

Mölnads stad

Granskning av styrning av LSS-verksamhet
samt uppföljning av 2017 år granskning av
tillgänglighet avseende boendeplatser



Building a better
working world

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Revisionskriterier	3
1.4. Metod	3
1.5. Avgränsningar och ansvarig nämnd.....	4
2. LSS-verksamheten	5
2.1. Organisation i Mölndal	5
3. Har nämnden vidtagit ändamålsenliga åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnades i 2017 års granskning av tillgänglighet avseende boendeplatser?	7
3.1. Resultat och slutsatser från revisionens granskning 2017.....	7
3.2. Uppföljning av vidtagna åtgärder per rekommendation	7
3.3. Bedömning	10
4. Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av LSS-utförarverksamheten?.....	11
4.1. Nämndens mål är kända i verksamheten	11
4.2. Nämnden har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	12
4.3. Bedömning	13
5. Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll avseende LSS-utförarverksamhet?.....	14
5.1. Det finns en struktur för uppföljning och kontroll av kvalitet.....	14
5.1.1. Egenkontroller	14
5.1.2. Avvikelse.....	14
5.1.3. Brukarundersökningar	15
5.1.4. Synpunkter och klagomål	15
5.2. Nämnden uppföljning för år 2020 avviker från tidigare år	15
5.3. Bedömning	16
6. Samlad bedömning	17
6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna.....	17
6.2. Slutsatser.....	18
Bilaga 1. Bakgrund	
Bilaga 2. Revisionskriterier	
Bilaga 3. Källförteckning	

Sammanfattning

På uppdrag av kommunrevisionen i Mölndals stad har EY granskat vård- och omsorgsnämndens styrning av verksamhet som bedrivs enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Syftet med granskningen har varit att dels bedöma om nämnden har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning avseende utförarverksamhet som bedrivs enligt LSS, dels följa upp vilka åtgärder som nämnden vidtagit utifrån de rekommendationer avseende tillgänglighet avseende boendeplatser inom funktionshinderområdet som lämnades i granskningsrapporten 2017.

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår bedömning att vård- och omsorgsnämnden i huvudsak säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning avseende utförarverksamhet som bedrivs enligt LSS. Granskningen visar att nämndens styrning är tydlig, följer stadens styrprinciper och når hela vägen till baspersonalen. Vi noterar dock att timanställda och vikarier inte har tillgång till de rutiner och riktlinjer som finns på stadens intranät. Det framkommer även att det saknas ett tydlig systematiskt arbetssätt samt en tydlig roll och ansvarsfördelning för arbetet med att säkerställa att riktlinjer och rutiner är uppdaterade och aktuella. Uppföljning av verksamheten sker i enlighet med stadens styrprinciper i halvårsuppföljning och i verksamhetsberättelse. Därutöver sker uppföljning i form av verksamhetsuppföljning, avvikelssammanställning, kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse samt brukarundersökningar. Nämndens kvalitetsberättelse för 2020 saknar i flera fall underlag för uppföljning av kvalitén i verksamheten.

Vår bedömning avseende den uppföljande granskningen är att vård- och omsorgsnämnden delvis vidtagit åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnades i granskningsrapporten 2017. Nämnden har inte vidtagit ytterligare åtgärder för att säkerställa att beslut om boenden kan verkställas. Utöver den årliga boendeplanen följer nämnden inte aktivt hur stadens arbete med boendeplanering framskrider utifrån nämndens kommunicerade behov. Däremot har nämnden i sin särskilda budgetskrivning redogjort för risken att fortsatt bli skyldiga att betala viten från Inspektionen för vård och omsorg för icke verkställda beslut. Därtill framgår att kostnaden för boendeplatser ökat.

Utifrån granskningens identifierade förbättringsområden rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Tillse en systematiskt arbetssätt och tydlig ansvarsfördelning avseende arbetet med att säkerställa att rutiner och riktlinjer är uppdaterade och aktuella.
- ▶ Tillse att verksamhetsuppföljning, egenkontroll och avvikelshantering genomförs på ett sådant sätt att det leder till utveckling av verksamheten.
- ▶ Säkerställa att avvikelshantering görs enligt riktlinjer och rutiner.
- ▶ Säkerställa att all personal har tillgång till uppdaterade riktlinjer och rutiner samt kunskap om var dessa finns.

Utifrån uppföljningen kvarstår följande två av de tre rekommendationer som lämnades i 2017 års granskning:

- ▶ Aktivt följa hur stadens arbete med boendeplanering framskrider utifrån nämndens kommunicerade behov.
- ▶ Skyndsamt vidta åtgärder för att säkerställa att beslut om boende kan verkställas.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Kommunrevisionen i Mölndals stad har i samband med sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det är väsentligt att genomföra en fördjupad granskning av nämndens styrning av verksamhet som bedrivs enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt en uppföljande granskning av tillgänglighet avseende boendeplatser inom funktionshinderområdet.

Ansvarsgrunder som är relevanta i denna granskning är bland annat bristande styrning, uppföljning och kontroll. Bakgrunden till granskningen beskrivs närmare i bilaga 1.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens övergripande syfte är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning avseende utförarverksamhet som bedrivs enligt LSS. Därtill syftar granskningen till att följa upp vilka åtgärder som vård- och omsorgsnämnden vidtagit utifrån de rekommendationer avseende tillgänglighet avseende boendeplatser inom funktionshinderområdet som lämnades i granskningsrapporten 2017. I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden vidtagit ändamålsenliga åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnades i 2017 års granskning av tillgänglighet avseende boendeplatser?
- ▶ Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av LSS-utförarverksamheten?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll avseende LSS-utförarverksamhet?
 - Finns en strukturerad uppföljning och kontroll av kvalitet?
 - Har nämnden vidtagit åtgärder utifrån uppföljning och kontroll?

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna beskrivs i bilaga 2. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- ▶ Förvaltningslagen (2017:900)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd inom området
- ▶ Socialstyrelsens handbok handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.
- ▶ Socialstyrelsens handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser
- ▶ Mölndals stads styrdokument och riktlinjer inom området.

