



Granskning av LSS verksamheten

Rapport

Alingsås kommun

2025-09-30

Antal sidor:30

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|-----------|
| 1 Sammanfattning | 3 |
| 2 Bakgrund | 6 |
| 2.1 Syfte och revisionsfrågor | 6 |
| 2.2 Avgränsning | 7 |
| 2.3 Revisionskriterier | 7 |
| 2.4 Metod | 8 |
| 3 Resultat av granskningen | 9 |
| 3.1 Jämförelser | 9 |
| 3.2 Organisation | 11 |
| 3.2.1 Samverkan | 12 |
| 3.2.2 Bedömning | 12 |
| 3.3 Målstyrning | 12 |
| 3.3.1 Mål och budget 2025 | 12 |
| 3.3.2 Mål och budget 2024 | 13 |
| 3.3.3 Bedömning | 14 |
| 3.4 Roller och ansvarsfördelning | 14 |
| 3.4.1 Bedömning | 16 |
| 3.5 Riktlinjer och rutiner | 16 |
| 3.5.1 Riktlinjer gällande LSS | 16 |
| 3.5.2 Bedömning | 19 |
| 3.6 Systematik och kontroll | 19 |
| 3.6.1 Övergripande kontroller | 19 |
| 3.6.2 Arbetet med avvikelser och rapporter om missförhållanden | 21 |
| 3.6.3 Stickprov | 23 |
| 3.6.4 Bedömning | 23 |
| 3.7 Uppföljning | 24 |
| 3.7.1 Ekonomi | 24 |
| 3.7.2 Kvalitet | 25 |
| 3.7.3 Bedömning | 26 |
| 3.8 Åtgärder | 26 |
| 3.8.1 Bedömning | 27 |
| 4 Samlad bedömning och rekommendationer | 29 |
| 5 Bilaga A – Kontrollpunkter stickprov | 30 |

1 SAMMANFATTNING

Azets har av Alingsås kommuns revisorer fått i uppdrag att granska vård- och omsorgsnämndens arbete med att styra, leda och följa upp LSS-verksamheten.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av LSS-verksamheten med en tillräcklig intern kontroll.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att vård och omsorgsnämnden i allt väsentligt säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av LSS-verksamheten och att den interna kontrollen endast delvis är tillräcklig.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen visat att det sammantaget finns en ändamålsenlig organisation med ansvarsfördelning för olika delar av processen, från myndighetsutövning till verkställighet. Nämnden har säkerställt att det genomförs egenkontroller samt att uppföljning av både kvalitet och ekonomi sker regelbundet. Vidare finns riktlinjer och rutiner som beskriver arbetet med LSS.

Vi noterar dock att det finns riktlinjer för kvalitet som inte är aktuella. Vid granskning av ärenden har vi även noterat brister i skyndsamhet, särskilt i utredningar enligt Lex Sarah, där tidsfrister inte har följts. Vidare noterar vi att det saknas ett dokumenterat årshjul som tydliggör när och vilket sätt som verksamheten ska planera, kontrollera och följa upp verksamheten kopplat till det systematiska kvalitetsarbetet. Slutligen noterar vi att det saknas rutiner och riktlinjer för hur ekonomiuppföljning ska gå till, vilket medför skillnader mellan avdelningarna.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

| <div> <div>Nej</div> <div>Endast delvis</div> <div>I allt väsentligt</div> <div>Ja</div> </div>  | |
|--|-------------------|
| Revisionsfråga | Bedömning |
| Finns det en tydlig organisering och ansvarsfördelning avseende utredning och verkställighet av LSS-insatser? | I allt väsentligt |
| Finns en ändamålsenlig samverkan med Försäkringskassan avseende utredningar om insatser? | Ja |
| Har nämnden fastställt tydliga verksamhetsmål som är kända och tillämpas inom verksamheten? | Nej |
| Har nämnden upprättat riktlinjer gällande arbetet med LSS-insatser? | Endast delvis |
| Finns det tydliga rutiner avseende ansvar och roller i arbetet med styrning, ledning och uppföljning? | Endast delvis |
| Finns det ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att arbetet sker i enlighet med styrande dokument? | Endast delvis |
| Har nämnden genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi på området? | I allt väsentligt |
| Har utredningar av avvikelser och rapporter om missförhållanden (i granskade fall) utretts i enlighet med fastställda rutiner och vid iakttagna brister lett till åtgärder? | I allt väsentligt |
| Har nämnden genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av kvalitet på området? | I allt väsentligt |
| Har nämnden vidtagit åtgärder vid iakttagna brister i arbetet? | I allt väsentligt |
| Har nämnden följt upp eventuella åtgärder som vidtagits? | Endast delvis |

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- Säkerställa att riktlinje för kvalitetsledningssystem är aktuell i förhållande till gällande organisation och styrmodell.
- Säkerställa att det finns beslut avseende kvaliteten i verksamhet genom exempelvis definiering av kvalitetskrav, mål eller andra former av kvalitetsmått.

- Tillse att det finns en systematik i fördelning av avvikelser kopplat till handlägggarbyte i avvikelssystem.
- Säkerställa ett systematiskt arbete med åtgärder och uppföljning av åtgärder gällande identifierade kvalitetsbrister.
- Säkerställ att årshjulet för det systematiska kvalitetsarbetet implementeras enligt förvaltningens beslutade handlingsplan.
- Överväga att utveckla en gemensam rutin för hur ekonomiuppföljning ska genomföras inom verksamheterna.

2 BAKGRUND

Azets har av Alingsås kommuns revisorer fått i uppdrag att granska vård- och omsorgsnämndens arbete med att styra, leda och följa upp LSS-verksamheten. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2025.

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 kan tillgodoseas genom annan lagstiftning. Kommunen ansvarar för att verkställa 9 av de 10 insatserna. 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.

Ansvaret för personlig assistans är delat mellan kommunerna och Försäkringskassan. Vård- och omsorgsnämnden fullgör kommunens uppgifter inom LSS, samt Socialförsäkringsbalken (SFB). Detta innebär att nämnden ansvarar för målformulering av verksamheten men även för att säkerställa att verksamhetens målgrupp får adekvat information.

