

Styrning och uppföljning inom LSS-verksamheten (Funktionsstöd)

Karlstads kommun

Christer Marklund

Petra Ribba



Innehållsförteckning

Sammanfattning

1.	Inledning	3
1.1.	Bakgrund	3
1.2.	Syfte, revisionsfråga och kontrollmål	3
1.3.	Revisionskriterier	3
1.4.	Avgränsning och metod	3
2.	Iakttagelser och bedömningar	4
2.1.	Riktlinjer för kontroll och uppföljning	4
2.1.1.	Bedömning	7
2.2.	Systematisk uppföljning och utvärdering	7
2.2.1.	Bedömning	9
2.3.	Tillämpning av riktlinjer och rutiner	9
2.3.1.	Bedömning	11
2.4.	Vidtagna åtgärder	11
2.4.1.	Bedömning	12
3.	Bedömning och rekommendationer	13
3.1.	Revisionell bedömning	13
3.2.	Bedömning utifrån kontrollmål	13
3.3.	Rekommendationer	13
	Bilaga 1	15
	Bilaga 2	16

Sammanfattning

På uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer i Karlstads kommun har PwC genomfört en granskning av hur vård- och omsorgsnämnden styr och följer upp LSS-verksamheten. Granskningen tar utgångspunkt från kommunallagens revisionskapitel. Syftet med granskningen har varit att besvara följande revisionsfråga: säkerställer vård- och omsorgsnämnden att det finns en ändamålsenlig styrning och uppföljning av den LSS-verksamhet som bedrivs av kommunen samt av privata utförare.

Utifrån genomförd granskning är vår sammanfattande revisionella bedömning att vård- och omsorgsnämnden **i allt väsentligt** säkerställer att det finns en ändamålsenlig styrning och uppföljning av den LSS-verksamhet som bedrivs av kommunen samt av privata utförare.

Följande kontrollmål och bedömningar bildar underlag för den övergripande bedömningen av revisionsfrågan:

Nämnden har tillförlitliga riktlinjer för kontroll och uppföljning av LSS-verksamheten

Bedömningen är att kontrollmålet är uppfyllt. Vi bedömer att nämnden har tillförlitliga riktlinjer för kontroll och uppföljning av LSS-verksamheten. Nämnden har även genom avtalet med den privata utföraren och överenskommelsen med egenregin säkerställt att kommunen förses med de uppgifter som behövs för uppföljning och utvärdering av verksamheten.

Det finns rutiner för systematisk uppföljning/utvärdering av LSS-verksamheten

Bedömningen är att kontrollmålet är uppfyllt. Vi bedömer att det finns rutiner för systematisk uppföljning/utvärdering av LSS-verksamheten. Ett planerat tillsynsbesök vart tredje år innebär att tillsynsbesöken inte genomförs så ofta, men då det även sker andra uppföljningar bedömer vi att nämnden bör få en tillfredställande insyn.

Riktlinjer och rutiner tillämpas enligt fastställda beslut

Bedömningen är att kontrollmålet är uppfyllt. Vi bedömer att riktlinjer och rutiner tillämpas enligt fastställda beslut. Vi har genom våra intervjuer förstått att tillsynerna som genomförs är uppskattade ute i verksamheterna och anses vara ett värdefullt stöd.

Eventuella brister som upptäcks som en följd av kontroll och uppföljning åtgärdas

Bedömningen är att kontrollmålet är uppfyllt. Vi bedömer att eventuella brister som upptäcks som en följd av kontroll och uppföljning åtgärdas.

Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- Säkerställ att avtalsgruppens avtalsuppföljning genomförs enligt planering.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Kommunens revisorer har med hänsyn till risk och väsentlighet bedömt det angeläget att göra en granskning av hur vård- och omsorgsnämnden styr och följer upp LSS-verksamheten, den verksamhet som bedrivs av kommunen samt av privata utförare. Insatser till personer med funktionsnedsättning kan utföras såväl av kommunen som av privata utförare. Efter beslut om insatser är det kunden som ska göra ett aktivt val beträffande vem som ska utföra insatsen.

Enligt kommunallagen är det nämndens ansvar att följa upp och kontrollera att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt oavsett utförare. I de avtal som nämnden upprättat med externa aktörer för utförandet av insatser ska framgå på vilket sätt beställaren/nämnden kommer att följa upp och kontrollera verksamheten. Det ska även finnas rutiner för systematisk uppföljning och utvärdering.

