

Nykvarn kommun

Granskning av LSS-verksamheten



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	4
2.1. Bakgrund.....	4
2.2. Syfte och revisionsfrågor	4
2.3. Genomförande	5
2.4. Revisionskriterier.....	5
3. Styrning av LSS-verksamheten.....	6
3.1. Ekonomi och nyckeltal.....	8
3.2. Nämnden har gjort en översyn av verksamheten 2019.....	8
4. Myndighetsutövningen	9
4.2. Bedömning	11
5. Utförare	12
5.1. Boenden.....	12
5.2. Daglig verksamhet.....	13
5.3. Personlig assistans	14
5.4. Bedömning.....	15
6. Uppföljning och återrapportering.....	15
6.1. Kommunens verksamhetsuppföljning	15
6.2. Återrapportering till nämnd	16
6.3. Bedömning	18
7. Svar på revisionsfrågor	19
<i>Bilaga 1: Källförteckning</i>	<i>21</i>
<i>Bilaga 2: Revisionskriterier.....</i>	<i>22</i>

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Nykvarns kommun genomfört en granskning i syfte att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställer en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamhet som bedrivs enligt LSS.

Vår sammanfattande bedömning är att styrningen och den interna kontrollen av LSS-verksamheten inte är ändamålsenlig och ger därmed inte tillräckliga förutsättningar för att säkerställa rättssäkerhet, kvalitet och god ekonomisk hushållning. Vi grundar vår bedömning på att det finns brister i verksamhetens styrning, internkontroll och att det inom kommunen saknas en ändamålsenlig kunskap om rimligheten i ersättningsmodellen kopplat till de externa nivåbedömningar som görs.

Vi noterar att nämndens verksamhetsberättelse innehåller flera brister. Den saknar en komplett uppföljning av samtliga effektmål. Vidare saknas i avdelningarnas verksamhetsberättelser en tydlig röd tråd och koppling till avdelningarnas verksamhetsplaner. Vi bedömer att nämnden behöver säkerställa en ändamålsenlig uppföljning av de mål och nyckeltal som beslutats i verksamhetsplanen. Detta för att säkerställa en tydlig styrning och röd tråd mellan verksamhetsplan och verksamhetsberättelse.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade utgör det viktigaste underlaget för myndighetsutövningen. I det digitala ledningssystemet finns ett antal upprättade rutiner, prejudikat och processbeskrivningar som stöd för beslutsfattandet. Vår bedömning är dock att övergången till teambaserat arbetssätt där handläggarna ska kunna hantera en större bredd av beslut kräver ytterligare standardisering och metodbeskrivningar i beslutsstödet samt kontinuerlig juridisk handledning.

Vi ser inte att det inom kommunens organisation finns tillräcklig kunskap om ersättningsmodellen och de externa nivåbedömningar som görs. Detta hindrar möjligheten att bedöma rimligheten i bedömnings- och kostnadsmodellen och de bedömningar som görs utifrån den. Även om bedömningarna görs av extern konsult bör kommunen utifrån sitt ansvar följa upp dessa bedömningar, inte minst utifrån ett kostnadsperspektiv.

Vidare finner vi flera brister i den uppföljning som görs i nämndens aggregerade verksamhetsberättelse. Vi noterar även att rapportering av ej verkställda beslut inte har skett systematiskt. Vi bedömer därför att nämnden inte har levt upp till rapporteringsskyldigheten i § 28 f-h LSS.

Vi noterar att nämnden har vidtagit åtgärder för budget i balans. Vi bedömer det angeläget att nämnden följer utvecklingen framgent för att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet. Vidare är de risk- och konsekvensanalyser som genomförts enbart gjorda utifrån ett kostnads- och arbetsmiljöperspektiv. Verksamhets- och kvalitetsperspektivet saknas.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa ett kontinuerligt metod- och kunskapsstöd till LSS-handläggarna, i form av exempelvis metodhandledning och juridisk handledning.
- ▶ Göra en översyn och analys av rimligheten i kostnadsersättningsmodellen med jämförelser mot liknande kommuner.
- ▶ Säkerställer att rutinerna för verksamheternas egenkontroll och intern kontroll efterlevs.
- ▶ Säkerställa att kommungemensamma rutiner för hur verksamheterna systematiskt ska hantera övriga synpunkter och klagomål upprättas och implementeras.

- ▶ Säkerställa en ändamålsenlig uppföljning av de mål och nyckeltal som beslutats i verksamhetsplanen.
- ▶ Säkerställa efterlevnad till rapporteringskyldigheten i § 28 f-h LSS.
- ▶ I de risk- och konsekvensanalyser som görs även inkludera kvalitetsaspekter utöver kostnader och arbetsmiljö.

2. Inledning

2.1. 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. LSS ger rätt till tio insatser för särskilt stöd och särskild service som människor kan behöva utöver det som de kan få genom annan lagstiftning. Insatser som regleras är bland annat personlig assistans och boende med särskild service. 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. Samarbete med andra samhällsorgan framhålls och kommunen ska enligt LSS 10 § verka för att insatserna till den enskilde samordnas.

Ansvar för personlig assistans är delat mellan kommunerna och Försäkringskassan. Vård- och omsorgsnämnden fullgör kommunens uppgifter inom LSS. Detta innebär att nämnden ansvarar för målformulering, effektivitet och uppföljning av verksamheten men även för att säkerställa att verksamhetens målgrupp får adekvat information. Inom ramen för det definierade ansvaret ingår att bedriva ett förebyggande arbete mot droger och psykisk ohälsa.

Om Försäkringskassan bedömer att behovet av hjälp med de grundläggande behoven inte överstiger i genomsnitt 20 timmar per vecka avslås ansökan. Den enskilde kan då vända sig till kommunen för att ansöka enligt LSS. Efter att regeringen har gett Försäkringskassan direktiv gällande mer restriktiva bedömningar har trycket ökat på kommunerna.

Vård- och omsorgsnämndens årsredovisning för 2018 visade på ett negativt resultat motsvarande 18 mnkr. Nykvarn kommuns nettokostnadsavvikelse för LSS ligger 2018 på 20,6 procent. Kommunens kostnader för LSS-boende per brukare är 12 % högre än liknande kommuner inom LSS-området. Kostnaderna för daglig verksamhet per brukare är 183 % högre (2018) än snittet för liknande kommuner inom LSS-området och dyrast bland samtliga kommuner i landet. Samtidigt har köp av LSS-insatser från privatägda företag ökat från 1,7 % till 14,9 % under perioden 2015–2018.

Mot bakgrund av ovan och de risker revisorerna identifierat i samband med sin risk- och väsentlighetsanalys har kommunens revisorer beslutat att genomföra en granskning av kommunens verksamheter som utgår ifrån LSS.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens övergripande syfte är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställer en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamhet som bedrivs enligt LSS.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns det ändamålsenliga och uppdaterade styrdokument för LSS-verksamheten?
- ▶ Säkerställs följsamhet till riktlinjer för utredning, beslut och verkställighet?
- ▶ Har ett ledningssystem som motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:9 införts?
- ▶ Görs det tillräckliga uppföljningar och kontroller av utförare av LSS-verksamhet?

- ▶ Sker det en kontinuerlig och tillräcklig återrapportering till nämnden rörande LSS-verksamheten? Vidtar nämnden åtgärder om avvikelser rapporteras?

Granskningen omfattar LSS-verksamheten.

