

Revisionsrapport

Styrning och ledning av LSS-verksamheten

Värmdö kommun

*Lena Brönnert
Projektledare*

*Petra Ribba
Projektmedarbetare*

Mars/2018

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Syfte och revisionsfråga.....	3
1.3. Revisionskriterier	4
1.4. Metod och avgränsning	4
1.5. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	4
2. Kommunens styrning och organisation	6
2.1. Kommunens styrning genom mål och budget	6
2.2. Kommunens organisation av handläggning och insatser enligt LSS.....	6
3. Lex Sarah	9
4. Iakttagelser och bedömningar	10
4.1. Mål.....	10
4.2. Styrning, ledning och uppföljning.....	12
4.3. Uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet.....	14
4.4. Bedömningar mot kontrollmål.....	16
4.5. Rekommendationer.....	17

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Värmdö kommuns förtroendevalda revisorer granskat att vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten. Detta både ur ett kostnadsperspektiv och ett verksamhetsperspektiv samt med en tillräcklig intern kontroll. Granskningen visar att detta till vissa delar sker men flera brister har uppmärksammats.

Det finns tydliga mål som är relevanta för verksamheten. Förankring av målen och därmed styrningen på operativ nivå brister. Målvärden följts inte upp vid delår då flera indikatorer är nationella värden som mäts årsvis. Vi ser uppföljningen som en förutsättning för att en faktisk styrning ska kunna ske.

Det finns en styrning som visar den politiska ambitionen och ett ledningssystem för att ge stöd i myndighetsutövningen. Det finns en form för intern kontroll som fångar risker och visar hur uppföljning ska ske av dessa. Dock framgår inte att nämnden är involverad i detta.

Det finns en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi som inkluderar LSS-verksamhetens olika delar. Styrning genom budget beskrivs som levande på såväl avdelnings- som enhetsnivå. Uppföljningen inkluderar även rutiner för att planera för åtgärder vid avvikelser mot prognos och att ange konsekvenser för dessa.

En utveckling av kvalitetsarbetet har påbörjats i samband med de brister som framkom i Lex Sarah ärendet. Det har inte framkommit att de insatser som finns inom LSS-verksamheten följs upp ur ett övergripande perspektiv för att visa om verksamheten är effektiv och ändamålsenlig.

Mot bakgrund av vad som framkommit vid granskningen ges följande rekommendationer:

- Nämnden bör fastställa en struktur för att övergripande mål förankras och därmed styr på operativ nivå.
- Målvärden bör fastställas så att en prognos blir möjlig vid delår och därmed även åtgärder för att säkerställa en hög måluppfyllelse.
- Nämndens delaktighet i arbete och uppföljning enligt planering för intern kontroll bör synliggöras.
- Utveckling av kvalitetsarbetet bör prioriteras för att följa bland annat socialstyrelsens riktlinjer och för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i LSS verksamheten

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, trädde i kraft 1994 och syftade till att stärka svårt funktionshindrade personers rätt till insatser från samhället. Syftet med lagen är att svårt funktionshindrade personer ska ges stöd att leva ett normaliserat liv samt delta i samhällsgemenskapen. I samband med att lagen trädde i kraft överfördes även ansvaret för omsorgsverksamheten från landstingen till kommunerna. Kostnaderna för insatser med stöd av LSS har för många kommuner ökat kraftigt. Brister i styrning, uppföljning och avsaknad av systematisk analys av orsakerna till de ökade kostnaderna har ofta angivits som en bidragande orsak till kommunens svårigheter att klara ekonomin.

Nämnden som ansvarar för LSS har ett ansvar för att planera framåt för sin verksamhet och för att förse kommunfullmäktige med tillförlitliga underlag för långsiktig planering och ev. prioriteringar. Eftersom LSS är en väsentlig verksamhet som med sin omfattning påverkar invånarna och kommunens ekonomi är det angeläget att det finns en framförhållning i planeringen.

Om inte vård- och omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning och ledning finns en risk att den enskilda brukaren går miste om de insatser denne har rätt till. Det kan leda till en försämrad livssituation/livskvalitet för den enskilde samt ökad belastning/oro för anhöriga. För kommunen leder även eventuella brister i ledning och styrning till ökade kostnader i form av exempelvis högre personalkostnad.

1.2. Syfte och revisionsfråga

Syftet med granskningen är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden bedriver LSS verksamheten på ett ändamålsenligt sätt ur både ett kostnadsperspektiv och ett verksamhetsperspektiv.

- *Säkerställer nämnden en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten på ett ändamålsenligt sätt ur både ett kostnadsperspektiv och ett verksamhetsperspektiv samt med en tillräcklig intern kontroll?*

För att besvara revisionsfrågan ingår följande kontrollfrågor i granskningen:

- Finns det tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen?
- Finns det riktlinjer, rutiner och tillhörande system för hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utförare?
- Finns det en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet?

I uppdraget ingår även en redogörelse över vård- och omsorgs organisation för LSS-verksamheten samt en översiktlig granskning av den lex Sarah anmälan som gjordes av nämnden 2017.