Vidare finns föreskrifter som redogör för att nämnden genom ett ledningssystem fortlöpande ska utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Av offentliga data framgår att kommunens verksamhet har haft en högre kostnad per invånare än medelkommunen i landet under de senaste åren samtidigt som kvalitetsindex¹ de senaste två åren legat under genomsnittet.

Med anledning av ovanstående drar kommunens revisorer slutsatsen i sin riskanalys, att nämndens styrning, ledning och uppföljning samt även samverkan bör bli föremål för granskning.

2.1 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av LSS-verksamheten med en tillräcklig intern kontroll.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

- Finns det en tydlig organisering och ansvarsfördelning avseende utredning och verkställighet av LSS-insatser?
- Finns en ändamålsenlig samverkan med Försäkringskassan avseende utredningar om insatser?

¹ Index som utgår från brukarundersökningar

- Har nämnden fastställt tydliga verksamhetsmål som är kända och tillämpas inom verksamheten?
- Har nämnden upprättat riktlinjer gällande arbetet med LSS-insatser?
- Finns det tydliga rutiner avseende ansvar och roller i arbetet med styrning, ledning och uppföljning?
- Finns det ett systematiserat arbetssätt för att säkerställa att arbetet sker i enlighet med styrande dokument?
- Har nämnden genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi på området?
- Har utredningar av avvikelser och rapporter om missförhållanden (i granskade fall) utretts i enlighet med fastställda rutiner och vid iakttagna brister lett till åtgärder?
- Har nämnden genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av kvalitet på området?
- Har nämnden vidtagit åtgärder vid iakttagna brister i arbetet?
- Har nämnden följt upp eventuella åtgärder som vidtagits?

Granskning avser även beskriva:

- Hur Alingsås kommun förhåller sig i jämförelse med liknande kommuner vad gäller kostnader för LSS-verksamheten under de senaste fem åren.
- Hur avvikelserapporter och utredningar av avvikelser har utvecklats under de senaste tre åren.
- Hur rapporter och anmälningar enligt Lex Sarah har utvecklats under de senaste tre åren

2.2 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats till arbetet med insatser enligt LSS inom vård- och omsorgsnämnden. Granskning avser formen för arbetet och inte myndighetsutövningen i sig.

2.3 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen, 6 kap 6 § och 38 §
- Socialtjänstlagen (2001:453), 3 kap 3 § (gällande under granskningens genomförande)
- Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), 2 §, 6 § och 15 §
- SOSFS 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah
- SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Styrmodell Alingsås kommun

2.4 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier och analys av styrande dokument samt planer, uppföljningar och rapporter på området.
- Avstämningar och intervjuer med vård- och omsorgsnämndens presidium, förvaltningschef, avdelningschef LSS boende och arbete, avdelningschef LSS personlig assistans och stöd, socialt ansvarig samordnare och controller.
- Jämförelser med stöd av data från Kolada och öppna jämförelser.
- Granskning av 20 utredningar av avvikelser och Lex-Sarah rapporter i form av stickprov.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



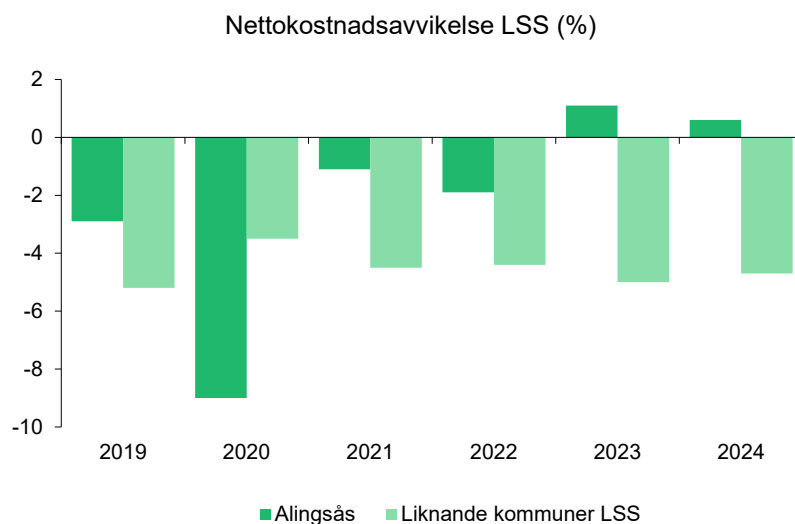
Rapporten är faktakontrollerad av samtliga intervjuade.

3 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

3.1 JÄMFÖRELSE

Vid en jämförelse över hur kommunen förhåller sig jämfört med liknande kommuner vad gäller kostnader för LSS-verksamheten under de senaste åren, noterar vi att Alingsås har en högre kostnadsavvikelse 2024 jämfört med likande kommuner. Med kostnadsavvikelse menas avvikelse från den kostnad som kommunen förväntas ha för verksamheten utifrån sina strukturella förutsättningar. Positiva värden indikerar högre kostnadsläge än statistiskt förväntat och negativa värden ett lägre kostnadsläge än statistiskt förväntat. Nedan redovisas Nettokostnadsavvikelsen från 2019 – 2024. I gruppen för liknande kommuner ingår Eslöv, Västervik, Finspång, Skövde, Borlänge och Vänersborg.