2.3. Genomförande

Granskningen grundas på intervjuer och dokumentstudier (se bilaga 1). Intervjuer har genomförts med chefer, handläggare och personal inom LSS-verksamheten. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att sakgranska rapporten. Granskningen är genomförd december 2019 - februari 2020.

2.4. Revisionskriterier

2.4.1. Kommunallagen

2015 infördes förändringar i kommunallagen som innefattade högre krav på kommunen att kontrollera och följa upp avtal där den kommunala angelägenheten är överlämnad till privata utförare. Detta regleras främst i KL 3 kap.§ 18c och § 19.

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

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är till skillnad från Socialtjänstlagen (SoL) utformad som en utpräglad rättighetslag. LSS är ett komplement till SoL och annan lagstiftning. Den inskränker inte de rättigheter som den enskilde kan ha enligt SoL eller andra lagar. LSS syftar till att garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder stöd som kan undanröja svårigheter i den dagliga livsföringen.

Den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv (7 § andra stycket LSS). Som motiv för att insatserna ska vara varaktiga och samordnade anges att den enskilde måste kunna lita på att insatser ges så länge behov föreligger. Kontinuiteten ska garanteras. För utförligare redogörelse av lagens reglering, se bilaga 2.

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

Den som bedriver verksamhet enligt LSS ansvarar enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* för att det finns ett ledningssystem som kan användas för att systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska enligt 2 kap. 1 § vara ett verktyg för att uppnå kvalitet utifrån verksamhetsspecifika krav och mål som återfinns i relevanta lagar och föreskrifter.

Processer och samverkan som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet ska identifieras, beskrivas och fastställas. Egenkontroll ska utföras och klagomål samt synpunkter ska tas emot och utredas. Det bör årligen upprättas en kvalitetsberättelse. Lagar

och regler kring handläggning och dokumentation beskrivs i avsnittet 6 *Granskning av ärenden*.

2.4.4. **Mål och budget**

I *Budget för Nykvarns kommun 2019*, antagen av kommunfullmäktige den 20 juni 2018, framgår kommunens sex strategiska mål och den gemensamma inriktning som styrelser, nämnder och utskott ska följa och upparbeta effektmål efter. Målen delas upp i de fyra perspektiven medborgare/kund, medarbetare, process och utveckling samt ekonomi.

Perspektiv	Mål
Medborgare/kund	Nykvarns kommun ska vara en attraktiv kommun att bo och verka i
	Kommuninvånarna ska vara nöjda med den kommunala servicen
	Kommuninvånarna ska ha en hög delaktighet i kommunens verksamhet
Medborgare	Nykvarns kommun ska vara en attraktiv arbetsgivare
Process och utveckling	Utveckla processer för ökad kvalitet och effektivitet
Ekonomi	God ekonomisk hushållning

Vidare har kommunfullmäktige beslutat om fem fokusområden för att uppnå kommunens vision 2035. Ett uppsatt fokusområde är *Leva och bo – nära hela livet*, där det framgår att det ska finnas "boende och samhällsservice för alla behov." För fokusområdet *Gemenskap och aktiviteter – nära varandra* anges att "dialogen mellan kommun och medborgare är kontinuerlig, transparent och tydlig." För att uppnå detta ska leverans av god service och god kvalitet ha högsta prioritet.

2.4.5. **Vård- och omsorgsplan**

Kommunfullmäktige antog vård- och omsorgsplanen den 19 november 2012, och lyfter där bland annat fram de mål som är särskilt viktiga för området. För LSS-området saknas specifika mål. Istället anges att LSS-lagstiftningen utgör det viktigaste styrinstrumentet. Respektive enhetschef ska ansvara för att varje enhet upprättar en verksamhetsplan. Verksamhetsplanen ska följas upp och utvärderas varje år. I planen ska det framgå hur varje enhet arbetar för att uppnå de mål som vård- och omsorgsplanen anger. I detta fall hur lagstiftningen efterlevs. Uppföljningen och utvärderingen ska utgöra underlag för enhetens kvalitets- och resultatredovisning.

3. **Styrning av LSS-verksamheten**

Granskningen omfattar LSS-verksamheten för vilken vård- och omsorgsnämnden är ansvarig nämnd. Nämnden hade 2019 en total budget om ca 167 mnkr. Socialkontoret består av tre avdelningar: Avdelningen för vuxna och äldre (myndighetsutövning LSS), Avdelningen för barn och familj (Myndighetsutövning LSS barn), Avdelningen för arbete och försörjning (daglig verksamhet) samt Avdelningen för stöd och behandling (LSS boende).

Nämndens effektmål för 2019 är följande:

	Mål
Medborgare/kund	
Generell brukarnöjdhet	85% (brukarenkät)
Öka antalet mötesplatser	
Process och utveckling	
Säkerställa att medborgarnas möjlighet till ett självständigt liv främjas och utvecklas.	
Alla utredningar ska uppfylla lagkraven	100 %
Ekonomi	
Andel med försörjningsstöd i sysselsättning	85 %
Minst 85% av alla placeringar ska vara i egen regi.	85 %
Externa placeringsdygn ska minskas	Minska med minst 15 %
Medarbetare	
Sjukfrånvaro	<5 %

3.1. Kvalitetsledningssystem

Ledningssystemet ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens samtliga delar. På intranätet finns ett kvalitetsledningssystem uppbyggt. Socialkontorets jurist säkerställer aktualitet bland de styrdokument som finns tillgängliga.

Samtliga avdelningar har en *Mall för ledningssystem* att följa. Mallen tydliggör vilka krav och mål i lagstiftningen om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade som gäller för verksamheten och vad de innebär. Verksamheterna ska utgå från dessa krav och mål vid uppbyggnaden av ledningssystemet.

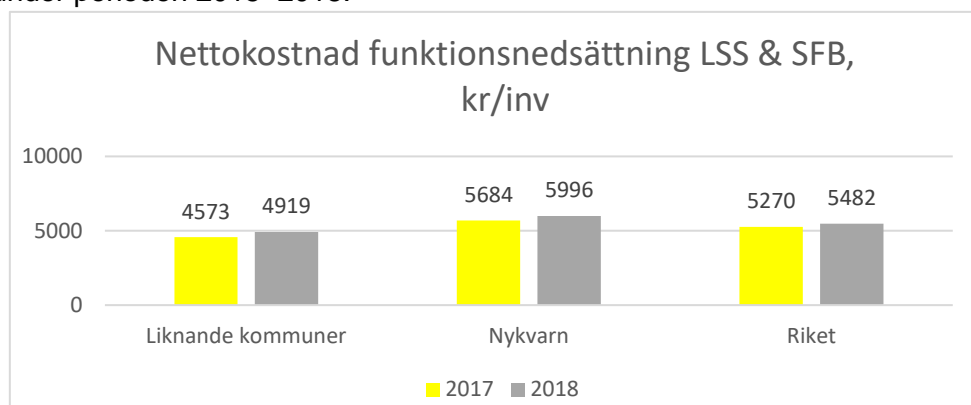
Det systematiska förbättringsarbetet består av:

- ▶ Riskanalys
- ▶ Egenkontroll
- ▶ Samverkan
- ▶ Personalens medverkan i kvalitetsarbetet
- ▶ Utredning av rapporter, klagomål och synpunkter
- ▶ Dokumentationskyldighet
- ▶ Förbättring av processer och rutiner

I det digitala ledningssystemet finns ett antal upprättade rutiner och processbeskrivningar. Bland annat dokumenthanteringsplan, rutin vid hot och våld, rutin vid hembesök och rutin för upprättande av lex Sarah.