1.4. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och skriftliga frågor. Källförteckning framgår av bilaga 3. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att sakfelsgranska rapporten.

1.5. Avgränsningar och ansvarig nämnd

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden och avgränsas i enlighet med ställda revisionsfrågor.

2. LSS-verksamheten

2.1. Organisation i Mölndal

Som funktionshindrad kan man få rätt till stödinsatser för att kunna leva ett så självständigt liv som möjligt, enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) (LSS) och socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). Insatserna är behovsprövade och utgår från individen och vilket stöd denne behöver för att kunna till exempel arbeta, studera eller delta i aktiviteter. Av nämndens reglemente framkommer att vård- och omsorgsnämnden ansvarar för kommunens uppgifter inom följande områden:

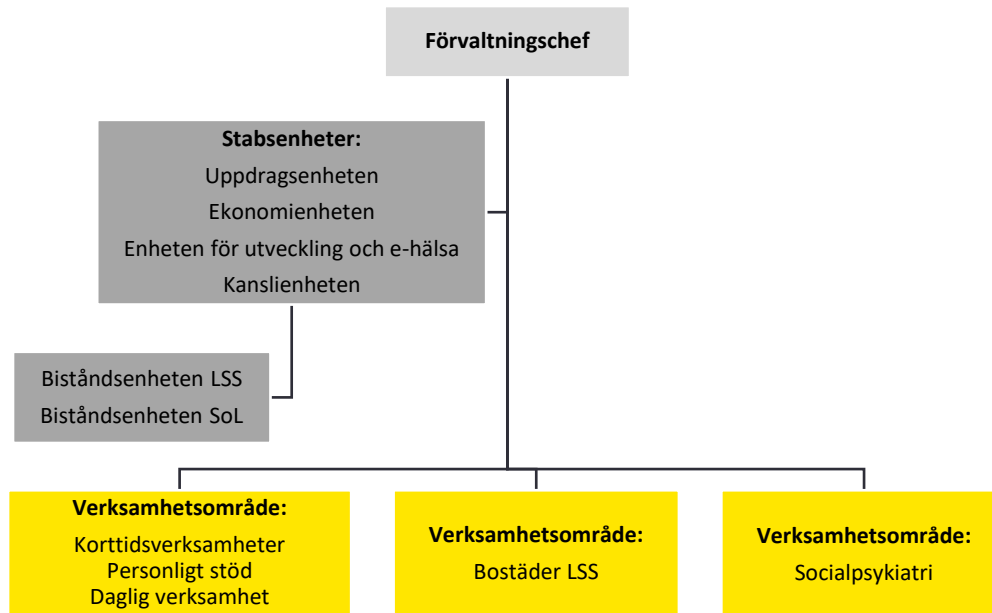
- ▶ Insatser enligt socialtjänsten inom äldreomsorgen och rörande fysiskt, psykiskt och intellektuellt funktionshindrade
- ▶ Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- ▶ Hälso- och sjukvården reglerat i lag samt i avtal med Västra Götalandsregionen

Nämnden har det yttersta och övergripande ledningsansvaret och fattar beslut enligt SoL, Socialtjänstförordningen (2001:937) och LSS. Vård- och omsorgsförvaltningen utreder och verkställer beslut på vård- och omsorgsnämndens uppdrag. Förvaltningens verksamheter inom funktionsstöd/LSS består av tre verksamhetsområden med ansvar enligt tabell 1 nedan.

Verksamhetsområde	Ansvar
Korttidsverksamheter, personligt stöd och dagligverksamhet	Personlig assistans, ledsagning, avlösarservice, korttidsvistelse, familjehem, korttidstillsyn, kontaktpersoner, daglig verksamhet och sysselsättning
Bostäder LSS	Gruppboendestäder och serviceboendestäder
Socialpsykiatri	Gruppboendestäder, serviceboendestäder, boendestöd, daglig verksamhet och sysselsättning

Tabell 1. Förvaltningens verksamhetsområden inom funktionsstöd/LSS

Respektive verksamhetsområde drivs av en verksamhetschef. Under verksamhetschefen finns enheter ledda av enhetschefer. Figur 1 nedan beskriver de verksamheter och funktioner i förvaltningen som berör LSS-verksamheten.



Figur 1. EY:s tolkning av övergripande organisation för vård- och omsorgsnämndens ansvarsområden avseende LSS

3. Har nämnden vidtagit ändamålsenliga åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnades i 2017 års granskning av tillgänglighet avseende boendeplatser?

3.1. Resultat och slutsatser från revisionens granskning 2017

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Mölndals stad genomförde EY 2017 en granskning av tillgänglighet avseende boendeplatser. Granskningens syftade till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt arbete med tillgänglighet avseende särskilda boendeplatser inom funktionshinderområdet.

Granskningen visade att staden hade fått betala tre viten under slutet på 2016 och början på 2017 för beslut om boende som inte verkställts inom skälig tid. Bristen på boendeplatser inom funktionshinder hade medfört att nämnden i allt större omfattning än tidigare köpte platser. Granskningen visade även att nya boendeplatser inte tillkommit i takt med det behov som nämnden sammanställt i sin årliga boendeplan. Nämnden hade inte aktivt följt upp kommunstyrelsens åtgärder, som ansvarar för lokalresursplanen, utifrån de behov nämnden kommunicerat i sin boendeplan eller aktivt påvisat de konsekvenser som avsaknaden av platser leder till.

Granskningens sammanfattande slutsats var att vård- och omsorgsnämnden inte fullt ut säkerställt ett ändamålsenligt arbete med tillgänglighet avseende boendeplatser inom funktionshinder. Vård- och omsorgsnämnden rekommenderas att:

- ▶ *Skyndsamt vidta åtgärder för att säkerställa att beslut om boende kan verkställas.*
- ▶ *Aktivt följa hur stadens arbete med boendeplanering framskrider utifrån nämndens kommunicerade behov.*
- ▶ *Synliggöra konsekvenser av att det saknas tillgängliga boendeplatser inom funktionshinder.*

3.2. Uppföljning av vidtagna åtgärder per rekommendation

Nedan redogörs en sammanfattning av de skriftliga svar som förvaltningen inkommit med avseende de åtgärder nämnden vidtagit utifrån rekommendationerna.

