningssamtal inte har genomförts inom korrekt tidsintervall. Två av de granskade beställningarna är från år 2019, vilket innebär att uppföljning i dessa ärenden inte har skett på 2 1/2 år. Av dokumentationsgranskningen framgår att återkoppling kring detta skulle ske till ansvarig enhetschef på myndighetsfunktionen. Av intervjuerna framkom att dokumentationsgranskningarna till viss del bidrar till utveckling av dokumentationen. Flera av de intervjuade uppger att det hade underlättat om de fick fler konkreta och tydliga tips på hur dokumentationen kan förbättras. Vidare framgår att det finns en uppfattning av att kraven på den sociala dokumentationen ändras från det ena granskningstillfället till ett annat, vilket gör att de förändringar som gjordes senast inte längre är adekvata inför nästa granskningstillfälle.

En tid efter genomförda granskningar erbjuds möjligheten för en resultatdiskussion med enheten. Resultatdiskussionernas syfte är att ha en dialog om resultat på enhetsnivå och få konkreta tips framåt. Av de åtta enheter som har omfattats av granskningen och vars dokumentationsgranskningar vi har tagit del av valde sju av dem att genomföra en resultatdialog efter genomförd granskning. Närvarande vid resultatdialogerna är främst enhetschefer och representanter från myndighetsfunktionen. Vid ett par av de genomförda resultatdiskussionerna deltar även medarbetare från enheterna.

För att få en aktuell bild av brukarnas upplevelse av kvalitet genomför förvaltningen kvalitetsuppföljning på brukarnivå. Vi har tagit del av det tillgängliga resultatet för kvalitetsuppföljningen 2022. Uppföljningen avser perioden januari till juni och omfattar 21 svar som berör verksamhetsområdet boende LSS. Av resultatet framgår att av de 21 svaren har 14 besvarats av brukare, två har besvarats av

---

<sup>14</sup> Godkänd 2017-06-01, version 2.

brukare med stöd av legal företrädare, två av legal företrädare och tre av personer som inte kunde besvara någon av kvalitetsfrågorna. Det är inte villkorat att svara på frågan för att kunna gå vidare i enkäten, flertalet av frågorna har inte besvarats av samtliga. Detta medför risker i analysen om en inte beaktar svarsantalet utan enbart procentandelen som i flera fall är 100 procent men med enbart ett svar. En fråga som har fått 17 svar är Får du vara med och bestämma hur du vill att personalen ska hjälpa dig? På den frågan har 16, tillika 94 procent, svarat Ja. Medan en person (6 procent) har svarat Nej. En annan fråga som har fått 16 svar är "Har personalen stöttat dig att nå dina mål?". På den frågan har 11 personer svarat Ja, en person svarat Nej, tre personer svarat Delvis och en person att den inte kan besvara frågan. Den som svarade Nej, skrev i fritextsvaret att den har skött allt själv.

Gällande frågan "Brukar personalen bemöta dig bra?" svarar 12 personer (71 procent) Ja, en person Nej (6 procent) och fyra personer (23,5 procent) delvis. Den som svarade Nej skriver i fritextsvar "Ofta stressad personal som inte vet hur de ska stötta mig. Blir stressad själv av detta". Gällande om man känner sig trygg hemma svarar 15 personer (88 procent) Ja, medan vardera en person svarar Nej och Delvis.

Av intervjuerna framkom att avvikelshantering till största del är den metod som bidrar till förbättringar i det dagliga arbetet och i verksamheten. Av intervjuerna med enheterna (såväl enhetschefer som medarbetarna) framgår att det tidigare har funnits stora utmaningar med att skriva avvikelser då det kan vara förenat med känslan av att pekats ut. Flera av enheterna lyfter fram att det har arbetats aktivt med avvikelshantering under de senare åren och att det är ett ständigt samtal kring behovet av att skriva avvikelser för att kunna utveckla verksamheten till det bättre. Vidare framkom att avvikelshantering lyfts upp på arbetsplatsträffar som ett sätt att tillsammans diskutera uppkomna avvikelser. Ett par av enheterna lyfter även att de lyfter avvikelser vid brukarmöten för att diskutera avvikelser och hur de ska förbättra verksamheten utifrån dem. Det framgår även att det fortsatt finns enheter som har utmaningar kring avvikelshantering och att det finns en medvetenhet kring utvecklingsområdet. I områdenas verksamhetsberättelser kan vi läsa om enheternas egenkontroller vad gäller avvikelshantering samt åtgärder efter eventuella lex Sarah-utredningar. Egenkontrollen avseende avvikelshantering avser att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument. Resultatet 2020/2021 för områdena som enheterna i granskningen ingår i visar på positiva resultat på egenkontrollerna. Det framgår även avvikelser bland kontrollerna och beskrivna åtgärder för att komma till rätta med detta. Det finns även områden som fastän bra resultat beskriver att det fortsatt är ett utvecklingsområde för att systematisera arbetet. I samtalen med enhetscheferna framgår en god kännedom gällande skillnader i avvikelshantering mellan enheterna inom deras områden och behoven av åtgärder för att komma till rätta med det.

Alla avvikelser<sup>15</sup> sammanställs i rapporten Avvikelser kvalitetsåret som lämnas till nämnden. Rapporten följer kvalitetsåret, och inte verksamhetsåret, som avser perioden 1:e oktober till 30:e september året därpå. I rapporten för 2020/2021 kan vi läsa att det rapporterades totalt 10 639 avvikelser, vilket är en minskning med nio procent jämfört med föregående år. SoL- och LSS-avvikelser, vilka redovisas gemensamt, utgör 26 procent av det totala antalet avvikelser. Av rapporten framgår att det finns ett fortsatt behov av att förenkla och förtydliga registreringen av avvikelser för att därefter på ett mindre arbetskrävande sätt kunna ta fram en samlad statistikrapport som kan användas i analysarbetet. I rapporten beskrivs vidare vilka typer av avvikelser som har rapporterats, viken intressant som har anmält avvikelser, analys och kommentarer samt förslag på åtgärder. Majoriteten av avvikelserna (52 procent) avser dokumentation - försumlighet/följer ej rutin samt utförande av insats/aktivitet. Vad gäller boende LSS anges att det jämfört med föregående år har skett en minskning avseende avvikelser av typen bemötande. Minskningen ses som en effekt av en utbildningsinsats vilken kan ha ökat kunskap kring bemötande av personer med funktionsnedsättning. Åtgärderna som föreslås med anledning av SoL-och LSS-avvikelserna är utbildningsinsatser gällande avvikelser, systematiskt kvalitetsarbete, lågaffektivt bemötande och positivt beteendestöd. En ytterligare åtgärd är åtgärds- och reflektionsmöten.

Det sammantagna kvalitetsarbetet som genomförs sammanställs i nämndens kvalitets- och patientssäkerhetsberättelse. I rapporten som avser 2021 års<sup>16</sup> verksamhet beskrivs på övergripande nivå det systematiska kvalitetsarbetet som har genomförts genom riskanalyser, kontroller och utredda avvikelser. Vidare beskrivs hanteringen av avvikelser, uppföljningar och kontroller under året samt målarbetet och nämndens bidrag till kommunfullmäktiges fokusområden.