1.2. Syfte, revisionsfråga och kontrollmål

Syftet med granskningen är att besvara följande revisionsfråga: säkerställer vård- och omsorgsnämnden att det finns en ändamålsenlig styrning och uppföljning av den LSS-verksamhet som bedrivs av kommunen samt av privata utförare.

Följande kontrollmål har varit styrande för granskningen:

- Nämnden har tillförlitliga riktlinjer för kontroll och uppföljning av LSS-verksamheten
- Det finns rutiner för systematisk uppföljning/utvärdering av LSS-verksamheten
- Riktlinjer och rutiner tillämpas enligt fastställda beslut
- Eventuella brister som upptäcks som en följd av kontroll och uppföljning åtgärdas

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier har använts i denna granskning:

- Kommunallagen (2017:725) 5 kap. 3 §, 6 kap. 6 §, 10 kap 8-9 §§
- Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS 6 §
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9
- Kommuninterna styrdokument relevanta för granskningen

1.4. Avgränsning och metod

Revisionsobjekt är vård- och omsorgsnämnden. I tid avgränsas granskningen i huvudsak till år 2019. Granskningen avgränsas i övrigt till att omfatta nämndens övergripande styrning och uppföljning inom området.

Granskningen har genomförts genom analys av dokumentation samt intervjuer med nyckelpersoner inom området. Intervjuer har genomförts med: verksamhetschef Funktionsstöd, biträdande verksamhetschef Funktionsstöd, enhetschef kontaktperson, avlösare mm. beställarchef biståndskontor, tillsynschef, Tillsynsenheten, två verksamhetschefer Frösunda entreprenad samt två enhetschefer gruppboende.

De intervjuade har givits möjlighet att sakgranska innehållet i rapporten.

2. Iakttagelser och bedömningar

Vård- och omsorgsnämnden beslutade i februari 2011¹ att ge förvaltningen i uppdrag att utreda förutsättningarna för att upphandla ett antal boenden med särskild service samt ett antal verksamheter inom daglig verksamhet. Syftet med initiativet var bland annat att skapa möjligheter till jämförelser med egenregin både vad gäller pris och kvalitet. Utredningen ledde fram till ett beslut i nämnden² om att ge förvaltningen i uppdrag att ta fram ett förfrågningsunderlag för att konkurrensutsätta delar av handikappomsorgen i Karlstad kommun genom en traditionell LOU-upphandling. I september 2011 beslutade nämnden³ att godkänna förfrågningsunderlaget med start oktober 2012.

Hösten 2012 blev fyra gruppboendestäder inom verksamheten funktionsstöd utlagda på entreprenad hos Frösunda LSS AB: gruppboendestäderna Västeräng, Berghaga, Andstigen och Snäppvägen. Avtalet löpte ut i februari 2019 och en ny upphandling genomfördes. *Avtal – Entreprenad Gruppboendestäder LSS*, tecknades med Frösunda Omsorg AB med avtalstid från mars 2019 till februari 2023 med möjlighet att förlänga avtalet maximalt 2 + 1 år.

Enligt LOV kan den kommunala verksamheten i egenregi inte teckna avtal med den upphandlande myndigheten, eftersom en upphandlande myndighet inte kan ingå avtal med sig själv. För att konkurrensneutralitet ska uppstå i systemet bör den egna regin ges liknande villkor som de privata utförarna. I april 2015 tecknades en *Överenskommelse mellan beställare och utförare inom vård- och omsorgsförvaltningen*.

2.1. Riktlinjer för kontroll och uppföljning

I juni 2019 beslutade vård- och omsorgsnämnden om ***Handlingsplan för avtalsuppföljning – uppföljning, kontroll och insyn***. Handlingsplanen omfattar de verksamheter som konkurrensutsatts genom LoU och LOV inom samtliga områden inom vård- och omsorgsförvaltningen och ersätter *riktlinjen för avtalsuppföljning av konkurrensutsatt verksamhet inom vård och omsorg – uppföljning, kontroll och insyn*, som tidigare tagits fram av ledningsteam på biståndskontoret och kommunicerats till nämnden.