Diagram: *Nettokostnadsavvikelsen LSS i procent*



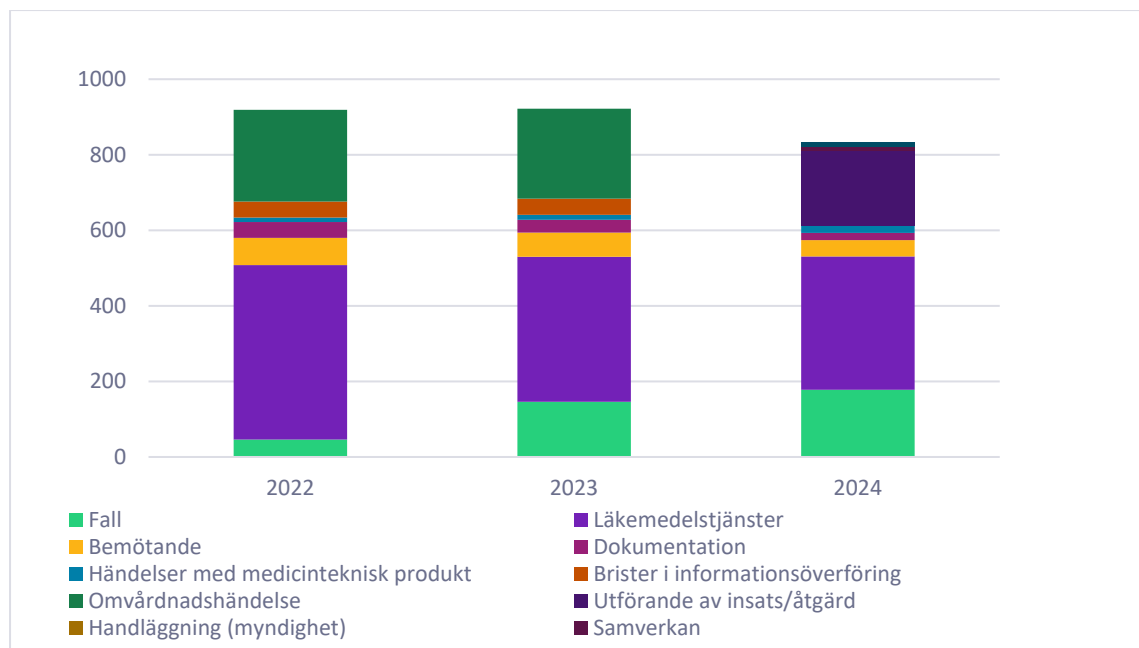
Källa: Kolada

Intern statistik visar att antalet avvikelser inom avdelningen Boende och arbete har varit på ungefär samma nivå under de senaste tre åren, med en viss nedgång under 2024. Inom avdelningen för Personlig assistans och stöd syns däremot en mindre ökning av avvikelser under samma år.

De mest frekvent rapporterade avvikelsekategorierna rör läkemedelshantering, omvårdnadshändelser och utförande av insats. Dessa utgör sammantaget de mest framträdande områdena för avvikelser. Det bör dock uppmärksammas att kategorierna *Utförande av insats/åtgärd*, *Handläggning (myndighet)*, *Samverkan* samt *Hot och våld* inte ingick i det tidigare verksamhetssystemet. Vidare saknas avvikelsekategorien *Omvårdnadshändelse* i det nuvarande systemet. Av intervjuer framgår även att statistiken för

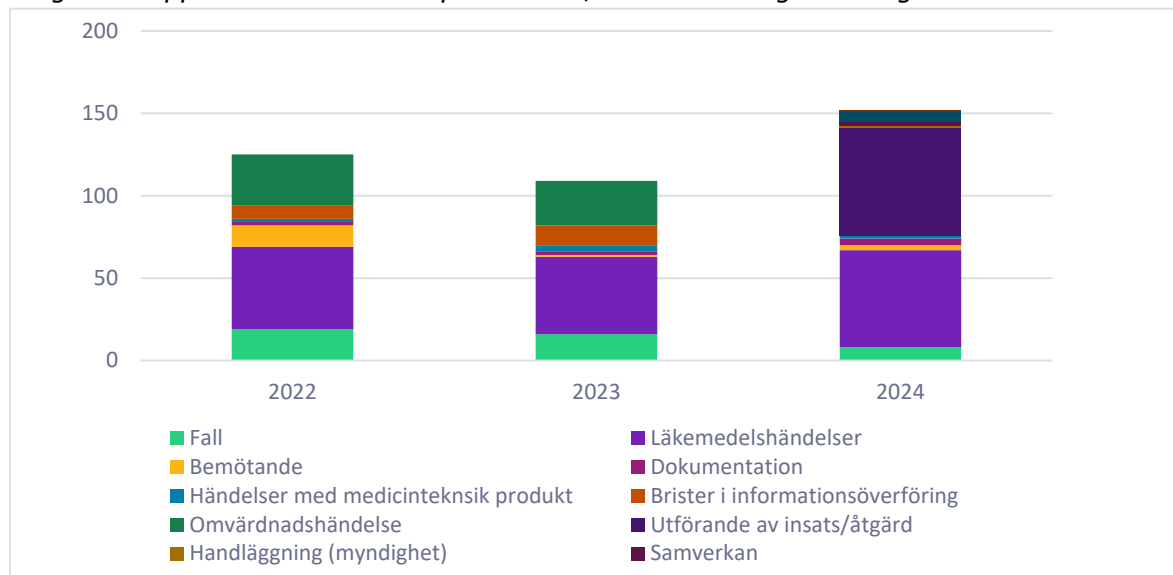
2023 endast omfattar perioden januari–november, då förvaltningen bytte verksamhetssystem den 1 december samma år.

Diagram: Rapporterade avvikelser per område, inom avdelning Boende och arbete



Källa: Intern data

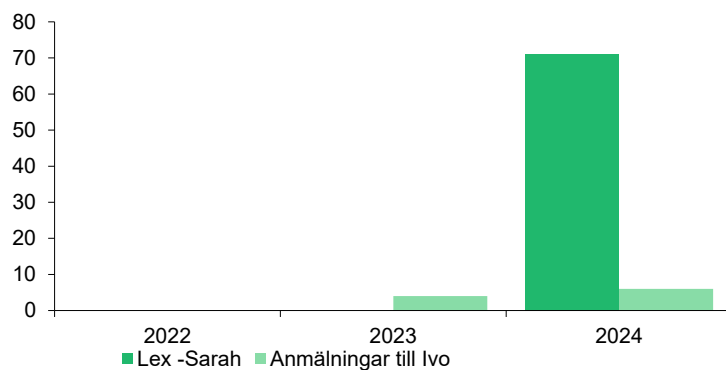
Diagram: Rapporterade avvikelser per område, inom avdelning Personlig assistans och stöd



Källa: Intern data

Vid insamling av statistik gällande Lex Sarah-rapporter före 2024 framkom det att uppgifter från det tidigare verksamhetssystemet inte är tillgängliga. Därför finns endast statistik från 2024 tillgänglig, vilket visar att 71 Lex Sarah-rapporter inkom under året.