Nämndens årsanalys<sup>17</sup> är en sammanställning av året som har gått och en uppföljning av nämndens verksamhetsplan. I den kan vi läsa om måluppfyllelsen, det ekonomiska utfallet, förvaltningsberättelsen, kvalitetsarbetet, personalförhållanden och personalstatistik med mera. Det är en övergripande sammanställning och analys av nämndens totala verksamhetsområden.

### *3.2.3.1 Den enskildes inflytande och medbestämmande*

Den enskildes inflytande och medbestämmande uppges säkerställas genom samtalen med handläggare och genom genomförandeplanen. De intervjuade från enheterna uppger att det även sker i det dagliga arbetet genom att vara mottaglig för de boendes behov och dagsform. Att detta i sin tur kräver av verksamheten och personalen att ha viss flexibilitet för att kunna göra de förändringar i det löpande arbetet som krävs för att kunna stödja de boende i sin vardag. Detta ställer också

---

<sup>15</sup> Avvikelser såsom synpunkter och klagomål, SoL- och LSS-avvikelser, lex Sarah-ärenden och HSL-avvikelser.

<sup>16</sup> Daterad 2022-03-01.

<sup>17</sup> Diarienummer VOO 2022/0013.

krav på personalen att kunna skapa förståelse hos de boende att det finns gränser för vilka anpassningar verksamheten kan göra. Detta uppges dock inte vara ett större problem. I detta avseende finns det stora skillnader mellan boendena beroende på målgruppen som bor där. Skillnaden är som störst mellan de gruppboenden som består av flertalet unga jämfört med de boenden som består av flertalet äldre som inte arbetar.

Av intervjuerna framkom att en hög omsättning på handläggare dels har bidragit till bristande kontinuitet vid uppföljningssamtalen dels att samtalen har skjutits upp och därmed inte har genomförts inom den föreskrivna perioden. Vidare framhöll flera personer från verksamheterna att de mål som beslutas om vid uppföljningssamtalen inte alltid är realistiska och förenliga med brukarens ambition och önskemål. Detta uppges bidra till försvårande omständigheter att upprätta genomförandeplaner som kan bidra till en förflyttning av eller bibehållna förmågor hos individen. Det uppges även funnits tillfälle då det har varit önskvärt att tidigarelägga uppföljningssamtalen då målen inte har varit förenliga med den boendes önskemål men att det inte har varit möjligt på grund av tillgången till handläggarna. Det framgår att det finns en förståelse för handläggarnas arbetsbelastning och att en del av de intervjuade anser att det har blivit en förbättring över tid vad gäller tillgången till handläggarna men inte vad gäller målen.

#### 3.2.4. Verksamhetsbesök

Inom ramen för granskningen har vi besökt de åtta enheter som omfattades av granskningen. Som grund i vårt analytiska ramverk har vi utgått från Socialstyrelsens skrift Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS från 2018. Urvalet av boenden har genomförts med hjälp av verksamhetschefen för boende LSS och hans ledningsgrupp. Urvalet har enligt uppgift genomförts för att visa dels på den geografiska spridningen dels på målgruppens bredd. Nedan redogör vi för våra iakttagelser från dessa besök.

Tabell 3. Iakttagelser från platsbesöken

Enhet	Allmänt om boendet Institutionell prägel	Bostadens utformning	Gemensamma lokaler*	Delaktighet Genomförande
Soldatgatan 12	Gruppboende öppnades/byggdes 2016. Plats för sex boende.  Nej, beläget i ett bostadsområde bland andra radhus. Finns andra verksamheter runt omkring men inget	Vi besökte en lägenhet. Boendena är 2:or. Stor och rymlig, utrustat kök. Ingen egen tvättmaskin i bostaden.	Kök med matplats och vardagsrum med TV i gemensamt utrymme. Spel, spelkonsol, möjlighet till pyssel, shuffleboard. Verksamheten byggde en liten	Inga husmöten, då det inte fungerar med målgruppen. Varje boende har schema på rummet för veckans aktiviteter. Mycket gemensamt; äter tillsammans varje dag, lagar all mat från grunden, kollar



	som märks av vid platsen.		klättervägg då en av de boende gillar att klättra. Välstädat och hemtrevligt med tavlor och växter.	på TV tillsammans. Planerar aktiviteter och utflyktsmål som alla får delta i men inte måste.
Kalkgränden 9	Gruppboendet byggdes för 10 år sedan. Byggnaden är mer utformad som serviceboende. Sex lägenheter med egna utgångar. Nej, boendet är beläget i ett bostadsområde.	Vi besökte två lägenheter som är uthyrda. Rymlig storlek. Utrustat kök. Inte tillgång till egen tvättmaskin.	Gemensamt utrymme som är bemannat vid tre tillfällen per dag. Kök med matbord, soffgrupp och TV. I anslutning finns ett rum som har utrustats med motionscykel. Tillgång till spel. Endast ett fåtal boende som använder utrymmet. Välstädat och delvis hemtrevligt, då det saknas tavlor och växter.	Husmöten sker inte längre, enbart vissa som hördes. Nu förs samtal individuellt med de boende. Det finns möjlighet till gemensam grillning och utflykt på söndagar beroende på väder och intresse. Enheten använder sig av dels översiktlig planering dels dagsschema för planeringen av boendes aktiviteter.
Bataljonsvägen 18, Stångby	Gruppboendet är nybyggt från 2011. Sex lägenheter. Nej, beläget i ett bostadsområde. Finns inte mycket servicefunktioner att tillgå. Stort behov av den bil som enheten har. Hade önskat en bil som kan ta in en rullstol.	Vi besökte en lägenhet. Lägenheterna är 2:or. Stor och rymlig, utrustat kök och egen tvättmaskin i bostaden.	Kök med matplats och vardagsrum med TV i gemensamt utrymme. Tillgång till spel, tidningar, en motionscykel och pyssel. Välstädat och hemtrevligt med tavlor och växter	Inga husmöten. Önskemål kommer hela tiden till exempel förslag på utflykter. Boende som vill umgås tillsammans, åka på utflykter ihop. De firar högtider tillsammans. Veckoschema för de boende på kylskåpet i det gemensamma köket.
Trissogatan 5, Södra Sandby	Serviceboendet färdigställdes för 1,5 år sedan.	Inte möjligt att besöka en bostad.	Basen har öppet kl. 13.00-14.00 och kl. 18.30-	Brukarmöte 1/termin. Det har gjorts försök till