1.3. Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som revisorerna utgår ifrån vid analys och bedömningar. Följande revisionskriterier ligger till grund för granskningsinsatsen:

- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för barn eller ungdom enligt LSS (2012:6)
- Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder (2008:32)
- Nämndens antagna policys och mål inom området

1.4. Metod och avgränsning

Revisionsobjekt är vård- och omsorgsnämnden.

Granskningen utgår från studier och analys av organisation, styrande dokument, verksamhetsstatistik, budget och prognos/bokslut. I granskningen ingår även genomgång av vård- och omsorgsnämndens protokoll avseende år 2016 och 2017.

Intervjuer har genomförts med: sektorchef, avdelningschef vård- och omsorg, avdelningschef biståndsavdelningen, controller, enhetschef biståndsenhet LSS, LSS- handläggare samt enhetschef gruppboende.

Samtliga som intervjuats har getts tillfälle att faktagranska rapporten innan den har redovisats för revisorerna.

Rapporten är kvalitetssäkrad internt inom PwC.

1.5. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

LSS är en rättighetslag som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor, att de får den hjälp de behöver i det dagliga livet och att de kan påverka vilket stöd och vilken service de får. Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra.

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.

1. Rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder
2. Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans¹

¹ Ett personligt utformat stöd som ges till den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sina grundläggande behov. Kommunen är ansvarig för kostnaden för personlig assistans när de grundläggande behoven uppgår till högst 20 timmar per vecka. Finns behov av personlig assistans i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan kan socialförsäkringsbalkens bestämmelser gälla.

3. Ledsagarservice
4. Biträde av kontaktperson
5. Avlösarservice i hemmet
6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
7. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov
8. Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet
9. Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
10. Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig

Lagen är med andra ord ett komplement till andra lagar och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som andra lagar ger. En begäran om stöd och service från en person som ingår i lagens personkrets² bör i första hand prövas enligt LSS om det är en insats som regleras i lagen.

² Lagen gäller för personer med:

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

2. Kommunens styrning och organisation

2.1. Kommunens styrning genom mål och budget

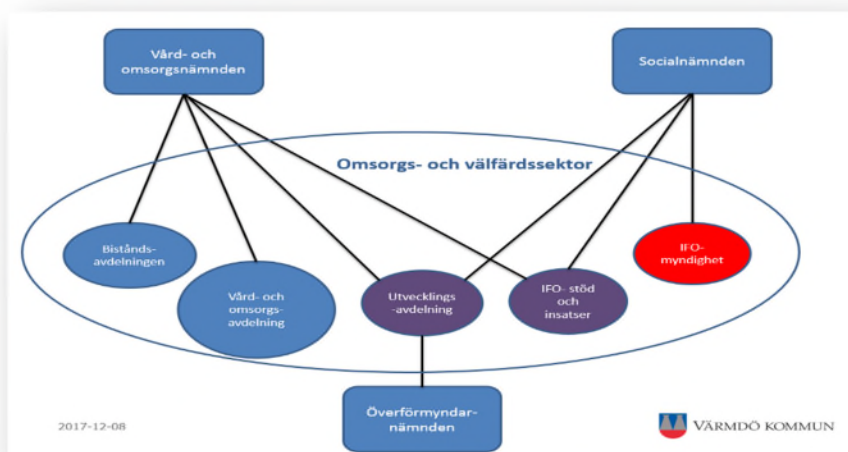
Kommunfullmäktige styr Värmdö kommun långsiktigt genom en vision³ och inriktningsmål som avspeglas i budget⁴. Utifrån dessa fastställer nämnder och styrelse effektmål årligen som ska bidra till att inriktningsmålen uppfylls. Förvaltningen fastlägger indikatorer för att mäta måluppfyllelsen. Till visionen finns ett antal strategier som visar hur kommunen ska gå tillväga för att nå upp till visionen.

Den av fullmäktige beslutade budgeten är en rambudget. Nämnderna ska fastställa en detaljbudget för verksamhetsåret kopplade till effektmål för verksamheten. Respektive nämnd får omdisponera medel inom sitt ansvarsområde om beslutet inte avviker från fullmäktiges beslut.

Nämndernas ansvarar för att uppnå uppsatta mål, utföra givna uppdrag och följa budgetramarna. Såväl mål som medel ska följas upp under löpande budgetår. En samlad uppföljning för kommunen sker dels i delårsrapport (per 30/6) samt i tre budgetuppföljningsprognoser (per 31/3, 30/6 och 30/9) och vid årsbokslut.

