

Värnamo kommun

Granskning av uppföljning av insatser
inom socialtjänstens individ- och
familjeomsorg



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Genomförande och avgränsning	3
2.4. Revisionskriterier.....	3
3. Granskningsresultat	5
3.1. Ledning och styrning	5
3.2. Utbud av insatser	11
3.3. Uppföljning av insatsers resultat.....	15
4. Sammanfattande bedömning och rekommendationer	17
Bilaga 1: Källförteckning	19

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Värnamo kommun granskat om medborgarnämnden har en ändamålsenlig uppföljning av de insatser som erbjuds inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg (barn och unga samt vuxna).

Vår sammanfattande bedömning är att medborgarnämnden delvis har en ändamålsenlig uppföljning av de insatser som erbjuds inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg för barn och unga samt vuxna.

Vi grundar vår bedömning på att nämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som enligt vår bedömning beskriver struktur och ansvarsfördelning på ett tydligt sätt och som ger förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete. Vi bedömer dock att implementeringstakten behöver intensifieras och att förankring i samtliga sektioner är av yttersta vikt för att möjliggöra samlade analyser som grund för beslut och genomförande av förbättrande åtgärder.

lakttagelser från intervjuer och dokumenterad kartläggning och uppföljning visar på behov av stärkt intern och extern samverkan.

Att verksamheten under en längre tid har redovisat ett ekonomiskt underskott föranleder enligt vår bedömning ett behov av tydligare fokus på aggregerad uppföljning av insatsers resultat som belyser kostnadseffektivitet.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi medborgarnämnden att:

- ▶ Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete implementeras i samtliga verksamheter.
- ▶ Utveckla uppföljning av insatsers resultat på gruppnivå.
- ▶ Säkerställ att samtliga fastställda och dokumenterade rutiner finns sparade på en gemensam lagringsenhet.
- ▶ Säkerställ ett likformigt arbetssätt och att det inte förekommer flera olika rutiner inom samma område.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Det finns ett stort behov av vård och omsorg samtidigt som samhällets resurser är begränsade. När offentliga medel används så effektivt som möjligt kan fler människor få den vård och omsorg de behöver. Enligt Socialstyrelsen handlar effektivitet om att använda tillgängliga resurser på bästa sätt utifrån de mål som finns för verksamheten. Målen behöver konkretiseras med hänsyn till behov och efterfrågan.

Värnamo kommun står inför ständiga utmaningar och kraven på service, högre kvalitet och bättre resultat är många. Kraven måste förverkligas utifrån tydliga prioriteringar och begränsade resurser, vilket fodrar en organisation i utveckling med tydligt fokus på ständiga förbättringar där målstyrning, uppföljning och utvärdering är viktigt.

I socialtjänstlagens (2001:453) tredje kapitel anges att socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet. De barn och familjer som behöver samhällets insatser ska erbjudas hjälp som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Kvaliteten i socialtjänstens verksamheter ska utvecklas och säkras. Att systematiskt följa upp de insatser som ges är en viktig del i arbetet.

Mot bakgrund av detta vill revisorerna i Värnamo kommun granska hur socialtjänsten arbetar för att erbjuda insatser av god kvalitet som motsvarar målgruppens behov.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma om medborgarnämnden har en ändamålsenlig uppföljning av de insatser som erbjuds inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg (barn och unga samt vuxna).

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Arbetar individ- och familjeomsorgen utifrån ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?
- ▶ Är centrala arbetsprocesser och rutiner identifierade, dokumenterade och fastställda?
- ▶ Erbjuder nämnden ett relevant utbud av insatser till individ- och familjeomsorgens målgrupp?
- ▶ Följer nämnden upp resultat av insatser på ett tillräckligt sätt?

2.3. Genomförande och avgränsning

Granskningen grundas på intervjuer och dokumentstudier (se källförteckning). Granskningen är genomförd mars 2020 - september 2020.

Granskningen avser medborgarnämnden (individ- och familjeomsorgen avseende barn/unga samt vuxna).

2.4. Revisionskriterier

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

Socialtjänstlag (2001:453)

I socialtjänstlagens 2 kap 1 § framgår att varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver.

Vidare framgår i 3 kap 3 § att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. I 11 kap som berör handläggning av ärenden framgår att utredning gällande barn ska bedrivas skyndsamt och vara slutförd senast inom fyra månader.

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. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

Kommunallagen (2017:725)

Nämnderna ska enligt 6 kap. 6 § var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