3.1. Ekonomi och nyckeltal

Nykvarn har en något lägre andel invånare med stödbehov än liknande kommuner¹ och riket. Nykvarn kommuns nettokostnadsavvikelse för LSS ligger 2018 på 20,6 procent. Kommunens kostnader för LSS-boende per brukare är 12 procent högre än liknande kommuner inom LSS-området. Samtidigt har köp av LSS-insatser från privatägda företag ökat från 1,7 % till 14,9 % under perioden 2015–2018.



Källa: Kommun- och landstingsdatabasen (SCB:s Räkenskapsammandrag) 1

Kostnaderna för daglig verksamhet per brukare är 183 procent högre (2018) än snittet för liknande kommuner inom LSS-området och dyrast bland samtliga kommuner i landet, se nedan.

Kostnad funktionsnedsättning LSS daglig verksamhet, kr/brukare		
	2017	2018
Nykvarn	450 906	522 586
Liknande kommuner, LSS	160 069	184 965
Riket	196 233	207 393

En anledning till att Nykvarns kostnader för daglig verksamhet är högre än jämförbara kommuner beskrivs i intervjuer delvis hänförs till att transportverksamheten är inkorporerad i daglig verksamhet. Transporten utförs av personal inom daglig verksamhet och är därför inkluderad i kostnaden per brukare och dag. Det är dock oklart om denna del är inkluderad i den statistik som rapporteras in till Kolada och den nationella statistiken. Klart är att denna del inte enkom kan förklara de höga kostnaderna.

3.2. Nämnden har gjort en översyn av verksamheten 2019

Med anledning av det höga kostnadsläget i relation till riket och jämförbara kommuner genomförde nämnden under 2019 en översyn av kostnadsläget med stöd av en upphandlad leverantör.

Av rapporten framgår att det specifika för Nykvarns kommun är att kostnaden per brukare är högre trots att andelen brukare är lägre än det nationella genomsnittet. Kostnaden är särskilt hög för brukare mellan 20–29 samt 30-39 år. Dessa brukare har framförallt haft insatsen gruppboende i kombination med daglig verksamhet under året. Detta har medfört en hög kostnad per brukare (KPB) då båda dessa insatser har haft höga dygnskostnader under

¹ Liknande kommuner, övergripande enligt Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) baseras på strukturkostnad 60 %, befolkning 20 % och skattekraft 20 %. Innefattar: Kungälv, Enköping, Kävlinge, Ängelholm, Sundbyberg, Stenungsund och Strängnäs.

2018. Av rapporten framgår att brukarnas behov möts med boendeinsatser på gruppbostad i en större utsträckning än vad riket i genomsnitt gör samt att mer resurser läggs på daglig verksamhet än det nationella genomsnittet som andel av de totala kostnaderna inom LSS.

Rapportens slutsatser lyder att LSS-verksamheten hade en avvikelse mot referenskostnaden på 20,6 procent under 2018, att den höga kostnaden per invånare och per brukare också beror på kommunens historia inom LSS, att det finns en låg kostnad per dygn inom servicebostad samt att det är viktigt att prognosticera för framtida behov för att inte generera "onödiga" merkostnader och för att kunna möta brukarbehovet på bästa sätt. För att tydligare kunna identifiera eventuella "överkostnader" inom LSS-området lyfter rapporten fram vissa viktiga åtgärder såsom vikten av att olika delar av verksamheten kan granskas/följas mer i detalj för respektive enhet – både avseende ekonomi och statistik.

4. Myndighetsutövningen

Socialkontorets myndighetsutövning består av 22 medarbetare som handlägger samtliga beslut rörande SoL och LSS. Myndighetsutövningen av samtliga LSS-ärenden genomförs av en årstjänst fördelat på två handläggare (50 procent vardera). Handläggarna är fördelade på avdelningen för vuxna och äldre (LSS vuxna) och IFO (LSS barn & ungdom).

Den 2 december 2019 beslutade nämnden om en organisationsjustering för att bland annat bredda handläggarnas kunskaper och minska chefstjänster. Myndighetsutövningen rörande LSS såväl som övrig lagstiftning förväntas, med start i mars 2020, att delas mellan flera handläggare genom ett teambaserat arbetssätt. Team om två-tre handläggare kommer att dela på en ärendestock. Detta för att minska personberoendet.

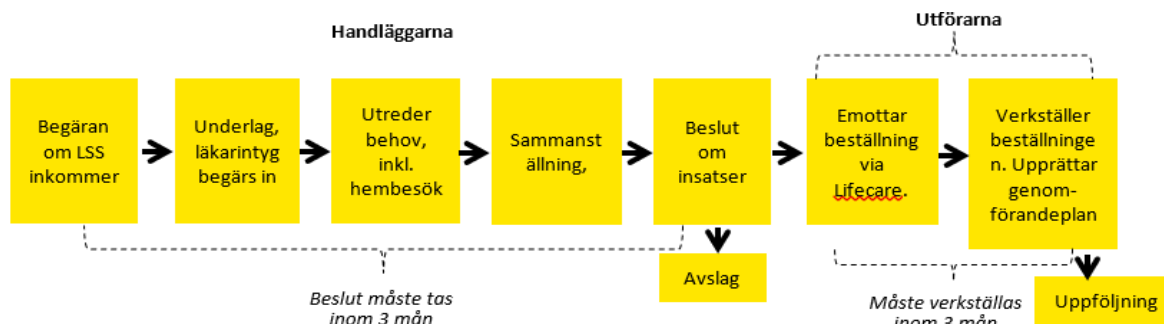
Antal LSS-beslut omfattar ca 20 ärenden rörande barn och ca 80 vuxenärenden. En brukare kan ha flera beslut om insatser. Handläggarna bedömer vilken personkrets som ska tillämpas, vilket är en utgångspunkt för att få beslut. Handläggarna beslutar om insatser enligt LSS, undantaget personlig assistans och boende. Alla beslut gällande personlig assistans² och boende är delegerade till ansvarig chef. Detta med anledning av att dessa beslut ofta är av större ekonomisk dignitet. Den 20 januari 2020 beslutade nämnden även att flytta delegationen för beslut om daglig verksamhet från handläggare till ansvarig enhetschef.

Enhetschef har med LSS-handläggarna tagit fram anvisningar till stöd för beslutsfattandet. Anvisningarna revideras en gång årligen. För utredningens och myndighetsutövningen används arbetssättet individens behov i centrum, IBIC, vilket inbegriper kategoriserade livsområden som ämnar säkerställa följsamhet till riktlinjer genomgående från myndighetsbeslut till verkställighet. Det finns även framtagna frastexter för utredningen.

Från och med hösten 2019 har handläggarna implementerat veckovis ärendedragning för att säkerställa en samsyn med likvärdiga och rättssäkra beslut. Vid ärendedragningarna har handläggarna, enhetschef och samordnare närvarat. Vid vissa tillfällen har även myndighetschef varit närvarande. Vid dessa tillfällen är det även möjligt att omfördela ärenden beroende på inflödet.

² Beslut om personlig assistans understigande 20 tim/vecka. För beslut om insatser över 20 timmar krävs nämndbeslut.

