

# Granskning av styrning och ledning av handläggning inom LSS-verksamheten

**Botkyrka kommun**

Juni 2024

*Malou Olsson, projektledare*

*Sofie Plomér Sundqvist, projektmedarbetare*

*Karin Magnusson, certifierad kommunal revisor*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Botkyrka kommun genomfört en granskning av styrning och ledning inom LSS-verksamheten. Granskningens syfte är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställer att LSS-verksamheten bedrivs med tillräcklig styrning och intern kontroll.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att vård- och omsorgsnämnden **inte helt** säkerställer att LSS-verksamheten bedrivs med tillräcklig styrning och intern kontroll.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

| Revisionsfrågor                                                                                                                                 | Bedömning |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Säkerställer vård- och omsorgsnämnden att det finns dokumenterade rutiner som är kända och tillämpas för handläggning inom LSS-verksamheten? | Delvis    |    |
| 2. Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en strukturerad uppföljning och styrning av verksamhet och ekonomi avseende LSS-verksamheten?          | Ja        |  |
| 3. Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig och rättssäker handläggning inom LSS-verksamheten?                                    | Nej       |  |

## Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- Säkerställ att styrande och stödjande dokument för handläggning inom LSS-verksamheten revideras och implementeras i verksamheten för att säkerställa en ändamålsenlig och rättssäker handläggning.
- Säkerställ att åtgärdsplaner tas fram och följs upp av vård- och omsorgsförvaltningen samt att uppföljningen delges nämnden för att tydliggöra eventuella behov av åtgärder.
- Säkerställ att nämndens rapportering av ej verkställda beslut översänds till kommunens revisorer i enlighet med gällande lagstiftning. Detta som ett led i att stärka nämndens internkontrollarbete.

# Innehållsförteckning

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Sammanfattning</b>                                           | <b>1</b>  |
| <b>Inledning</b>                                                | <b>3</b>  |
| <b>Bakgrund</b>                                                 | <b>3</b>  |
| <b>Syfte och revisionsfrågor</b>                                | <b>3</b>  |
| <b>Revisionskriterier</b>                                       | <b>4</b>  |
| <b>Avgränsning</b>                                              | <b>4</b>  |
| <b>Metod</b>                                                    | <b>4</b>  |
| <b>Granskningsresultat</b>                                      | <b>6</b>  |
| <b>Rutiner kring handläggning</b>                               | <b>6</b>  |
| <b>lakttagelser</b>                                             | <b>6</b>  |
| <b>Bedömning</b>                                                | <b>8</b>  |
| <b>Styrning och uppföljning avseende verksamhet och ekonomi</b> | <b>9</b>  |
| <b>lakttagelser</b>                                             | <b>9</b>  |
| <b>Bedömning</b>                                                | <b>12</b> |
| <b>Ändamålsenlig och rättssäker handläggning</b>                | <b>12</b> |
| <b>lakttagelser</b>                                             | <b>13</b> |
| <b>Bedömning</b>                                                | <b>15</b> |
| <b>Samlad bedömning</b>                                         | <b>17</b> |
| <b>Rekommendationer</b>                                         | <b>17</b> |
| <b>Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor</b>       | <b>18</b> |

# Inledning

## Bakgrund

Enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har personer med funktionsnedsättning rätt till stöd och service i form av olika insatser för att leva ett så gott och självständigt liv som möjligt. Den enskilde skall genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor och insatserna skall anpassas utifrån den enskildes individuella behov. Utifrån att LSS-lagstiftningen är en rättighetslag medför det krav på kommunen att bedöma, besluta och genomföra insatser till de personer som omfattas på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. För att detta ska fungera behöver LSS-verksamheten kontinuerligt planeras, ledas, kontrolleras, följas upp och utvärderas.

Enligt Socialstyrelsens redovisade statistik hade 77 500 personer den 1 oktober 2022 minst en insats enligt lagen och stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Antalet personer som har fått insatser har ökat med 20 700 sedan år 2007. Utifrån denna utveckling är det av vikt att kommunen säkerställer att individens individuella behov och goda levnadsvillkor tillgodoses.

Enligt IVO:s statistik avseende ej verkställda beslut i riket har dessa ökat mellan 2022 och 2023. Insatser som inte har kunnat verkställas avser bland annat daglig verksamhet, bostad för vuxna och kontaktperson. Om inte nämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av handläggningen inom berörd verksamhet finns det risk för en rättsosäker bedömning för den enskilde. För kommunen kan eventuella brister i ledning och styrning och intern kontroll av handläggningen även leda till ökade kostnader i form av exempelvis vite.

Revisorerna i Botkyrka kommun ser i sin risk- och väsentlighetsbedömning att styrning och ledning inom myndighetens handläggning avseende funktionsnedsättning (LSS) är en viktig process att granska.

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställer att LSS-verksamheten bedrivs med tillräcklig styrning och intern kontroll.

Följande revisionsfrågor ämnas att besvaras:

1. Säkerställer vård- och omsorgsnämnden att det finns dokumenterade rutiner som är kända och tillämpas för handläggning inom LSS-verksamheten?
2. Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en strukturerad uppföljning och styrning av verksamhet och ekonomi avseende LSS-verksamheten?
3. Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig och rättssäker handläggning inom LSS-verksamheten?

## Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar. Granskningen genomförs med utgångspunkt huvudsakligen i nedanstående revisionskriterier:

- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för barn och ungdom enligt LSS (SOSFS 2012:6).
- Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder (SOSFS 2008:32).

## Avgränsning

Granskningen avser handläggning inom funktionshinder med fokus på LSS.

## Metod

Granskningen har genomförts via en genomgång av relevanta styrande och stödjande dokument, vård- och omsorgsnämndens protokoll för perioden februari 2023 - april 2024 samt relevant statistik inom området. Därtill har en genomgång gjorts av resultatet från genomförda egenkontroller samt åtgärder vidtagna utifrån dessa.

Tio slumpvis utvalda stickprov inom berört område har även analyserats för att säkerställa följsamhet till lokala riktlinjer rörande dokumentation.

Därtill har digitala intervjuer genomförts med:

- Vård- och omsorgsdirektör
- Kvalitetschef
- Myndighetschef
- Verksamhetschef för LSS-verksamheten
- Ett urval av LSS-handläggare

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Rapporten är kvalitetssäkrad av Karin Magnusson i enlighet med PwC:s interna riktlinjer för kvalitetssäkring.

# Organisation

I vård- och omsorgsnämndens reglemente (antaget av kommunfullmäktige 2022-12-15 § 144) framgår att nämnden fullgör kommunens uppgifter enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Nämnden ansvarar för och leder arbetet som utförs av vård- och omsorgsförvaltningen. Förvaltningen leds av en vård- och omsorgsdirektör som tillsammans med förvaltningsledningen även leder det systematiska kvalitetsarbetet.

I den centrala förvaltningen ingår olika stöd och specialistfunktioner inom systematiskt miljö- och kvalitetsarbete, arbetsmiljö, ekonomi, ledningssystem och processer, statistik, systemförvaltning/systemutveckling, säkerhet, jämställdhet, digital utveckling och lokalbehovsplanering. I förvaltningen finns det även en kvalitets- och utredningsenhet som arbetar på ett förvaltningsövergripande plan med att kvalitetssäkra verksamheten genom bland annat planering och uppföljning av verksamhetsplaner, internkontroller och verksamhetsuppföljningar. Enheten leds av en kvalitetschef och består i dagsläget av 19 personer. Av dessa tillhör sju personer kvalitetsteamet som bland annat arbetar med att följa upp verksamhetsprocesser. I det här teamet ingår två medicinskt ansvariga sjuksköterskor och fem utvecklingsledare. Som ett led i dessa uppföljningar har även kvalitetschefen delegation på att genomföra Lex Sarah anmälningar.

Vård- och omsorgsdirektören har även en ledningsgrupp där bland annat omsorgschefen ingår som ansvarar för utförandet inom förvaltningen. Det finns även en myndighetschef som svarar för den övergripande myndighetsverksamheten inom förvaltningen samt en verksamhetschef för LSS-verksamheten.

I Botkyrka kommun består handläggningsgruppen inom LSS av 17-18 personer där vissa är anställda på 100 %, andra på 25 % eller 50 %. Gruppen är vidare uppdelad utifrån om de handlägger i huvudsak barnärenden eller vuxenärenden (25-66 år) men varje handläggare kan handlägga respektive ärendetyp. Gruppen sitter organisatoriskt på samma enhet som handläggarna inom äldreomsorgen. Som stöd finns det även en sektionsledare som biträder verksamhetschefen och hjälper handläggarna i det operativa arbetet. Inom myndighetsverksamheten ska det även tillkomma en ny verksamhetsutvecklare som kommer tillträda funktionen i maj 2024 samt att förvaltningsledningen har fattat beslut om att utöka antalet sektionsledare framöver. I samband med sakgranskningen framkommer att tjänsten som verksamhetsutvecklare funnits inom enheten under flera år men att tjänsten varit vakant under perioden mars till maj 2024.

I Botkyrka kommun används Individens behov i centrum (IBIC) som arbetsmetod vid utredning och utförande av insatser i individärenden. IBIC är ett stöd för att identifiera och beskriva individens behov, resurser, mål och resultat samt dokumentera med gemensamt språk i hela processen från ansökan, utredning, utförande till uppföljning.

# Granskningsresultat

## Rutiner kring handläggning

*Revisionsfråga 1: Säkerställer vård- och omsorgsnämnden att det finns dokumenterade rutiner som är kända och tillämpas för handläggning inom LSS-verksamheten?*

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framhålls att den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten, som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Dessutom ska de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet identifieras, beskrivas och fastställas. I SOSFS ställs även krav på att verksamheten ska ha dokumenterade rutiner för handläggning av ärenden. Rutinerna ska beskriva hur ärenden ska hanteras, vilka rutiner och processer som ska följas, samt vilka bedömningar och beslut som ska göras. Rutinerna ska vara kända och tillgängliga för personalen och säkerställa att handläggningen sker på ett enhetligt och rättssäkert sätt.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder (SOSFS 2008:32) bör den personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder ha socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning. Socialtjänstlagens (2001:453) 3 kap. § 3a ställer även krav på att handläggare som arbetar med utredningar av barn och unga ska ha en socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan.

## *lakttagelser*

### **Styrande och stödjande dokument för handläggningsprocessen**

Vård- och omsorgsnämnden fastställde 2023-03-20 § 21 riktlinjer för handläggning enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Riktlinjerna har till syfte att säkerställa en rättssäkerhet och likabehandling när det gäller bedömning och tillgång till de insatser som ska erbjudas från kommunen. Riktlinjerna ska även ge handläggaren stöd och vägledning i arbetet med individuella behovsbedömningar samt ge medborgare och förtroendevalda insyn i handläggningsprocessen och aktuell lagstiftning.