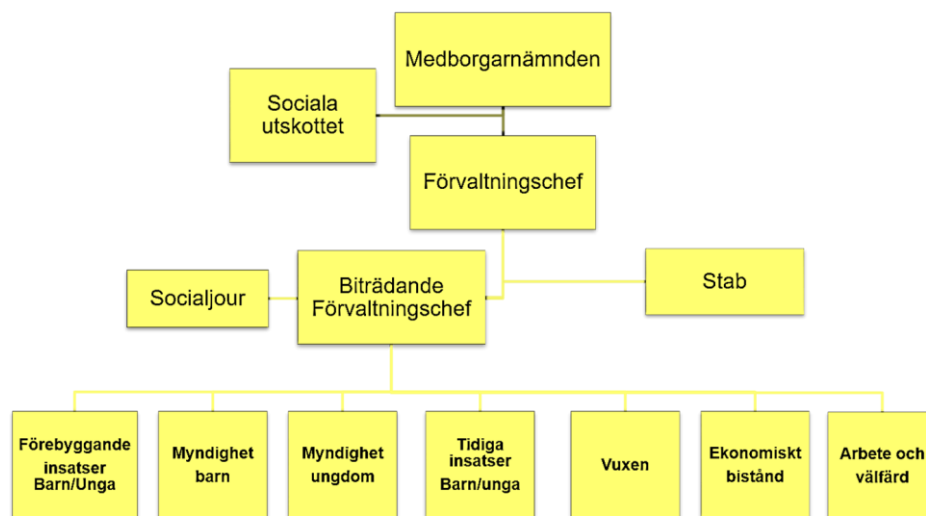
3. Granskningsresultat

3.1. Ledning och styrning

3.1.1. Iakttagelser

Organisation

Medborgarförvaltningen är indelad i sju sektioner samt en stab.



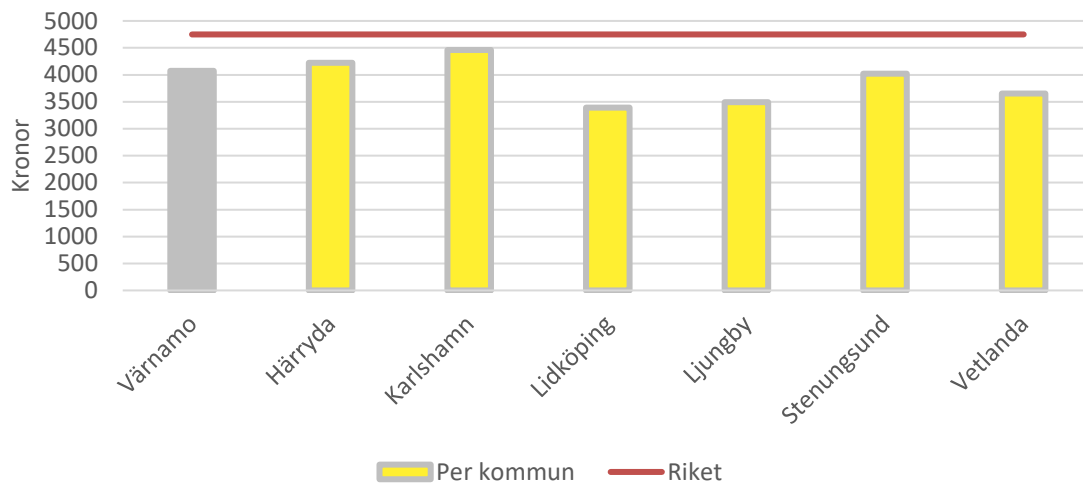
Vid intervju beskrivs att medborgarförvaltningen är mitt i ett omställningsarbete. Förvaltningen ska införa ett nytt arbetssätt som utgörs av *Signs of Safety*, vilket är en metod för att arbeta med utsatta barn med fokus på trygghet och säkerhet. Förvaltningen ska även införa en ny organisationsstruktur i november med syfte att effektivisera ärendeprocessen och därmed minska glappen i kedjan gällande utredningsarbete för Barn och Unga. Enligt de intervjuade har motsvarande organisationsstrukturen i andra kommuner resulterat i såväl lägre sjukskrivningstal som antal placeringar.

Ekonomi

Värnamo kommuns kostnad för individ- och familjeomsorgen i sin helhet illustreras av nedanstående diagram. Diagrammet visar kostnaden i förhållande till riket och liknande kommuner för år 2018¹. Uppgifter för 2019 har ännu inte publicerats.

¹ Liknande kommuner baseras på Koladas urval för liknande kommuner avseende IFO. Kostnaden avser vård för vuxna med missbruksproblem, barn- och ungdomsvård, övrig vuxenvård, ekonomiskt bistånd samt familjerätt och familjerådgivning.