2.2. Kommunens organisation av handläggning och insatser enligt LSS

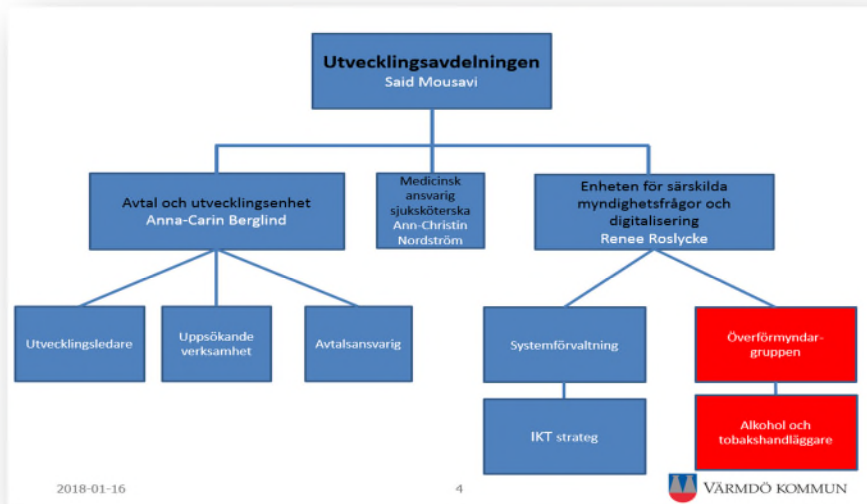
Under vård- och omsorgsnämnden och socialnämnden organiseras **Omsorgs- och välfärdssektorn**. Här finns ansvar för familj- och individomsorg, familjerätt, äldreomsorg, överförmynderi samt för insatser till personer med funktionsnedsättning. Sektorn svarar för myndighetsutövning inom aktuella områden. Vård- och välfärdssektorn leds av en sektorchef som är direkt underställd kommundirektören.



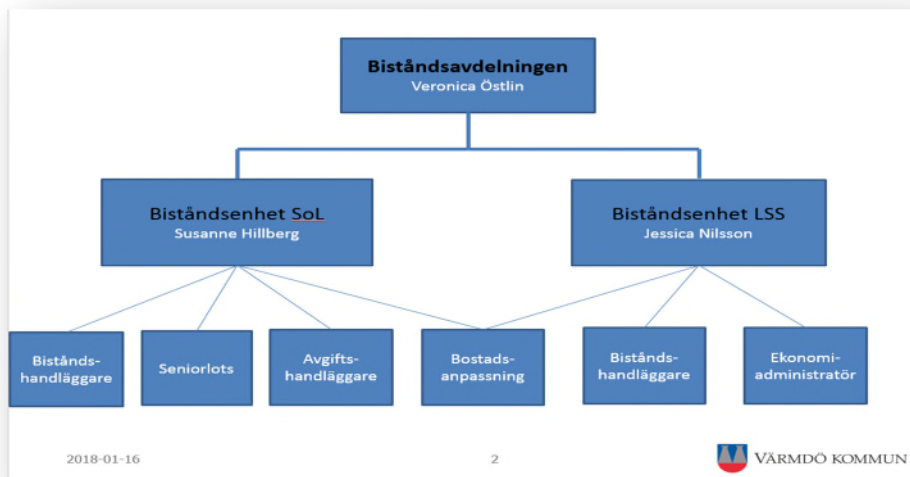
³ Vision Värmdö 2030: *Skärgårdens mötesplats*

⁴ Värmdö kommun. *Budget 2017*. Beslutad i kommunfullmäktige oktober 2016.

Utvecklingsavdelningen ansvarar för stöd och uppföljning och tillsyn inom sektorns ansvarsområden. Detta omfattar prognos och behovsbedömningar, att ta fram kravspecifikationer och avtal, omvärldsbevakning och gemensam verksamhetsutveckling, systemförvaltning mm. Avdelningen leds av en kvalitetschef.



Biståndsavdelningen ansvarar för mottagande, utredning och handläggning samt beslut avseende vård- och omsorgsinsatser för barn, vuxna och äldre. Avdelningen leds av en avdelningschef. Myndighetsutövningen är uppdelad på biståndsenhet SoL och biståndsenhet LSS.



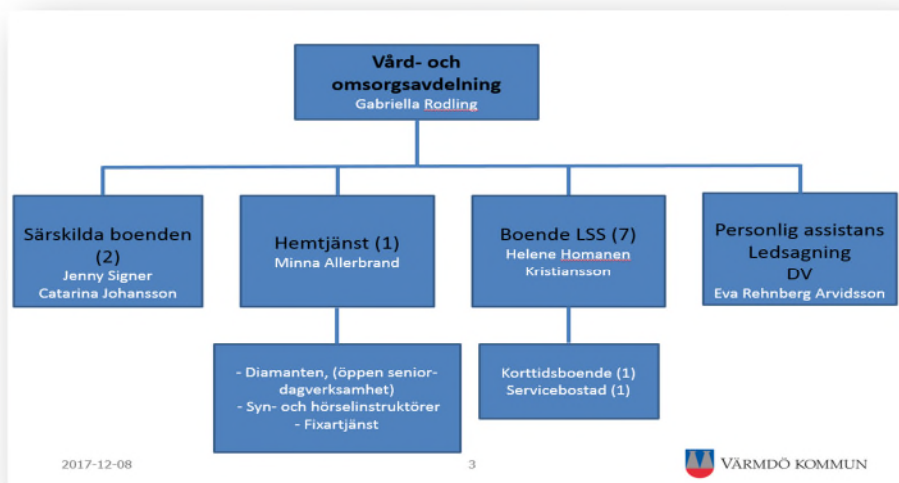
Fem biståndshandläggare arbetar med myndighetsutövning för LSS, varav en tjänst är vakant. På biståndsenheten LSS fattas beslut om SoL pga. brukarens fysiska funktionsnedsättning. Är brukare i behov av insats enligt SoL pga. psykisk funktionsnedsättning är det socialpsykiatrin som utreder och fattar beslut. Brukaren kan vara aktuella och ha pågående insats på både socialpsykiatrin och biståndsenheten LSS. Om insats beslutats inom vård- och omsorgsnämnden eller socialnämnden och det uppstår nya behov för bru-