Riktlinjerna innehåller bland annat beskrivningar av gällande lagstiftning, insatser enligt LSS samt information om handläggning, verkställighet och dokumentation.

I kvalitetsredovisningen för 2023, godkänd av nämnden 2024-03-18 § 14, anges att vård- och omsorgsnämnden sedan 2023 har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som uppges vara utformat i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet omfattar verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt socialtjänstlagen (SoL).

Vidare anges i kvalitetsredovisningen att vård- och omsorgsförvaltningen arbetar utifrån fastställda processer för varje verksamhet som återfinns på kommunens intranät. Alla verksamhetsprocesser ska enligt redovisningen följas upp årligen eller vid behov, med stöd av det kvalitetsteam som finns. Det finns även utpekade processansvariga som har till ansvar att följa upp och säkerställa att respektive process är aktuell samt för att sammankalla processutvecklingsgruppen när det är dags för uppföljning. Större förändringar sker i dialog och med stöd av kvalitetsteamet. Kvalitetschefen är vidare den som beslutar om och när en process kan publiceras. Processerna syftar till att bidra till att ge förutsättningar för att uppfylla nämndens uppdrag, att förbättra resultaten, att möta framtida utmaningar och att uppnå den goda kvalitet som lagar och föreskrifter kräver.

I intervjuer bekräftas att dessa processkartor finns att tillgå i kvalitetsledningssystemet som finns tillgängligt på kommunens intranät. I systemet finns det även avsnitt kopplat till verksamhetens mål, systematiskt kvalitetsarbete, roller och ansvar, synpunkter, avvikelser, missförhållanden, rapporter och redovisningar.

Det ska även enligt de intervjuade finnas framtagna rutiner för handläggningen men dessa har vi inom ramen för granskningen inte tagit del av då de är i behov av revidering. Vi har däremot tagit del av ett utdrag från kommunens intranät där dessa framgår och som utgör del av anställdas introduktionspaket. I utdraget redovisas rutiner kring gallring och avslut av LSS akt, olika insatser i ordinärt boende LSS samt kopplat till bostad med särskild service.

I intervjuer framkommer vidare att det ska påbörjas ett arbete med att se över och revidera framtagna rutiner under ledning av verksamhetschef och den verksamhetsutvecklare som tillkommer i maj 2024. I revideringsarbetet ska även handläggargruppen inkluderas. Rutinerna uppges bland annat behöva ses över utifrån förändringar i lagstiftning avseende personlig assistans samt att vissa förtydliganden behöver göras i rutinerna för LSS-insatser som ska vara från 2017. I sakgranskningen framkommer att rutinerna för de olika delarna i handlägningsprocessen i allt väsentligt är uppdaterade. Vidare anges att riktlinjerna för handläggning är implementerade, dock uppges det finnas vissa brister i arbetet med barnkonsekvensanalys och årlig uppföljning.

I intervjuer framgår att samtliga biståndshandläggare även har tillgång till en rättsfallsdatabas för omvärldsbevakning och för att hålla sig uppdaterade gällande nya domar inom området. Det framkommer även att det pågår ett arbete med att se över möjligheten att införa en "domgrupp" som ska gå igenom och presentera domar inom granskningsområdet. Detta i syfte att införa ett mer kollegialt lärande samt utveckla användandet av praxis för utredning, bifall och avslag. I sakgranskningen framkommer att LSS även behandlar nyinkomna domar på sina enhetsmöten avseende individer som bor i kommunen. Sektionsledaren har därtill en omvärldsbevakande roll som även täcker det aktuella rättsläget och uppdaterar handläggarna regelbundet med information.

### **Kompetens hos medarbetare**



Vem som har rätt att fatta vilken typ av beslut regleras i vård- och omsorgsnämnden delegationsordning (antagen 2022-06-13 § 5). I delegationsordningen finns det ett särskilt avsnitt om verksamhetsspecifik delegation som anger vilka beslut som LSS-handläggare har rätt att fatta och när beslut ska tas i samråd med sektionsledare eller verksamhetschef. Delegationens ordning klargör även att alla beslut som fattas med stöd av delegation från vård- och omsorgsnämnden ska anmälas till nämnden.

Vid intervjuer framkommer att nyanställda handläggare inte har delegation att fatta självständiga beslut under sin första tid som handläggare. Mentorn eller sektionsledaren läser igenom alla utredningar och kvalitetssäkrar utredningens innehåll, bedömning och beslut. Det framgår vidare att det inte finns någon bestämd tidsram för när en handläggare får egen delegation utan att det bedöms från fall till fall men inte tidigare än efter tre månader.

I kvalitetsredovisningen presenteras andelen omsorgspersonal med formell kompetens inom vård- och omsorgsboende, hemtjänst, gruppboende och övrig LSS. Det framgår däremot inte hur fördelningen ser ut bland LSS-handläggarna. Av intervjuer framkommer dock att majoriteten av handläggarna är socionomer även om det också finns handläggare med utbildningsbakgrund inom beteendevetenskap och statsvetenskap. I Socialstyrelsens Öppna jämförelser för år 2023 framgår att 81,8 % av handläggarna som arbetar inom LSS-verksamheten har socionomexamen inom Botkyrka kommun.