	<p>Boendet utgör en hel trappuppgång i ett större fastighetskvarter med omkringliggande lägenheter och andra faciliteter såsom bibliotek och vårdcentral.</p> <p>10 lägenheter.</p> <p>Nej.</p>	<p>Uppges vara rymliga 2:or med lite olika planlösningar.</p>	<p>20.00. Är också belägen i trappuppgången.</p> <p>Kök med matbord samt TV-rum med fåtöljer. Tillgång till spel, film, spelkonsol.</p> <p>I ett uterum finns ett gym med möjlighet till att motionerna och styrketräna som brukare och personal kan använda.</p>	<p>gemensamma aktiviteter men inget intresse.</p> <p>Gemensamma kvällspromenader, och högtider firas tillsammans. Lappar sätts utanför basen i trappuppgången. Information om evenemang till exempel halloweenfest.</p> <p>Whiteboard på kontoret med information om brukarnas mål och aktiviteter. Checklista med insatser skrivs ut per vecka på söndagar.</p>
Gråsparvsvägen 200	<p>Gruppboendet har funnits i 15 år på dess nuvarande plats. Boende för döva och anpassat även för dövblinda personer. Fem lägenheter.</p> <p>Delvis. Ingår i en stor fastighet med daglig verksamhet och äldreboende fast med en egen ingång utifrån.</p>	<p>Vi besökte en tom lägenhet. Stor och rymlig 2:a. Utrustat kök och egen tvättmaskin.</p>	<p>Kök med matplats och vardagsrum med TV i gemensamt utrymme. Enheten har äskat medel för ny soffgrupp. Möblerar efter behov och deltagare. Möjlighet för pyssel, spel och måleri.</p> <p>Välstädat och hemtrevligt med tavlor och växter.</p>	<p>Husmöte 1/månad med möjlighet att lyfta idéer.</p> <p>Anslagstavla för information kring gemensamma aktiviteter, exempelvis Halloweenfest.</p> <p>Aktiviteter genomförs främst på individnivå.</p> <p>Genomförandeplaner finns tillgängliga på kontoret för personalen att tillgå vid behov.</p>
Risättersgatan 24	<p>Serviceboendet är införlivat i ett nyproducerat bostadsområde. Åtta lägenheter. Enhetschefen önskar att de hade haft ytterligare två lägenheter för att</p>	<p>Vi besökte en lägenhet som är uthyrd. Lägenheterna är 2:or. Rymliga ytor.</p>	<p>Basen i nära anslutning till lägenheterna. Tillgång till kök med matplats och vardagsrum.</p> <p>Välstädat och hemtrevligt med</p>	<p>Brukarträffar har genomförts men inget större intresse bland de boende. Samtliga boende har schema för veckans aktiviteter i lägenheterna. Har försökt ha</p>

	få en bättre ekonomi i verksamheten. Nej.		tavlor och växter. Tillgång till tidning, TV, spel, filmer och att rita. Främst en boende som tillbringar tid på basen.	gemensamma aktiviteter men det finns inget större intresse.
Valdemarsväg 193	Äldre fastighet belägen i ett bostadsområde. Gruppboendet består av sex lägenheter. Nej.	Vi besökte tre lägenheter som är uthyrda. Lägenheterna är 2:or. Rymliga ytor.	Kök med matplats och vardagsrum med TV i gemensamt utrymme. Tillgång till brädspel, tidningar och möjlighet till pyssel.  Välstädat och delvis hemtrevligt, då det saknas tavlor och växter.	Inga husmöten, då det inte fungerar med målgruppen.  Inga gemensamma aktiviteter men uppmärksammar högtider. Aktiviteter sker på individnivå eller mindre grupper.  Whiteboard i personalmatsalen med veckoschema för de boende. Aktivitetstavla för de som har behov av det i de boendes lägenheter.
Vänortsgatan 1	Serviceboende som byggdes för sju år sedan. Finns 10 boenden. Tvåvåningshus, vilket upplevs som bra.  Nej, serviceboendet är beläget i ett bostadsområde.	Vi besökte en lägenhet som är uthyrd. En stor och rymlig 2:a.	Basen har öppet kl. 17.00-19.00 varje dag. I nära anslutning till lägenheterna. Kök med matplats och soffgrupp med TV. Tillgång till spel, film och spelkonsol.  Välstädat och delvis hemtrevligt, då det saknas tavlor och växter.	Husmöte en gång var 6:e vecka. Diskuterar regler, idéer och aktiviteter.  Enheten använder sig av en gemensam e-postkalender för att föra in alla aktiviteter som ska göras med brukarna. Ändringar av aktiviteter görs i kalendern och alla har tillgång till detta i personalutrymmet.  Gemensamma helgaktiviteter till exempel bakning och olika teman. Whiteboard i basen med gemensamma

				aktiviteter såsom helgfrukost och biljard.
--	--	--	--	--

\* Vid uppstarten av de nya boendena fick dåvarande boenden i den mån det var möjligt delta vid utformningen av gemensamhetslokalerna.

### 3.2.5. Utbildning, kompetensutveckling och bemanning

I en bilaga till verksamhetsuppföljningen som heter Indikatorers resultat boende LSS 2020/2021 redogörs för olika indikatorer i en tabell fördelat mellan områdena 1-17. I den finns bland annat indikatorer som avser antal och andel omsorgspersonal med adekvat utbildningsnivå. Spannet mellan områdena sträcker sig från 65,4 till 90,9 procent, och medelvärdet för verksamhetsområdet uppgår till 79 procent. Det finns även andra nyckeltal så som antal medarbetare per chef, personalomsättning, sjukfrånvaro, antal brukare/område, HSL-avvikelser, arbetsuppgifter är meningsfulla (för medarbetare) och nöjdhet gällande stödet (brukare). Sammantaget ger bilagan en bild över ett urval av de nyckelfaktorer för verksamheten som kan säga något om kvalitén. Gällande personalens utbildningsbakgrund framkommer av intervjuerna att det finns en bredd bland personalens bakgrunder som bidrar till verksamhetens kvalitet och att många har valt att studera vidare till stödassistenter eller undersköterska för att komplettera sin utbildningsbakgrund. Det finns även flertalet medarbetare som har mångårig erfarenhet av att ha arbetat inom LSS men ingen formell utbildning. Vidare framhåller flertalet enhetschefer att även om utbildning är av vikt är det av ännu större vikt att personligheten och de personliga egenskaperna hos medarbetarna är lämpliga för att arbeta med målgruppen.

Vad gäller bemanning uppger i stort sett samtliga intervjuade att det finns tillräcklig bemanning för att täcka behoven inom verksamheten. Personaltätheten planeras utifrån behoven i verksamheten och varierar från boende till boende. Bemanningen uppges fungera i stort, men det kräver en flexibilitet hos personalen för att ibland täcka upp vid sjukdom eller ledighet. Vidare framhåller i stort sett samtliga enhetschefer att det har blivit svårare att rekrytera personal vid vakanser eller förändrade behov i verksamheten samt att utmaningen är som störst inför sommaren. En kategori som uppges vara svår att rekrytera är stödpedagoger till verksamheten och att det kan ta flera annonstillfällen för att få in ansökningar som når upp till de ställda utbildningskraven. Inom vissa områden arbetar enhetscheferna mer enhetsövergripande genom att använda personal mellan enheterna för att täcka tillfälliga behov. En enhetschef uppgav att det finns en överanställning på områdesnivå som används för att täcka upp luckorna för samtliga enheter. Det är en delvis blandad bild som framkommer bland medarbetarna vad gäller bemanning och kompetens. En del av medarbetarna uttrycker oro både vad gäller tillgången till vikarier, sommarvikarier och timanställda, och kompetensnivån bland vissa nyanställda. Med en låg kompetensnivå utsätts både brukare och medarbetare för situationer som skulle kunna undvikas med rätt metoder och rätt

bemötande. Sådana situationer uppges öka antalet arbetsskador och medför ökad arbetsbelastning och ökad otrygghet för ordinarie personal.