Diagram: Rapporterade Lex Sarah.



Källa: Intern data

3.2 ORGANISATION

Enligt vård- och omsorgsnämndens reglemente² är nämndens målgrupper bland annat personer som ingår i personkretstillhörighet enligt 1 § LSS som kan ansöka om insatser enligt både socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. I detta ansvarar nämnden för att fullgöra kommunens uppdrag enligt ovan nämnda lagar.

Vård- och omsorgsförvaltningen är indelad i sex avdelningar, nedan beskrivs de avdelningar som ingår i LSS-verksamheten.

Avdelningen för boende och arbete samt avdelningen för personlig assistans och stöd är verkställande enheter inom funktionsstödsområdet. Avdelningen för boende och arbete ansvarar för att tillhandahålla olika boendeformer och insatser för personer med funktionsnedsättning i form av bostäder med särskild service samt daglig verksamhet. Avdelningen för personlig assistans och stöd har ansvaret för att organisera personlig assistans, ledsagarservice, avlösarservice i hemmet, korttidsvistelse utanför det egna hemmet och korttidsstillsyn enligt LSS. Dessutom ansvarar avdelningen för boendestöd enligt socialtjänstlagen för vuxna personer med funktionsnedsättning som tillhör personkretsen enligt LSS.

Vidare finns avdelningen myndighet och kommunal primärvård. Avdelningen ansvarar för myndighetsutövningen på området samt för den kommunala primärvården.

Av intervjuer framgår att organiseringen och ansvarsfördelningen avseende utredning och verkställighet av LSS-insatser upplevs som tydlig. Emellertid har en viss osäkerhet identifierats när det gäller externa placeringar och ansvaret för dess verkställighet. För närvarande ligger detta ansvar, inklusive uppföljningen av externa platser, hos myndighetssidan. Det finns dock en intention att överföra ansvaret till verkställighetssidan, istället för att det ska kvarstå hos

² VON 2024-03-27, § 36

myndigheten. Syftet med denna förändring är att förtydliga processen och ansvarsfördelningen för köpta platser.

3.2.1 Samverkan

Av intervjuer framgår att det finns ett samarbete med Försäkringskassan genom avdelningen för personlig assistans. Detta samarbete aktiveras vid behov av förändringar, såsom utökningar eller minskningar av assistans, i de fall där sådana beslut är kopplade till Försäkringskassan. Vid dessa tillfällen tas kontakt med Försäkringskassan för att diskutera och säkerställa att behoven är korrekt bedömda. Försäkringskassan kontakter även avdelningen vid utredningar för att verifiera behovens riktighet. Det är främst socialsekreteraren på myndighetssidan som ansvarar för detta samarbete.

Vidare sker samverkan i form av att kommunen eftersöker ersättning för den del av assistansen som Försäkringskassan har kostnadsansvar för.

3.2.2 Bedömning

Vår bedömning är att det i allt väsentligt finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning avseende utredning och verkställighet av LSS-insatser

Vi baserar vår bedömning på att det finns en tydlig organisation med avdelningar och enheter som ansvarar för olika delar av processen från myndighetsutövning till verkställighet. I verksamheten finns insatser som kommunen ska svara för enligt 2 § LSS.

Dock framkommer viss otydlighet avseende den del av verkställighet som avser verkställighet av externa boendeplatser. Vi noterar att det finns en intention att renodla verkställigheten för att ha ett tydligare sammanhållet ansvar för all typ av verkställighet vilket vi ser som positivt.

Vår bedömning är att det sker en ändamålsenlig samverkan med Försäkringskassan avseende utredningar om insatser

Vi baserar vår bedömning på att det finns utarbetade former för samverkan med Försäkringskassan avseende de delar som är relevanta gällande kostnadsansvar där kommunen eftersöker ersättning hos Försäkringskassan.

3.3 MÅLSTYRNING

3.3.1 Mål och budget 2025

Alingsås beslutade i november 2024 att anta en ny styrmodell³ för kommunen. Utifrån styrmodellen har kommunen fastställt målet ”Att bli Sveriges mest effektiva kommun”. Målet

³ KF 2024-11-06 §149

innebär att Alingsås ska ha en så hög kvalitet som möjligt utifrån kommunens förutsättningar. Utifrån den genomlysning som antogs av nämnden den 27 augusti 2024 (§ 52), har ett antal åtgärder identifierats för genomförande under 2025. Dessa omfattar bland annat översyn av myndighetsbeslut, utveckling av brukarflöden och teambaserat arbetssätt, införande av prestationsersättning, kartläggning av lokaler samt satsningar på digitalisering och automatisering.

Dokumentet beskriver även långsiktiga planer fram till 2028 samt att ytterligare effektiviseringsåtgärder ska utredas under 2025.

Vidare framgår att nämnden har antagit två arbetsmiljömål med tillhörande nyckeltal:

- Ökad delaktighet och kunskap om målstyrning, som följs upp genom kvartalsvisa pulsmätningar.
- Minskad andel timanställda, med syfte att skapa ökad stabilitet och förbättrad arbetsmiljö.

Förvaltningen har under 2024 arbetat med att stärka målstyrningen, vilket bedöms ha haft positiv effekt på medarbetarnas engagemang. Satsningar på bemanningsekonomi förväntas bidra till långsiktigt hållbar bemanning och förbättrad kvalitet för brukarna. Vidare av dokumentet framgår att nämnden antagit två politiska inriktningar ”digitalt först” samt ”förebyggande och hälsofrämjande arbete”.

Av intervjuer framgår att utifrån budgeten och de åtgärder som presenteras för att uppnå det kommunövergripande målet samt nämndens arbetsmiljömål, tar förvaltningen fram aktivitetsplaner på avdelnings och enhetsnivå i verksamhetssystemet.