karen får ärendet "ligga kvar" för att undvika att brukarens insatser handläggs på flera ställen. En brukare med LSS-insats som har behov av SoL-insats lämnas inte över till Biståndsenheten SoL utan stannar kvar och SoL-ansökan handläggs av handläggare på Biståndsenheten LSS.

Ärenden inkommer till biståndshandläggarna via ansökningar från brukarna. Två av LSS handläggarna har delegation att fatta beslut enligt LSS. Enligt statistik från verksamheten fattades 477 beslut enligt inom LSS år 2017 varav 381 avsåg bifall och 96 var avslag.

Vård- och omsorgsavdelningen utför det stöd och den service som ges till personer med behov av hemtjänst, särskilt boende, dagverksamhet, personlig assistans, sysselsättning mm samt öppen verksamhet. Avdelningen leds av en vård- och omsorgschef. Vid intervjuer framkommer att samtliga enhetschefer på avdelningen är nytillsatta.

Beslut enligt LSS verkställs inom enheterna "boende LSS" och "personlig assistans, ledsagning och daglig verksamhet". Vid tillfället för granskningen fanns 215 unika LSS individer med totalt 337 beviljade insatser enligt statistik från verksamheten.



Enheten "boende LSS" har nio verksamheter: sju gruppboendestäder, ett korttidshem och en servicebostad. Det finns tre gruppchefer, två samordnare och omkring 70 heltidsanställda i verksamheten samt ett trettiotal timanställda. Varje gruppchef har ekonomi-, verksamhet-, och personalansvar för sina respektive verksamheter. Enheten "personlig assistans, ledsagning och daglig verksamhet" har en enhetschef och en daglig verksamhet med 34 platser.

Majoriteten av insatserna inom LSS utförs i egen regi. Insatserna ledsagning, kontaktperson och avlösning finns enbart i egen regi. Insatsen boende för barn och ungdomar upphandlas externt för individen när behov uppstår.

3. *Lex Sarah*

Bestämmelser om lex Sarah finns i socialtjänstlagen och LSS samt i socialstyrelsens föreskrifter⁵. Bestämmelser medför en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden där syftet är att verksamheten ska utvecklas, att missförhållanden ska rättas till samt att förhindra att missförhållande uppkommer igen.

Vård- och omsorgsnämnden gjorde en lex Sarah anmälan till IVO⁶ i oktober 2017. Anmälan baseras på att ett flertal beslut löpt ut i tid utan att nytt beslut har fattats, att ansökningar har inkommit utan att utredning gjorts samt att ett flertal ärenden inte går att följa i journalanteckningarna. Händelserna hänförs till våren 2017.

Den interna utredningen⁷ visar att för den enskilde har konsekvenserna blivit bristfällig och i vissa fall avsaknad av dokumentation i ärenden, avsaknad av formella beslut och i tre fall uteblivna insatser för att ansökningarna inte behandlats.

Nämndens utredare konstaterade att rutiner för handläggning finns dokumenterade men har inte följts. Veckovisa handläggarmöten sker med enhetschef vilket har gett handläggaren möjlighet att signalera att hen inte klarat av sitt arbete, hen har även haft återkommande enskilda avstämningssamtal med enhetschef gällande sina pågående ärenden. Vid den interna kollegiala granskningen genom stickprov har handläggarens bristande arbetsinsats inte upptäckts.

För att förhindra att liknande missförhållande uppstår har genomgång av rutiner skett. Enheten har gjort en översyn och förtydliganden av rutinerna. Diskussioner förs inom enheten att införa en gemensam registreringsfunktion för inkomna ansökningar. Det har tagits fram ett samlingsdokument för interna kvalitets- och ledningssystem avseende handlägningsprocessen med kopplingar till befintliga mallar och rutinbeskrivningar för att förenkla överblicken för handläggarna. Den handläggare som enligt den interna utredningen misskött sina åtaganden har avskedats.

IVO bedömde i beslut 2017-12-20⁸ att avsluta ärendet och att inte vidta ytterligare åtgärder. IVO bedömer att nämnden har identifierat orsaker till det inträffade och vidtagit eller planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar.

⁵ 14 kap 3–7 §§ och 7 kap 6§ SoL respektive 24 b-g §§ och 23 e LSS samt SOSFS 2011:5

⁶ Inspektionen för vård och omsorg

⁷ Värmdö kommun: Biståndsavdelningen funktionshinder. 2017-08-31. Dnr DF26358

⁸ IVO: *Beslut 2017-12-20*. Dnr 8.1 2-37608/2017-4.