Vad gäller kompetenser som saknas uppger flera enhetschefer att det finns ett behov av att ha egna pedagogiska samordnare knutna till sig. Detta är ett arbete som pågår under granskningens genomförande. Att varje område ska ha en pedagogisk samordnare istället för att kompetensen ska finnas att tillgå centralt.

Inom förvaltningen erbjuds en webbutbildning för nyanställda som tar cirka 3 h att genomföra. Utbildningen är framtagen av kommunen och heter Boende LSS bemötande och metoder. Webbutbildningen behandlar olika diagnoser som förekommer inom boende LSS, vad ett bra bemötande är, vad ett bra bemötande är i lågaffektiva situationer och metoder som kan användas i arbetet.

Som tidigare nämnt framgår det av verksamhetsplanerna vilka utbildningsinsatser som ska göras inom året för att kompetensutveckla befintlig personal. Enligt de intervjuade erbjuds bra möjligheter till vidareutbildning inom specifika områden som ska rusta dem bättre i utförandet av stödet och utifrån de förändrade behoven inom brukargruppen. Som en särskild satsning för året erhöll nämnden två miljoner kronor utifrån kommunfullmäktiges särskilda uppdrag kring digitalisering för att skapa självständighet i vardagen riktad till målgruppen brukare inom LSS samt kompetensutveckling för medarbetare med inriktningen lågaffektivt bemötande. En del av dessa medel har under året använts för utbildningar inom boende LSS.

Av intervjun med nämndens presidium framgår att nämndens främsta utmaning framöver är kompetensförsörjningen och det inte enbart inom boende LSS utan inom hela nämndens verksamhetsområde.

### **3.2.6. Kostnader**

Ur nämndens verksamhetsplan för 2022 kan vi läsa att den tilldelade ramen på 2 295 mkr, som är 5,4 % högre än 2021, bedöms ge goda förutsättningar för nämnden att klara sitt uppdrag under året. Ökningen anges främst bero på budgetmedel för beräknade pris- och löneökningar, 49,4 mkr, kompensation till följd av volymökningar inom såväl äldreomsorg som LSS-verksamhet, 68,5 mkr inkl. tillkommande kostnader i samband med att nya LSS boenden tas i drift. Av intervjuerna framgår en ganska så stor enighet bland samtliga intervjuade att det inte saknas medel för att bedriva verksamheten. En utmaning är dock den interna resursfördelningsmodellen som uppges vara gammal och inte tillräckligt anpassad för att täcka behoven som kan finnas mellan individerna. Det kan i sin tur påverka en enskild enhets förutsättningar att hålla sin budget. Av såväl verksamhetsplanen som av intervjuerna framgår att resursfördelningsmodellen ska genomgå en översyn under året och att nämnden inför 2023 ska ta ställning till den nya modellen som ska implementeras framöver. Den nya modellen ska medföra förändringar både vad gäller den fasta ersättningen, som möjliggör en bestående basbemanning, och den rörliga ersättningen, som reglerar behoven i de enskilda fallen.

Av samtalen med de enhetschefer som har omfattats av granskningen framgår att det finns en samsyn kring att varje enhet ska göra sitt yttersta för att hålla sin budget och att eventuella överskott går till att täcka upp för de enheter som har haft sämre förutsättningar att klara sin budget. Att det är totalen för verksamhetsområdet boende LSS som är det viktiga resultatet att säkerställa.

I tabellen nedan redogörs för kommunens kostnad per brukare för LSS boende för åren 2018 till 2021. Ur tabellen kan vi läsa att kostnaden successivt har ökat under perioden.

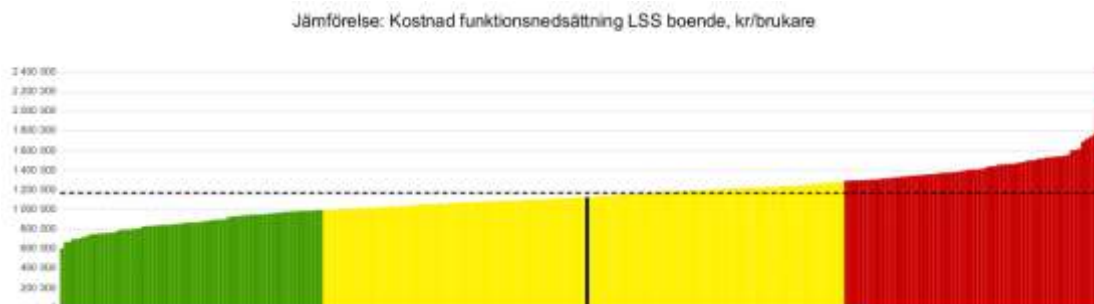
Tabell 4. Kostnad funktionsnedsättning LSS boende, kr/brukare

2018	2019	2020	2021
1 002 567	1 066 762	1 102 608	1 128 693

Källa: Kolada Jämföraren.

I diagrammet nedan redogörs för rikssnittet och för kommunens placering i jämförelse med landets övriga kommuner vars kostnader för LSS boende också finns i Kolada.

Diagram 1. Kostnad funktionsnedsättning LSS boende



Källa: Kolada Jämföraren.

Den prickade linjen avser rikssnittet som för 2021 var 1 167 796 kr/brukare. I diagrammet ovan ser vi att Lunds kommun som är den svarta heldragna vertikala linjen ligger under rikssnittet. Då kommunen inte deltar i SKR:s<sup>18</sup> undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning kan vi inte göra några jämförelser av kvalitetsparametrar.

### 3.3. Bedömning

Bedömningen är att det finns tydliga mål för boende LSS som går genom hela organisationen från nämnden till respektive enhet. Verksamhetsplanerna på de olika nivåerna inom organisationen bidrar till att det finns en tydlighet och kännedom av

<sup>18</sup> Sveriges kommuner och regioner.

hur målarbetet ska bedrivas. Vi anser att det till stor del finns en tillräcklig förankring och ett arbete som ska bidra till nämndens måluppfyllelse.

Vidare bedömer vi att nämnden har ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd. Ansvar för kvalitetsarbetet är tydligt definierat. Det finns riktlinjer och rutiner som beskriver hur kvalitetsarbetet ska bedrivas och som granskningen har visat finns en medvetenhet kring kvalitetsarbetet i det dagliga arbetet i verksamheterna. Det finns fortsatt arbete som behöver utvecklas och som kan förbättras, som arbetet med avvikelser, dokumentationen och genomförandeplaner. I sammanhanget vill vi också framhålla att vi också har noterat att det har genomförts särskilda satsningar för att förändra synsättet kring avvikelshantering, vilket vi bedömer som positivt. Det systematiska kvalitetsarbete kan i perioder visa på ett sämre resultat än tidigare men då kräver det också sin analys och sina åtgärder.