Av intervjuer framgår även att mål bryts ner i chefs och medarbetaröverenskommelser varje år. I dessa överenskommelser specificerar chefer och medarbetare mål för avdelningen/verksamheten och aktiviteter som är i fokus inom uppdraget utifrån budget och verksamhetens arbetsplaner.

3.3.2 Mål och budget 2024

Av budgeten 2024–2026⁴ framgår att vård och omsorgsnämnden har beslutat om 3 nämndmål utifrån kommunfullmäktiges dåvarande prioriterade mål. De tre nämndmålen för 2024 var:

1. Främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning.
2. Alingsåsarna har inflytande, får god service och ett gott bemötande från nämndens verksamheter.
3. Nämnden tillgodoser behovet av rätt insats, vid rätt tidpunkt och tillser att det finns tillräckligt med boenden och lokaler som är utformade för målgruppens behov.

Till varje nämndmål finns indikatorer kopplade. Flertalet nyckeltal har en koppling till LSS-verksamheten. För det första målet återfinns nyckeltalet:

⁴ VON 2023-12-11, § 99

- Antal personer: Antalet individer som övergår från daglig verksamhet till studier eller lönearbete på den reguljära arbetsmarknaden.

För det andra målet återfinns nyckeltalen:

- Brukarbedömning servicebostad LSS: Andelen (%) av brukare som upplever att personalen kommunicerar tydligt.
- Brukarbedömning daglig verksamhet LSS: Andelen (%) av brukare som upplever att personalen kommunicerar tydligt.
- Brukarbedömning boende LSS totalt: Andelen (%) av brukare som känner att de kan bestämma över viktiga saker hemma.

För det tredje målet återfinns nyckeltalen:

- Väntetid: Antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum för boende enligt LSS § 9.9.
- Antal personer: Antalet individer i bostad med särskild service som har flyttat till egen bostad på den öppna bostadsmarknaden.

3.3.3 Bedömning

Vår bedömning är att vård- och omsorgsnämnden inte fastställt tydliga verksamhetsmål som är kända och tillämpas inom verksamheten.

Vi noterar att det under 2024 funnits fastställda nämndmål med tillhörande indikatorer. Vidare noterar vi att det under 2025 har fastställts åtgärder genom en årlig genomlysning, i enlighet med Alingsås nya styrmodell. Baserat på dessa prioriterade åtgärder utvecklar verksamheterna aktiviteter för att stödja måluppfyllelse ” Att bli Sveriges mest effektiva kommun”.

Dock saknas tydliga nämnds- eller verksamhetsmål. Vi noterar också att det saknas en tydlig nedbrytning av det övergripande målet. Även om vi ser att det finns framtagna effektiviseringsåtgärder i enlighet med styrmodellen så saknar vi nämndens fastställda mål eller andra typer av beslut rörande verksamheten i övrigt. Vi menar att nämnden behöver omsätta de övergripande målen samt andra former av allmänna råd. Av kommunallagens 6 kap 38 § framgår att beslutanderätten inte får delegeras i frågor rörande verksamhetens mål, omfattning och kvalitet.

3.4 ROLLER OCH ANSVARSFÖRDELNING

Av ”Uppföljningsanvisning årsbokslut inom ramen för styrmodell 2024⁵ för avdelningschefer och enhetschef inom vård- och omsorgsförvaltningen”⁶ anges vilka moment som ska ingå i avdelningschefer och enhetschefer årsuppföljning. Uppföljningen omfattar bland annat en granskning av nämndernas mål samt arbetsmiljömål och de aktiviteter som är kopplade till

⁵ Detta var Alingsås före detta styrmodell

⁶ Beslutad av avdelningschef förvaltningskontoret, 2024-11-14. Giltig till och med 2025-02-28

dessas. Dokumentet innehåller också beskrivningar för hur cheferna ska genomföra uppföljningen. Vi har inom ramen för granskningen även tagit del av en liknande uppföljningsanvisning för 2025, som utgår från Alingsås nya styrmodell.

Ytterligare ska enhetschefer och avdelningschefer följa upp ekonomin. Den ekonomiska månadsuppföljningen sker tillsammans med controller. Vi har tagit del av en ekonomisk uppföljningsplan för 2025, där datum framgår för när ekonomiprognoserna ska genomföras. Av planen framgår dock inte hur arbetet ska genomföras avseende ekonomiuppföljning inom förvaltningen. Av intervjuer framgår att enheter och avdelningar hanterar och jobbar på olika sätt för att följa upp ekonomin.

Vidare finns inom vård- och omsorgsnämnden en riktlinje för kvalitetsledningssystem⁷. Av riktlinjen framgår ansvaret för uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Det framgår exempelvis att förvaltningschef ansvarar för att:

- Kommunera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål till all berörd verksamhet samt organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser,
- Leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen,
- Ger förutsättningar för att planera, genomföra, utvärdera och analysera kvalitetsarbetet,
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och efterlevs,
- Samordna övergripande kvalitetsprojekt,
- Delge utförare mål, kvalitetskrav och direktiv mm,
- I samverkan med MAS⁸, MAR⁹, SAS¹⁰ och övriga utsedda stödfunktioner initiera, fastställa och följa upp processer, riktlinjer och rutiner på förvaltningsnivå,
- I samverkan med MAS, MAR, SAS och övriga utsedda stödfunktioner initiera revidering av ledningssystemet,
- Ansvarar för att en årlig patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse upprättas, samt
- Rapportera till Vård och omsorgsnämnden.

Av riktlinjen går det vidare att utläsa verksamhetschefernas ansvar, MAS ansvar, SAS ansvar, avdelningscheferns ansvar, enhetscheferns ansvar och övriga medarbetares ansvar inom kvalitetsarbetet. Vi noterar dock att riktlinjen behöver revideras eftersom den beskriver den tidigare styrmodellen i Alingsås kommun.