Kostnad för individ- och familjeomsorg (kr/invånare) 2018

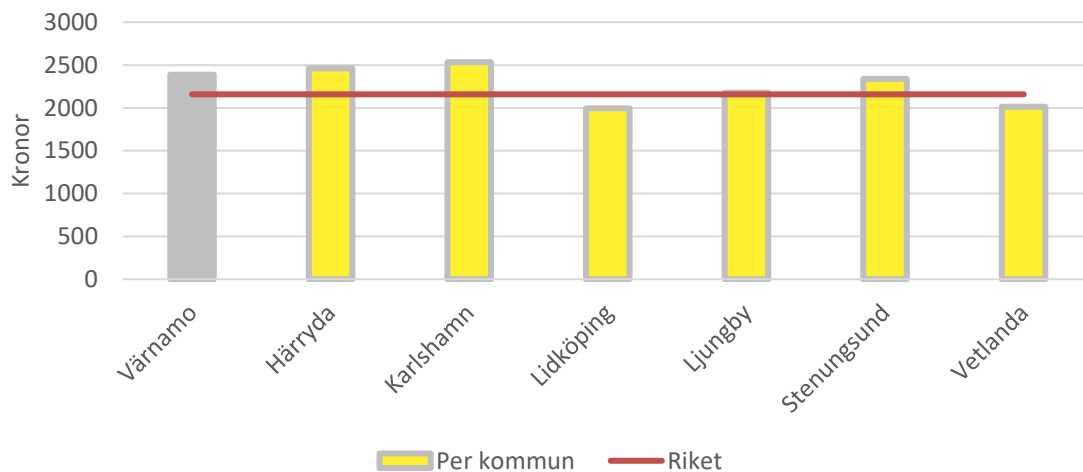


Källa: Kolada

Diagrammet visar att Värnamo och jämförelsekommunerna hade lägre kostnad för individ- och familjeomsorg per invånare än snittet för riket.

Kostnaderna för barn och ungdomsvård 2018 såg ut enligt följande².

Kostnad för barn-och ungdomsvård (kr/invånare) 2018



Källa: Kolada

Värnamo hade högre kostnader än riket och är en av tre kommuner med högst kostnad för barn- och ungdomsvård bland jämförelsekommunerna.

Nämnden har under flera års tid redovisat ett underskott på mellan 10–15 mnkr, vilket till stor del har berott på högre placeringskostnader än budgeterat. Det uppges att det tidigare har budgeterats för lägre antal placeringar än det faktiska behovet. Som exempel ges att det i 2019

² Kostnaden avser barn och ungdomar 0-20 år i form av vård på hem för vård eller boende (HVB), familjehem, individuellt behovsprövad öppenvård och övriga öppna insatser.

års budget hade budgeterats för två placeringar per sektion samtidigt som det faktiska antalet placeringar uppgick till totalt 25 under en period.

Inför 2020 års budget har kostnaderna för placeringar höjts till vad som beräknas vara en trolig och realistisk nivå. För att möta detta har övrig verksamhet anpassats till budgeten, främst vad gäller verksamhet som inte är lagstyrd. Medborgarnämnden har beslutat om minskad budget för flera av nämndens sektioner som ett led i att minska budgetunderskottet³.

Sammantaget beräknas nämndens förändrade budgetfördelning samt de organisationsförändringar som nämns i stycke 3.1.1. resultera i 16 mnkr i besparingar under 2020.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Medborgarnämnden beslutade i slutet av 2019 om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Förvaltningen upplever sig ha goda förutsättningar att implementera kvalitetsledningssystemet då det finns en dokumenterad modell och beskrivning av arbetet. Intervjuade uppger att de har räknat med en femårsperiod från det att arbetet initierades tills att det är implementerat fullt ut.

I beskrivningen av kvalitetsledningssystemet framgår ansvarsfördelning för:

- ▶ Medborgarnämnden
- ▶ Förvaltningschef och biträdande förvaltningschef
- ▶ Sektionschef
- ▶ Gruppledare
- ▶ Medarbetare

Medborgarnämndens modell för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) syftar till att uppnå och upprätthålla en samlad bild av verksamhetens alla delar, mål, kvalitet, ekonomi och personal samt att samla all kvalitets- och verksamhetsrapportering på ett ställe.

Modellen utgår från tre delar som följs upp på olika sätt:

SKA-samtal	SKA- uppföljning beslutsstöd	SKA-Kvalitetsbaser
Syftet är att följa upp och dokumentera samtal om det övergripande kvalitets- och målarbetet.	Syftet är att följa upp ekonomi, personal och kvalitet med varje sektion. Följer perioder för ekonomisk redovisning	Syftet är att följa upp det faktiska kvalitetsarbetet genom att under året arbeta igenom de punkter som anges i sosfs:en
= förvaltningens svar på nämndens kvalitetsmål	= förvaltningens svar på nämndens kvalitetsmål	= sektionens svar på Sosfs Alla medarbetare, verksamhetsnära

Figur: Illustration i medborgarnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Kvalitetsbaserna är identifierade områden för analys som främst utgörs av de punkter som framgår i SOSFS 2011:9 avseende ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och

³ Beslutades 2019-12-04

systematiskt förbättringsarbete. Därtill behandlar kvalitetsbaserna områden som exempelvis kompetensförsörjning, rättssäkerhet och bemötande. Uppföljning och analys för respektive kvalitetsbas utförs av verksamheternas medarbetare, gruppledare och sektionschefer.

Modellen för kvalitetsarbetet finns illustrerad i ett årshjul som beskriver när och vem som ska genomföra respektive moment.

Av ledningssystemet framgår att sektionschefer ansvarar för att dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet i Hypergene. Vid intervju framgår att det finns en viss otydlighet kring detta i linjeorganisationen. En av sju sektioner dokumenterade samtliga moment och upprättade en verksamhetsberättelse för 2019. Det beskrivs pågå ett arbete med att implementera arbetssättet fullt ut i resterande sex sektioner.

Dokumenterade arbetsprocesser

Det uppges finnas ett stort antal processer och rutiner inom individ- och familjeomsorgens verksamhet. Samtliga processer och rutiner finns inte publicerade på intranätet vilket gör att medarbetarna har svårt att hitta dem.