### *Bedömning*

*Säkerställer vård- och omsorgsnämnden att det finns dokumenterade rutiner som är kända och tillämpas för handläggning inom LSS-verksamheten?*

#### **Delvis.**

Vår bedömning är att det finns framtagna processer för handläggning inom LSS-verksamheten som också uppfattas som kända och tillämpade. Det ska även finnas dokumenterade rutiner men dessa uppges vara i behov av revidering för att överensstämma med bland annat rådande lagstiftning inom personlig assistans. Vi ser positivt på att ett revideringsarbete är på gång inom verksamheten.

Genomförd granskning visar även att det finns politiskt antagna riktlinjer som beskriver vård- och omsorgsnämndens avsikt gällande myndighetsutövning inom LSS. Vi noterar dock att det i intervjuer framkommer att riktlinjerna ännu inte är helt implementerade. Samtlig dokumentation finns att tillgå via förvaltningens kvalitetsledningssystem respektive på kommunens intranät. Vi noterar även att det finns en tydlig ansvarsfördelning kring revidering och uppdatering av processerna i kvalitetsledningssystemet.

Därtill finns det en tydlig delegationsordning som reglerar vilka beslut som får fattas på delegation från nämnd samt en process för hur nyanställda handläggare tilldelas delegation.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd kring personalens kompetens vid handläggning av ärenden för personer med funktionshinder bör de som arbetar inom området ha socionomexamen eller social omsorgsexamen. Vi kan, utifrån Socialstyrelsens Öppna jämförelser för år 2023, konstatera att 81,8 % av handläggarna

som arbetar inom LSS-verksamheten i Botkyrka kommun har socionomexamen/social omsorgsexamen.

## **Styrning och uppföljning avseende verksamhet och ekonomi**

*Revisionsfråga 2: Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en strukturerad uppföljning och styrning av verksamhet och ekonomi avseende LSS-verksamheten?*

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkerställa verksamhetens kvalitet. Kvalitet innebär i detta sammanhang att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska även årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. I kvalitetsberättelsen bör det framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.

Nämnden har därtill ett ansvar enligt 6 kap. 6 § kommunallagen att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande bestämmelser och att den interna kontrollen är tillräcklig samt en skyldighet att rapportera de gynnande beslut där beslutet inte verkställts inom tre månader till både IVO och kommunens revisorer enligt 28G § LSS. Som nämnt inledningsvis kan eventuella brister i ledning och styrning och intern kontroll av handläggningen även leda till ökade kostnader för kommunen i form av exempelvis vite.

### ***lakttagelser***

#### **Styrning av verksamhet och ekonomi**

I vård- och omsorgsnämndens mål och budget för 2023, fastställd av nämnden 2023-02-20 § 3, lyfts effektiva processer som ett väsentligt område under planperioden vilket bland annat innefattar arbetet med en effektiv och rättssäker handläggning samt korrekt och tillräcklig dokumentation. Utöver detta har nämnden även formulerat ett antal mål med bäring på granskningsområdet. Målen är följande:

- Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden upplever att de har en god omsorg.
- Vård- och omsorgsnämnden ger en verksamhet som är rättssäker och har god kvalitet.
- Vård- och omsorgsnämndens anställda har rätt kompetens och trivs på arbetet

I nämndens mål och budget för 2024, fastställd av nämnden 2024-02-05 § 2, återfinns effektiva och kvalitetssäkrade processer som ett väsentligt område för nämndens verksamhet, där fokus under planperioden bland annat ska vara på det systematiska kvalitetsarbetet. Ovanstående mål finns även med i 2024 års plan. Till målen finns indikatorer kopplat till bland annat brukarnas nöjdhet, andelen överklaganden som går

emot fattade beslut och personalomsättning.

### **Uppföljning av verksamhet och ekonomi**

Av nämndens reglemente framgår att nämnden kontinuerligt ska följa upp sin verksamhet. Nämnden ska även två gånger per år redovisa till fullmäktige hur de har fullgjort de uppdrag som fullmäktige har lämnat till dem i reglementet.

I kvalitetsredovisningen för 2023 anges att verksamhetens resultat följs upp på ett antal olika sätt, däribland via brukarundersökningar, synpunkter, avvikelshantering, kvalitetskontroller, medarbetarundersökningar och uppföljningar av verksamheterna. Det samlade resultatet utifrån de olika egenkontrollerna och uppföljningarna sammanställs årligen i en kvalitetsredovisning vars syfte är att ge en helhetsbild av årets kvalitetsarbete och verksamhetens resultat. I kvalitetsredovisningen för 2023 redovisas bland annat resultatet av genomförda verksamhetsuppföljningar, tillsyner av Inspektionen för vård och omsorg samt revisionsrapporter.

Vård- och omsorgsnämnden har även enligt kvalitetsredovisningen under år 2020 antagit en modell för att följa upp samtliga utförare. Modellen bygger på de tre delarna; uppföljning av strukturkvalitet, processkvalitet och resultatkvalitet. Uppföljningen innefattar intervjuer vid verksamhetsbesök, intervjuer med legitimerad personal, observationer vid verksamhetsbesök, genomgång av insamlade rutiner, granskning av avvikelser, synpunkter, egenkontroller och övrigt underlag samt granskning av social journal, genomförandeplan och patientjournal. En reviderad modell godkändes av nämnden 2023-12-11 § 81 med förtydliganden kring vilka åtgärder som verksamheten ska vidta vid olika typer av brister och vad som sker efter uppföljningstillfället. I den reviderade modellen tydliggörs även beskrivningen kring vilka uppföljningar som regelbundet genomförs, utöver den stora uppföljningen var tredje år.