Vi har tagit del av *handlingsplanen* vilken hanterar uppföljningsansvar och metod för uppföljning. Allmänna utgångspunkter till handlingsplanen är bland annat att förbättra uppföljning och kontroll av privata utförare. När en kommunal angelägenhet har lämnats över till en privat utförare ska verksamheten följas upp, det är både en rättighet och skyldighet. Kommunens rätt att följa upp verksamheten ska vara inskrivet i avtalet, det ska tydligt framgå hur samverkan och brister ska hanteras, uppföljning och kontroll ska vara strukturerad, systematisk och dokumenterad. Det ska säkerställas att utföraren biträder kommunen vid uppföljning och tillsyn av verksamheten, lämnar nödvändiga statistikuppgifter och rapporterar in nödvändiga uppgifter till kommunen, nationella register eller andra myndig-

¹ Vård- och omsorgsnämndens protokoll 2011-02-23 § 7

² Vård- och omsorgsnämndens protokoll 2011-08-31 § 11

³ Vård- och omsorgsnämndens protokoll 2011-09-21 § 9

heter. Genom avtal ska även regleras hur kommunens uppföljningar återrapporteras till utföraren och redovisas för allmänhetens insyn.

För att kontrollera och skapa förutsättningar för en bra uppföljning utifrån metoden för avtalsuppföljning har en avtalsgrupp inrättats. Gruppen ska träffas var 4:e månad med start i augusti 2019. I gruppen deltar beställarchef (sammankallande), tillsynschef, verksamhetscontrollers och upphandlingsledare. Enligt intervjuer är syftet att samla ihop intrycken löpande och samla fakta för att få en systematik i avtalsuppföljningarna.

Enligt handlingsplanen finns det flera metoder för att följa upp avtal med privata utförare samt överenskommelser med kommunala utförare:

Metoder för avtalsuppföljning		
	Innehåll	Frekvens
Typ		
Dialogträffar	Gemensamma träffar med utförare. Dialog och information.	1-2 gånger/år
Ekonomisk kontroll	Ekonomisk stabilitet, skatter och fakturor	Fakturor 1 gång/ månad, skatter och avgifter var 6:e månad, kreditupplysning i samband med avtalsuppföljning
Indikatorer och mätningar	Följs upp genom verksamhetssystem, enkäter eller rapportering.	1-4 gånger/år
Egenrapportering	Verksamhetsberättelse, verksamhetsplan, underlag för patientsäkerhetsberättelse	1 gång/år
Tillsyn/granskning	Tillsynsenheten genomför granskning av verksamhet utifrån ställda krav. Besök på plats, dokumentation m.m.	1 gång var tredje år eller enligt avtal.
Tillsyn på förekommen anledning	Föranmäld eller oanmäld granskning av verksamhet utifrån signal	Vid behov
Tematisk tillsyn	Särskilt fokusområde kopplat till politiskt mål	På uppdrag
Avtalsuppföljning	Enskilda möten. Avstämning av följsamhet till avtal och dialog kring aktuella frågor.	1 gång/år eller vid behov

Vi har tagit del av det avtal nämnden har tecknat med Frösunda Omsorg AB. I avtalet framgår följande kring uppföljning, avtalsuppföljning, avvikelser, synpunktshantering samt tillsyn:

- Kommunen arrangerar en gemensam dialog och informationsträff för samtliga utförare en gång per år eller oftare vid behov.
- Utföraren ska varje år senast 30 november lämna verksamhetsplan för kommande verksamhetsår samt verksamhetsberättelse för det gångna året senast 28 februari till kommunen.
- Utföraren ska varje år senast 10 januari lämna en beskrivning hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits utifrån SOSFS 2010:659 för det gångna året till kommunen.
- Utföraren ska delta i avtalsuppföljning under avtalsperioden, minst en gång per år.
- Utföraren ska omgående informera kommunen vid misstanke om och vid allvarliga händelser och missförhållanden i sin verksamhet (Lex Sarah och Lex Maria)
- Utföraren ska varje tre-månaders period skriftligen redovisa samtliga avvikelser och synpunkter inom verksamheten, inklusive åtgärdsplaner.
- Utföraren ska ha väl fungerande rutiner för synpunktshantering. Redovisning av synpunkter och avvikelser ska ingå i den årliga verksamhetsberättelsen för objektet.
- Kommunen äger rätt att kontrollera och följa upp verksamheten. Kommunen ska ha tillträde till de lokaler där verksamheten bedrivs samt få tillgång till sådana uppgifter om verksamheten som kommunen anser vara erforderliga.