4. Iakttagelser och bedömningar

4.1. Mål

Kontrollmål 1

”Finns det tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen?”

Vård- och omsorgsnämnden antog vid sammanträdet 2017-06-20 ett antal effektmål för 2017 med tillhörande indikatorer och målvärden. Effektmålen och indikatorerna baseras på 2016 års effektmål och indikatorer med ett tillägg om ett nytt effektmål.

Utav nämndens beslutade effektmål ser vi att nedanstående effektmål är relevanta för LSS-verksamheten:

Effektmål	Indikatorer
Insatser ska ges på sådant sätt att den enskildes delaktighet främjas och att den egna förmågan utvecklas eller tillvaratas	<ul style="list-style-type: none"> - Personal tar hänsyn till brukarens egna åsikter och önskemål. <i>Målvärde 80 %</i> - Personal främjar att brukarens egna färdigheter tas tillvara. <i>Målvärde 85 %</i> - Myndighetsbeställningar och genomförandeplaner innehåller brukarens egna färdigheter samt egna önskemål. <i>Målvärde: 100 %</i>
Omsorgen och vården ska präglas av hög kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> - Sammantaget nöjd med bistånd/insats. <i>Målvärde 85 %</i> - Andel personal som har rätt kompetens för att utföra sina uppdrag på ett kvalitativt sätt. <i>Målvärde 100 %</i> - Synpunkter och klagomål från brukarna uppmärksammas och framförs av personal. <i>Målvärde 70 %</i>
Den enskilde och anhöriga ska ges ett gott och professionellt bemötande	<ul style="list-style-type: none"> - Brukare får bra bemötande från personal. <i>Målvärde 95 %</i> - Brukare känner förtroende för personal. <i>Målvärde 85 %</i> - Det finns ett fungerande samarbete mellan anhöriga och verksamhetspersonal. <i>Målvärde 87 %</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - Brukare upplever ett gott bemötande från biståndshandläggare/LSS handläggare. <i>Målvärde sätts inför 2018</i> - Brukare upplever att de har fått den information de behöver. <i>Målvärde sätts inför 2018</i>
Den enskilde ska ha kännedom om och tillgång till förebyggande insatser	<ul style="list-style-type: none"> - Beskrivning av de förbyggande insatserna som nämnden tillhandahåller samt statistik över hur många brukare som använder insatserna.
Insatser ska följas upp	<ul style="list-style-type: none"> - Myndighet följer upp sina beslut. <i>Målvärde 100 %</i> - Utföraren följer upp insatserna. <i>Målvärde 100 %</i>
NYTT EFFEKTMÅL. De enskilda som är aktuella för insatser inom LSS ska ha kännedom om och tillgång till fritidsaktiviteter. De enskildas möjligheter för arbete och praktik ska främjas	<ul style="list-style-type: none"> - NY INDIKATOR. Beskrivning av de insatserna som nämnden tillhandahåller samt statistik över hur många brukare som använder insatserna. <p>Nämnden valde att inte fatta beslut om målvärde för den nya indikatorn som inte tidigare använts utan valde att se den första mätningen som ett riktmärke för styrning kommande år.</p>

Enligt genomförda intervjuer finns en osäkerhet på vilka effektmål som riktas mot den egna verksamheten. Det har inte framkommit att effektmålen har omvandlats till verksamhetsmål. Det råder delade meningar i intervjuerna huruvida effektmålen är levande eller inte. Det sker inget strukturerat arbete kring målstyrningen på enhetsnivå.

Måluppföljning i delårsrapport 2017 visar att flertalet indikatorerna följs upp vid mätning en gång om året och då genom nationell statistik. Här redovisas även uppföljning av uppdrag. Ett av dessa, vilket är relevant för LSS-verksamheten gäller ansökan om kollo där endast en ansökan inkommit vilken "godkänts"

De genomförda intervjuerna påvisar en osäkerhet avseende uppföljning av effektmålen. Det är oklart vem som ska följa upp målen och på vilken nivå det ska göras, om uppföljning ska ske på enhets- eller avdelningsnivå. Det efterfrågas direktiv på hur verksamheterna ska arbeta med målen. Uppföljning ska göras i verksamhetssystemet Stratsys. Uppföljningen av målstyrning ska enligt intervjuerna redovisas till nämnden vid hel- och delårsuppföljningen. Utvecklingsavdelningen ansvarar för uppföljning av målvärdena för de beslutade effektmålen. Målvärden följs upp genom ex, KKiK samt brukarundersökningar.

4.1.1. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är delvis uppfyllt. Det finns mål som är relevanta för verksamheten och som bedöms som tydliga. Förankring av målen och styrningen utifrån dessa på operativ nivå brister. I granskningen har inte framkommit att målvärdena följts upp vid delårsrapport, i enlighet med styrmodellen. Detta då flera indikatorer hänförs till nationella värden som mäts årsvis. Detta bör åtgärdas.

Vi ser uppföljningen som en förutsättning för att en faktisk styrning ska kunna ske och rekommenderar nämnden att efterfråga en beskrivning hur verksamheten arbetar för att nå målsättningarna vid delår vilket bör ge en prognos för måluppfyllelse.