Därtill anges i kvalitetsredovisningen att förvaltningen arbetar med riskanalyser för att identifiera, analysera och utvärdera risker eller händelser som kan komma att påverka organisationen negativt utifrån ett brukar-, personal- och verksamhetsperspektiv. Riskanalyserna omfattar verksamhetens samtliga delar och genomförs årligen på enhetsnivå och på förvaltningsnivå löpande men också i samband med planerade förändringar i verksamheten.

I nämndens internkontrollplan för 2023, antagen 2023-02-20 § 5, och för 2024, antagen 2024-02-05 § 3, ingår risker kopplat till att verksamheten inte upprättar avvikelser eller utreder dem enligt rutin samt gällande bristande dokumentation till följd av att rutinerna inte efterlevs. I både kvalitetsredovisningen och i uppföljningen av internkontrollplanen, godkänd 2024-03-18 § 17, redovisas avvikelser kopplat till andelen utredda avvikelser och dokumentation. Av de stickprov som genomfördes 2023 visade 76,7 procent av de granskade journalerna att de motsvarade kraven. Resultat har förbättrats sedan tidigare år men bedöms fortsatt vara ett utvecklingsområde där vissa verksamheter redovisar ett bättre resultat än andra.

I kvalitetsredovisningen anges också att andelen aktuella genomförandeplaner som motsvarar kraven har ökat i sin helhet från 54 procent år 2022 till 70 procent år 2023. Gruppbostad och Övrig LSS redovisar en markant ökning från 72 till 92 procent respektive 56 till 74 procent, medan hemtjänsten ökat marginellt från 56 till 57 procent. Vård- och omsorgsboende har däremot sjunkit från 52 procent år 2022 till 46 procent 2023.

Nämnden har därutöver löpande tagit del av resultatet från brukarundersökningen 2023 som bland annat redovisar hur den enskilde har upplevt olika delar i handläggningen. I intervjuer framkommer att brukarundersökningen genomförs på årlig basis och att verksamheten bryter ner resultatet och diskuterar eventuella behov av åtgärder. De intervjuade berättar vidare att de brukar välja ut cirka tre områden som de fokuserar extra på och där resultatet har försämrats från tidigare år.

Nämnden får även löpande rapportering om utvecklingen inom verksamheten och avseende ekonomin, inom ramen för delårsrapportering, verksamhetsberättelse och under informationspunkten "Information från förvaltningen". I verksamhetsberättelsen för 2023 redovisar nämnden en godtagbar måluppfyllelse för samtliga tre mål med bäring på granskningsområdet. Av intervjuer framgår att nämnden även erhåller prognosuppföljning per månad. I nuläget prognostiserar nämnden ett överskott då de prognostiserat ett högre antal externa placeringar. Det ska även råda ett överskott inom personlig assistans, framförallt på boendesidan i och med att kommunen inte har ett eget boende för barn. I den ekonomiska månadsuppföljningen per mars 2024 redovisar omsorgen om personer med funktionsvariationer ett överskott på 7 mnkr.

### **Egenkontroller**

Av erhållen dokumentation framgår att egenkontroller har genomförts av verksamheten under år 2023 för ärenden inom LSS och SoL där den enskilde är under 65 år. Resultatet visar främst på avvikelser kopplat till att journalerna endast innehåller anteckningar och inte inklistrade mejl eller liknande, att det saknas anteckning om när beslut och utredning sänts till den enskilde samt när beställning till utförare utsänts. Avvikelser noteras även gällande anteckning om kommunikering, förenklad delgivning och överklagan/yttrande vid avslagsbeslut.

Som ett led i granskningen har vi även tagit del av resultatet från de kontrollfrågor som ställts under 2023, där bland annat handlingsplanen kopplat till att informera samtliga medarbetare om deras rapporteringsskyldighet och om riktlinjerna för avvikelser och missförhållanden bedöms som slutförd. I planeringen för egenkontroller 2024 är journalanteckningar, kollegialgranskning av dokumentation och stickprov inkluderade.

I intervjuer framkommer att egenkontrollerna återfinns i verksamhetens systemstöd för rapportering. I intervjuer framkommer även att journalgranskningar skulle ha genomförts till delår 1 2024 utifrån planerade egenkontroller men att de ännu inte genomförts. Det ska även pågå diskussioner om att eventuellt 2-3 gånger per år granska ett visst antal

ärenden för att upptäcka avvikelser varvid respektive handläggare sedan ska avsätta en dag för att gå igenom sina ärenden och åtgärda eventuella brister.

### **Ej verkställda beslut**

Vård- och omsorgsnämnden har under 2023 erhållit redovisning per kvartal avseende ej verkställda gynnande beslut och avbrott i verkställighet av gynnande beslut enligt 9 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. I redovisningen beskrivs insats eller lagrum som beslutet gäller, beslutsdatum, tid som förflutit sedan beslutsdag, kön samt kommentarer kring skälen till dröjsmålet. Av redovisningen framgår att tiden som förflutit sedan beslutsdagen varierar beroende på ärende, där den kortaste perioden uppgår till 3 månader och den längsta till 39 månader.