Ej åtgärdad

Rekommendation 1: Skyndsamt vidta åtgärder för att säkerställa att beslut om boende kan verkställas.

Av skriftliga svar från förvaltningen framkommer att nämnden fortsatt har arbetat med prognoser och behovsanalyser för boendeplatser. Nämnden har i årliga boendeplaner kartlagt och prognostiserat behovet av nya bostäder med särskild service.

År 2018 beställde nämnden tre gruppboendestäder och en serviceboendestad, totalt 28 lägenheter, för perioden 2018-2020 av kommunstyrelsen. Under 2019 beställde nämnden fem gruppboendestäder

med totalt 30 lägenheter för perioden 2019-2021, vilken ersatte beställningen från 2018. År 2019 beställde nämnden ytterligare två gruppbestäder från och med år 2022 samt en renovering av Ekspinnaregatans gruppbestad med sex platser. År 2020 beställde nämnden 14 grupp- och servicebestäder, totalt 94 lägenheter, för perioden 2021-2026. I tabell 2 nedan beskrivs antal boendeplatser i egen regi samt köpta platser från 2019 till augusti 2021.

År	2019	2020	2021
Egen regi, antal gruppbestäder	20	22	22
Egen regi, antal lägenheter i gruppbestäder	122	134	134
Egen regi antal servicebestäder	12	12	12
Egen regi antal lägenheter i servicebestäder	104	104	104
Totalt egen regi, antal lägenheter	266	238	238
Totalt köpa årsplatser	40	36	27

Tabell 2, Antal boenden och antal platser i egen regi och köpta platser under 2019-aug 2021

I nämndens boendeplan 2021 framkommer att det i början av 2021 fanns det 28 personer i kö till bostad med särskild service. För att kunna verkställa beslut om bostad med särskild service inom tre månader bör kön i form av icke verkställda beslut inte överstiga tre personer. Varje år förväntas 20-25 ansökningar beviljas och 12 lägenheter blir lediga, vilket ger ett nettobehov på 11 platser per år. I tabell 2 nedan beskrivs nämndens kommande behov av lägenheter utifrån förutsättningen att kön som mest ska uppgå till tre personer.

År	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Personer i kö	28	3	3	3	3	3	3
Nettotillskott av lägenheter	11	11	11	11	11	11	11
Behov av nya lägenheter per år	36	11	11	11	11	11	11
Ackumulerat behov av nya lägenheter	36	47	58	69	80	91	102

Tabell 3: Prognosticerad efterfrågan på bostäder med särskild service. Källa: Nämndens boendeplan 2021

Utöver de boendeplaner och beställning på boenden som nämnden årligen lämnar till kommunstyrelsen har vård- och omsorgsförvaltningen möten med fastighetsavdelningen inom stadsbyggnadsförvaltningen, så kallade volym-möten. Under treårsperioden 2018-2021 har det genomförts sex volym-möten där förvaltningen redogör för nämndens behov av bostäder. Nämnden kommunicerar även behovet av nya bostäder med särskild service i nämndens budgetskrivelser som årligen lämnas till kommunstyrelsen.

Nämnden har inte vidtagit ytterligare åtgärder för att säkerställa att beslut om boenden kan verkställas. Av skriftliga svar från förvaltningen framkommer att flertalet beslut under 2019, 2020 och 2021 inte kunnat verkställas inom tre månader. Antal ej verkställda beslut 2019 - maj 2021 framgår i tabell 3 nedan.

Ej verkställda beslut inom tre månader	2019	2020	2021(jan-maj)
LSS Vuxen	14	15	3
LSS Barn	1	4	-
SoL Vuxen	6	3	-
Totalt	21	22	3

Tabell 4. Ej verkställda beslut inom tre månader.

Ej åtgärdad

Rekommendation 2: Aktivt följa hur stadens arbete med boendeplanering framskrider utifrån nämndens kommunicerade behov.

I Mölndals stad ansvarar kommunstyrelsen för stadens lokalförsörjning enligt kommunstyrelsens reglemente. Flera delar av kommunstyrelsens förvaltning är involverade i arbetet:

- ▶ **Kommunledningen** har det övergripande ansvaret för att styra och samordna kommunens försörjning och användning av fastigheter och lokaler.
- ▶ **Stadsbyggnadsförvaltningen** är formell fastighetsägare för staden. I uppdraget ingår att planera staden och hantera stadens mark- och exploateringsverksamhet.
- ▶ **Lokalförsörjningsavdelningen** förvaltar stadens fastigheter och upplåter lokaler åt stadens verksamheter.

Som redovisats i tidigare stycke har nämndens åtgärder över tid inte varit tillräckliga för att verkställa beslut inom skälig tid eller för att undvika viten. Av skriftliga svar från förvaltningen framgår att nämnden inte följer upp kommunstyrelsens åtgärder samt hur stadens arbete med boendeplanering fortlöper utifrån nämndens kommunicerade behov. Utifrån protokoll kan inte utläsas att nämnden aktivt följt upp kommunstyrelsens åtgärder utifrån de behov nämnden har kommunicerat i sin boendeplan eller budgetskrivning. Nämnden följer dock upp sina egna beställningar till kommunstyrelsen inom ramen för den årliga boendeplanen och budgetskrivelsen.

Åtgärdad

Rekommendation 3: Synliggöra konsekvenser av att det saknas tillgängliga boendeplatser inom funktionsstöd.