Vi har tagit del av den överenskommelse som är tecknad mellan beställare och utförare inom vård och omsorgsförvaltningen. I överenskommelsen framgår följande kring egenkontroll, tillsynsenhetens uppdrag, planering, uppföljning och utvärdering samt rapporteringsskyldighet:

- Utföraren ska fortlöpande granska sin egen verksamhet. Resultat av egenkontroll med tillhörande statistiska uppgifter redovisas i verksamhetsberättelsen.
- I tillsynsenhetens uppdrag ingår att göra kvalitetsuppföljningar och utöva tillsyn av samtliga utförarverksamheter. Varje verksamhetsområde följs upp kontinuerligt enligt en plan.
- Utöver utförarens egen uppföljning och utvärdering kommer beställaren kontinuerligt att följa upp och utvärdera verksamheten. Utföraren förbinder sig att ge beställaren full insyn i verksamheten och att tillhandahålla de uppgifter som behövs.
- Utföraren ska årligen lämna verksamhetsplan och verksamhetsberättelse.
- Utföraren ska senast 31 januari varje år lämna patientsäkerhetsberättelse för det gångna verksamhetsåret.

- Utföraren ska ha kunskaper och fungerande rutiner avseende rapportering och avhjälpande av missförhållanden och iaktta socialstyrelsens föreskrifter om rapportering och handläggning enligt Lex Sarah.
- Utföraren ska följa gällande riktlinje för synpunktshantering. Respektive verksamhet ansvarar för att systematiskt arbeta med de brister som uppmärksammas.

Enligt intervjuer betraktas de styrande dokumenten för kontroll och uppföljning vara tydliga, heltäckande samt fånga upp hela verksamheten.

2.1.1. Bedömning

Kontrollmålet bedöms vara uppfyllt. Vi bedömer att nämnden har tillförlitliga riktlinjer för kontroll och uppföljning av LSS-verksamheten. Nämnden har även genom avtalet med den privata utföraren och överenskommelsen med egenregin säkerställt att kommunen förses med de uppgifter som behövs för uppföljning och utvärdering av verksamheten.

2.2. Systematisk uppföljning och utvärdering

Tillsynsenheten följer kontinuerligt upp kvaliteten i förvaltningens egna verksamheter samt med de privata utförarna som kommunen har avtal med. På tillsynsenheten arbetar, förutom tillsynschefen, åtta medarbetare med granskningarna. Tillsynerna utgår från ett kund/patientperspektiv och baseras på gällande lagstiftning, förvaltningens kvalitetskrav, riktlinjer och värdighetsgarantier. Resultatet av tillsynerna presenteras i en rapport till ansvarig enhetschef. Tillsynsenheten genomför även uppföljning av tidigare tillsyner.

Enligt intervju har tillsynsenheten genomfört 14 tillsyner inom verksamheten för Funktionsstöd under åren 2016-2019, varav 13 tillsyner inom egenregin och en avseende privat utförare. Det har även genomförts sju uppföljningar av tidigare tillsyner, varav fyra avser egenregin och tre avser privat utförare. Under hösten 2019 planeras två tillsyner inom egenregin.

Antal tillsyner och uppföljningar				
	2016	2017	2018	2019
Tillsyner				
Egenregin	5	3	3	2
Privat utförare	-	-	1	-
Uppföljningar				
Egenregin	-	1	1	2
Privat utförare	1	1	-	1

Varje enhetschef tar fram rapport för *Enhetsuppföljning* varje tertiäl vilken lämnas till verksamhetschef Funktionsstöd. Rapporten är ett underlag för förvaltningens månadsrapportering. I rapporten redogörs bl.a. för enhetens kvalitetsarbete.

Verksamhetschef och ledningsgrupp informerar om verksamhetens mål och prioriteringar. Av intervjuer framkommer att utförarna anser att de får tillräckligt med information kring mål och prioriteringar. Den privata utföraren anser att kommunen är tydlig med sina förväntningar, att de är väl insatta i kommunens mål och riktlinjer samt att de hänvisar till dessa i utbildning av sin personal.