I intervjuer anges att verksamheten utifrån detta arbetar med att förstå varför dels vissa avvaktar så länge utifrån speciella önskemål, dels med att utöka antalet platser på gruppboenden, som även ska utgöra en del av nämndens lokalbehovsplan. Vi kan inte se utifrån genomförd protokollgranskning att ej verkställda beslut har rapporterats till kommunens revisorer i enlighet med 28G § LSS.

### **Avvikelser och synpunkter**

Utöver de dokument som redan angetts har granskningen även omfattat inkomna synpunkter på handläggningen inom LSS samt utredningar om avvikelser/ missförhållanden. Genomgången har visat på brister i återkoppling från handläggaren samt i kommunikationen vid hembesök. Därtill har avvikelser angivits kopplat till efterlevnaden av rutiner.

I intervjuer lyfts synpunktshanteringen som ett utvecklingsområde där återkoppling till synpunktslämnare uppges ha brustit.

### **Bedömning**

*Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en strukturerad uppföljning och styrning av verksamhet och ekonomi avseende LSS-verksamheten?*

**Ja.**

Genomförd granskning visar att vård- och omsorgsnämnden har fastställt mål för verksamheten som har bäring på granskningsområdet. Granskningen visar vidare att nämnden erhåller en löpande rapportering och uppföljning kring nämndens ekonomi och verksamhet i form av ej verkställda beslut, delårsrapportering, verksamhetsberättelse, kvalitetsredovisning, uppföljning av internkontrollplan samt brukarundersökning. Resultatet från egenkontrollerna framgår även av kvalitetsredovisningen.

Vi noterar dock att ej verkställda beslut inte rapporteras till kommunens revisorer i enlighet med lagstiftningen samt att brister har påpekats avseende bland annat kommunikationen med synpunktslämnare och brukare.

### **Ändamålsenlig och rättssäker handläggning**

*Revisionsfråga 3: Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig och rättssäker handläggning inom LSS-verksamheten?*

LSS-lagstiftningen är en rättighetslag och ställer stora krav på en rättssäker handläggning. För att få insatser utifrån lagen ska den sökande omfattas av lagens personkrets och ha behov av den sökta insatsen. Rätten gäller om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Syftet med lagen och insatserna är att uppnå en jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som lagen omfattar.

I 21 a § LSS regleras att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om insatser ska dokumenteras. Dokumentationen ska omfatta beslut om åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och andra händelser som är av betydelse. I 10 § LSS framgår att när insats enligt LSS beviljas ska den enskilde erbjudas att en individuell plan upprättas i samråd med honom/henne. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året.

Förvaltningslagens främsta syfte är vidare att garantera individens rättssäkerhet i kontakt med myndigheter, vilket ofta anses inkludera en snabb handläggning och en god service.

### *lakttagelser*

Av de tidigare beskrivna riktlinjerna framgår det att insatser enligt LSS ges till den enskilde endast om personen begär det. Några formella krav på hur en begäran ska ske finns inte, det vill säga den kan vara muntlig eller skriftlig. En utredning av en begäran genomförs av handläggaren som därefter fattar ett beslut.

Vidare anges att en utrednings omfattning kan variera beroende på den enskildes behov och vilken typ av insats som efterfrågas. Utredningen ska vara tillräckligt omfattande för att kunna ge ett tillfredsställande underlag för beslut, men får inte innehålla andra uppgifter än vad som är nödvändigt för utredningens syfte. En noggrann och relevant, individuell bedömning ska göras. Detta förutsätter bland annat god kännedom om olika funktionsnedsättningar, deras upphov, variationer och betydelse för möjligheterna att leva ett liv så likt andras som möjligt och i gemenskap med andra. Kunskap om vilka konsekvenser olika funktionsnedsättningar kan medföra, och hur de kan reduceras genom till exempel hjälpmedel och bostadsanpassning, har också stor betydelse.

Utredning och bedömning ska genomföras i samråd med den enskilde och beslutet ska bygga på en helhetssyn där hänsyn tas till sociala, medicinska, psykologiska och pedagogiska behov men även till lagstiftningens intentioner och insatsernas utformning enligt LSS. Den enskildes önskemål och förslag ska prövas. Föräldrar till minderåriga barn, förvaltare, god man med flera ska, om den enskilde så önskar, beredas möjlighet att ge sina synpunkter.

Handläggningen ska vidare dokumenteras och av dokumentationen ska beslut och åtgärder utvisas samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Handlingarna som upprättas inom vård- och omsorgsförvaltningen och som rör enskilda ska innehålla tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga uppgifter.

I riktlinjerna anges vidare att vård- och omsorgsnämnden har ett ansvar för att följa upp att beviljade insatser utförs och att de tillgodoser den enskildes behov. Varje beslut om



insatser ska följas upp minst en gång/år och utvärderas kontinuerligt eller vid förändringar. Vid tidsbegränsade beslut ska uppföljningen ske i god tid innan beslutet löper ut.

I intervjuer framkommer att ansökningar inkommer via olika kanaler, däribland via system länkade till sjukhusets inläggningar, e-tjänster och via hembesök. I sakgranskningen framkommer även att telefonsamtal och skriftliga ansökningar via post är vanligt förekommande utöver redan nämnda kanaler. Ärendena fördelas sedan ut till handläggarna utifrån vilken dag i månaden som den enskilde är född. Varje handläggare har ett antal datum som de arbetar med och för de datum där det i nuläget inte finns någon tilldelat handläggare fördelas ärendena ut av sektionsledaren.