Vid intervju uppges att gruppledare ansvarar för att ta fram förslag på processer och rutiner utifrån respektive verksamhets mål. De uppges också ansvara för implementering av nya rutiner. Det är dock oklart vem som har ansvar för att publicera rutinen på intranätet och se till att den blir spridd mellan verksamheter.

Vid intervju framkom även att det finns flera processer och rutiner som behandlar samma område, då dessa har upprättats inom respektive sektion istället för på en förvaltningsövergripande nivå. Förvaltningen har därför identifierat ett behov av att revidera processer och rutiner och i takt med att dessa uppdateras publicera dem på förvaltningens intranät. Varje sektion har utsett en rutinhanterare som ska arbeta med att rensa bort inaktuella dokument.

Egenkontroller

Förvaltningsledningen lägger förslag på årliga egenkontroller via Hypergene. Sektionerna kan därefter komplettera med andra kontrollområden utifrån risker eller utmaningar som de står inför. Resultatet av egenkontrollerna ska dokumenteras i Hypergene så att uppgifterna kan aggregeras till kvalitetsberättelse, delårsrapport och helårsrapport. I dagsläget görs detta av fyra av sju sektioner. Ambitionen är att samtliga sektioner gör egenkontrollerna i samband med delåret.

Avvikelsehantering

Samtliga avvikelser rapporteras via en e-tjänst. I samband med att en rapport upprättas skickas ett mail till berörd sektionschef som i sin tur ansvarar för att avvikelsen utreds. Sektionscheferna beskriver att det kan vara svårt att få en överblick och bevaka samtliga rapporter när de hamnar som ett mail i inkorgen. I 2019 års kvalitetsberättelse beskrivs hanteringen som icke hållbar då det krävs manuell handpåläggning i flera delar av processen. Det uttrycks att det kommande verksamhetssystemet ska innehålla en modul för avvikelsehantering, vilket väntas skapa en bättre överblick.

Avvikelser är en stående punkt på APT. Därutöver gör förvaltningens kvalitetsutvecklare och respektive sektionschef månatliga uppföljningar av inkomna avvikelser och klagomål. I samband med att en avvikelse upprättas görs en riskbedömning utifrån sannolikhet och

allvarlighetsgrad. Förvaltningschefen informeras i de fall som riskvärdet överstiger åtta och därmed anses vara av allvarlig art.

Beslut om anmälan av allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska efter utredning fattas av nämnd.

Uppföljning

Medborgarnämndens ledningssystem fastställer att nämnden ska få ta del av en årlig kvalitetsberättelse. I kvalitetsberättelsen för 2019 framgår statistik över inkomna avvikelser samt vilka utvecklingsområden som identifierats utifrån statistiken. Som exempel beskriver kvalitetsrapporten ett avsnitt med uppföljning av placeringar. I avsnittet framgår statistik för de två senaste åren med tillhörande analys.

Kvalitetsberättelsen beskriver även resultatet av genomförda egenkontroller på en övergripande nivå. Det varierar i vilken utsträckning som sektionerna utför och dokumenterar arbetet med egenkontroller. Under 2019 utgjordes tre av fyra egenkontroller av kvalitetsbaser. Ambitionen är att samtliga sektioners arbete med kvalitetsbaserna ska aggregeras och redovisas i kvalitetsrapporten. En av sju sektioner upprättade en lokal verksamhetsberättelse för 2019.

Utöver den årliga kvalitetsrapporten får nämnden en månatlig upplösning av nyckeltal kopplat till placeringar. Nyckeltalen utgörs bland annat av antal orosanmälningar samt nya och pågående institutionsplaceringar och konsulentledda familjehemsplaceringar.

I nämnden finns ett antal ledamöter som är utsedda granskare och som bevakar områden som nämnden har identifierat som särskilt riskfyllda. Under 2020 följs exempelvis antal öppenvårdsinsatser och vilka beslut som fattas i socialnämndens utskott. Granskarna informerar övriga nämndsledamöter vid varje sammanträde.

3.1.2. Bedömning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska enligt SOSFS 2011:9 användas för att säkra kvalitet i, samt planera, leda och förbättra verksamheter. För detta krävs dokumenterade processer och rutiner som utvecklas och förbättras genom riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Granskning visar att medborgarnämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystemet samlar moment för nämndens mål-, ekonomi- och kvalitetsstyrning, vilket vi ser positivt på. Vi bedömer att ledningssystemets struktur och beskrivning av ansvar skapar goda möjligheter för vidare implementering. Vi bedömer vidare att individ- och familjeomsorgen arbetar utifrån kvalitetsledningssystemet men att implementering i samtliga verksamheter är ett utvecklingsområde.

I det av nämnden beslutade kvalitetsledningssystemet framgår att det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras i Hypergene. Det bedöms vara en brist att enbart en av sju sektioner har dokumenterat kvalitetsarbetet i Hypergene och därmed upprättat en lokal verksamhetsberättelse. Vi vill betona vikten av att kvalitetsarbetet dokumenteras av samtliga sektioner för att tillgängliggöra analysmaterialet och därmed kunna göra aggregerade analyser och uppföljningar som ligger till grund för förbättrande åtgärder på central nivå.