Samtliga rutiner, instruktioner och riktlinjer finns i kommunens ledningssystem. Verksamhetsutvecklare informerar om rutiner som ska tillämpas, information om aktuella rutiner ges även på ledningsteamsmöte. Utförarna inom egenregi är trygga med att rutinerna är uppdaterade och aktuella i ledningssystemet. En gång om året har de en genomgång av aktuella rutiner i sina arbetsgrupper. Den privata utföraren har åtkomst till kommunens intranät och rutinerna i ledningssystemet. De har även skrivit ut rutinerna och satt de i en pärm.

Nytt för i år är att verksamheten Funktionsstöd startat ett kvalitetsråd med representanter från Tillsynsenheten. Kvalitetsrådet är en effekt av tillsynen för föregående år. Kvalitetsrådet består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR), socialt ansvarig samordnare (SAS), verksamhetschef, verksamhetsutvecklare och samtliga enhetschefer. Kvalitetsrådet har träffats två gånger sedan forumet startade och har som syfte att arbeta systematiskt med avvikelser samt att vara ett lärande forum utifrån tillsyn. De ska bl.a. hantera frågor som berör Lex Sarah, Lex Maria samt inkomna synpunkter med huvudfokus att diskutera åtgärder och förebyggande insatser, för att uppnå förbättringar och hög kvalitet. Kvalitetsrådet ska samlas tre gånger per år. Ledningsgruppen får information från kvalitetsrådet. Kvalitetsrådets arbetssätt är dokumenterat.

För att utveckla förvaltningen och skapa helhet har samsynsträffar upprättats mellan LSS-enheten och Funktionsstöd i syfte att följa upp verksamheten för daglig verksamhet. Ambitionen är att genomföra två samsynsträffar varje år enligt en framtagna struktur. Träffarna ska bl.a. inriktas på vad som fungerar bra i samarbetet mellan verksamheterna, vilka delar som är ineffektiva (arbets- och kostnadsmässigt) samt vilka förbättringsåtgärder som ska prioriteras. Rutinen har dokumenterats, där det även framgår vilka roller från varje verksamhet som ska delta.

Vartannat år genomförs en kundenkätundersökning. Den görs av utföraren tillsammans med en utomstående firma. Då det tidigare varit en stor andel företrädare (anhörig, god man) som har besvarat enkäterna istället för kunden, har enkäterna tydliggjorts med tecken och bilder för att få fler kunder att besvara enkäten på egen hand. Resultatet för kundenkätundersökningen delges nämnden, samtliga chefer och grupper. Det görs även mindre undersökningar kontinuerligt per enhet. Enligt företrädare för den privata utföraren genomför de även en egen kundenkät.

Tillsynsenheten har i syfte att följa upp enheternas arbete skickat ut enkät till utförarna för att undersöka om det har fått tillräcklig information innan tillsynen, om de har fått tillräckligt med tid samt om de har haft en bra dialog. Tillsynsenheten har hela tiden fått ett gott betyg i enkätundersökningen.

Varje år tar tillsynsenheten fram en *Tillsynsberättelse* samt en *Patientsäkerhetsberättelse*. Vi har tagit del av *Tillsynsberättelse 2018* och *Patientsäkerhetsberättelse 2018* vilka rapporterades och godkändes av nämnden 13 mars 2019.

I *Tillsynsberättelse 2018* framgår att tillsynsenheten under året genomfört två tillsyner avseende gruppbofasta inom verksamheten Funktionsstöd. En tillsyn avseende gruppbofasta inom egenregion och en tillsyn avseende gruppbofasta för den privata utföraren. Av tillsynen framgår det bl.a. att personalen har den kompetens som krävs för arbetet och att kompetensutveckling erbjuds utifrån behov i verksamheten, personalen får information om de riktlinjer och instruktioner som styr deras arbete, personalen har tillgång till arbetsledning och anser överlag att de får det stöd de behöver i det dagliga arbetet. Tillsynsberättelsen innehåller även en redogörelse för rapporterade händelser enligt Lex Sarah för 2018. Under året inkom totalt 54 Lex Sarah rapporter varav tre rapporter var inom verksamheten för Funktionsstöd. Dessa gällde försummelse där brister i utförande av insatsen rapporterats. Ingen av händelserna har bedömts som missförhållande eller risk för missförhållande enligt Lex Sarah.