Vidare noterar vi att det idag saknas ett årshjul kring det systematiska kvalitetsarbetet. I handlingsplanen, beslutad av förvaltningschefen den 2025-05-28, framhålls följande:

⁷ VON 2014-03-24 § 22, reviderad 2022-12-19 § 102

⁸ Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

⁹ Medicinskt ansvarig för rehabilitering

¹⁰ Socialt ansvarig samordnare

”För att ledning och verksamhet ska kunna ta ansvar för och använda sig av ledningssystemet är det av vikt att det blir tydligt när och på vilket sätt som verksamheten ska planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Denna tydlighet saknas idag.” Syftet med årshjulet är att skapa en tydlighet, översikt och förutsägbarhet kring när olika delar av det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs under året. Det blir även ett sätt att visualisera återkommande aktiviteter samt att förenkla då att alla ges möjlighet till framförhållning genom att ha koll på viktiga datum och aktiviteter under året.

3.4.1 Bedömning

Vår bedömning är att det endast delvis finns tydliga rutiner avseende ansvar och roller i arbetet med styrning, ledning och uppföljning.

Bedömningen grundas på att det delvis finns rutiner som tydliggör ansvar och roller. Exempelvis finns uppföljningsanvisningar inom ramen för styrmodellen för chefer. Vidare finns riktlinjer avseende ledningssystem för kvalitet. Ett välfungerande ledningssystem innebär att det för verksamheten finns en organisatorisk struktur med ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Vi noterar dock att riktlinjerna för ledningssystemet för kvalitet behöver revideras, då de beskriver den tidigare styrmodellen i Alingsås. Vidare noterar vi att det saknas ett dokumenterat årshjul som tydliggör när och vilket sätt som verksamheten ska planera, kontrollera och följa upp verksamheten kopplat till det systematiska kvalitetsarbetet.

Vidare konstateras att det saknas fastställda rutiner för hur ekonomiuppföljningen ska genomföras, vilket medför att avdelningarna inom LSS arbetar olika. Vi noterar dock att det finns en uppföljningsplan gällande när prognoserna ska sammanställas.

3.5 RIKTLINJER OCH RUTINER

3.5.1 Riktlinjer gällande LSS

3.5.1.1 Riktlinjer för myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Av riktlinjerna¹¹ framgår att syftet är att säkerställa rättssäker handläggning och likabehandling inom kommunen. De ger stöd och vägledning för myndighetsutövningen, både vad gäller rätten till insatser och vilka insatser som vanligtvis kan erbjudas den enskilde. Enligt riktlinjerna använder Myndighetsenheten arbetsmodellen "Individens behov i centrum" (IBIC) för att kartlägga och synliggöra individens behov, innefattande fysiska, psykiska och sociala aspekter, utifrån livsområden och relaterade faktorer. De individuella behoven är alltid styrande, vilket innebär att den enskilde kan beviljas fler eller färre insatser än vad riktlinjerna anger.

¹¹ VON 2024-12-17, § 90

Riktlinjerna specificerar även vilka som kan beviljas insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Denna lag omfattar personer med:

1. Utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
2. Betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder, orsakad av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
3. Andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de medför stora svårigheter i dagligt liv och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Om personkretstillhörighet har bekräftats, kan medborgare få beslut om följande nio insatser från Myndighetsenheten enligt LSS: daglig verksamhet, bostad med särskild service, bostad med särskild service för barn och ungdomar, korttidstillsyn för skolungdom över 12 år, korttidsvistelse utanför det egna hemmet, avlösarservice i det egna hemmet, kontaktperson, ledsagarservice och personlig assistans. Under varje insats beskrivs dess innebörd och syfte.

3.5.1.2 Riktlinjer för resor till och från daglig verksamhet

Riktlinjen för resor till och från daglig verksamhet¹² finns för att ge vägledning och rådgivning för frågor som rör denna typ av resor inom Alingsås kommun. Riktlinjen beskriver de grundläggande kriterier som måste uppfyllas för att erhålla resor till och från daglig verksamhet. Enhetschefen för verkställighet ansvarar för att bedöma om kriterierna för särskilda resor är uppfyllda och fattar beslut om vem som beviljas sådana resor. Eftersom bedömningen inte utgör ett myndighetsbeslut, kan den inte överklagas.

3.5.1.3 Riktlinje för ersättning till kontaktpersoner enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Av riktlinjen¹³ framgår att insatsen kontaktperson enligt 9 § 4 p LSS är ett icke-professionellt stöd utan krav på yrkeskompetens eller utbildning. Rollen är ett arvoderat uppdrag med syfte att bryta social isolering och främja fritidsaktiviteter för den berörda personen, baserat på individuella önskemål och behov. Ersättningen för kontaktpersoner är inte lagstadgad utan bestäms av varje kommun. Sveriges kommuner och regioner (SKR) ger årligen rekommendationer för ersättningar, som Alingsås kommun följer. Arvodet fastställs utifrån uppdragets omfattning och svårighetsgrad, bedömt av kontaktsekreteraren. För uppdrag utanför riktlinjerna sker bedömningen i samråd med chef enligt delegationsordning.

3.5.1.4 Riktlinje avseende kvalitetskrav

Vård- och omsorgsnämnden har antagit kvalitetskrav¹⁴ som fastställer minimistandarden för den vård och omsorg som erbjuds. Dokumentet beskriver kvalitetskraven för verksamheter som bedrivs enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessa krav är huvudsakligen baserade på de områden som Socialstyrelsen har identifierat som avgörande för

¹² Beslutad av avdelningschef, 2023-10-09

¹³ VON 2024-12-17, § 89

¹⁴ VON 2022-12-19 §97

att säkerställa en god och säker vård och omsorg. Kvalitetskraven är indelade under följande rubriker:

- Värdegrund
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn, samordning och kontinuitet
- Trygghet och säkerhet
- God kvalitet i stöd och service
- God och säker vård och omsorg
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet

Riktlinjerna beskriver hur kraven ska följas upp, exempelvis genom kontroll vid besök, enkäter och intervjuer i verksamheten, statistik, dokumentationsgranskning eller brukarenkäter.