Handläggarna har under majoriteten av 2019 saknat juridisk handledning för tolkning av mer komplicerade ärenden. Enligt uppgift finns en ambition om att införa kontinuerlig juridisk handledning 2020.



Vid beslut om insatser skickas beställningen till utföraren genom Lifecare. Utifrån beställningen tas en genomförandeplan fram tillsammans med medborgaren. Ovan är en förenklad beskrivning av processen från begäran om LSS till beslut.

Besluten gäller vanligtvis 1 år men vissa insatser läggs som tillsvidarebeslut. Detta gäller främst gruppboendestäder, där brukarna förväntas ha ett långvarigt behov som inte förändras markant. Därutöver finns enligt uppgift några äldre beslut om servicebostad och kontaktperson som är tillsvidarebeslut³. Alla ärenden ska följas upp minst en gång om året, men detta har inte genomförts fullt ut på grund av resursbrist och tidigare personalomsättning.

4.1.1. *Extern utförare av nivåbedömning*

De olika insatserna beviljas utifrån nivåbedömningar. Nivåbedömningen utgör grunden för den ersättning som utföraren får. Nykvarns kommun upphandlar en konsulttjänst som hanterar kommunens nivåbedömningar. Nivåbedömningarna görs genom djupintervjuer med personal och brukaren, om möjligt. Bedömningarna fokuserar på vilket stödbehov som finns fördelat på tre olika kategorier: omvårdnad⁴, aktiviteter⁵ och beteende⁶.

Respektive brukare fördelas ett värde inom samtlig kategori samt en totalsumma. Därutöver beräknas en poäng för verksamhetens förutsättningar, där personalens tid för planering, möten och transport inkluderas. Totalsumman räknas sedan om till andel personella resurser som motsvarar behovet. Respektive verksamhet får en sammanlagd beräkning av antal årsarbetare som krävs för att tillgodose behovet. Bedömningarna förnyas en gång årligen, eller vid behov om utförare signalerar ett förändrat behov.

Brukarnas nivåbedömning styr den omvårdnadspeng/prestationsersättning som utförarna av boende samt daglig verksamhet ersätts med. Daglig verksamhet har fått ersättning upp till tre månader efter att en brukare har avslutat sin insats. Detta för att verksamheten ska kunna ställa om de personella resurserna.

³ Det finns enligt intervjuade en risk att några av dessa brukare inte längre har det stödbehov som krävs för att erhålla insatserna i nuvarande omfattning. Kommunen har dock inte möjlighet att ändra gynnande beslut till den enskildes nackdel.

⁴ Avser personlig hygien och på- och avklädning.

⁵ Avser stöd för aktiviteter, träning, social interaktion och för flyttning.

⁶ Avser aktivt personalingripande.

4.1.2. **Ledtider**

Inom LSS-lagstiftningen finns ingen lagstadgad maximal leddid för handläggningsprocessen men enligt Riktlinjer för bedömning av insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och 4 kap. 9 § i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5) ska utredningen ske skyndsamt. Målsättningen är att beslut ska tas inom 3 månader, från inkommen begäran. 2016⁷ var utredningstiden i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insatser i genomsnitt 19 dagar vilket var klart bättre än rikssnittet som var 48 dagar. Kommunen har beslutat att inte rapportera in statistik för detta efter 2016 då det krävdes en hel del manuellt arbete. Myndighetschefen bedömer att kommunen har en god uppfattning om leddiderna genom kontinuerliga ärendedragningar och LEAN-tavlor över aktuella ärenden. Vid avvikelser rörande leddiderna rapporteras detta till enhetschef.

4.1.3. **Roll och ansvarsfördelning gentemot Försäkringskassan (FK)**

Medborgaren skickar ibland in begäran om personlig assistans till både kommunen och Försäkringskassan samtidigt. Handläggarna hos kommunen har dock inte möjlighet att invänta beslut från Försäkringskassan då den leddid kommunen har att förhålla sig till huvudsakligen är kortare.

Kommunens handläggare genomför alltid en självständig bedömning av inkommen begäran även om det kan finnas ett beslut från Försäkringskassan. Dessa beslut vägs dock in i utredningsprocessen. Om FK beslutat att behovet av LSS inte överstiger 20 timmar per vecka kan kommunens handläggare göra en annan bedömning. Kommunen utgår ifrån LSS medan Försäkringskassan tar beslut enligt Socialförsäkringsbalken (SFB).

4.2. **Bedömning**

Inom ramen för införandet av det teambaserade arbetssättet har konsekvensanalyser gjorts rörande arbetsmiljön. Det saknas dock dokumenterade analyser kring förändringens eventuella påverkan på likvärdiga och rättssäkra beslut.

Praxis kring LSS-området och personlig assistans enligt LSS är förhållandevis otydlig i det att rättsläget skiftar. Arbetsmiljöverket anger att det ”i socialsekreterarens dagliga arbete ingår att hålla reda på 70 lagar”⁸. Vi bedömer att det finns en risk för att LSS-handläggarnas förutsättningar för att säkerställa likvärdiga och rättssäkra beslut påverkas. Förändringen ställer högre krav på handläggarnas kunskap kring de olika lagstiftningarna, möjligen på bekostnad av handläggarnas specialistkunskaper inom de olika lagrummen. För att stävja denna risk bedömer vi det väsentligt att det finns ytterligare stöd i form av till exempel metodhandledning och juridisk handledning. Under 2019 har kollegial ärendegranskning implementerats vilket vi bedömer som positivt.

Vi ser däremot inte att det inom kommunens organisation finns en tillräckligt god kunskap och förståelse om ersättningsmodellen och de externa nivåbedömningar som görs. Detta hindrar möjligheten att bedöma rimligheten i bedömnings- och kostnadsmodellen. Vi bedömer att nämnden behöver göra en översyn och analys av rimligheten i kostnadsersättningsmodellen med jämförelser mot liknande kommuner.

⁷ Senast tillgängliga data i KOLADA.

⁸ Arbetsmiljöverket, Projekt rapport ”Socialsekreterares arbetsmiljö”, 2018-12-12

5. Utförare

Inom kommunen är utförarsidan primärt i kommunal regi när det gäller bostad med särskild service, daglig verksamhet, och avlösning/korttidstillsyn för skolgång över 12 år enligt lagen om vissa stödinsatser (LSS). Enbart enstaka boendeplatser upphandlas från extern regi. Kommunen har ingen egen utförare av personlig assistans, individerna väljer själva utförare (vilket även inkluderar anhöriga).

Insats, antal beslut (LSS)	Vuxna	Barn
Särskilt boende	24	1
Kontaktperson	11	2
Ledsagarservice	1	0
Avlösarservice	0	3
Personlig assistans	3	2
Daglig verksamhet	37	

5.1. Boenden

Det sammanlagda antalet platser i bostad med särskild service (LSS) i kommunal regi uppgår för närvarande till 24 platser. Detta efter att en gruppboende omvandlats till socialpsykiatriskt boende 2019.

Det finns två former av bostad med särskild service för vuxna – gruppboende och serviceboende. Gruppboendena består av ett mindre antal lägenheter som är *direkt anslutna* till det gemensamma utrymmet. Dessa boenden bemannas dygnet runt med vakande natt och sovande jour. Kommunen har två fastigheter som utgör gruppboende med fyra respektive fem platser. Av intervjuade framgår det att varje enhet består av ca 4 – 5 platser, där bemanningen sträcker sig från 4 till 2 medarbetare beroende på tid på dygnet.