Vi har även tagit del av *Patientsäkerhetsberättelse 2018*. I dokumentet redogörs bl.a. för uppföljning för Frösunda gruppbofasta kring synpunkter och klagomål, egenkontroll, riskanalyser samt avvikelser under året. Det framkommer att verksamheten har rutiner för hantering av synpunkter och klagomål, att verksamheten genomfört egenkontroller avseende basala hygienrutiner, att verksamheten arbetar systematiskt med riskanalyser vilket även tas upp på verksamhetsmöten som arrangeras var tredje vecka.

I nämndens *internkontrollplan för år 2019* framgår att nämnden har tagit med kontrollmomentet: "Rutin för genomförande av riskbedömningar om händelser inträffar som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet". Tillsynsenheten ansvarar för uppföljningen som består av stickprov, intervjuer samt dokumentation. Rapportering ska ske senast i februari 2020.

2.2.1. Bedömning

Kontrollmålet bedöms vara uppfyllt. Vi bedömer att det finns rutiner för systematisk uppföljning/utvärdering av LSS-verksamheten. Ett planerat tillsynsbesök vart tredje år innebär att tillsynsbesöken inte genomförs så ofta, men då det även sker andra uppföljningar bedömer vi att nämnden bör få en tillfredställande insyn.

2.3. Tillämpning av riktlinjer och rutiner

I samband med att avtal upprättas har upphandlingsledare tillsammans med utföraren ett uppstartsmöte, vilket sedermera övergår till att bli dialogträffar som genomförs en till två gånger per år, där utförarna bl.a. informeras om förändringar kring riktlinjer och rutiner. Dialogträffarna vänder sig till både egenregion samt den privata utföraren. Dock framkommer det under intervjun att den privata utföraren inte är bekant med begreppet dialogträffar.

Den tillsyn som görs av tillsynsenheten kan ske både planerat och oannonserat. Generellt görs inga oanmälda besök utan förekommande anledning och de oannonserade tillsyns-

besöken är sällan förekommande. Inom verksamheten för Funktionsstöd har det enligt intervjuer inte skett någon oplanerad tillsyn på förekommen anledning.

Tillsynsenheten tar varje år fram en plan för tillsynerna som avses genomföras under året. Planering sker tre år i taget att säkerställa att alla följs upp en gång per tredje år. Planen kommuniceras inte till utförarna utifrån att planen kan komma att ändras. Utföraren får information om det planerade besöket några veckor innan. En tillsyn består av intervjuer samt verksamhetsgranskningar där chef och personal intervjuas var för sig. Efter tillsynen skrivs en rapport utifrån vad som fungerar bra, vad som kan förbättras. En åtgärdsplan begärs in utifrån förbättringsförslagen.

Enligt intervju med representanter för den privata utföraren framkommer att den senaste tillsynen i deras verksamhet utfördes våren 2018, då hade ingen av de intervjuade verksamhetscheferna tillträtt. Vi har tagit del av den rapport som tagits fram av tillsynsenheten efter besöket, *Rapport Berghaga gruppbostad*. I rapporten framkommer tillvägagångssättet för tillsynen: att det är en planerad tillsyn, att den genomförts med intervjuer med personal och enhetschef samt granskning av fyra kunders sociala journal och genomförandeplan. Områden som har granskats i tillsynen är: personal och kompetens, delaktighet och inflytande, arbetssätt och metoder samt dokumentation och kvalitetsarbete. Rapporten redogör för vad som fungerar bra, vad som behöver bevakas och vad som behöver åtgärdas, samt en punktlista med förbättringsåtgärder. Slutligen efterfrågas en tidsplan senast 21 maj 2018 med hur verksamheten ska arbeta med förslag på förbättringsåtgärder. Den tidplanen erhöll tillsynsenheten inom den begärda tiden med en angiven tidplan för samtliga förbättringsområden.

Vid intervju med privat utförare framkommer att mötena för avtalsuppföljningen, som genomförs en gång per år, är bra och tydliga med en väl underbyggd kontroll med stor omfattning. Det är tydligt vad kommunen kräver innan mötets genomförande i form av dokument. Innan mötet får utförarna besvara ett frågebatteri som ligger till grund för dialogen på mötet. Frågebatteriet tas fram av upphandlingsledare och kompletteras av tillsynsenheten utifrån vad som framkommit under året. Frågebatteriet ska besvaras och skickas tillbaka till upphandlingsledare minst 14 dagar innan mötet. På mötet deltar upphandlingsledare, MAS, MAR (vid behov), SAS samt tillsynschef (vid behov). På uppföljningen följs avtalet upp i stort. Det ses som ett bra forum att diskutera frågor i avtalet. Upplevelsen är att parterna vill jobba för att göra det bra, det finns inget "vi och dom". Upphandlingsledare ansvarar för avtalsuppföljningen, vilken sker i enlighet med riktlinjen.