Att nämnden tar del av resultat för verksamheten boende LSS genom verksamhetsberättelse och på nämndnivå i form av årsanalys och kvalitets- och patientssäkerhetsberättelse bedöms vara tillräckligt. Nämnden skulle kunna överväga om det finns behov av att ta del av uppföljning av kvalitetsarbetet på enhetsnivå för djupdykning i kvalitetsfrågorna, men det kan också medföra att materialet blir för omfattande för nämnden att behandla.

Vad gäller de enskildas inflytande och medbestämmande bedömer vi att nämnden har säkerställt att det finns processer och rutiner för arbetet och att det sker i den dagliga verksamheten. Detta sker genom genomförandeplanerna som upprättas och dess uppföljning men också hur genomförandeplanerna införlivas i enheternas dagliga arbete. Det kommer även i uttryck genom att de boende har möjlighet att påverka sin vardag gällande ändring eller flytt av aktiviteter samt genom husmöten/brukarmöten/brukarträffar. Även om det finns struktur och process för att säkerställa de enskildas inflytande och medbestämmande finns det boende som saknar genomförandeplaner, vilket bedöms vara en brist. Nämndens kännedom om de enskildas inflytande och medbestämmande kommer främst i uttryck genom uppföljning av kvalitetsarbetet, vilket är på en aggregerad nivå och vilket även i detta avseende kan bedömas vara tillräckligt.

Uppfattningen bland de intervjuade är att det finns en tillräcklig bemanning för att möta verksamhetens behov och att de har möjlighet att rekrytera personal när verksamhetens behov förändras, vilket bedöms som positivt. Däremot uppger i stort sett samtliga intervjuade att det har blivit svårare att rekrytera personal till boendena samt att det är en utmaning att hitta tillräckligt med vikarier för att täcka personalens sommarledighet. Vi bedömer att nämndens uppföljning kring bemanning och personal är tillräcklig genom de uppföljningar de tar del av på verksamhetsnivå och på nämndnivå.

Gällande utbildning och kompetens bedömer vi att nämnden har säkerställt detta område. Nämnden tar del av uppföljning genom boende LSS verksamhetsberättelse angående utbildningsnivån och via årsanalys och kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen gällande genomförda utbildningsinsatser, vilket vi

bedömer vara tillräckligt. Det genomförs utbildningsinsatser för att vidareutbilda personalen inom specifika områden för att bättre möta målgruppens behov, vilket vi bedömer som positivt. Ett sätt för nämnden att utveckla sin uppföljning på området vore att ta del av information om alla medarbetare har genomfört planerade utbildningar. Vidare har det framgått att kompetenser som stödpedagog saknas i verksamheten och att det finns svårigheter i att rekrytera denna kompetens. Detta bedöms inte vara en brist men som ett område för nämnden att hantera inom ramen för kompetensförsörjningsarbetet framöver.

Nämndens kostnader för bostad med särskild service ligger strax under riksnittet och verksamheten boende LSS redovisar en budget i balans. Nämndens resursfördelningsmodell bidrar till en ojämlig fördelning av resurserna mellan enheterna. Modellen bidrar till att vissa enheter klarar av att hålla sin budget, till och med redovisa överskott, medan andra inte klarar av det. En sådan situation kan bidra till ökad arbetsbelastning och sämre arbetsmiljö för de enhetschefer och medarbetare som drabbas av resursfördelningen vilket inte kan bedömas vara en tillräcklig hantering. Vi finner det dock vara positivt att det pågår ett arbete med att se över modellen och att nämnden ska införa en ny modell inför 2023.

## 4. Uppföljning privata utförare

---

### 4.1. Uppföljning

Inom kommunen finns en extern utförare som bedriver tre servicebostäder. Av intervjuerna framkom att avtalsuppföljning sker två gånger per år och därutöver genomförs samma dokumentationsgranskning på de externa enheterna som görs på verksamheterna i kommunal regi. Dokumentationsgranskningen genomförs av handläggare och kvalitetsutvecklare medan avtalsuppföljning görs av kvalitet och kansli. Utöver detta lämnar den externa utföraren in årets verksamhetsplan och verksamhetsberättelse till förvaltningen. Under 2021 genomfördes även en fördjupad verksamhetsuppföljning av de tre servicebostäderna. Denna uppföljning gjordes av kvalitet och kansli.

Vid avtalsuppföljningen upprättas ett protokoll. Av protokollet framgår vilka som har deltagit från uppdragstagaren respektive uppdragsgivarens sida, protokollet signeras av en utsedd justerare. Av protokollet från avtalsuppföljningen den 15:e mars 2022 kan vi läsa om:

- ▶ Eventuella tillägg/förändringar i avtalet.
- ▶ Redovisning av verksamhetens utveckling under perioden oktober 2021 till mars 2022, och med tillhörande bilaga som beskriver händelser av vikt, resultat från egenkontroller och andra undersökningar gällande verksamhetens kvalitet, förändringar i personalsammansättning och medarbetarnas kompetens samt genomförda utbildningsinsatser.
- ▶ Uppföljning av bemanningsnivå, och med tillhörande bilaga som redogör för avtalets grundvärde gällande bemanning och behovsbedömning samt utfallen för de två nyckeltalen.
- ▶ Återkoppling avseende avvikelserapport och verksamhetsberättelse. Av punkten framgår att verksamhetsberättelser för 2021 har redovisats i ett gemensamt dokument medan avvikelserapporten för kvalitetsåret 2020/2021 har rapporterats per enhet i enlighet med de direktiv som förvaltningen har lämnat.
- ▶ Verksamhetsplan och mål, och med tillhörande bilaga som är verksamhetsplanen för 2022. I den redogörs för målarbetet, mål för verksamheten och aktiviteter till respektive målområde. Av planen framgår ansvarig samt när och hur uppföljning ska ske.
- ▶ Arbetet inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet, hänvisar till samma bilaga som punkten redovisning av verksamhetens utveckling.
- ▶ Aktuell information från verksamheten.
- ▶ Övrigt.
- ▶ Tid för nästa avtalsuppföljning.

Vid nästkommande möte den 5:e september 2022 utgörs protokollet i stort sett av samma punkter och uppföljning med skillnaden att punkten återkoppling avseende



avvikelse rapport och verksamhetsberättelse inte finns med. Istället behandlas en punkt gällande fastighetsfrågor. Av de båda protokollen framgår att den externa utföraren utför verksamheten i enlighet med de ingångna avtalen. Vid sakgranskningen förtydligades det att externa utförare lämnar in avvikelse rapport för hela året och vid varje avtalsuppföljning lämnas en redogörelse för periodens verksamhetsutveckling.

Dokumentationsgranskningen sker på liknande sätt och med samma kontrollmål som för verksamheterna inom kommunal regi. De senaste dokumentationsgranskningarna för de tre boendena genomfördes den 19:e och 21:e april 2021. Resultaten visar på att det finns delar som har förbättrats medan andra delar har försämrats gällande den dokumentationen. Likt de interna verksamheterna går de igenom tidigare lämnade rekommendationer och lämnar nya rekommendationer med anledning av den nya granskningen.