4.2. Styrning, ledning och uppföljning

Kontrollmål 2

”Finns det riktlinjer, rutiner och tillhörande system för hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utförare?”

4.2.1. Styrande dokument

Det finns flertalet styrande dokument för LSS-verksamheten. Utöver de av nämnden fastställda dokumenten finns verksamheternas framtagna rutiner. Några av de styrande dokumenten som kan nämnas är:

Delegationsordning för vård- och omsorgsnämnden⁹. Reglerar allmänna ärende, ekonomiska ärenden såsom ramavtal, upphandling och lokaler, hälso- och sjukvård, Lex Sarah, biståndshandläggning enligt SoL, biståndshandläggning enligt LSS samt bostadsanpassningsbidrag.

Detaljbudget vård- och omsorgsnämnden 2017¹⁰. Visar nämndens ansvarsområden, styrmodellen, driftbudget, de ovan givna effektmålen samt hur uppföljning ska ske. I en upphandlingsplan framkommer att boende enligt LSS ska upphandlas under året med ikraftträdande 2018 – 2019.

Riktlinjer som stöd för handläggning enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS¹¹. Ett styrande dokument för handläggarna i arbetet med rättssäker och likvärdig utredning och behovsbedömning med utgångspunkt från lagen om LSS. I riktlinjerna framgår att Socialstyrelsens föreskrift om handläggning och dokumentation SOSFS 2014:5 ska följas gällande dokumentation och handläggning.

Kvalitetsledningssystem LSS - handlägningsprocessen. Ett kvalitetsledningssystem där flödesschema har kartlagts över handlägningsprocessen. Varje aktivitet länkar till rutiner och blanketter. Av dokumentet framgår inte vem som beslutat om denna styrning eller när dokumentet tagits fram.

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan, 2017. Internkontrollplanen inkluderar målområden som uppfattas som relevanta för LSS-verksamheten. Dessa är ”ekonomisk uppföljning”, ”avvikelsehantering” samt ”rättssäker biståndshandläggning utifrån gällande lagstiftning samt att fattade beslut inom bistånd SoL och LSS genomförs utifrån beställd insats likställighet” med som målområden. Här framgår att en riskanalys

⁹ Beslutad av vård- och omsorgsnämnden 2016-09-13

¹⁰ Beslutad av vård och omsorgsnämnden 2016-12-13

¹¹ Beslutad av vård-och omsorgsnämnden 2017-03-14

är grund för planen, kontrollmoment, kontrollmetod, hur ofta kontroller ska göras och vem som är ansvarig. Inte heller här kan vi utläsa att nämnden fattat beslut att anta planen.

Av genomförda intervjuer framkommer en uppfattning om att det varit en bristande styrning inom kommunens LSS-verksamhet och där orsaker anges som bristande struktur, kompetens och budgetansvar. I intervjuerna beskrivs även att kvaliteten varit eftersatt i verksamheten. Det har även funnits stora kommunikationsbrister och bristande diskussioner i nämnden om konsekvenser i samband med åtgärdsplaner.

Riktlinjerna för handläggningen inom LSS uppges enligt intervjuerna visa den politiska ambitionen. För att kontrollera följsamheten till riktlinjerna och rutiner i kvalitetsledningssystemet genomför biståndsenheten aktgranskning, enskilda avstämningar med handläggare samt gruppmöten två gånger/veckan, varav ärendedragning vid ett tillfälle. Vid aktgranskningen kontrolleras att beslutsformuleringen är riktig, att bedömningen är begriplig för den enskilde, att utredningen innehåller målformuleringar, att beslutet är tidsbestämt, att det finns en genomförandeplan som överensstämmer med beställningen samt att individuppföljning ska ha genomförts vid minst ett tillfälle under året, för barnärende två gånger om året enligt riktlinjerna. Utifrån barnperspektivet ska det av utredningen framgå om handläggaren träffat barnet och om barnet fått komma till tals. Eventuella brister vid aktgranskning återrapporteras bland annat på arbetsplatsträffar. Enhetschef gör även stickprov på 4-5 ärenden, utifrån handläggarnas journalanteckningar i samband med medarbetarsamtal.

Ett arbete har påbörjats för att tydliggöra hur verksamhetens kvalitet fortlöpande ska följas upp. De styrande dokument vi tagit del av visar inte tydligt hur uppföljning ska ske inom de enheter som utför LSS-insatserna, dvs. övergripande bedöma i vilken utsträckning som insatserna är effektiva utifrån målen för verksamheten.

Nytt för i år är att utvecklingsenheten ska skriva en kvalitetsberättelse för LSS-området. Den beräknas antas i april 2018.

4.2.2. Bedömning

Det finns en styrning som visar den politiska ambitionen och ett ledningssystem för att ge stöd i myndighetsutövningen. Myndighetsutövningen stöds i nuläget av rutiner för en tydlig uppföljning och kontroll av arbetet. Detta bedöms som tillfredsställande

Det finns en form för intern kontroll som fångar risker och tydligt visar hur detta ska följas upp, samt när och av vem. Här framgår dock inte att nämnden en involverad i dessa rutiner. Det bör tydliggöras då detta är nämndens verktyg för att, tillsammans med mål- och budgetstyrningen, utöva en intern kontroll av verksamheten.