Av skriftliga svar från förvaltningen framgår att konsekvenserna av att det saknas tillgängliga boendeplatser inom funktionsstöd tydligt framgår i nämndens särskilda budgetskrivelser. I nämndens särskilda budgetskrivelse 2020-2022 framgår att det fortfarande är brist på gruppboendestäder och serviceboendestäder. Bristen beror främst på att nya bostäder inte har producerats i den takt som behövs under tidigare år. Konsekvenserna av för få bostäder är att nämnden måste köpa platser externt eller att brukare får stå i kö i väntan på plats. Det framgår av budgetskrivelsen att om beslut om boende inte blir verkställda inom skälig tid riskerar nämnden att få betala vite till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Nämnden har under 2017-2019 fått betala 2,2 mnkr i vite till IVO för icke verkställda beslut. Kostnaderna för köpta platser inom bostad med särskild service och korttidsplatser har ökat med närmare 40

mnkr på 5 år. Det framgår inte av budgetskrivelsen hur mycket större kostnaden är för att köpa boendeplatser jämfört med att driva egna boenden.

3.3. Bedömning

Vår bedömning är att nämnden för vård och omsorg delvis har beaktat revisionens tidigare rekommendationer. Vår bedömning grundar sig på att nämnden inte vidtagit ytterligare åtgärder för att säkerställa att beslut om boenden kan verkställas. Det framgår även att nämnden mellan åren 2019 - 2021 (jan-maj) inte kunnat verkställa 46 beslut inom tre månader. Utöver den årliga boendeplanen och budgetskrivelsen visar granskningen att nämnden inte mer aktivt eller på annat sätt följer hur stadens arbete med boendeplanering framskrider utifrån nämndens kommunicerade behov. Däremot har nämnden i sin särskilda budgetskrivning redogjort för risken att fortsatt bli skyldiga att betala viten från IVO för icke verkställda beslut. Kostnaden för boendeplatser har ökat. Vi noterar även att nämnden inte redovisat framtida prognostiserade ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser av att boenden inte byggs utifrån nämndens behov.

Frågan avseende processen med upprättandet av boenden med särskild service ligger inte helt inom nämndens mandat att påverka. Det kan därmed finnas skäl att vidare granska hur kommunstyrelsen arbetar med frågan.

Utifrån uppföljningen kvarstår följande rekommendationer som lämnades i 2017 års granskning:

- ▶ Aktivt följa hur stadens arbete med boendeplanering framskrider utifrån nämndens kommunicerade behov.
- ▶ Skyndsamt vidta åtgärder för att säkerställa att beslut om boende kan verkställas.

4. Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av LSS-utförarverksamheten?

4.1. Nämndens mål är kända i verksamheten

Under hösten 2018 inleddes arbetet med att förändra sättet att leda och styra staden. Mölndal har tidigare haft en traditionell målstyrning, men arbetar nu med att utveckla ett tillitsbaserat sätt att styra. Fokus ska ligga på kärnverksamheten där brukarna, medborgarnas och medarbetarnas behov står i fokus.

Enligt Mölndals stads styrprinciper ska samtliga nämnder upprätta verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser. Planen är en styrande överenskommelse mellan nämnd och förvaltning. Syftet är att visa nämndens övergripande prioriteringar och inriktning för förvaltningen med fokus på förändring och utveckling inom kärnverksamheten. De mål som nämnden antar ska bidra till kommunfullmäktiges övergripande mål om att främja och stödja självständigt, gott och aktivt liv för alla åldrar. I nämndens verksamhetsplan 2021-2023 framgår nämndens fyra mål för perioden, varav två av målen berör LSS-verksamheten. Till nämndens mål finns indikatorer med målvärde samt aktivitet vilket illustreras i tabell 4 nedan.

Nämndens mål: Minskad social isolering och främja en meningsfull vardag		
Indikator	Målvärde 2021	Aktivitet
Andel deltagare i träning som upplever förbättrad hälsa	50 procent av deltagarna ska uppleva bättre hälsa efter 10 veckor	Gratis träning
Antal nya användare av digital teknik	100 nya användare	Digitala mötesplatser
Andel utbildningsdeltagare som använder sig av digital teknik	75 procent använder sig av digital teknik	Utbilda i digital teknik
Antal deltagare i förebyggande-enhetens verksamhet per vecka	900	Utveckla befintliga mötesplatser, fler aktiviteter, ta fram äldreguide, samarbete med kultur- och fritidsförvaltningen och social- och arbetsmarknadsförvaltningen
Antal deltagare per anordnad aktivitet inom funktionsstöds olika projekt för att minska social isolering		Utveckla mötesplatser för barn och vuxna med funktionsvariation genom idéburet offentligt partnerskap med Passalen
Nämndens mål: Daglig verksamhet och daglig sysselsättning ska aktivt arbeta för att fler personer går vidare till praktik, studier eller arbete utanför verksamheten		
Indikator	Målvärde 2021	Aktivitet
Andel personer inom daglig sysselsättning som gått vidare till praktik, studier eller anställning	Praktik: (Målvärde saknas) Studier: 4 procent Anställning: 10 procent	Öka samarbetet med externa aktörer
Antal personer inom daglig verksamhet som arbetat i utflyttad verksamhet	10	Fler personer i arbetsplatsförlagd daglig verksamhet. Förändra innehållet i daglig verksamhet för att förbereda för förflyttning

Tabell 5. Nämndens mål kopplade till funktionsstöd/LSS. Källa: Nämndens verksamhetsplan 2021

Av intervju framkommer att målstyrningen är en del av tillitsbaserad styrning som tillämpas av nämnden. Målen tas fram nedifrån och upp i organisationen. Respektive enhet tar utifrån sina behov fram mål med indikatorer utifrån fyra områden; ekonomi, kvalitet, miljö och personal. Varje enhetschef ansvarar för att enheten tar fram minst ett mål för respektive område. Enheten ska även ta fram indikatorer på hur målet ska mätas samt tillhörande aktiviteter. Utifrån dessa mål tar respektive verksamhetschef fram områdesmål som i sin tur leder till förvaltningsmål. Utifrån dessa mål tar nämnden fram sina mål i verksamhetsplanen.