Serviceboendena består av 14 lägenheter som *har tillgång* till gemensamt utrymme. Av intervjuer framgår det att dessa klienter är mer självständiga. Serviceboende är en mellanform mellan ett helt självständigt boende i egen lägenhet och en lägenhet i gruppboende. Det uppges för närvarande finnas en kö till serviceboendena motsvarande fem beslut om insatser som inte kan verkställas. Nykvarn kommun har dock en bostadsbrist som gör det svårt att tillgodose behovet. Avdelningen bedömer att det finns behov av att skapa ett nytt serviceboende.

Målet är att den enskilde ska kunna leva som andra och vara delaktig i samhället. Bostad med särskild service ska bidra till en möjlighet att få leva ett självständigt liv utifrån sina egna resurser. Stödet utformas utifrån den enskildes förutsättningar och vilja. Boendeenheter har även börjat med "husmöten" där brukarna och personalen diskuterar verksamheten och eventuella lösningar på upplevda problem.

Av intervjuade framgår det att verksamheterna har gemensamma rutiner och specifika enhetsrutiner digitalt på insidan, alternativt i utskrivna pärmar. Verksamheterna har rutiner för avvikelser där alla medarbetare har skyldighet att rapportera missförhållanden i enlighet med LSS § 24 b-g. Intervjuad avdelningschef uppger även att verksamheterna arbetar mycket med verksamhetsplanerna för att bryta ned målen. Mätbara aktiviteter kopplas till de mål som bestäms i verksamhetsplanen och mäts i kommunens verksamhetsstöd för planering, Stratsys.

Av avdelningens verksamhetsplan framgår enheternas verksamhetsmål för att uppnå fullmäktiges strategiska mål. Dessa är:

Serviceboende (Omr 58)	Mål	Gruppboende (omr 57)	Mål	Utfall 2019 (sammanslaget)
Medborgare/kund				
Trivsel o trygghet	85% (brukarenkät)	Nöjda med insatsen	85% (brukarenkät)	- ⁹
Delaktighet i upprättandet av genomförandeplanen	100% mäts månadsbasis (stratsys)	Delaktighet i upprättandet av genomförandeplanen	100 %	81 %
Påverka och delta i att planera olika möten t.ex. brukarråd och veckomöten.	85% (brukarenkät)			- ¹⁰
Brukare ska vara nöjda med insatsen.	85% (brukarenkät)			- ¹¹ , 91 % för gruppboende ¹²
Process och utveckling				
Aktuell genomförandeplan	100 %	Aktuell genomförandeplan	100 %	97 %
Ekonomi				
Effektiv schemaplanering, låg sjukfrånvaro	-	Ekonomisk medvetna,		Inget mätbart mål
Medarbetare				
Sjukfrånvaro	<5 %	Sjukfrånvaro	<5 %	18,46 %
Trivsel	90 %			- ¹³

Måluppfyllelsen av de mätbara aktiviteter som kopplas till verksamhetsplanens mål rapporteras genom stratsys månadsvis. Avdelningscheferna får även stöd av en controller för att gå igenom den ekonomiska uppföljningen, som stäms av med socialchef månadsvis.

5.2. Daglig verksamhet

Enheten för daglig verksamhet inryms organisatoriskt under avdelningen för Arbete och försörjning. Från den 1 mars 2020 kommer en omorganisation genomföras där Daglig verksamhet kommer införlivas i övrig LSS-verksamhet på utförarsidan och arbetsmarknad kommer tillhöra utförare IFO och försörjningsstöd införlivas i myndighet vuxen. Daglig verksamheten inom Nykvarn består av sju olika verksamheter fördelade i fyra lokaler:

- ▶ Bageriet
- ▶ Solhöjden (för brukare med svårare fysisk funktionsnedsättning)
- ▶ Textilgruppen
- ▶ Autismsgruppen (personaltät verksamhet)
- ▶ Konferensgruppen
- ▶ Secondhandbutiken Lilla Loppan

⁹ Saknas uppföljning i avdelningens verksamhetsberättelse

¹⁰ Saknas uppföljning i avdelningens verksamhetsberättelse

¹¹ Saknas uppföljning i avdelningens verksamhetsberättelse

¹² Uppföljning i nämndens aggregerade verksamhetsberättelse

¹³ Saknas uppföljning i avdelningens verksamhetsberättelse

- ▶ Brukets Kooperativ¹⁴ (för mer autonoma brukare)

Ca 37 brukare har något beslut om daglig verksamhet, samt två externa individer där andra kommuner köper plats. Av intervju med avdelningschef framkommer det att medborgarna har möjlighet att byta daglig verksamhet beroende på hur de utvecklas samt det egna intresset. Brukaren ska genom medbestämmande kunna utforma delar av innehållet på den dagliga verksamheten. Insatserna anpassas alltid efter den enskildes behov och förutsättningar, men även egna intressen och önskemål.

Vid avvikelser kopplat till verkställigheten i insatsen dokumenteras det i verksamhetssystemet Lifecare. Enligt uppgift finns ett dokumentationsombud till stöd för medarbetarna i sitt dokumentationsarbete. Detta för att säkerställa att dokumentationen svarar mot de fram som finns i socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5). Vidare ska enheterna rapportera andelen aktuella genomförandeplaner i stratsys varje kvartal.

Av avdelningens verksamhetsplan framgår enheternas verksamhetsmål och aktiviteter för att uppnå fullmäktiges strategiska mål. Dessa redovisas i tabellen nedan. Mätbara aktiviteter kopplas till de mål som bestäms i verksamhetsplanen och mäts i Stratsys.

Daglig verksamhet	Mål	Utfall 2019
Medborgare/kund		
Deltagare inom daglig verksamhet skall erbjudas möjlighet att delta vid upprättande och revidering av genomförandeplan	Samtliga (100 %)	Ej genomförd
Process och utveckling		
Deltagare inom Daglig verksamhet ska ha en aktuell genomförandeplan	Samtliga (100 %)	Ej genomförd
Genomföra dokumentationsgranskning två gånger per år på Daglig verksamhet	Två ggr/år	Ej genomförd
Medarbetare		
Sjukfrånvaro	<5 %	5,92 % (per dec 2019)

Verksamheten når inte upp till målet om en sjukfrånvaro under 5 procent. Samtliga medarbetare erbjuds en timmes friskvård i veckan på arbetstid "om arbetet så tillåter". För övriga indikatorer har avdelningen under 2019 inte genomfört uppföljningen enligt plan. Indikatorerna avses istället följas upp våren 2020.

Övergripande uppföljningar rörande verksamhetens utveckling och risker lämnas tre gånger årligen, i mars, augusti och december. I slutet av året genomförs även en verksamhetsberättelse i samband med ÅR. I avdelningens verksamhetsberättelse för 2019 redovisas ett överskott om ca 7 mnkr. Avdelningens totala överskott beror främst på de åtgärdsplaner som nämnden beslutat om. Daglig verksamhet redovisar däremot ett underskott på 3 mnkr. Enligt verksamhetsberättelsen är anledningen att prestationsersättningen inte motsvarat budgeten.

5.3. Personlig assistans

Med personlig assistans avses ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sina

¹⁴ Nykvarns kommun ersätter kostnader för personal och lokal. Kooperativet bekostar driftkostnader i övrig.

grundläggande behov. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra i jämförbar ålder. Stödet är till för personer som inte fyllt 65 år vid ansökningstillfället.