De intervjuade berättar vidare att riktlinjerna inte inrymmer all information kring handläggning utan handläggarna tar även stöd av andra dokument samt diskuterar frågor muntligen. I intervjuer framkommer även att det finns introduktionsmaterial med olika checklistor för handledare samt en utbildningssida med dokument för nyanställda handläggare. Utöver detta genomgår handläggarna utbildningar med externa utbildare inom området.

I sakgranskningen framkommer att det inom handläggargruppen finns två former av ärendedragningar som sker varje vecka i grupp. Den ena ärendedragningen är obligatorisk och sker i två pass där samtliga ärenden berörs förutom personlig assistans. Den andra ärendedragningen avser ärenden inom personlig assistans och sker i helgrupp, där deltagande är frivilligt. Utöver dessa typer av ärendedragningar förekommer även frekventa individuella ärendehandledning mellan handläggare och sektionsledare.

I intervjuer framkommer även att verksamheten har genomgått ett byte av verksamhetssystem vilket enligt några av de intervjuade kan ha påverkat handläggningsprocessen. Detta då det i nuläget inte är helt klart hur utredningar ska genomföras i det nya systemet. Det nya systemet upplevs även som mer tidskrävande än det tidigare. I sakgranskningen framkommer att det upplevs som tydligt hur utredningar ska genomföras i det nya systemet samt att det finns material i form av anvisningar och lathundar för att guida handläggaren. Användningen av anvisningarna och lathundarna beskrivs dock som ett förbättringsområde.

De intervjuade berättar även att majoriteten av besluten är tidsbegränsade i syfte att säkerställa att uppföljningar sker inom angiven tidsram. Handläggarna använder sig av en bevakningsfunktion i systemet för att få en påminnelse om när beslut är på väg att löpa ut. Det går däremot inte i nuläget att ta ut statistik för att göra uppföljningar på en aggregerad nivå i systemet då statistik enbart kan tas ut per handläggare. Det har dock tidigare funnits en excellista för att skapa en övergripande bild av pågående ärenden men de intervjuade är osäkra på om den har uppdaterats nyligen. Verksamhetschefen ska nyligen ha påbörjat ett arbete med att se över alternativa sätt för att genomföra uppföljning på aggregerad nivå.

## Uppföljning av myndighetsutövning inom SoL och LSS

Under år 2023 har en uppföljning utifrån tidigare nämnda modell genomförts av kvalitetsteamet avseende verksamheten för myndighetsutövning inom SoL och LSS. Uppföljningen har redovisats till nämnden 2024-04-15 § 27 och redogör för identifierade brister och behov av åtgärder. Den samlade bedömningen är att verksamheten har ett antal områden att utveckla vad gäller handläggningen. Bland annat behöver verksamheten säkerställa att samtycke, delaktighet och utredningskällor framgår av utredningarna. Dessutom behöver verksamheten säkerställa att utredningarna har en likvärdig grundstruktur, att språkbruket är korrekt och bedömningarna är individuellt utformade. Verksamheten behöver också säkerställa att beställningarna till utförarna har väsentlig och tillräcklig information och slutligen att uppföljningen av beslut sker i tid. Nämnden beslutade till följd av detta att de enheter på myndighet som har konstaterade brister ska inkomma med åtgärdsplaner samt att planerna ska hanteras och följas upp av vård- och omsorgsförvaltningen.

I intervjuer framkommer att handläggargruppen har tagit del av resultatet och att det ska påbörjas ett arbete med att förbättra kvaliteten på utredningarna. De intervjuade lyfter även behovet av att tydligare ta med våld i nära relation som en del i utredningarna samt formalisera arbetet med barnperspektivet. En handlingsplan ska även ha tagits fram på övergripande nivå till följd av uppföljningen som i ett nästa steg ska brytas ner på lägre nivå med hur, vem och när vilket uppges bli ett arbete för den nya verksamhetsutvecklaren.

I sakgranskningen framkommer att handläggarna ständigt arbetar med att uppmärksamma våld i nära relation samt stödja medborgarna till rätt stöd och hjälp, även om arbetet kan förtydligas i utredningar.

## Aktgranskning

Vi har inom ramen för granskningen genomfört en aktgranskning där vi gått igenom tio slumpvist utvalda ärenden inom berört område för att säkerställa följsamhet till lokala riktlinjer rörande dokumentation.

I det material som vi erhållit från Botkyrka kommun kan vi utläsa att samtliga tio akter innehåller uppgifter om vad ansökan avser samt beslutsdatum. I 9 av 10 akter framgår att den enskilde ingår i personkrets samt har behov av den sökta insatsen. I övrigt noteras liknande avvikelser som i ovan uppföljning som kvalitetsteamet genomfört.

I de akter vi tagit del av har beslut och brukarens/klientens/sökandens situation följts upp som ett led i bytet av verksamhetssystem och inte utifrån att beslutet är på väg att gå ut. Det går således inte att bedöma om uppföljningen sker i enlighet med vad som anges i styrdokumentet då vi inte kan veta om dessa ärenden skulle ha följts upp om systembytet inte genomförts.