Under november 2021 genomfördes en fördjupad verksamhetsuppföljning av de tre boendena<sup>19</sup>. Verksamhetsuppföljningen omfattar kontroll av arbetsgivaransvar, ekonomi samt uppföljning av vissa kvalitetskrav. Syftet med uppföljningen anges vara att kontrollera att utföraren uppfyller avtalskraven. I redovisningen av resultatet avseende arbetsgivaransvar, kvalitet, ekonomi, tillsyn av andra myndigheter och förvaltningar kan vi läsa att det inte förekommer några avvikelser eller brister i förhållande till avtalet.

Nämnden tar inte del av all dokumentation som tas fram gällande de privata utförarna. Däremot beskrivs arbetet kortfattat dels i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse dels i nämndens årsanalys. Av samtalet med nämndens presidium framkom att uppfattningen är att det finns utmaningar i uppföljningen och styrningen av verksamheten som bedrivs av de privata utförarna samt att insynen inte är lika bra som i den egna verksamheten. Det framhölls även att de anser att förvaltningen gör bra uppföljningar av de privata utförarna för att säkra att verksamheten håller kvalitén i enlighet med avtalen.

## 4.2. Bedömning

Nämnden har en tillräcklig uppföljning och kontroll av kvalitet av de bostäder med särskild service som bedrivs av privata aktörer. Bedömningen grundar sig på de uppföljningar som genomförs och underlag som förvaltningen tar del av.

---

<sup>19</sup> Diarienummer VOOA 2021/10.

## 5. Slutsats

Den sammanfattande bedömningen är att vård- och omsorgsnämnden till stor del har säkerställt att insatser i form av bostad med särskild service är av god kvalitet. Nämnden skulle kunna se över behovet av att ta del av ytterligare information om hur arbetet fungerar på enhetsnivå eller hos privata utförare. Nämnden bör i sådana fall överväga vilken information de ska ta del av och hur den ska presenteras för att göra den användbar för vidare hantering. Att ta del av för mycket information kan istället för att hjälpa bidra till att det är svårt att fokusera på väsentligheter. Det finns olika sätt att följa upp en verksamhet. Antingen kan uppföljning ske av verksamhetens alla delar eller så baseras uppföljningen på en riskanalys för att bara följa upp de delar som bedöms som mest riskfyllda. Slutligen kan uppföljning ske på avvikelser som sker utifrån satta mål, processer eller rutiner. Uppföljningen av verksamhet kan såklart också vara en blandning av de olika sätten. Oavsett val av uppföljning är det av vikt att uppföljningen bidrar till att analyser görs och att åtgärder vidtas vid behov.

Revisionsfråga	Svar
Finns det tydliga mål som är kända och tillämpas inom bostäder med särskild service?	Ja, det finns mål som löper genom hela organisationen.
Har nämnden säkerställt, och kunskap om, att det sker ett systematiskt förbättringsarbete inom bostäder med särskild service?	Delvis, kvalitetsledningssystemet och de riktlinjer och rutiner som finns lägger grunden för förbättringsarbetet, vilket följs upp av nämnden. Det finns delar i arbetet som fortsatt behöver utvecklas som arbetet med avvikelser, dokumentation och genomförandeplaner.
Har nämnden säkerställt, och kunskap om, enskildas inflytande och medbestämmande i utformningen av insatsen bostad med särskild service?	Delvis, genom genomförandeplaner och uppföljning därav. Däremot framgår av dokumentationsgranskningarna att samtliga boende inte alltid har aktuella genomförandeplaner och att uppföljningssamtal inte alltid har genomförts inom korrekt tidsintervall.
Har nämnden säkerställt, och kunskap om, en tillräcklig bemanning inom bostäder med särskild service?	Ja, tillräcklig bemanning finns för att möta behoven idag, men kompetensförsörjningen blir en allt större utmaning framåt.
Har nämnden säkerställt, och kunskap om, att det finns personal med lämplig utbildning och kompetens i bostäder med särskild service?	Ja, nämnden tar del av uppföljning inom området. Det genomförs utbildningsinsatser för att vidareutbilda personalen inom specifika områden för att bättre möta målgruppens behov. Det saknas dock stödpedagoger i verksamheten.

<b>Förhåller sig nämndens kostnader för bostad med särskild service i paritet med övriga kommuner i landet?</b>	Ja.
<b>Har nämnden tillsett uppföljning och kontroll av kvalitet inom bostäder med särskild service som bedrivs av privata aktörer?</b>	Ja, genom avtalsuppföljningen, underlagen de tar del av från de externa utförarna och genom dokumentationsgranskningen.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ säkerställa att genomförandeplaner finns för samtliga boende och att uppföljningssamtal årligen sker,
- ▶ fortsatt arbeta för att avvikelshanteringen förbättras för att bidra till verksamhetens utveckling, samt
- ▶ säkerställa att det sker ett arbete för att trygga kompetensförsörjningen på kort och på lång sikt.

Negin Nazari  
EY

Medina Sobo  
EY

## 6. Källförteckning

---

### Intervjuade funktioner

- ▶ Ordförande
- ▶ 1:e vice ordförande
- ▶ 2:e vice ordförande
- ▶ Vård- och omsorgsdirektör
- ▶ Kvalitetschef
- ▶ Myndighetschef
- ▶ Verksamhetschef boende LSS
- ▶ Ekonomichef
- ▶ Enhetschefer och medarbetare:
  - Soldatgatan 12
  - Kalkgränden 9
  - Bataljonsvägen 18, Stångby
  - Trissogatan 5, Södra Sandby
  - Gråsparvsvägen 200
  - Risätersgatan 24
  - Valdemarsväg 193
  - Vänortsgatan 1

### Analyserade dokument

- ▶ Verksamhetsplan 2022 vård- och omsorgsnämnden
- ▶ Verksamhetsplan 2022 boende LSS
- ▶ Verksamhetsberättelse 2021 boende LSS
- ▶ Ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet
- ▶ Kvalitets- och patientssäkerhetsberättelse 2021
- ▶ Kvalitetsuppföljning 2022 brukarnivå boende LSS
- ▶ Årsanalys 2021
- ▶ Verksamhetsberättelser 2021 för områdena som enheterna tillhör
- ▶ Verksamhetsplaner 2022 för de åtta enheterna
- ▶ Dokumentationsgranskningar 2021 för de åtta enheterna
- ▶ Organisationsschema boende LSS
- ▶ Rutiner:
  - Genomförandeplan
  - Uppföljning av kvalitet och genomförandeplan

- Samverkan vid individuella uppföljningar
  - Egenvård
  - Genomförande av individuellt uppföljningsmöte (SoL/LSS)
  - Ta tillvara synpunkter och klagomål
  - Hantering av Lex Sarah-ärenden
  - Hantering av avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter
- ▶ Riktlinjer:
    - Social dokumentation
  - ▶ Intern kontroll:
    - Granskningsrapport intern kontroll 2021
    - Slutrapport intern kontroll 2021
    - Handlingsplan intern kontroll 2022

## 7. Revisionskriterium

---

### 7.1. Kommunallagen (2017:725)

Kommunallagens 6 kap 6 § anger att nämnderna inom sitt ansvarsområde ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med Kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten.