Personlig assistans avser bland annat: assistans enligt LSS § 9:2, Ledsagarservice, kontaktperson eller avlösarservice i hemmet. Avlösning i hemmet enligt LSS och avlösarservice enligt SoL ska avlasta föräldrar med barn, som har stora fysiska funktionsnedsättningar, då de kan behöva hjälp för att koppla av och genomföra aktiviteter som barnet inte deltar i.

Av intervju framgår det att verksamheten i nuläget har ca sex brukare som erhåller personlig assistans enligt LSS § 9:2. Samtliga brukare anlitar externa eller anhöriga för utförandet av insatsen. Kommunen har därför ingen egen utförarverksamhet av personlig assistans. Kommunen verkställer däremot några ledsagar- och avlösaruppdrag.

5.4. Bedömning

Det uppges för närvarande finnas en kö till servicebostäderna motsvarande fem beslut om insatser som inte kan verkställas. Nykvarn kommun har dock en bostadsbrist som gör det svårt att tillgodose behovet. Avdelningen bedömer att det finns behov av att skapa ett nytt serviceboende.

Vi noterar i avdelningarnas verksamhetsberättelser att det är svårt att se en tydlig tråd och koppling till avdelningarnas verksamhetsplaner. I flera fall följs andra nyckeltal upp i verksamhetsberättelsen än de som anges i verksamhetsplanen. Enligt uppgift saknas flera av verksamhetsplanernas nyckeltal i Stratsys. En förklaring till detta är att organisationen har genomgått förändringar inom ledningsorganisationen samt haft resursbrist. Förvaltningen har istället prioriterat nämndens effektmål.

Avdelningen för arbete och försörjning har inte genomfört uppföljning av verksamheternas dokumentation enligt plan. Vi bedömer det angeläget att avdelningen säkerställer en kontinuerlig intern kontroll av verksamheten.

6. Uppföljning och återrapportering

6.1. Kommunens verksamhetsuppföljning

Kvalitetsfunktionen har under 2019 arbetat efter en upprättad uppföljningsplan. Utredare/jurist samt MAS har genomfört kvalitetsuppföljningarna under 2019. Uppföljning av boende genomfördes 2019 och uppföljning av daglig verksamhet kommer att ske 2020, i enlighet med fastlagen uppföljningsplan. Till följd av att kvalitetsavdelningen avvecklas i mars 2020 har uppföljningsansvaret förlagts på andra funktioner inom socialkontorets stab.

Uppföljningen av boende 2019 utfördes genom intervjuer med chefer, personal och med vissa enskilda. En enkätundersökning genomfördes med ställföreträdare för enskilda med insatsen gruppboende. Vidare granskades processkvaliteten genom ett slumpmässigt urval av dokumentation utifrån de krav som ställs i SOSFS 2014:5. Vidare har framtagna rutiner och anvisningar som verksamheten har publicerade på intranätet, insidan, granskats.

Av granskningen 2019 framgår att det finns regelbundna journalanteckningar i alla akter samt en aktuell genomförandeplan där delaktigheten är dokumenterad på ett tydligt sätt. Uppföljning av beslutad insats dokumenteras däremot inte, vilket

kvalitetsuppföljningsrapporten riktar kritik mot. Granskningen visar att det finns rutiner och anvisningar som i stort täcker in verksamhetsområdet men att dessa behöver ses över och uppdateras för att kunna användas för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Kvalitetsfunktionen har inte haft någon rutin om att följa upp privata utförare då kommunen enbart har ett fåtal externa placeringar. Under tidigare år då den externa utförarverksamheten var större genomfördes avtalsuppföljning även med dessa.

Kvalitetsuppföljningarna sammanställs och rapporteras till vård- och omsorgsnämnden som beslutar om åtgärder. Vid eventuella identifierade åtgärder följs dessa upp inom ett år.

6.1.1. *Synpunkter och Lex Sarah*

Inkommer misstankar om allvarliga missförhållanden enligt Lex Sarah dokumenteras dessa på en särskild blankett som inlämnas till utredare/jurist för vidare åtgärder. Om utredare/jurist är frånvarande lämnas rapporten till nämndsekreterare för diarieföring. Utredare/jurist informerar socialchef och chef för berörd enheten. Socialchef informerar i sin tur nämnden. Ansvar för utredningen är av nämnden delegerat till utredare/jurist. När utredningen avslutats informerar utredare/jurist nämnden om utfallet av utredningen. Nämnden beslutar sedan i ärendet. Enligt intervjuade har det inte varit något ärende som har bedömts som allvarligt under 2019. Det är inte fullt tydligt vilken funktion som övertar ansvaret för utredningarna i samband med avveckling av tjänsten jurist/utredare, tillika kvalitetsavdelningen, i mars 2020.

I nämndens internkontrollplan 2019 anges att kvalitetsavdelningen även utreder synpunkter och avvikelser. Redovisning ska ske i årsbokslut. Det framgår dock inte tydligt hur synpunkter och klagomål ska eskaleras från utförarverksamheterna till kvalitetsavdelningens kännedom. Kommunen ska tidigare ha haft ett centralt system för synpunkter och klagomål som togs bort under 2019. Några nya kommungemensamma rutiner för hur verksamheterna systematiskt ska hantera synpunkter och klagomål har inte tagits fram.

6.2. Återrapportering till nämnd

I delårs- och helårsrapportering tar nämnden del av det ekonomiska utfallet samt antalet ej verkställda beslut. Från och med oktober 2019 tar nämnden även del av en månadsvis rapportering av det ekonomiska utfallet. I årsredovisning redovisas målavstämning vad gäller fullmäktiges mål. Vidare redovisas patientsäkerhetsberättelse och uppföljning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Måluppfyllnad, vård- och omsorgsnämnden	Mål 2019	Utfall 2019	
Medborgare/kund			
Generell brukarnöjdhet	85% (brukarenkät)	96 % ¹⁵	●
Öka antalet mötesplatser		16	
Process och utveckling			
Säkerställa att medborgarnas möjlighet till ett självständigt liv främjas och utvecklas. Alla utredningar ska uppfylla lagkraven.	100 %	?? ¹⁷	●
Ekonomi			

¹⁵ Genomsnittligt resultat av sju genomförda undersökningar

¹⁶ Följs ej upp i verksamhetsberättelse

¹⁷ Enbart avdelningen barn och familj följs upp i verksamhetsberättelsen

Minst 85% av alla placeringar ska vara i egen regi.	85 %	?? ¹⁸	●
Medarbetare			
Sjukfrånvaro	<5 %	7,76 %	●

Delårsbokslutet per augusti 2019 visar på ett prognostiserat underskott motsvarande ca 9 mnkr för helåret. Resultatet för helåret blev, enligt verksamhetsberättelse 2019, ett underskott på 12,3 mnkr. Orsaken till avvikelsen är framförallt oförutsedda kostnader för placeringar inom ramen för SoL, LVU, LVM.