I granskningen framkommer en samstämmig bild hos samtliga intervjuade kring att även baspersonalen i regel har förståelse för målen¹ och att de upplevs som tydliga. Enhetscheferna ansvarar för att förankra målen hos sin personal utifrån sin egen metod. Varje månad görs en avstämning mellan respektive chefsnivå för att stämma av arbetet med målen. I dessa avstämningar sker ett formaliserat arbete för att säkerställa att enhetscheferna har nödvändiga verktyg för att förankra målen. Syftet är även att uppfölja upp hur enhetschefer har förankrat mål eller resultat.

4.2. Nämnden har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Alla verksamheter inom förvaltningen ska verka för en god kvalitet i de tjänster som utförs för brukarna i Mölndals stad. Utgångspunkten för kvalitetsarbetet är bland annat Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Under 2020 beslutade vård- och omsorgsnämnden om en ny kvalitetsinriktning. Det fanns ett behov av att uppdatera kvalitetsinriktningen utifrån lag, föreskrifter och faktiska förhållanden i förvaltningen. Fokus för uppdateringen var ”koll utan kontroll” genom en tillitsbaserad styrning och ledning av det systematiska kvalitetsarbetet. I kvalitetsinriktningen beskrivs hur kvalitetsarbetet bedrivs, verksamhetsstyrning och ansvarsfördelning. Kvalitetsinriktningen innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten samt av vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras.

Förvaltningen har ett IT-system där samtliga riktlinjer och rutiner är samlade och tillgängliga för all personal. Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att årligen se över och revidera riktlinjerna tillsammans med utvecklingschef och IT-chef. Förvaltningens chefer får information via e-post när uppdateringar av riktlinjer har gjorts. Av intervju uppges att många riktlinjer och rutiner inom verksamheten är tydliga och uppdaterade. Det uppges däremot att det finns ett utvecklingsarbete kring att säkerställa att *samtliga* riktlinjer och rutiner är uppdaterade. Av intervju framgår att det är otydligt vem som ansvarar för att uppdatera rutiner och att det saknas ett tydligt systematiskt arbete för att säkerställa att rutiner är aktuella.

Under intervjuer med enhetschefer framkommer att medarbetares tillgång till verksamhetens riktlinjer och rutiner varierar. För medarbetare som arbetar hemma hos brukare eller utomhus krävs att riktlinjer och rutiner tas med i pärmar. Timanställd personal och vikarier saknar digital tillgång till riktlinjer och rutiner då de inte har licens för Mölndals intranät. Av intervju framkommer även att antalet datorer inte är tillräckliga för att samtliga medarbetare ska kunna ha tillgång till intranätet och sin mail inför ett arbetspass. Enligt uppgift ska samtlig personal

¹ Med baspersonal avses personal som arbetar brukarnära.

bör ha tillgång till det IT-system som ledningssystemet för kvalitet finns i genom en tillhörande app i tjänstemobilen. Syftet med appen är att möjliggöra för baspersonalen att komma åt styrdokument hemma hos brukaren. Timanställd personal och vikarier bör också tillgång till styrdokument via systemet eller appen genom grupploginningar. Det framkommer att okunskap om tillgången till riktlinjer och rutiner i systemet/appen kan bero på bristande kommunikation av appens förekomst och tillgänglighet.

4.3. Bedömning

Vår bedömning är att nämnden i huvudsak har säkerställt en ändamålsenlig styrning av LSS-utförarverksamhet. I kommunallagen framgår att nämnderna ska tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Enligt Mölndals stads styrprinciper ska samtliga nämnder upprätta verksamhetsplaner med specifika mål och indikatorer. I enlighet med styrprinciperna ska förvaltningen därefter ta fram handlingsplaner och aktiviteter.

Granskningen visar att vård- och omsorgsnämndens styrning följer stadens styrprinciper. I verksamhetsplanen framgår nämndens mål samt med tillhörande indikatorer och aktiviteter. Av granskningen framkommer att målstyrningsstyrkedjan är tydlig och når hela vägen till baspersonalen. Vi noterar dock att det är en brist att timanställda och vikarier i viss utsträckning uppges använda pärmar med utskrivna riktlinjer och dokument.

I Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 anges att vårdgivaren eller den som bedriver insatsers enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden har fastställt ett kvalitetsledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Förvaltningens kvalitetsarbete är beskrivet i nämndens kvalitetsinriktning. Det saknas dock ett systematiskt arbetssätt och tydlig ansvarsfördelning för att hålla dessa uppdaterade. Därtill saknar flera medarbetare tillgång till de IT-system där riktlinjer och rutiner finns, vilket medför en pappershantering av dessa. Det är vår bedömning att det saknas en tydlig roll- och ansvarsfördelning i frågan. Enligt vår bedömning är det ett utvecklingsområde att tydliggöra detta arbete och tillse en systematiskt struktur för arbetet med att uppdatera verksamhetens riktlinjer och rutiner. Detta för att stärka kvaliteten i verksamheten och minska personberoende.

5. Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll avseende LSS-utförarverksamhet?

5.1. Det finns en struktur för uppföljning och kontroll av kvalitet

I enlighet med stadens styrprinciper följer nämnden upp verksamhetsplanen två gånger per år, i *halvårsuppföljning per augusti* och i *verksamhetsberättelse per helår*. Nämndens ledningssystem för kvalitet följs upp genom en *kvalitetsberättelse* som redovisar utvecklingen av kvalitetsarbetet.

5.1.1. Egenkontroller

Uppföljning i form av *egenkontroll* genomförs en gång per år. Syftet är att utveckla och förbättra verksamhet och insatser till brukarna. Egenkontrollen genomförs i form av en självskattningsenkät. Enkäten togs fram av staben för 2020, men ingen verksamhetsuppföljning genomfördes från staben utan verksamheten förväntades själva göra denna.