### 7.2. Lagen (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.

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.

Den 9 § 9 p reagerar att insatserna för särskilt stöd och service är bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna.

### 7.3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Med omvårdnad avses i föreskrifterna all individuellt anpassad hjälp i den dagliga livsföringen som för de boende ska ingå i insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

I föreskriften definieras individuellt anpassad hjälp i den dagliga livsföringen som insatser som ska tillgodose den enskildes psykiska, fysiska och sociala behov. Detta exemplifieras med att äta, dricka och förflytta sig, sköta personlig hygien och klä sig, sköta hemmet, tillreda måltider, göra ärenden och inköp, göra tillvaron begriplig, förutsägbar och trygg, planera framåt med flera andra exempel.

Vidare anges att för att undvika en institutionell miljö bör en bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS inte vara belägen i nära anslutning till en annan sådan bostad eller andra bostäder som inte är ordinära såsom till exempel korttidshem eller särskilda boendeformer för äldre.

Vidare beskrivs vilket kunskaper och kompetenser som krävs av ledarfunktionen för att kunna ansvara för verksamheten. I föreskrifterna anges även att antalet boende i en gruppboende bör i regel endast vara tre till fem personer, men att ytterligare någon boende bör kunna accepteras under förutsättning att samtliga personer som bor i gruppboendet tillförsäkras goda levnadsvillkor. Gällande antal i serviceboende

anses att antalet ska begränsas så att servicebostaden integreras i bostadsområdet och att en institutionell boendemiljö undviks.

#### **7.4. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 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.

#### **7.5. Vård- och omsorgsnämndens reglemente**

Enligt 1 § ska vård- och omsorgsnämnden fullgöra kommunens uppgifter avseende äldreomsorg, och personer med funktionsnedsättning. Nämnden ansvarar för boende, service och vård i enlighet med socialtjänstlagen (SoL) (2001:453), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt 51 kap. socialförsäkringsbalken (assistansersättning) med flera författningar.

Ett undantag är att socialnämnden ska svara för att utföra LSS-insatsen bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna (LSS 9 § p 9), för personer i personkrets 3 (LSS 1 § p 3) som har psykiska funktionshinder.

## 8. Bilaga dokumentationsgranskning

<b>Enhet</b>	Soldatgatan 12
<b>Datum (senaste uppföljningen)</b> <b>Antal granskade journaler</b>	2021-05-24* (september 2020) Fem
<b>Beställningar</b>	Det finns aktuella beställningar som innehåller mål i samtliga granskade journaler. I fyra av fem beställningar finns mål som av olika anledningar inte bedöms fullt ut uppfylla alla kriterier gällande tydlighet, mätbarhet och individualitet.
<b>Genomförandeplaner</b>	Verksamheten arbetar mycket väl med genomförandeplaner utifrån IBIC*** och förvaltningens rutiner. I ett av ärendena saknas det en aktuell genomförandeplan då det var över sex månader sedan genomförandeplanen upprättades. Tydliga beskrivningar av hur stödet ska ges utifrån brukarens egna förmågor.
<b>Löpande sociala journalen</b>	Enheten har fortsatt arbetat väl med händelser av vikt men en svag försämring har skett då det i en av akterna inte är dokumenterat att uppföljningsmöte skett med handläggare samt att ny beställning inkommit. Dokumentationen bedöms i övrigt på det stora hela vara saklig, utan värderingar och det framgår vart uppgifterna kommer ifrån.
<b>Löpande arbetsteckningar</b>	Löpande arbetsteckningar förvaras säkert, sammanfattas var 14:e dag och gamla anteckningar raderas.
<b>Resultat</b>	Resultatet visar att enheten arbetar väl med social dokumentation utifrån IBIC, gällande föreskrifter och förvaltningens rutiner både i genomförandeplan och löpande social journal.

<b>Enhet</b>	Kalkgränden 9
<b>Datum (senaste uppföljningen)</b> <b>Antal granskade journaler</b>	2021-05-20* (våren 2020) Fem
<b>Beställningar</b>	Det finns aktuella beställningar med mål i samtliga beställningar, en försämring har skett vad gäller om målen bedöms vara individuella, tydliga och mätbara.
<b>Genomförandeplaner</b>	Tre av fem har aktuella genomförandeplaner. I dessa framgår brukarnas delaktighet, livsområden och mål beskrivna. En av planerna hade kunnat ha haft ett tydligare beskrivet "hur".
<b>Löpande sociala journalen</b>	Försämring vad gäller den löpande sociala journalen jämfört med föregående granskning. Till exempel saknas anteckningar för olika



	moment såsom uppföljningsmöten, upprättande av genomförandeplan etc.
<b>Löpande arbetsteckningar</b>	All dokumentation avseende löpande arbetsteckningar bedöms vara saklig och värderingsfritt och förvaras på så sätt att det är oåtkomligt för obehöriga.
<b>Resultat</b>	Ingen sammanfattad bedömning framgår av årets resultat. Det står att det samlade resultatet visar att enheten i det stora har ett oförändrat resultat.

<b>Enhet</b>	<b>Bataljonsvägen 18, Stångby</b>
<b>Datum (senaste uppföljningen)</b>	2021-10-14 * (maj 2020)
<b>Antal granskade journaler</b>	Fem
<b>Beställningar</b>	Det finns aktuella beställningar med mål i samtliga journaler. Däremot bedöms endast ett av de aktuella målen vara individuellt, tydligt och mätbart. Majoriteten av de andra målen bedöms som tydliga och individuella, men svåra att mäta.
<b>Genomförandeplaner</b>	Försämring jämfört med föregående granskning vad gäller arbetet med genomförandeplaner. Enbart två (av fem) aktuella genomförandeplaner. Brister i de två som finns.
<b>Löpande sociala journalen</b>	Sammantaget ett gott resultat och en generell förbättring vid jämförelse med resultatet från föregående års granskning. Gemensamt för majoriteten av de granskade journalerna är dock att dokumentationen är begränsad. Endast en av journalerna består av flertal anteckningar.
<b>Löpande arbetsteckningar</b>	Vid granskningen noteras att det inte finns några arbetsanteckningar i systemet.
<b>Resultat</b>	Enheten följer till viss del förvaltningens rutiner och arbetet med IBIC***.

<b>Enhet</b>	<b>Trissogatan 5, Södra Sandby</b>
<b>Datum (senaste uppföljningen)</b>	Vecka 22 år 2022 (ej tillämpligt**)
<b>Antal granskade journaler</b>	Fem
<b>Beställningar</b>	Beställningarna håller generellt en hög nivå, men att det även framkommit förbättringsområde i form av att målen ska vara individuella och det ska framgå varför målet är viktigt för den enskilde.