Enligt intervjuer lämnar utförare in dokument i form av verksamhetsberättelse, verksamhetsplan samt underlag för patientsäkerhetsberättelse, inom ramen för egenrapportering.

Inom egenregi använder utföraren *självskattning* som ett eget verktyg för kvalitetsuppföljning inom ramen för förvaltningens egenkontroll. Den kan ske i form av uppföljning av aktiviteter i verksamhetsplanen, kollegial observation, fokusgrupp. Blankett för självskattningen återfinns i ledningssystemet. Rutinen för självskattning är dokumenterad. Självskattningen görs en gång per år enligt intervjuer och anses ge en bra uppföljning av verksamheten. Varje chef ansvarar för att genomföra egenkontroll om det anser att något inte fungerar. Vi har tagit del av den dokumenterade rutinen för egenkontroll av socialdoku-

mentation vilken berör stickkontroll av genomförandeplaner och dokumentation samt loggkontroll. Varje månad genomförs stickprovskontroller i form av tillsyn över schema samt loggkontroll. Rutinen för stickprovskontrollen är dokumenterad.

Verksamhetsutvecklare på Funktionsstöd genomför tillsyn inom egenregion, den tillsynen sker ofta oannonserad och görs ofta utifrån specifika frågor såsom hur gemensamma områden kan nyttjas.

Den privata utföraren har enligt intervjuer flera egenkontroller i sin verksamhet. Dessa kontroller är inget som kommunen tar del av. Den privata utföraren känner inte till vilka egenkontroller som görs inom kommunen. Enligt intervjuer har Frösunda ett internt krav på systematiskt kvalitetsarbete med minst tolv förbättringsområden varje år. Dessa förbättringsområden kommuniceras inte till kommunen.

Synpunkter och klagomål avseende Funktionsstöd inkommer till kommunen via kommunens synpunktshandling. Enligt intervju är det tydligt hur rutinen för synpunktshandling går till. Det upplevs finnas bra rutiner för Lex Sarah. Rutinen går igenom med arbetsgrupperna. En genomgång av tillbud, Lex Sarah och vad som ska anmälas uppges vara en återkommande punkt på arbetsplatsträffarna. Om det gäller en synpunkt eller klagomål av privat utförare så utreds det tillsammans med den privata utföraren. Från den privata utföraren tar kommunen efter varje- tre-månaders period del av en skriftlig redovisning av samtliga avvikelser och synpunkter inom verksamheten.

2.3.1. Bedömning

Kontrollmålet bedöms vara uppfyllt. Vi bedömer att riktlinjer och rutiner tillämpas enligt fastställda beslut. Vi har genom våra intervjuer förstått att tillsynerna som genomförs är uppskattade ute i verksamheterna och anses vara ett värdefullt stöd.

2.4. Vidtagna åtgärder

Varje månad deltar tillsynschef på nämndens sammanträde och redogör för åtgärder och resultat löpande. Nämnden informeras även om Lex Sarah, Lex Maria, tillsynsärenden och domar. Vid misstanke om och vid allvarliga händelser och missförhållande i verksamheten informeras nämnden omgående.

Som vi tidigare har nämnt lämnas förbättringsförslag i rapporten för den genomförda tillsynen till utföraren. Efter att tillsynen har genomförts ges alltid information till regionchef om resultatet av tillsynen oavsett hur resultatet ser ut. Enligt intervjuer finns en god kontroll över punkterna som ska följas upp enligt åtgärdsplanerna. Uppföljningen av åtgärder sker i dialog med utföraren. Däremot anses det svårt med tidssättning av aktiviteterna, då det beror på vad aktiviteten består av.

Av intervjuer framkommer att utförare följer de förbättringsförslag som framkommit i tillsynsrapporterna. Det finns ofta en medvetenhet om de brister som förekommer. Inom egenregion uppges att det utifrån en tillsyn tillsatts en schemagrupp för att se över antal medarbetare per kund. Det har även tagits fram ett årshjul till enhetschefen i syfte att fungera som en checklista på det som ska göras utifrån riktlinjerna. I intervjun med den privata utföraren uppfattar utföraren att de förbättringsåtgärderna som påpekades är åtgärdade från utförarens sida. Det finns en tydlighet i vad som förväntas åtgärdas samt datum

för när åtgärdsplan ska vara satt från utförarens sida. I *Tillsynsberättelse 2018* finns ett avsnitt med en redogörelse för det som behöver förbättras utifrån de genomförda tillsynerna.