Granskning visar att nämndsledamöter granskar och sammanställer en stor mängd information årligen. Vi bedömer att informationen med fördel kan komplettera övrig uppföljning och analys av nämndens verksamhet och därmed bidra till förbättrande åtgärder.

3.2. Utbud av insatser

3.2.1. Iakttagelser

Individ- och familjeomsorgens insatser i intern regi återfinns inom:

- ▶ Öppenvård barn/unga 0–21 år
- ▶ Galaxen öppenvårdsmottagning för personer 13–25 år med riskbruk, missbruk och beroende
- ▶ Stödboende för ungdomar mellan 16–21 år
- ▶ Råd- och behandlingsenheten för personer 25 år och uppåt med riskbruk, missbruk och beroende
- ▶ Familjerätten, som stöttar barn och föräldrar i familjerättsliga frågor

Vid intervjuer framkommer delade meningar kring huruvida insatserna möter de behov som identifieras i kommunen.

Öppenvård

Öppenvårdsverksamheterna erbjuder insatser utifrån biståndsbeslut, men också råd- och servicesamtal (upp till fem tillfällen) utan bistånd. De intervjuade uppger att insatserna till stor del motsvarar behoven.

Myndighetsenheterna för barn och ungdom har kartlagt vilka insatser från öppenvården de ser bättre skulle kunna tillgodose behov på hemmaplan och därmed minska antalet externa placeringar. De behov som har identifierats utgörs exempelvis av mer intensiv kontakt mellan behandlare och familjer samt att öppenvården involveras i ett tidigare skede. Därtill har det tagits fram en prioriteringsordning utifrån omfattning av behov som visar på hur insatser inom öppenvården ska prioriteras. Det pågår en dialog mellan myndighetsenheterna och öppenvården för hur behoven bäst ska kunna mötas.

Boende

Ett område som pekas ut som kritiskt är möjligheterna att erbjuda boende till vuxna. Nämnden har inte längre några lägenheter att tillgå vid akuta situationer. De hade tidigare tillgång till akutlägenheter via det kommunala bostadsbolaget, men dessa har sagts upp. Orsak uppges vara kopplad till problematik med skadegörelse i lägenheterna och att det i många fall tog lång tid för de som fick tillgång till akutlägenheterna att hitta egna lägenheter. Detta medförde att akutlägenheterna var upptagna under en längre tid och därmed inte fungerade som akutboende för enstaka nätter. Avsaknad av bostäder blir särskilt kritiskt när klienter ska hem från behandlingshem, vilket kan medföra längre institutionsplaceringar. Vid intervjuer lyfts svårigheter i samarbetet med det kommunala bostadsbolaget.

Familjerätt

Familjerätten ser ett behov av att kunna ge mer stöd än samarbetssamtalen som erbjuds i dagsläget. Likaså framhåller familjerätten ett behov av att stärka barnens delaktighet i familjerättens processer.

Familjehemsvård

Värnamo ingår i ett länsgemensamt samarbete där en gemensam resurs rekryterar och föreslår familjehem till kommunerna som kommunens familjehemsgrupp därefter utreder och handleder. Det uttrycks vara problematiskt att rekrytera familjehem samt att det finns utrymme att stärka

samarbetet med den länsgemensamma resursen. Vid intervjuer uppges vidare att förvaltningen arbetar för att minska antalet placeringar i konsulentledda familjehem, då dessa är mer kostsamma än egenkontrakterade familjehem. Vid tiden för intervju var 36 barn placerade i familjehem. Sju av placeringarna var i konsulentledda familjehem, vilket är en minskning sedan tidigare då de varit uppe i tolv placeringar i konsulentledda familjehem.

Flera intervjuade lyfter behovet av långvarigt stöd till föräldrar vars barn är placerade. Värnamo kommun deltar i ett forskningsprojekt angående vilket stöd som ges till föräldrar med barn som är placerade i familjehem eller på institution.