Det har inte framkommit att de insatser som finns inom LSS-verksamheten följs upp ur ett övergripande perspektiv för att visa om verksamheten är effektiv och ändamålsenlig.

4.3. Uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet

Kontrollmål 3

”Finns det strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet?”

Nämnden följer verksamheternas ekonomi genom månadsrapporter, kvartalsvisa budgetuppföljningar, (BUP-rapporter) samt delårs- och helårsuppföljningar.

I samband med granskningen har vi tagit del av nämndens uppföljning för perioden januari till november 2017. Av månadsrapporten framgår att nämnden tar del av nämndens resultaträkning med tillhörande kommentarer om intäkter och kostnader samt personalkostnader med diagram för att tydliggöra trender. Därutöver tar nämnden del av resultat per verksamhet i form av en övergripande tabell med en helårsprognos enligt trafikljusmodellen (se nedan). Varje verksamhet kommenterar därutöver avvikelser till budget. I månadsrapporten har gruppboende LSS angett åtgärd till avvikelserna med pågående schemaöversyn för att öka effektiviteten och anpassa bemanningen efter verksamhetens behov.

Resultat per verksamhet	Ack utfyll		Ack avv	Budget	Prognos	Avv. Status helår	
	Ack budget	Ack budget		2017	2017	Bud/Prog	(%)
Biståndsavdelningen	384,1	388,3	4,2	423,4	419,4	4,0	0,9%
Bistånd SoL	251,9	249,7	-2,2	272,3	274,5	-2,2	-0,8%
Bistånd LSS	132,1	138,5	6,4	151,1	144,9	6,2	4,1%
Vård- och omsorgsavdelningen	23,1	0,0	-23,1	0,0	25,0	-25,0	-9,8%
Gruppboende LSS	3,5	0,0	-3,5	0,0	3,3	-3,3	-8,4%
Assistans och sysselsättning	1,6	0,0	-1,6	0,0	2,3	-2,3	-3,5%
Särskilt boende	6,9	0,0	-6,9	0,0	6,2	-6,2	-7,0%
Hemtjänst	11,3	0,0	-11,3	0,0	13,0	-13,0	-25,0%
Dagverksamhet äldre	0,3	0,0	-0,3	0,0	0,2	-0,2	-2,7%
Ledning VOA	-0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0%
IFO Stöd och insatser	1,9	0,0	-1,9	0,0	2,2	-2,2	-15,8%
Ledning och kvalitet	13,2	13,7	0,5	14,9	14,9	0,0	0,0%
Politisk ledning	0,7	0,7	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0%
Summa VON totalt	423,0	402,7	-20,3	439,1	462,3	-23,2	

Procentuell avvikelse myndighet avvikelse/nettobudgeten
 Procentuell avvikelse utförare: avvikelse/kostnadsbudgeten
 Prognos 2017 = helårsprognos lagd i BUP3

■	Positiv eller negativ avvikelse < 2 %
■	Negativ avvikelse ≥ 2 - < 4 %
■	Negativ avvikelse ≥ 4 %

I kvartalsrapporterna (BUP-rapport) ges en prognos för resterande delen av året samt åtgärdsplan för att nå budget i balans uppdelat per verksamhet. BUP 2 utgör nämndens delårsrapport för 2017. Enligt intervjuerna kompletteras den ordinarie BUP-rapporten i

BUP 2 och 4 med en redogörelse för viktiga händelser under året, utmaningar samt mål och uppdrag.

Samtliga enheter har månadsvis uppföljning av ekonomi. Biståndsenhetens uppföljning inkluderar analys av avvikelser. Inom vård- och omsorgsavdelningen, dvs. de enheter där LSS- insatserna utförs, genomförs två uppföljningsmöten per månad, ett möte med enhetschef, gruppchef och ekonom och ett möte med avdelningschef, enhetschef, ekonom och controller. På det sistnämnda mötet görs även uppföljning av prognos, nyckel samt eventuell åtgärdsplan. Vid intervjuerna uppges att ett arbete sker för att hitta en förståelse och systematik för uppföljning av budget och ekonomi. Chefsutbildning och tydliggörandet av ansvar är insatser för detta. Under 2017 har samtliga enhetschefer genomfört utbildningar i verksamhetssystemet Qlickview/Qlicksense, som är ett stöd i detta.

Utöver de månadsvisa uppföljningarna uppges det ske kontinuerliga diskussioner om resurseffektivitet kring budget och ekonomi på ledningsgruppsmöten var tredje vecka. Enhetschef följer kontinuerligt ekonomi, gör prognoser, tar fram nyckeltal mm. Enligt intervjuer efterfrågar nämnden nyckeltal kring ekonomi i samband med månadsuppföljningarna. I samband med framtagandet av BUP-rapporterna genomförs workshops som ett stöd till cheferna i sitt arbete med analyser.