Av kvalitetsberättelsen 2024 framgår att riktlinjen för kvalitetskrav har avvecklats. Dock gäller liknande kvalitetskrav som framgår av ledningssystemet, fortsatt även för funktionsstöd. Dessa följs även upp i kvalitetsberättelsen. Av kvalitetsberättelsen framgår att kvalitetsenheten fått ett uppdrag att utreda en reformering av nämndens kvalitetskrav, i syfte att förenkla för verksamheterna men också kunna mäta verksamheternas följsamhet till kraven. Arbetet med detta har startats upp, men bedömning har gjorts att nya socialtjänstlagen som beräknas träda i kraft 2025-07-01 behöver inväntas för att säkerställa att nämnden beaktar nya socialtjänstlagen och eventuellt nya nationella kvalitetsindikatorer. Arbetet kommer att fortsätta under 2025.

3.5.1.5 Social dokumentation för utförare

Riktlinjen¹⁵ klargör ansvarsfördelningen inom den sociala dokumentationen. Det anges exempelvis att avdelningschefen har det övergripande ansvaret för att riktlinjen implementeras på varje enhet. Enhetschefen ansvarar för att genomförandeplanerna håller en hög kvalitet, medan vård- och omsorgspersonal ansvarar för att kontinuerligt dokumentera hur arbetet med genomförandet av beviljade insatser fortskrider.

Av riktlinjen framgår att syftet är att ge vägledning och stöd åt personal inom vård- och omsorgsförvaltningens utförarverksamheter i arbetet med social dokumentation. Dokumentet är utformat för att säkerställa att den sociala dokumentationen upprättas med god kvalitet och skapa en gemensam förståelse kring vilka delar som ingår i dokumentationen samt hur den ska upprättas.

Vidare framgår det av riktlinjen att dokumentation ska ske enligt arbetsmodellen IBIC. Den gemensamma beskrivningen av individens resurser, behov och mål möjliggör en mer sammanhållen planering och genomförande av beslutade insatser. Rutinen beskriver detaljerat hur genomförandeplanerna och journalanteckningarna ska utformas, samt hur måluppföljning ska ske.

¹⁵ Beslutad av SAS 2011-11-22

Av intervjuer framgår att riktlinjen i nuläget håller på att revideras. Vi har tagit del av utkastet.

3.5.2 Bedömning

Vår bedömning är att vård-och omsorgsnämnden endast delvis upprättat riktlinjer gällande arbetet med LSS-insatser

Det finns fastställda riktlinjer för myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vi noterar även riktlinjer som reglerar frågor avseende resor och ersättningar. Däremot finns riktlinjer för kvalitet i form av kvalitetskrav som inte längre är aktuella. Av kommunallagens 6 kap 38 § framgår att beslutanderätten inte får delegeras när det gäller ärenden som avser verksamhetens kvalitet. Med anledning av detta menar vi att nämnden behöver fastställa detta.

3.6 SYSTEMATIK OCH KONTROLL

3.6.1 Övergripande kontroller

Internkontroll

I styrmodellen för Alingsås beskrivs att varje nämnd och bolag är ansvariga för att det finns en tillräcklig internkontroll inom sitt ansvarsområde. Nämnderna och bolagen ska årligen i samband med budget upprätta en plan för internkontroll och ange vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras. Urvalet sker med bakgrund från en risk- och väsentlighetsanalys.

Av internkontrollplanen 2025 framgår ett riskområde som lyder: *Att nämnden inte har ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete.* Utifrån identifierad risk finns 3 områden som ska kontrolleras samt tillhörande kontrollmetod. De tre områdena är:

1. Att förvaltningen har färdigställt strukturer och nya arbetssätt som möjliggör genomförande och uppföljning av egenkontroll på förvaltnings-, avdelnings- och enhetsnivå.

Kontrollmetod: Redovisning av förvaltningens strukturer och rutiner för egenkontroll.

2. Att verksamheterna analyserar och utvärderar sina resultat från egenkontroll, samt vidtar de förbättringar som bedöms nödvändiga för att säkra verksamhetens kvalitet.

Kontrollmetod: Utvärdering och redovisning av hur efterlevnaden av förvaltningens rutiner för egenkontroll sker.

3. Att förvaltningen har färdigställt strukturer och nya arbetssätt som säkerställer introduktion och kontinuerlig utbildning i systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete för chefer och medarbetare.

Kontrollmetod: Redovisning av förvaltningens strukturer och rutiner för introduktion och kontinuerlig utbildning i systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Utifrån varje område och metod återfinns även granskningsansvarig och tid för uppföljning.

Av internkontrollplanen 2024 framgår en identifierad risk som lyder: *Brister i rättssäkerhet vid handläggning enligt SoL och LSS*. Utifrån identifierad risk återfinns fyra kontrollområden med kontrollmoment. Det som ska kontrolleras är:

1. Utredningstid – Antal dagar från ansökan till beslut
2. Verkställighetstid – Antal dagar från beslut till verkställighet
3. Kontroll av att tidsbegränsade beslut följa upp innan beslutet löper ut
4. Kontroll av att icke tidsbegränsade beslut följs upp årligen

Metoderna för dessa kontrollområden är statistik från egen mätning och journalgranskning genom stickprov.

I årsbokslut¹⁶ framgår att risken har hanterats genom kontroll av den genomsnittliga utredningstiden för beslut som fattas enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under perioderna 240101–240630 och 240701–241130. Kontrollen baseras på statistik från verksamhetssystemet Combine. Granskningen visade att den genomsnittliga utredningstiden SoL är 8 dagar och utredningstiden LSS (exkl. SFB) är 57 dagar, respektive 11 dagar och 70 dagar för den senare tidsperioden. En viss ökning av utredningstiden observeras under andra halvåret. Verksamhetens bedömning är att nämnden generellt har godtagbara utredningstider och är att kontrollpunkten är genomförd utan anmärkning.

Egenkontroller

Enligt riktlinjerna avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att egenkontroller ska genomföras inom verksamheten. Som en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete antar nämnden årligen en plan för egenkontroll. Planens syfte är att identifiera de områden och kvalitetskrav som nämnden särskilt behöver granska under det kommande året. Risk- och väsentlighetsanalysen tillsammans med nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse, utgör grunden för egenkontrollplanen. Egenkontrollerna ska dokumenteras och regelbundet följas upp på samtliga nivåer. Respektive chef ansvarar för att den löpande egenkontrollen är tillräcklig och för att vidta nödvändiga åtgärder vid behov.