Stödboende

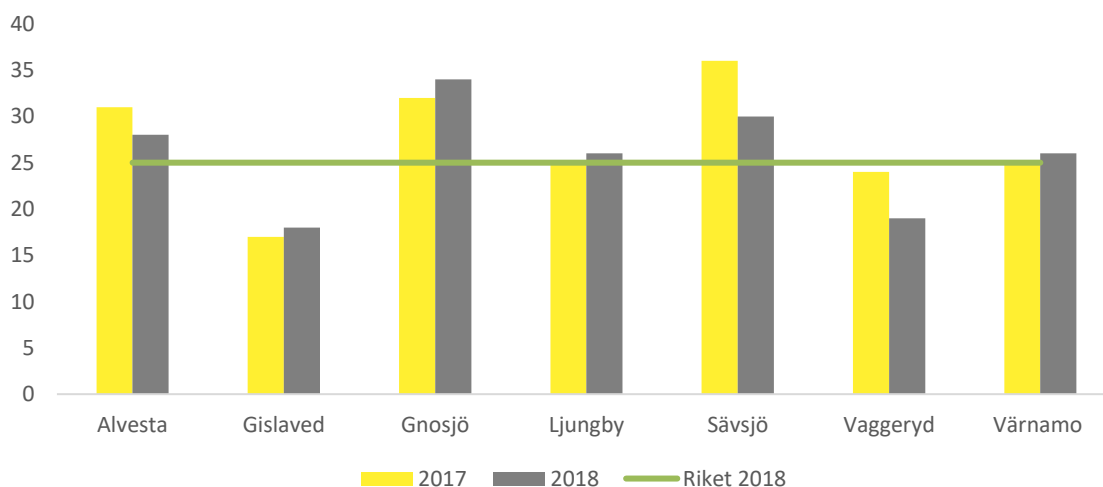
Kommunen driver sedan sommaren 2019 ett stödboende för ungdomar med kapacitet på 20 platser. Det är ett tidigare HVB för ensamkommande barn som har ställts om till stödboende. Flera intervjuade beskriver att stödboendet har medfört att externa placeringar har kunnat avslutas tidigare eller undvikas. Detta då stödboendet har fungerat som ett steg mellan institutionsplacering och återgång till boende i familjen eller eget boende. Stödboendet beskrivs även som ett alternativ till placeringar i konsulentledda familjehem. Det finns inget motsvarande stödboende för placering av vuxna vilket beskrivs försvåra möjligheterna att avsluta institutionsplaceringar för vuxna tidigare.

Köpt vård

Nationell statistik visar att Värnamo kommuns andel köp av verksamhet inom individ- och familjeomsorg 2018 ligger i nivå med såväl rikets som med kommuner med 30 000 – 49 999 invånare⁴. Köp av verksamhet avser såväl vård barn- och ungdomsvård som vård för vuxna med missbruksproblem.

I jämförelse med närliggande kommuner befinner sig Värnamo kommun i mittskiktet, där Gislaved står för den lägsta andelen och Gnosjö för den högsta. Vaggeryd och Sävsjö har den största förändringen mellan 2017 och 2018.

Andel köpt individ- och familjeomsorg (%)



⁴ Riket: 25 procent, kommuner med befolkning på 30 000–49 999: 26 procent, kommuner med liknande individ och familjeomsorg: 27 procent, Värnamo 26 procent

Källa: Kolada

Köpt vård inom medborgarnämndens individ- och familjeomsorg för barn, unga och vuxna avser främst externa placeringar. Vid placering i familjehem utanför kommunen kan det förekomma köp av öppenvård.

Vid intervju framkommer att nämndens verksamhet gjort en genomlysning av externa placeringar. Resultatet visar att antalet placeringar varit störst för ungdomar. Personalomsättning och många konsulter i verksamheten uppges ha genererat fler placeringar. Placering på låst institution medför högre dygnskostnader än placering på hem för vård och boende (HVB-hem).

Förvaltningens analys visar vidare att externa placeringar skett under längre tid än nödvändigt. Ett sätt att minska placeringstiderna är bland annat tydligare målformuleringar, bättre ställda krav på leverantörer samt att använda nämndens stödboende mellan institutionsplacering och återgång till familjen eller inflytt i eget boende. Arbetet med att möjliggöra för intensiva insatser i intern öppenvård väntas också bidra till att minska placeringstiderna. Verksamheten har dedikerat resurser att arbeta med tätare uppföljningar. Nämnden efterfrågar större tydlighet i planering och uppföljning i respektive ärende nu än tidigare.

Samverkan

I nämndens kvalitetsberättelse för 2019 framgår att flertalet av de interna avvikelserna avsåg brister i intern samverkan. Bristerna avsåg främst utebliven information i samband med att ärenden flyttas eller delas mellan grupper. Vid intervju framkom även ett behov av att tydliggöra processerna för arbetssättet när flera grupper är involverade samtidigt.

I en genomförd kartläggning av familjehemsvården bekräftas bilden av en problematik i nämndens interna samverkan⁵. I kartläggningen framgår att det saknas gemensamma plattformar och att det finns olika uppfattningar om när och hur placeringar ska användas. Det pågår ett arbete med att försöka skapa ett gemensamt synsätt på socialt arbete genom tidigare nämnd satsning på Signs of Safety.

3.2.2. Bedömning

Medborgarnämnden utgör socialnämnd och har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Stöd och hjälp kan erbjudas i intern och extern regi.

Granskningen visar att medborgarnämnden erbjuder öppenvårdsinsatser till en bred målgrupp. För att minska antalet placeringar och möjliggöra för en mer kostnadseffektiv verksamhet har ett kommunalt HVB ställts om till att utgöra stödboende. Verksamheten arbetar aktivt med olika åtgärder för att korta placeringstiderna, såsom att möta upp med öppenvård, använda det kommunala stödboendet och vara tydligare i kravställen gentemot externa aktörer.

Att bedöma utbudets relevans förutsätter en analys av vilka behov som finns hos målgrupperna i kommunen och vilka prioriteringar som görs utifrån dessa. Vi bedömer att genomförda analyser och kartläggningar bidrar till att skapa en bild av hur väl erbjudna insatser motsvarar målgruppernas behov tillsammans med tätare uppföljningar i respektive ärende. Vi bedömer dock att analyserna inte ger en bild av helheten då svårigheter att tillgodose behov noteras inom exempelvis boendeverksamhet för vuxna.