Enligt genomförda intervjuer visar vård- och omsorgsnämnden ett ekonomiskt underskott på utförarsidan där personalkostnaderna uppges stå för nästan hela underskottet. Biståndsenhetens ekonomi är i balans. Vid avdelningschefens tillträde sommaren 2015 såg man över samtliga biståndsbeslut och individavtal på externa platser vilket gav effekt.

Vid intervjuer framkommer att nämnden tagit nytt grepp gällande verksamheternas åtgärdsplaner med anledning av ekonomiska avvikelser. Tidigare har verksamheterna enbart kommenterat de angivna åtgärderna utan att ange den ekonomiska effekten av åtgärden, numera beloppssätts även åtgärden samt följs upp månadsvis. Vi har tagit del av vård- och omsorgsavdelningens åtgärdsplan för ekonomi i balans per sista september. I åtgärdsplanen framgår verksamhetens aktivitet/åtgärder, belopp för besparingen hittills och kommentar till resultatet samt helårets beräknade effekt. För Boende LSS framgår aktiviteterna/åtgärderna: schemaöversyn utifrån verksamhetsbehov, nya rutiner vid sjukfrånvaro samt att sänka kostnader för övertid. Tillsammans var besparingen 400 tkr per sista september för samtliga tre åtgärderna med en beräknad effekt om 1 094 tkr per sista december.

I nämndens detaljbudget framgår att nämnden inom ramen för de förbättringsarbeten som pågått inom LSS-området avsatt 8 mnkr för 2017 för att utveckla villkoren för allas behov av fritidsaktiviteter, arbete och praktik. Dessa medel har enligt intervjuerna inte används.

Nämndens styrning av kvalitet uppges ske genom den interna kontrollen. Enligt intervjuer har utvecklingsenheten en insamlade roll för den sammanställningen. De intervjuade uppges att det inte har tagit del av uppföljning av internkontrollplanen. Delårsuppföljningen visar en sammanställning av synpunkter/klagomål, där tre av totalt 49 ärenden rör LSS verksamheten. Dessa kommenteras inte ytterligare.

Under hösten 2017 påbörjades ett övergripande arbete med ledningssystem för kvalitetsledningsarbetet och styrning inom verksamheten. Detta innebär bland annat en ambition att samla och förtydliga rutiner för styrning och kvalitetsarbete. Arbetet initierades även av de brister som framkom vid den beskrivna Lex Sarah utredningen¹².

4.3.1. Bedömning

Det finns en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi som inkluderar LSS verksamhetens olika delar. Styrning genom budget beskrivs som levande på såväl avdelnings- som enhetsnivå.

En utveckling av kvalitetsarbetet har påbörjats i samband med de brister som framkom i Lex Sarah ärendet. I dag finns rutiner för uppföljningen och för att planera för åtgärder vid avvikelser och att ange konsekvenser för dessa. Utvecklingsarbetet bör prioriteras för att följa bland annat Socialstyrelsens riktlinjer¹³ och för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i LSS-verksamheten.

4.4. Bedömningar mot kontrollmål

Kontrollmål	Kommentar
<i>Finns det tydliga mål som är kända och tillämpas i organisationen?</i>	Delvis uppfyllt Det finns mål som relevanta för verksamheten som bedöms som tydliga. Dock brister förankring av målen och styrningen på operativ nivå. Målvärden mäts i flera fall endast på årsbasis varför eventuella avvikelser inte uppmärksammas.
<i>Finns det riktlinjer, rutiner och tillhörande system för hur styrning, ledning och uppföljning ska fungera i samtliga led från nämnden till utförare?</i>	Delvis uppfyllt Det finns en styrning som visar den politiska ambitionen och ett ledningssystem för att ge stöd i myndighetsutövningen, vilken i dag följs av rutiner för en tydlig uppföljning och kontroll. Detta bedöms som tillfredsställande Struktur för intern kontroll fångar risker och visar hur uppföljning ska ske. Dock framgår inte att nämnden involveras. Detta bör tydliggöras. Det har inte framkommit att de insatser som finns inom LSS verksamheten övergripande följs och som visar i vilken grad verksamheten är effektiv och ändamålsenlig.
<i>Finns det en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet?</i>	Delvis uppfyllt Det finns en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och som inkluderar LSS verk-

¹² Värmdö kommun: Biståndsavdelningen funktionshinder. 2017-08-31. Dnr DF26358

¹³ SOSFS 2011:9: Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna ård om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

samhetens olika delar.

En utveckling av kvalitetsarbetet har påbörjats i samband med de brister som framkom i Lex Sarah ärendet, vilket bör prioriteras.

4.5. Rekommendationer

- Nämnden bör fastställa en struktur för att övergripande mål förankras och därmed styr på operativ nivå.
- Målvärden bör fastställas så att en prognos blir möjlig vid delår och därmed även åtgärder för säkerställa en hög måluppfyllelse.
- Nämndens delaktighet i arbete och uppföljning enligt planering för intern kontroll bör synliggöras.
- Utveckling av kvalitetsarbetet bör prioriteras för att följa bland annat Socialstyrelsens riktlinjer och för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i LSS-verksamheten.

2018-03-05



Anders Hägg

Uppdragsledare

Lena Brönnert

Projektledare