<b>Genomförandeplaner</b>	Samtliga granskade journaler har en aktuell genomförandeplan. Brukarens delaktighet finns beskriven på ett tydligt sätt i alla förutom en, där det inte framgår på vilket sätt brukaren varit delaktig i att upprättandet. Genomförandeplanerna generellt håller hög kvalitet, där samtliga livsområden och mål från beställningen finns väl beskrivna.
<b>Löpande sociala journalen</b>	Den löpande sociala journalen visar att samtliga granskade sociala journaler innehåller de delar som en journal ska innehålla. Generellt är dokumentationen saklig, relevant och ber en bra bild av brukarens mående över tid och hur arbetet med beviljat stöd fortlöper.
<b>Löpande arbetsteckningar</b>	Löpande arbetsanteckningar dokumenteras direkt i verksamhetssystemet, sammanfattas varannan vecka och eventuella händelser av vikt förs in i den löpande sociala journalen.
<b>Resultat</b>	Den sammantagna granskningen visar att enheten arbetar väl med dokumentationen i alla delar i den sociala journalen.

<b>Enhet</b>	<b>Gråsparsvägen 200</b>
<b>Datum (senaste uppföljningen)</b>	2021-11-15 * (september 2020)
<b>Antal granskade journaler</b>	Fem
<b>Beställningar</b>	Det finns aktuella beställningar med mål i samtliga journaler.
<b>Genomförandeplaner</b>	Fyra aktuella genomförandeplaner. En av de fem är inte reviderad i enlighet med rutinen. I alla planer finns beskrivning hur brukaren varit delaktig och tydliga och bra beskrivningar av vad brukaren kan göra själv och vilket stöd brukaren behöver för att nå målen.
<b>Löpande sociala journalen</b>	Den löpande sociala journalen är fortsatt ett utvecklingsområde och flera brister framhålls i granskningen.
<b>Löpande arbetsteckningar</b>	Arbetsteckningar dokumenteras i verksamhetssystemet och förvaras därmed på ett säkert sätt.
<b>Resultat</b>	Resultatet visar att verksamheten fortsatt har en väl fungerande social dokumentation.

<b>Enhet</b>	<b>Risätersgatan 24</b>
<b>Datum (senaste uppföljningen)</b>	2021-09-02 * (våren 2020)
<b>Antal granskade journaler</b>	Fem

<b>Beställningar</b>	Det finns aktuella beställningar i samtliga akter. Samtliga beställningar innehåller mål och samtliga mål bedöms som tydliga, individuella och mätbara.
<b>Genomförandeplaner</b>	Fyra av fem journaler har aktuella genomförandeplaner. I tre av de fyra genomförandeplanerna framgår brukarens delaktighet. Framgår vad personalen ska göra inom varje livsområde. En förbättring vore att tydliggöra brukarens delaktighet.
<b>Löpande sociala journalen</b>	All dokumentation avseende löpande social journal bedöms som saklig och utan värderingar vilket är mycket positivt och även brukarens uppfattning om det stöd som den får framkommer i flertalet journaler vilket är bra. Dock är övervägande dokumentationen sammanfattningar och inte händelser av vikt.
<b>Löpande arbetsteckningar</b>	Löpande arbetsteckningar förvaras säkert, sammanfattas var 14:e dag och gamla anteckningar raderas.
<b>Resultat</b>	Den samlade bedömningen är att enheten generellt arbetar väl med många delar av den sociala dokumentationen enligt förvaltningens riktlinjer och rutiner.

<b>Enhet</b>	<b>Valdemarsväg 193</b>
<b>Datum (senaste uppföljningen)</b>	2022-05-02 * (september 2021)
<b>Antal granskade journaler</b>	Framgår ej hur många journaler som ingick i granskningen.
<b>Beställningar</b>	Det finns aktuella beställningar med mål i samtliga journaler. Två av de granskade beställningarna är från år 2019 och resterande beställningar är från årlig uppföljning genomförd år 2021 eller 2022. Då beställningarna är från år 2019 och årlig uppföljning i dessa ärenden inte har skett på 2 1/2 år kommer detta att återkopplas till ansvarig enhetschef på myndighetsfunktionen. Merparten av beställningarna innehåller mål som är mätbara, tydliga och individuella.
<b>Genomförandeplaner</b>	I samtliga fanns en aktuell genomförandeplan. I alla beställningar utom en stämmer livsområdena i beställningen överens med livsområdena i genomförandeplanen. I en av de granskade genomförandeplanerna finns det både livsområden och målsättningar som inte finns med i beställningen och i en av de granskade genomförandeplanerna överensstämmer ett mål från beställningen och ett mål överensstämmer inte.
<b>Löpande sociala journalen</b>	Den löpande journalen visar att verksamheten dokumenterar och journalför kontinuerligt. I de granskade journalerna noteras att det är sparsamt med anteckningar, men det som är dokumenterat är händelser av vikt. Alla dokumentation är saklig och fri från värderingar vilket är positivt. Liksom föregående års granskning så

	uppmärksammas att det saknas sammanfattning och uppföljning av hur arbetet med brukarens mål fortlöper.
<b>Löpande arbetsteckningar</b>	Verksamheten dokumenterar löpande arbetsanteckningar i verksamhetssystemet. Löpande arbetsanteckningar sammanfattas var 14:e dag enligt rutin.
<b>Resultat</b>	Resultatet av årets granskning visar att verksamheten sammantaget har ett sämre resultat jämfört med föregående år.

<b>Enhet</b>	Vänortsgatan 1
<b>Datum (senaste uppföljningen)</b>	April 2022 * (oktober 2021)
<b>Antal granskade journaler</b>	Sju
<b>Beställningar</b>	Det finns aktuella beställningar i alla journaler och att samtliga beställningar och att de innehåller mål som bedöms vara individuella, tydliga och mätbara.
<b>Genomförandeplaner</b>	Det finns aktuella genomförandeplaner med beskrivning av brukarens delaktighet och aktuella livsområden i samtliga journaler. Majoriteten av genomförandeplanerna innehåller även aktuella mål. Utvecklingsområde för enheten är att utveckla beskrivningen av hur stöd ska ges så att det finns tydlig koppling till målen och att brukarens delaktighet och egna förmågor framgår av beskrivningen.
<b>Löpande sociala journalen</b>	Enheten har bibehållit samma goda resultat som föregående år gällande att ha journalanteckningar som är värderingsfria, sakliga och där det framgår var informationen kommer från i samtliga granskade journaler. Förbättrade resultat avseende dokumentationen gällande händelser av vikt.
<b>Löpande arbetsteckningar</b>	Vid dokumentationsgranskningen förekom det inga arbetsanteckningar att granska i verksamhetssystemet.
<b>Resultat</b>	Resultatet visar att som helhet har enheten har en mycket väl fungerande social dokumentation.

\* Inget genomfört platsbesök på grund av pandemin, vilket medför att vissa delar av dokumentationsgranskningen som görs fysiskt på plats inte har kunnat genomföras.

\*\*Boendet öppnade våren 2021. \*\*\*Individens behov i centrum.