⁵ Kartläggning av Värnamos familjehemsvård, utförd 2019 av medborgarförvaltningen

Granskning visar vidare att den interna samverkan till viss del brister. Vi bedömer att en bristande intern samverkan utgör en risk för att genomförda insatser inte alltid motsvarar de behov som utredningsgrupperna identifierar. Det är av vikt att uppdaterade processer och rutiner (se avsnitt 3.1) hanterar detta och att uppföljning och analys utgör underlag för beslut om vilka insatser som ger bäst resultat att driva i egen regi respektive extern regi, givet kostnader och kvalitet.

3.3. Uppföljning av insatsers resultat

3.3.1. Iakttagelser

Uppföljning av insatsers resultat sker främst på individnivå. Sektionschefer och gruppledare beskriver att det används flera system, metoder och arbetssätt för att följa upp insatsers resultat på individnivå. Som exempel kan nämnas att öppenvården använder FIT⁶, som är ett arbetssätt för att löpande inhämta feedback från brukaren och göra Anpassningar under behandlingens gång.

Barn- och ungdomssektionerna använder metodstödet BBIC (Barnets behov i centrum) där en del utgörs av att upprätta riskanalyser som därefter följs upp. Det går inte att sammanställa eller aggregera information från BBIC då det skrivs som löptext i respektive ärende.

Samtliga externa placeringar rapporteras till ett läns-gemensamt uppföljningssystem för att möjliggöra läns-gemensamma analyser. Förvaltningen har själva identifierat behov av att förbättra arbetsprocessen då antalet inrapporterade ärenden för 2019 inte överensstämde med förvaltningens egen statistik.

I januari 2020 utsåg förvaltningen en särskild resurs för uppföljning av HVB-placeringar mot bakgrund av att många placeringar pågick under lång tid. HVB-uppföljaren har i uppgift att säkerställa att de krav som ställs på leverantörerna motsvarar behoven hos brukarna samt att kraven efterlevs.

Vid intervju uttrycks att nämnden deltar aktivt och ställer frågor kring insatsers resultat. Det framgår att utskottet i samband med beslut om placering efterfrågar information om hur arbetet ska bedrivas fram till nästa uppföljning.

Under 2020 ska ungdomsgruppen analysera externa placeringar (orsak till placering, resultat och framgångsfaktorer) som en del i egenkontrollen. Kontrollmomentet är inte dokumenterat och beskrivs vara på idéstadiet vid tidpunkt för granskningen. Som tidigare nämnts har det genomförts en kartläggning och analys av familjehemsplaceringar där syftet var att analysera orsaker till sammanbrott och hur dessa kan minska.

I nämndens kvalitetsberättelse för 2019 framgår en uppföljning av antalet placeringar. Uppföljningen innefattar volymmått som kompletteras med kommentarer som innehåller analys utifrån volymförändringar jämfört med föregående år.

Vid uppföljning av avslutade HVB-placeringar framgår bland annat att det förekommer problem med skolgång för flera placerade barn och unga. Åtgärder för att förbättra samverkan med skolan har vidtagits. Åtgärder och egenkontroller planeras vidare för att undvika oplanerade avslut samt för att verka för att mål med placering uppnås i större utsträckning än vid 2019 års uppföljning.

Uppföljning påvisar goda resultat för barn och unga med placeringsorsak missbruk och kriminalitet.

Gruppledare besöker nämnden och informerar om antal placeringar var tredje månad.

3.3.2. Bedömning

Socialtjänstlagens 3 kap 3 § anger att socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet. Uppföljning av insatsers resultat är en viktig del i arbetet för en kunskapsbaserad verksamhet och för att höja verksamhetens kvalitet.

⁶ FIT är en förkortning för Feedback Informed Treatment.

Inom medborgarnämnden följs resultat av insats upp i respektive individärende. Nämndens arbetsutskott är aktivt i att efterfråga resultat i ärenden de beslutar om. Vi bedömer detta som positivt.

Granskning visar att det inom nämndens verksamhet har genomförts uppföljningar av insatsers resultat på gruppnivå vad gäller familjehem och till viss del externa placeringar. Detta arbete bedöms dock inte vara tillräckligt systematiserat då motsvarande saknas för vuxensektionen.

Vi ser positivt på att åtgärder och egenkontroller planeras utifrån uppföljning av insatser.

4. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

En systematisk uppföljning av insatsers resultat kan bidra till att stödja utvecklingen av socialtjänstens verksamhet och verksamhetens kvalitet. Uppföljning möjliggör också för väl underbyggda underlag till nämnd för beslut om resurser och insatser.

Det är vår sammanfattande bedömning att medborgarnämnden delvis har en ändamålsenlig uppföljning av de insatser som erbjuds inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg för barn och unga samt vuxna.