I nämndens kvalitetsberättelse 2020 framgår att egenkontrollen av följsamheten till ledningssystemet för kvalitet har genomförts som tidigare år men i digitaliserad form. På grund av en ny styrmodell har ingen förvaltningsövergripande analys av egenkontroll och gjorts för år 2020. Nämnden har inte tagit del av ett samlat resultat av egenkontrollen för 2020.

Uppföljning ev egenkontroller för 2021 kommer enligt uppgift att ske genom brukarsäkerhetsuppföljning och patientsäkerhetsuppföljning.

5.1.2. Avvikelser

Utifrån förvaltningens riktlinje kring avvikelser ska medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och socialt ansvarig samordnare (SAS) två gånger per år sammanställa verksamheternas samtliga avvikelser, analyser och genomförda förbättringsarbete. För halvåret sker rapportering till nämnd i en *avvikelsesammanställning* och för helåret i *verksamhetsberättelse* och *patientssäkerhetsberättelse*. Ett förbättringsområde som nämns i intervjuer är registrering av avvikelser. Det framkommer att personalen ibland registrerar avvikelser felaktigt eller inte alls, då personalen fokuserar på att åtgärda problemen.

Förvaltningen har rutiner för hantering av *avvikelser*. Enligt nämndens kvalitetsinriktning ska dessa användas för att utveckla verksamheten. En sammanställning av synpunktshanteringen och avvikelshanteringen lämnas till nämnd i halvårsrapport och verksamhetsberättelse. I kvalitetsberättelsen 2020 framgår att mer än hälften av alla rapporterade avvikelser finns inom kategorin fall. Den näst vanligaste är läkemedel och därefter brist i eller utebliven insats, brist i handläggning och dokumentation, bemötande och information/kommunikation/samverkan. Orsaken till avvikelserna uppges framförallt vara tid- och personalbrist. Av intervjuer framgår uppföljningen och avvikelshanteringen inte leder till utveckling av verksamheten utan riskerar att fastna på en enskild enhet.

Nämnden tar även löpande del av samtliga rapporter enligt Lex Sarah och rapporter om vårdskada eller risk för vårdskada. Rapporterna till nämnden innehåller en övergripande beskrivning av de rapporterade händelserna. Mer ingående information samt anmälningar

enligt Lex Sarah och Lex Maria delges nämndens arbetsutskott. I kvalitetsberättelsen 2020 framkommer att de avvikelser som är rapporterade enligt Lex Sarah handlar merparten om bemötande och utebliven insats. Bakomliggande orsaker till rapportering om missförhållanden har främst varit avsaknad av rutiner eller följsamhet till upprättade rutiner, brister vid muntlig och skriftlig informationsöverföring samt bemötande och dokumentation. Andra orsaker har varit brister i det systematiska förbättringsarbetet då avvikelser inte rapporterats trots personals kännedom om olika händelser. Det framgår även att det saknas kunskap i verksamheterna om hur medarbetarna ska rapportera avvikelser. Detta har förvaltningen åtgärdat genom:

- ▶ Genomgång av befintliga rutiner och riktlinjer
- ▶ Upprättande av nya rutiner och riktlinjer
- ▶ Översyn av schema, genomförandeplaner och andra planeringssystem
- ▶ Gemensamma processer med HR för att åtgärda personalproblematik på individ- och gruppnivå

5.1.3. Brukarundersökningar

Mölnåls stad deltar sedan 2018 i brukarundersökningen för funktionshinder som SKR samordnar. Av nämndens kvalitetsberättelse 2020 framgår att nämnden inte genomförde undersökningen. Förvaltningschefen beslutade att brukarundersökningarna inte skulle genomföras på grund av covid-19 pandemin. Då brukarundersökningen bygger på att oberoende frågeassistenter besöker brukare i deras hem eller daglig verksamhet såg förvaltningen en risk för ökad smittspridning. Det bedömdes också vara svårt för brukarna att kunna svara på brukarundersökningens frågor under rådande situation med stängd daglig verksamhet.

5.1.4. Synpunkter och klagomål

Av kvalitetsberättelsen 2020 framgår att statistik och analys av synpunkter och klagomål för 2020 har varit svårt att få fram på grund av byte av synpunkts- och klagomålssystem i september. Det finns ingen vidare uppföljning eller sammanställning av de synpunkter och klagomål som inkommit till förvaltningen.

5.2. Nämnden uppföljning för år 2020 avviker från tidigare år

Nämnden har i mars 2021 tagit del av en kvalitetsberättelse för 2020. I kvalitetsberättelsen redogörs för förvaltningens arbete med kontroll och uppföljning avseende kvalitet inom LSS-utförarverksamhet. Av berättelsen framkommer att det saknas ett sammanställt resultat för egenkontrollerna med analys över resultatet. Även brukarundersökningarna för 2020 uteblev på grund av Covid-19-pandemin. Brukares synpunkter och klagomål har inte kunnat sammanställas och analyserat på grund av byte av system. Det framkommer även att det finns brister avseende avvikelserapportering. Förvaltningen har redovisat åtgärder för att säkerställa att medarbetare ska få kunskap om hur avvikelserapportering ska ske. Nämnden har inte följt upp förvaltningens arbete med frågan. Nämnden har inte efterfrågat ytterligare uppföljning eller kontroll av funktionsstödsverksamheterna.

Under hösten 2020 stängdes en av nämndens korttidsverksamheter. Bakgrunden var uppmärksammade brister om att brukare kränkts, brister i rutiner och social dokumentation

samt i den interna kommunikationen. Presidiet och nämnden informerades om händelsen. Förvaltningen utredde händelsen enligt lex Sarah, vilken nämnden tog del av.

För 2021 planeras första uppföljning göras per augusti. Vid granskningens genomförande finns därmed inte möjlighet att granska nämndens uppföljning för 2021.

5.3. Bedömning

Vår bedömning är att nämnden i huvudsak säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll.