Ekonomiskt utfall 2019			
Enhet	Nettobudget, tkr	Nettokostnad, tkr	Avvikelse, tkr
<i>Summa</i>	166 790	179 118	-12 328
Varav Vuxen och äldre (delar av myndighetsutövningen inom LSS)	99 613	111 435	-11 822
Varav Gruppbofästigheter	-5 645	-2 276	-3 369
Varav servicebofästigheter, samt övriga insatser LSS/SoL	-299	556	-855
Varav daglig verksamhet	2 446	3 054	-608

6.2.1. **Nämndens åtgärder för budget i balans inkluderar LSS-området**

I nämndens konsekvensbeskrivning gällande budgetram 2019, beslutad den 9 april 2018, bedöms att verksamheternas behov är underfinansierade motsvarande 13 mnkr. Vidare redovisade nämnden ett negativt resultat motsvarande 18 mnkr för 2018. Detta uppges vara ett resultat av ökade volymer. Inom området personlig assistans prognostiserades kommunens kostnader öka med 3 mnkr 2019 med anledning av Försäkringskassans alltmer restriktiva bedömningar. Till följd av detta föreslogs flera åtgärder, bland annat sänkt kvalitetsjusteringar och digitalisering.

Den 8 april 2019 beslutade nämnden om en åtgärdsplan med effektiviseringar motsvarande 13,3 mnkr 2019 för att nå en budget i balans. Åtgärderna innefattade bland annat: avveckling av kvalitetsavdelningen och översyn av antalet handläggare inom avdelningen för vård och familj. Den 30 september 2019 beslutade nämnden återigen om en åtgärdsplan med effektiviseringar motsvarande ca 6,6 mnkr. Åtgärderna innefattade bland annat: försäljning av en plats inom daglig verksamhet samt effektivisering av personal.

Den 2 december 2019 beslutade nämnden om ytterligare åtgärder då de prognostiserade besparingarna av tidigare effektiviseringar inte har uppnåtts fullt ut. Effektiviseringarna har resulterat i besparingar motsvarande ca 12 mnkr. Detta innebär däremot att nämnden inte fullt ut når en budget i balans. Nämnden beslutade därför om ytterligare åtgärder motsvarande ca 6 mnkr. Åtgärderna inkluderar avyttring av lokal avseende daglig verksamhet, gemensam nattpatrull för LSS och äldreomsorg, anpassningar av beslut till rättspraxisnivå inom bland annat LSS. Dessutom beslutades om en organisationsjustering för att bredda handläggarnas kunskaper och minska chefstjänster.

¹⁸ Saknas procentuellt utfall

6.2.2. *Rapportering av ej verkställda beslut*

När ett gynnande beslut inte verkställs inom tre månader ska nämnden rapportera detta till IVO, fullmäktige samt revisorerna en gång per kvartal, i enlighet med LSS § 28 f-h. Ej verkställda beslut har under 2019 rapporterats i delårsrapporteringarna samt särredovisats i vård- och omsorgsnämnden en gång den 28 oktober 2019. Vid detta tillfälle redovisades att ej verkställda beslut inom LSS för 2019 var totalt nio stycken. Vi noterar att rapportering av ej verkställda beslut inte har skett en gång per kvartal. Informationen som delgavs vård- och omsorgsnämnden den 28 oktober 2019 har inte expedierats till fullmäktige eller revisorerna.

6.3. **Bedömning**

En avvikelse uppstår om en verksamhet inte når upp till kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål i föreskrifter eller i beslut. Identifierade avvikelser ska också leda till att processer och rutiner ses över för att med stöd av dem säkra att inträffade avvikelser inte inträffar på nytt. Det finns ändamålsenliga rutiner för hantering av Lex Sarah. Delegationsordning och rutiner behöver däremot revideras i samband med att nämnden avvecklat tjänsten jurist/utredare, tillika kvalitetsavdelningen. Dessutom saknas kommungemensamma rutiner för hur verksamheterna systematiskt ska hantera övriga synpunkter och klagomål.

Vi noterar att nämndens verksamhetsberättelse saknar en komplett uppföljning av samtliga effektmål. Uppföljning av nämndens effektmål för process och utveckling följs exempelvis bara upp för avdelningen barn och familj. Det noteras ingenting kring den andra myndighetsavdelningen, vuxna och äldre. Vidare saknas uppföljning och utfall av antal mötesplatser. Vi bedömer att nämnden behöver säkerställa en ändamålsenlig uppföljning av de mål och nyckeltal som beslutats i verksamhetsplanen. Detta för att säkerställa en tydlig styrning och röd tråd mellan verksamhetsplan och verksamhetsberättelse.

Vi noterar att nämnden har vidtagit åtgärder för budget i balans. Den 2 december 2019 beslutade nämnden om ytterligare åtgärder då de prognostiserade besparingarna av tidigare effektiviseringar inte hade uppnåtts fullt ut. Flera åtgärder, som omorganisering av handläggargruppen och avveckling av kvalitetsenheten, berör LSS-verksamheten. Vi bedömer det angeläget att nämnden följer utvecklingen framgent för att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet. Nämnden behöver säkerställa tillräckliga resurser för att upprätthålla en tillräcklig uppföljning av verksamheternas kvalitet.

De dokumenterade risk- och konsekvensanalyserna kopplade till åtgärdsplanerna saknar en redovisning av risker kopplade till verksamheten och dess eventuella påverkan på utredningsprocessen samt verkställighet kopplat till lagstiftningen. Analyserna innehåller främst en konsekvensanalys utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Utifrån vad som finns dokumenterat är det oklart om nämnden har getts tillräckligt underlag för att kunna beslut om åtgärdsplaner på väl avvägda grunder.

När ett gynnande beslut inte verkställs inom tre månader ska nämnden rapportera detta till IVO, fullmäktige samt revisorerna en gång per kvartal, i enlighet med LSS § 28 f-h. Vi noterar att rapportering av ej verkställda beslut inte har skett systematiskt. Vi bedömer därför att nämnden inte har levt upp till rapporteringsskyldigheten i § 28 f-h LSS.

7. Svar på revisionsfrågor

Nedan beskrivs kortfattat svaren på revisionsfrågorna.

Revisionsfråga	Svar
Finns det ändamålsenliga och uppdaterade styrdokument för LSS-verksamheten?	<p>Ja. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade utgör det viktigaste underlaget för myndighetsutövningen. I det digitala ledningssystemet finns ett antal upprättade rutiner och processbeskrivningar. LSS-handläggarna har tagit fram anvisningar till stöd för beslutsfattandet. Det finns även framtagna frastexter för utredningen.</p> <p>Nämnden har brutit ned fullmäktigemålen i effektmål.</p>
Säkerställs följsamhet till riktlinjer för utredning, beslut och verkställighet?	<p>Delvis. I och med att arbetssättet IBIC används finns ett stöd och förutsättningar för att säkerställa följsamhet till riktlinjer genomgående från myndighetsbeslut till verkställighet. Genomförandeplanerna säkerställer brukarens delaktighet i verkställigheten.</p> <p>Från och med hösten 2019 har handläggarna implementerat ärendedragning för att säkerställa en samsyn med likvärdiga och rättssäkra beslut. Handläggarna har under stora delar av 2019 saknat metodstöd och juridisk handledning för stöd och tolkning av mer komplicerade ärenden. Enligt uppgift finns en ambition om att införa kontinuerlig juridisk handledning 2020. Vi bedömer det angeläget att handläggarna kontinuerligt ges tillräckliga förutsättningar för att säkerställa likvärdiga och rättssäkra beslut.</p>
Har ett ledningssystem som motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:9 införts?	<p>Delvis. Rutiner, planer och processer är uppdaterade och finns tillgängliga digitalt genom Insidan. Bland annat dokumenthanteringsplan, rutin vid hot och våld, rutin vid hembesök och rutin för upprättande av lex Sarah. Det saknas däremot kontorsövergripande rutiner för hur verksamheterna systematiskt ska hantera övriga synpunkter och klagomål. Detta är en del i processen för att förbättra verksamheternas rutiner.</p>
Görs det tillräckliga uppföljningar och kontroller av utförare av LSS-verksamhet?	<p>Delvis. Måluppfyllelsen av de mätbara aktiviteter som kopplas till verksamhetsplanens mål ska rapporteras genom stratsys månadsvis. Däremot noteras avvikelser vissa avvikelser rörande uppföljningen av dessa nyckeltal. Avdelningscheferna får även stöd av en controller för att gå igenom den ekonomiska uppföljningen, som stäms av med socialchef månadsvis. Övergripande uppföljningar rörande utförarverksamhetens utveckling och risker lämnas tre gånger årligen, i mars, augusti och december. I slutet av året genomförs även en verksamhetsberättelse i samband med ÅR. Vi noterar att nämndens verksamhetsberättelse saknar en komplett uppföljning av samtliga effektmål.</p>