Vi grundar vår bedömning på att nämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som enligt vår bedömning beskriver struktur och ansvarsfördelning på ett tydligt sätt och som ger förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete. Kvalitetsledningssystemet innefattar processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet och kvalitetsbaserna samlar uppföljning av styrkedjor för mål, kvalitet och ekonomi. Vi bedömer dock att implementeringstakten behöver intensifieras och att förankring i samtliga sektioner är av yttersta vikt för att möjliggöra samlade analyser som grund för beslut och genomförande av förbättrande åtgärder.

lakttagelser från intervjuer och dokumenterad kartläggning och uppföljning visar på behov av stärkt intern och extern samverkan. Detta påvisar enligt vår bedömning också vikten av att kvalitetsarbetet förankras i samtliga verksamheter och att processer och rutiner finns tillgängliga och tydliggör uppdrag och ansvar.

Vi bedömer vidare att genomförda analyser och kartläggningar bidrar till att skapa en bild av hur väl erbjudna insatser motsvarar målgruppernas behov tillsammans med tätare uppföljningar i respektive ärende. Att verksamheten under en längre tid har redovisat ett ekonomiskt underskott föranleder enligt vår bedömning ett behov av tydligare fokus på aggregerad uppföljning av insatsers resultat som belyser kostnadseffektivitet.

Revisionsfråga	Svar
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Arbetar individ- och familjeomsorgen utifrån ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete? 	<p>Delvis.</p> <p>Nämnden har en dokumenterad struktur för det systematiska kvalitetsarbetet. Däremot noterar vi att det varierar i vilken utsträckning som kvalitetsarbetet har implementerats av förvaltningens verksamheter. Samtidigt har vi en förståelse för att förändringar i arbetssätt tar tid att implementera.</p> <p>Vi vill dock påtala vikten av att det finns tydliga förväntningar och krav på när respektive moment förväntas vara implementerat av verksamheterna. Detta bedöms inte finnas i nuläget.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Är centrala arbetsprocesser och rutiner identifierade, dokumenterade och fastställda? 	<p>Delvis.</p> <p>Det finns till stora delar dokumenterade rutiner men det faktum att dessa inte finns sparade på en gemensam lagringsenhet försvårar tillgänglighet och försämrar därmed förutsättningarna för medarbetarna att följa rutinerna.</p> <p>Att det förekommer att flera sektioner har egna rutiner på samma område riskerar även leda till osäkerhet och att arbetet inte sker på ett likformigt sätt.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erbjuder nämnden ett relevant utbud av insatser till individ- 	<p>Delvis.</p>

och familjeomsorgens målgrupp?	Vi ser att det finns behov av en ökad samsyn i vilka insatser som ska erbjudas för att möta målgruppernas behov. Därför ser vi positivt på den kartläggning som har initierats av myndighet barn- och ungdom och därefter kommunicerats till öppenvården. Vi ser att nämnden har anpassat verksamheten för att försöka möta de behov som finns genom ett eget HVB-hem. Samtidigt får vi indikation på att det finns områden som beskrivs vara kritiska och där det inte finns tillräckliga möjligheter att möta behoven fullt ut.
▶ Följer nämnden upp resultat av insatser på ett tillräckligt sätt?	Delvis. Uppföljning av insatsers resultat sker i respektive individärende. Det har genomförts kartläggning och uppföljning av resultat avseende nämndens familjehemsplaceringar och till vissa delar externa placeringar i HVB. Åtgärder och egenkontroller har vidtagits och planerats utifrån resultatet. Vi bedömer att uppföljning av insatsers resultat på gruppnivå behöver utvecklas.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi medborgarnämnden att:

- ▶ Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete implementeras i samtliga verksamheter.
- ▶ Utveckla uppföljning av insatsers resultat på gruppnivå.
- ▶ Säkerställ att samtliga fastställda och dokumenterade rutiner finns sparade på en gemensam lagringsenhet.
- ▶ Säkerställ ett likförmigt arbetssätt och att det inte förekommer flera olika rutiner inom samma område.

Värnamo 22 september

Sofia Holmberg
EY

Anna Färdig
EY

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Förvaltningschef
- ▶ Biträdande förvaltningschef
- ▶ Gruppledare familjehem
- ▶ Gruppledare familjerätt
- ▶ Gruppledare ungdom
- ▶ Gruppledare vuxen
- ▶ Kvalitetsutvecklare
- ▶ Sektionschef myndighet barn
- ▶ Sektionschef myndighet ungdom
- ▶ Sektionschef vuxensektionen

Dokument:

- ▶ Internkontrollplan med tillhörande riskanalys 2020
- ▶ Kartläggning av Värnamos familjehemsvård, utförd 2019 av medborgarförvaltningen
- ▶ Kvalitetsberättelse medborgarnämnden 2019
- ▶ Medborgarnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – kvalitetsvärdet. Antagen av medborgarnämnden 2019-11-06
- ▶ Protokoll, medborgarnämnden 2019-12-04
- ▶ Rutin, Avvikande händelser som inträffar inom verksamheten (kvalitet, tillbud, personuppgifter) anmälan av synpunkter och klagomål samt anmälan om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt Lex Sarah. Antagen av ledningsgruppen 2018-09-17
- ▶ Sammanfattning av nyckeltal från månadsrapport till medborgarnämnden