## Bedömning

*Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig och rättssäker handläggning inom LSS-verksamheten?*



## **Nej.**

Genomförd granskning visar att det finns brister i följsamheten till de styrande och stödjande dokumenten. I kvalitetsteamets uppföljning noteras brister kopplat till att samtycke, delaktighet och utredningskällor inte framgår av utredningarna.

Verksamheterna ska även vara i behov av att säkerställa att utredningarna har en likvärdig grundstruktur, att språkbruket är korrekt samt att bedömningarna är individuellt utformade. Verksamheten ska även behöva säkerställa att beställningarna till utförare har väsentlig och tillräcklig information och slutligen att uppföljningen av beslut sker i tid. Den aktgranskning som genomförts inom ramen för granskningen verifierar även flertalet av de brister som utredningen påtalat.

Vi ser positivt på att verksamheten tagit fram en övergripande handlingsplan och att det pågår diskussioner om hur kvaliteten på utredningarna kan förbättras.

# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Botkyrka kommun genomfört en granskning. Granskningens syfte är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställer att LSS-verksamheten bedrivs med tillräcklig styrning och intern kontroll.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att vård- och omsorgsnämnden **inte helt** säkerställer att LSS-verksamheten bedrivs med tillräcklig styrning och intern kontroll.

## Rekommendationer

Utifrån genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- Säkerställ att styrande och stödjande dokument för handläggning inom LSS-verksamheten revideras och implementeras i verksamheten för att säkerställa en ändamålsenlig och rättssäker handläggning.
- Säkerställ att åtgärdsplaner tas fram och följs upp av vård- och omsorgsförvaltningen samt att uppföljningen delges nämnden för att tydliggöra eventuella behov av åtgärder.
- Säkerställ att nämndens rapportering av ej verkställda beslut översänds till kommunens revisorer i enlighet med gällande lagstiftning. Detta som ett led i att stärka nämndens internkontrollarbete.

## Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

| Revisionsfråga                                                                                                                                  | Bedömning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Säkerställer vård- och omsorgsnämnden att det finns dokumenterade rutiner som är kända och tillämpas för handläggning inom LSS-verksamheten? | <p><b>Delvis.</b></p> <p>Vår bedömning är att det finns framtagna processer för handläggning inom LSS-verksamheten som också uppfattas som kända och tillämpade. Det ska även finnas dokumenterade rutiner men dessa uppges vara i behov av revidering för att överensstämma med rådande lagstiftning inom personlig assistans bland annat. Vi ser därmed positivt på att ett revideringsarbete är på gång inom verksamheten.</p> <p>Genomförd granskning visar även att det finns politiskt antagna riktlinjer som beskriver vård- och omsorgsnämndens avsikt gällande myndighetsutövning inom LSS. Vi noterar dock att det i intervjuer framkommer att riktlinjerna ännu inte är helt implementerade. Samtlig dokumentation finns att tillgå via förvaltningens kvalitetsledningssystem respektive på kommunens intranät.</p> <p>Därtill finns det en tydlig delegationsordning som reglerar vilka beslut som får fattas på delegation från nämnd samt en process för hur nyanställda handläggare tilldelas delegation. Vi kan, utifrån Socialstyrelsens Öppna jämförelser för år 2023, konstatera att 81,8 % av handläggarna som arbetar inom LSS-verksamheten i Botkyrka kommun har socionomexamen/social omsorgsexamen.</p> |



---

2. Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en strukturerad uppföljning och styrning av verksamhet och ekonomi avseende LSS-verksamheten?

**Ja.**

Genomförd granskning visar att vård- och omsorgsnämnden har fastställt mål för verksamheten som har bäring på granskningsområdet. Granskningen visar vidare att vård- och omsorgsnämnden erhåller en löpande rapportering och uppföljning kring nämndens ekonomi och verksamhet i form av ej verkställda beslut, delårsrapportering, verksamhetsberättelse, kvalitetsredovisning, uppföljning av internkontrollplan samt brukarundersökning. Resultatet från egenkontrollerna framgår även av kvalitetsredovisningen.

Vi noterar dock att ej verkställda beslut inte rapporteras till kommunens revisorer i enlighet med lagstiftningen samt att brister har påpekats avseende bland annat kommunikationen med synpunktslämnare och brukare.

---

3. Säkerställer vård- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig och rättssäker handläggning inom LSS-verksamheten?

**Nej.**

Genomförd granskning visar att det finns brister i följsamheten till de styrande och stödjande dokumenten. I kvalitetsteamets uppföljning noteras brister kopplat till att samtycke, delaktighet och utredningskällor inte framgår av utredningarna. Verksamheterna ska även vara i behov av att säkerställa att utredningarna har en likvärdig grundstruktur, att språkbruket är korrekt samt att bedömningarna är individuellt utformade.

Verksamheten ska även behöva säkerställa att beställningarna till utförare har väsentlig och tillräcklig information och slutligen att uppföljningen av beslut sker i tid. Den aktgranskning som genomförts inom ramen för granskningen verifierar även flertalet av de brister som utredningen påtalat.

---

---

Vi ser positivt på att verksamheten tagit fram en övergripande handlingsplan och att det pågår diskussioner om hur kvaliteten på utredningarna kan förbättras.

---

2024-06-10

Malou Olsson

Rebecka Hansson

---

*Projektleddare*

---

*Uppdragsledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Botkyrka kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2024-01-26. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.