	<p>I kvalitetsuppföljningarna och egenkontroller granskas genomförandeplaner för att säkerställa aktualitet, följsamhet till lagkrav och brukarens delaktighet. Vi noterar däremot att det 2019 inte har gjorts uppföljning av genomförandeplaner inom daglig verksamhet.</p>
<p>Sker det en kontinuerlig och tillräcklig återrapportering till nämnden rörande LSS-verksamheten?</p>	<p>Delvis. I delårs- och helårsrapportering tar nämnden del av det ekonomiska utfallet samt uppföljning av nyckeltal. Från oktober 2019 tar nämnden även del av månadsvis uppföljning av ekonomin. I årsredovisning redovisas målavstämning vad gäller fullmäktiges mål. Vi noterar däremot att nämndens verksamhetsberättelse saknar en komplett uppföljning av samtliga effektmål. Kvalitetsuppföljningarna sammanställs och rapporteras till vård- och omsorgsnämnden som beslutar om åtgärder. Vi noterar vidare att nämnden inte har levt upp till rapporteringsskyldigheten i § 28 f-h LSS.</p>
<p>Vidtar nämnden åtgärder om avvikelser rapporteras?</p>	<p>Ja. Nämnden redovisade ett negativt resultat motsvarande 2018. Vidare prognostiserades kommunens kostnader öka. Till följd av detta beslutade nämnden om flera åtgärder för budget i balans. Åtgärderna innefattade bland annat: avveckling av kvalitetsavdelningen och omstrukturering av antalet handläggare inom avdelningen för vård och familj. Vi bedömer det angeläget att nämnden följer utvecklingen framgent för att säkerställa en ändamålsenlig uppföljning av utförarnas verksamhet.</p>

Nykvarn den 23 mars 2020

Madeleine Gustafsson
EY

Anders Hellqvist
EY

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Socialchef
- ▶ Jurist/utvecklare
- ▶ Chef för myndighetsutövning LSS,
- ▶ LSS-handläggare,
- ▶ Enhetschef, boende LSS
- ▶ Medarbetare, boende LSS
- ▶ Avdelningschef, Avdelningen för arbete och försörjning (daglig verksamhet)

Dokument:

- ▶ Budget för Nykvarns kommun 2019, antagen av kommunfullmäktige den 20 juni 2018
- ▶ Vård- och omsorgsplan, antagen av kommunfullmäktige den 19 november 2012
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens sammanträdesprotokoll för 2019
- ▶ Kvalitetsuppföljning 2019, LSS-boende
- ▶ Kostnad per brukare – Äldreomsorg och personer med funktionsnedsättning, översyn 2019, Ensolution
- ▶ Vård- och omsorgsplan för Nykvarns kommun
- ▶ Verksamhetsplan 2019, vård- och omsorgsnämnden
- ▶ Internkontrollplan 2019, vård- och omsorgsnämnden
- ▶ Verksamhetsplan 2019, Avdelningen för arbete och försörjning
- ▶ Verksamhetsplan 2019, Avdelningen för särskilt boende
- ▶ Verksamhetsberättelse 2019, Avdelningen för arbete och försörjning
- ▶ Rutin vid hot och våld, 2018-08-10
- ▶ Rutin vid hembesök eller uppdrag utanför arbetsplatsen, 2019-01-18
- ▶ Anvisningar om bistånd enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, 2019-09-16
- ▶ Rutiner för handläggning och dokumentation vid rapportering av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden enligt 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS, 2013-05-29
- ▶ Delegationsordning för vård- och omsorgsnämnden, fastställd av SMN den 18 juni 2007, uppdaterad av vård- och omsorgsnämnden den 30 september 2019.
- ▶ Åtgärdsplan för budget i balans, 4 mars 2019
- ▶ Åtgärdsplan för budget i balans, 27 augusti 2019
- ▶ Åtgärdsplan för budget i balans, 26 november 2019

Bilaga 2: Revisionskriterier

7.1.1. LSS-lagstiftning

Verksamhet som bedrivs med stöd av LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som berörs. Den enskilde ska få möjlighet att leva som andra. Målet för verksamheten bör vara att människor med omfattande funktionshinder ska kunna skapa sig ett värdigt liv, så likt andra människors som möjligt. Insatserna ska vara utformade så att de stärker den enskildes möjlighet att leva ett självständigt och oberoende liv och att delta aktivt i samhällslivet.

Ett kriterium för att få assistansersättning, liksom andra insatser inom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), är att individen tillhör någon av lagens tre personkretsar:

- ▶ *Personkrets 1:* Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
- ▶ *Personkrets 2:* Personer som fått ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- ▶ *Personkrets 3:* Personer som har andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande om de är stora och orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

För att en person ska ha rätt till LSS-insatser är det enligt vår bedömning nödvändigt att följande förutsättningar föreligger:

- ▶ Ansöker om insatsen
- ▶ Omfattas av LSS personkrets
- ▶ Är i behov av stöd från socialtjänsten
- ▶ Har ett behov som inte tillgodoses på annat sätt
- ▶ Är i behov av en insats som återfinns i LSS, dvs. någon av insatserna enligt 9 § LSS.

I LSS-lagstiftningens nionde paragraf beskrivs insatserna för särskilt stöd och service, vilka är:

- ▶ rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder (*Ansvar ligger i detta fall på landstinget*)
- ▶ biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistanstimmar enligt 51 kap. *socialförsäkringsbalken*,
- ▶ ledsagarservice,
- ▶ biträde av kontaktperson,
- ▶ avlösarservice i hemmet,
- ▶ korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
- ▶ korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,
- ▶ boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet,
- ▶ bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna,

- ▶ daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig

Rätten till personlig assistans regleras i två olika lagstiftningar: lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialförsäkringsbalken (2010:110). Personlig assistans enligt LSS handläggs av kommunerna, medan assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken (SFB) handläggs av Försäkringskassan.

Kommunen beslutar om personlig assistans enligt LSS (då de grundläggande behoven inte överstiger 20 timmar per vecka). Överstiger de grundläggande behoven 20 timmar per vecka kan den med funktionsnedsättning ha rätt till assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken, vilket utreds och beslutas av Försäkringskassan.