Enligt *handlingsplan för avtalsuppföljning* har kommunen rätt att tillämpa avstängning av utföraren om kommunen bedömer att åtgärdsplanen inte är tillräcklig tills att bristen bedöms åtgärdad. Vid allvarliga eller upprepade brister kan kommunen häva avtalet.

2.4.1. Bedömning

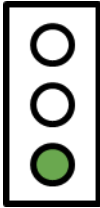
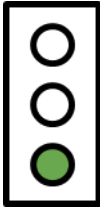
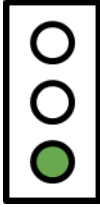
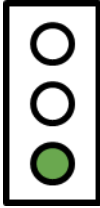
Kontrollmålet bedöms vara uppfyllt. Vi bedömer att eventuella brister som upptäcks som en följd av kontroll och uppföljning åtgärdas.

3. Bedömning och rekommendationer

3.1. Revisionell bedömning

Den sammanfattande bedömningen är att vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt säkerställt att det finns en ändamålsenlig styrning och uppföljning av den LSS- verksamheten som bedrivs av kommunen samt av privata utförare.

3.2. Bedömning utifrån kontrollmål

Kontrollmål	Kommentar	
Riktlinjer för kontroll	Uppfyllt Vi bedömer att nämnden har tillförlitliga riktlinjer för kontroll och uppföljning av LSS-verksamheten.	
Systematisk uppföljning och utvärdering	Uppfyllt Vi bedömer att det finns rutiner för systematiks uppföljning och utvärdering av LSS-verksamheten.	
Tillämpning av riktlinjer och rutiner	Uppfyllt Vi bedömer att riktlinjer och rutiner tillämpas enligt fastställda beslut.	
Vidtagna åtgärder	Uppfyllt Vi bedömer att eventuella brister som upptäcks som en följd av kontroll och uppföljning åtgärdas.	

3.3. Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden att beakta:

- Säkerställ att avtalsgruppens avtalsuppföljning genomförs enligt planering.

2019-10-10

Maria Jäger, Uppdragsledare

Christer Marklund, Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Karlstad kommuns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 9 april 2019. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Bilaga 1

Vård- och omsorgsnämndens förvaltningsorganisation 2019



Bilaga 2

Referensförteckning

Riktlinje för avtalsuppföljning av konkurrensutsatt verksamhet inom vård och omsorg – uppföljning, kontroll och insyn. Beslutad av ledningsteam Biståndskontoret. Giltig t.om 2019-12-31.

Handlingsplan för avtalsuppföljning – uppföljning, kontroll och insyn, beslutad av vård- och omsorgsnämnden 19 juni 2019.

Överenskommelse mellan beställare och utförare inom vård-och omsorgsförvaltningen Karlstad kommun, 2015-04-30

Avtal – Entreprenad Gruppboväder LSS, Frösunda Omsorg AB, Dnr: VON-2017-330

Tillsynsberättelse 2018, vård- och omsorgsförvaltningen, tillsynsenheten

Patientsäkerhetsberättelse 2018, 2019-03-01, vård- och omsorgsförvaltningen

Organisation av och uppföljning av intern kontroll, Dnr VON 2015-91

Plan för uppföljning av intern kontroll 2019, Dnr: VON-2019-72

Kvalitetsmanual – ledning och styrning för vård- och omsorgsnämnden, Karlstad kommun

Kvalitetskrav, vård- och omsorgsförvaltningen, 2013-05-17

Kvalitetsråd, vård- och omsorgsförvaltningen verksamhetsområde Funktionsstöd 2019-05-14

Egenkontroll av social dokumentation, vård- och omsorgsförvaltningen verksamhetsområde Funktionsstöd. 2019-05-174

Självskattning, vård och omsorgsförvaltningens egenkontroll, 2015

Rapport tillsyn Berghaga gruppboväder, 2018

Kvartalsrapport 1, 2019, Frösunda Omsorg funktionsnedsättning