Kommunallagen anger att nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Av 6 § LSS framgår att verksamheten ska vara av god kvalitet. Kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Av granskningen framkommer att det finns dokumenterade former för uppföljning, analys och prognos av nämndens verksamhet. Uppföljningen sker i enlighet med stadens styrprinciper i halvårsuppföljning och i verksamhetsberättelse. Därutöver sker uppföljning i form av egenkontroll, verksamhetsuppföljning, avvikelseranalyser, kvalitetsberättelse, patient-säkerhetsberättelse samt brukarundersökningar. Nämnden har till stor del säkerställt en tillräcklig dokumenterat stöd för uppföljning av funktionsstödsverksamhetens kvalitet kopplat till mål, och uppdrag. Vi bedömer även att nämndens struktur för verksamhetsuppföljning, egenkontroll och avvikelshantering är tillräcklig.

Vi noterar dock att nämndens kvalitetsberättelse i flera fall saknar underlag för uppföljning av egenkontroll, brukarundersökning samt sammanställning av synpunkter och klagomål i verksamheten. Vi ser det som en risk att nämnden inte kompenserat för den uppföljning uteblivit under 2020. Utifrån vad som har framkommit i granskningen noterar vi att det finns förbättringsområden avseende den samlade uppföljningen och analysen av de kontroller som genomförs för att säkerställa att den verksamhetsuppföljning, egenkontroll och avvikelshantering genomförs på ett sådant sätt att det leder till utveckling av verksamheterna.

6. Samlad bedömning

6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
<p>Har nämnden vidtagit ändamålsenliga åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnades i 2017 års granskning av tillgänglighet avseende boendeplatser?</p>	<p>Delvis. Uppföljningen visar att nämnden inte har vidtagit ytterligare åtgärder för att säkerställa att beslut om boenden kan verkställas. Nämnden följer inte aktivt upp hur stadens arbete med boendeplanering framskrider utifrån nämndens kommunicerade behov. Nämnden har i sin särskilda budgetskrivning redogjort för risken att fortsatt bli skyldiga att betala viten från IVO för icke verkställda beslut.</p>
<p>Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av LSS-utförarverksamheten?</p>	<p>Ja, i huvudsak. Granskningen visar att vård- och omsorgsnämndens styrning följer stadens styrprinciper. I verksamhetsplanen framgår nämndens mål. Av granskningen framkommer att målstyrningsstyrkedjan är tydlig och når hela vägen till baspersonalen.</p> <p>Vi noterar dock att det är en brist att timanställda och vikarier använder pärmar med utskrivna riktlinjer och dokument. Vi bedömer även att det saknas ett systematiskt arbetssätt samt en tydlig roll och ansvarsfördelning för arbetet med att säkerställa att riktlinjer och rutiner är uppdaterade och aktuella.</p>
<p>Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll avseende LSS-utförarverksamhet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finns en strukturerad uppföljning och kontroll av kvalitet? • Har nämnden vidtagit åtgärder utifrån uppföljning och kontroll? 	<p>Ja, i huvudsak. Granskningen visar att det finns dokumenterade former för uppföljning, analys och prognos av nämndens verksamhet. Uppföljningen sker i enlighet med stadens styrprinciper i halvårsuppföljning och i verksamhetsberättelse. Därutöver sker uppföljning i form av egenkontroll, verksamhetsuppföljning, avvikellesammanställning, kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse samt brukarundersökningar.</p> <p>Vi noterar dock att nämndens kvalitetsberättelse 2020 i flera fall saknar underlag för uppföljning av kvalitén i verksamheten. Vi ser det som en risk att nämnden inte kompenserat för den uppföljning som uteblivit under 2020.</p>

6.2. Slutsatser

Granskningens har syftat till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning avseende utförarverksamhet som bedrivs enligt LSS. Därtill har granskningen syftat till att följa upp vilka åtgärder som vård- och omsorgsnämnden vidtagit utifrån de rekommendationer avseende tillgänglighet avseende boendeplatser inom funktionshinderområdet som lämnades i granskningsrapporten 2017.

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår samlade bedömning att vård- och omsorgsnämnden i huvudsak säkerställt en tillräcklig styrning och uppföljning avseende utförarverksamhet som bedrivs enligt LSS.

Granskningen visar att vård- och omsorgsnämndens styrning följer stadens styrprinciper. Målstyrningsstyrkedjan är tydlig och når hela vägen till baspersonalen. Vi noterar dock att det är en brist att timanställda och vikarier i viss utsträckning uppges använda prämar med utskrivna riktlinjer och dokument. Vi bedömer även att det saknas ett tydligt systematiskt arbetssätt samt en tydlig roll och ansvarsfördelning för arbetet med att säkerställa att riktlinjer och rutiner är uppdaterade och aktuella.

Uppföljning av verksamheten sker i enlighet med stadens styrprinciper i halvårsuppföljning och i verksamhetsberättelse. Därutöver sker uppföljning i form av egenkontroll, verksamhetsuppföljning, avvikellesammanställning, kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse samt brukarundersökningar. Nämndens kvalitetsberättelse för 2020 saknar i flera fall underlag för uppföljning av kvalitén i verksamheten. Vi ser det som en risk att nämnden inte kompenserat för den uppföljning som uteblivit under 2020.

Vår samlade bedömning är att vård- och omsorgsnämnden delvis vidtagit åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnades i granskningsrapporten 2017. Vår bedömning grundar sig på att nämnden inte vidtagit ytterligare åtgärder för att säkerställa att beslut om boenden kan verkställas. Utöver den årliga boendeplanen följer nämnden inte aktivt hur stadens arbete med boendeplanering framskrider utifrån nämndens kommunicerade behov. Däremot har nämnden i sin särskilda budgetskrivning redogjort för risken att fortsatt bli skyldiga att betala viten från IVO för icke verkställda beslut. Därtill framgår att kostnaden för boendeplatser ökat. Vi noterar även att nämnden inte redovisat framtida prognostiserade ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser av boenden inte byggs utifrån nämndens behov.

Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Tillse en systematiskt arbetssätt och tydlig ansvarsfördelning avseende arbetet med att säkerställa att rutiner och riktlinjer är uppdaterade och aktuella.
- ▶ Tillse att verksamhetsuppföljning, egenkontroll och avvikelshantering genomförs på ett sådant sätt att det leder till utveckling av verksamheten.
- ▶ Säkerställa att avvikelshantering görs enligt riktlinjer och rutiner.
- ▶ Säkerställa att all personal har tillgång till uppdaterade riktlinjer och rutiner samt kunskap om var dessa finns.

Utifrån uppföljningen kvarstår följande rekommendationer som lämnades i 2017 års granskning:

- ▶ Aktivt följa hur stadens arbete med boendeplanering framskrider utifrån nämndens kommunicerade behov.
- ▶ Skyndsamt vidta åtgärder för att säkerställa att beslut om boende kan verkställas.

Göteborg den 24 augusti 2021



Elin Forså
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB



Karin Knutsson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB



Maria Carlsrud Felander
Verksamhetsrevisor
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Kvalitetssäkrare
Ernst & Young AB

Bilaga 1. Bakgrund

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 få påverka vilket stöd och vilken service de får. Av LSS 6 § framgår bland annat att verksamheten skall vara av god kvalitet samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras.

I Mölndals Stad är det vård- och omsorgsnämnden som ansvarar för uppgifter inom LSS. Av nämndens verksamhetsplan 2021 framkommer utmaningar avseende brist på boende med särskild stöd, vilket gjort att kostnader för köpta platser ökar. Det framkommer även att behovet av boendestöd ökar och det är fler personer med komplexa behov som söker stöd. Vidare framgår det att behovet av daglig verksamhet har ökat och bedöms fortsätta att öka.

Under höst 2020 stängdes ett av stadens korttidshem på grund av misstanke om brister i verksamheten. Den utredning som gjordes enligt lex Sarah visade att det fanns stora brister i verksamheten, på olika nivåer, som funnits under en längre tid. Brukare som kränks, brister i rutiner och social dokumentation samt i den interna kommunikationen, är några av de orsaker som låg till grund för bedömningen "allvarligt missförhållande". HR-avdelningen genomförde en utredning som visade ett antal utvecklingsområden på olika nivåer i verksamheten, bland annat när det gäller bemötande, kommunikation och introduktion.

På uppdrag av kommunrevisionen genomförde EY år 2017 en granskning av tillgänglighet avseende boendeplatser. Syftet med granskningen var att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt arbete med tillgänglighet avseende särskilda boendeplatser inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (SoL) och boendeplatser inom funktionshinderområdet enligt LSS. Granskningen visade att staden hade fått betala tre viten under slutet på 2016 och början på 2017 för beslut om boende som inte verkställdes inom skälig tid. Bristen på boendeplatser inom funktionshinder hade medfört att nämnden i allt större omfattning köpte platser. Granskningen visade vidare att nya boendeplatser inte tillkommit i enlighet med behov som nämnden sammanställt i sin årliga boendeplan. Nämnden hade inte aktivt följt upp kommunstyrelsens åtgärder, som ansvarar för lokalresursplanen, utifrån de behov nämnden kommunicerat i sin boendeplan eller aktivt påvisat de konsekvenser som avsaknaden av platser leder till.

Utifrån granskningens resultat rekommenderades vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Skyndsamt vidta åtgärder för att säkerställa att beslut om boende kan verkställas.
- ▶ Aktivt följa hur stadens arbete med boendeplanering framskrider utifrån nämndens kommunicerade behov.
- ▶ Synliggöra konsekvenser av att det saknas tillgängliga boendeplatser inom äldreomsorg och funktionshinder.

Mot bakgrund av ovan och de risker revisorerna identifierat i samband med sin risk- och väsentlighetsanalys för 2021 har kommunens revisorer beslutat att genomföra en fördjupad granskning av nämndens styrning av verksamhet som bedrivs enligt LSS samt en uppföljande granskning av tillgänglighet avseende boendeplatser inom funktionshinderområdet. Ansvarsgrunder som är relevanta i denna granskning är bland annat bristande styrning, uppföljning och kontroll.

Bilaga 2. Revisionskriterier

Kommunallag (2017:725)

Enligt kommunallagen 3 § Kommuner och regioner ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. Lag (2019:835).

Enligt kommunallagen 6 kap. 6 § ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

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

I 5 kap. 2 § framgår att den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd ska egenkontrollen bland annat innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat samt granskning av journaler, akter och annan dokumentation.

Bilaga 3 Källförteckning

Genomförda intervjuer

2021-05-19

- ▶ Enhetschefer (inkl. kompletterande skriftliga svar från enhetschef)
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens presidium

2021-05-21

- ▶ SAS, verksamhetsutvecklare och utvecklingsledare
- ▶ Verksamhetschef för korttidsboende
- ▶ Verksamhetschef för socialpsykiatri
- ▶ T.f verksamhetschef för bostäder LSS
- ▶ Förvaltningschef

Skriftliga frågor avseende uppföljande granskning har besvarats av förvaltningen för vård- och omsorgsförvaltningen.

Skriftliga svar för intervjufrågor har inkommit från enhetschef för funktionsstöd.

Dokumentation

- ▶ Verksamhetsplan 2021-2023
- ▶ Internkontrollplan 2021
- ▶ Kvalitetsberättelse 2020
- ▶ Boendepplan 2021
- ▶ Särskild budgetskrivning 2020-2022
- ▶ Budgetförslag 2020-2022
- ▶ Anmälan enligt lex Sarah
- ▶ Boendepplan 2020-2026
- ▶ Brukarsäkerhetsplan
- ▶ Patientsäkerhetsplan 2021
- ▶ Utredning på Lejonlätts korttidsboende 2020
- ▶ Verksamhetsberättelse 2020
- ▶ Verksamhetsplan 2020
- ▶ Verksamhetsplan bostäder LSS 2021
- ▶ Verksamhetsplan korttidverksamheter 2021
- ▶ Verksamhetsplan socialpsykiatri 2021
- ▶ Genomförda egenkontroller från samtliga enheter 2020