Vidare finns en rutin för dokumentationsgranskning¹⁷ som är avsedd att användas av enhetschefer för att kontrollera den egna verksamheten och stödja arbetet med att kvalitetssäkra dokumentationen. Rutinen beskriver tillvägagångssätt för granskning av genomförandeplaner och sociala journaler inom vård- och omsorgsförvaltningens utförarverksamheter, samt för granskning av ärenden inom myndighetsenheten. Syftet är också att följa den fortsatta tillämpningen av IBIC.

Rutinen beskriver två typer av granskningar: kollegial dokumentationsgranskning och ärendegranskning enligt SoL och LSS. Kollegial dokumentationsgranskning syftar till att systematiskt identifiera förbättringsområden och utveckla dokumentationens kvalitet. Ärendegranskningen syftar till att säkerställa att vård- och omsorgsförvaltningen har skapat förutsättningar för en ändamålsenlig, likvärdig och effektiv myndighetsutövning vid handläggning av bistånd enligt socialtjänstlagen och insatser enligt LSS. Enligt rutinen genomförs

¹⁶ VON 2025- 02-20 § 2

¹⁷ Beslutad av SAS 2025-03-31

granskningen en gång per år, under våren, inom den tidsperiod som socialt ansvarig samordnare (SAS) anger.

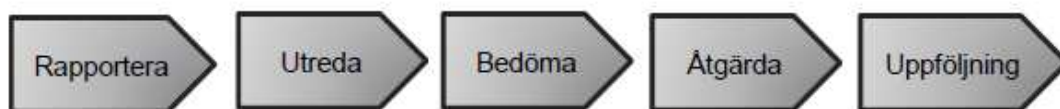
Enhetschefen sammanställer och analyserar resultaten från granskningen och upprättar en handlingsplan med förslag på åtgärder för att bibehålla och/eller förbättra dokumentationens kvalitet. Rutinen beskriver också genomförandeprocessen för granskningen. Efter resultatets sammanställning ska en analys genomföras i samband med handlingsplanens upprättande. Enhetschefen identifierar minst tre områden som fungerar väl och kan tjäna som goda exempel, samt minst tre områden som behöver utvecklas eller förbättras. SAS mottar alla chefers sammanställningar av resultat, analys och handlingsplan. Utifrån detta genomförs en övergripande analys och sammanställning av resultatet för förvaltningen.

Resultatet från egenkontrollerna presenteras två gånger per år till nämnd, varav en av gångerna är i den årliga kvalitetsberättelsen.

3.6.2 Arbetet med avvikelser och rapporter om missförhållanden

Enligt riktlinjen för rapporteringsskyldighet och hantering av händelser¹⁸ är syftet att kvalitetssäkra hanteringen av avvikelser genom systematisk rapportering, utredning och analys, samt att implementera åtgärder för att förhindra upprepningar av liknande händelser. All personal som arbetar inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till personer med funktionsnedsättningar har en skyldighet att rapportera händelser som har eller kunde ha medfört vårdskada eller missförhållande, samt att rapportera risker för sådana skador eller missförhållanden, inklusive klagomål och synpunkter. Enhetschefen har ansvar för att informera personalen om gällande riktlinje samt deras rapporteringsskyldigheter vid anställning och minst årligen. Av "Checklista vid introduktion av vårdpersonal och timanställda på arbetsplats" framgår en punkt kopplad till rutiner och riktlinjer som ska gås igenom. Vi noterar dock att detta inte systematiskt återrapporteras årligen till personalen. Enligt intervjuer planeras införandet av ett årshjul för det systematiska kvalitetsarbetet som en åtgärd i handlingsplanen (se sektion 3.4), vilket ska säkerställa att personalen årligen informeras om riktlinjerna och att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs och följs upp enligt plan.

Av riktlinjen framgår att identifierande händelser ska hanteras utifrån nedangående händelseförlopp.



Den som upptäcker en händelse/ avvikelse eller får kännedom om en händelse/ avvikelse ska:

- vidta nödvändiga omedelbara åtgärder
- dokumentera i journalen/social dokumentation vad som hänt och vilka åtgärder som har vidtagits

¹⁸ Daterad 2022-05-01

- informera berörda medarbetare
- rapportera händelsen eller klagomål/synpunkt i avvikelssystem

Vid allvarliga händelser ska enhetschef eller legitimerad personal kontaktas direkt. Den ansvarige som tar emot rapporten ska bedöma behovet av ytterligare åtgärder och säkerställa att den enskilde och berörd personal får erforderligt stöd. Alla åtgärder ska journalföras, och avvikelsen ska rapporteras så snart som möjligt, även om omedelbara åtgärder har vidtagits.

Chefen ansvarar för att utreda och hantera avvikelser inom den egna verksamheten, och ska initiera utredningen snarast. Vid avvikelser som berör flera verksamheter, ska samarbete med berörda chefer inledas för gemensam utredning. Utredningen ska dokumenteras i avvikelssystemet eller på dokument med rubrikerna händelseinformation, omedelbart vidtagna åtgärder, avvikelseorsak, konsekvens för den enskilde och information, med detaljerade anvisningar för varje rubrik.

Analysen av insamlade fakta ska genomföras på individ- och verksamhetsnivå. På individnivå fokuserar analysen på att identifiera brister i planering och utförande av vård och omsorg, med hänvisning till genomförandeplaner och vårdplaner. Brister ska åtgärdas genom uppdatering av planer eller andra relevanta åtgärder. På verksamhetsnivå identifieras orsaker till brister såsom bristande arbetssätt, rutiner, kompetens och kommunikation. En samlad analys av avvikelseorsaker ska genomföras för att förstå händelsens uppkomst.

I utredningen ingår att bedöma och fastställa vilken konsekvens händelsen har fått för den enskilde. Medicinskt ansvariga bedömer anmälningsskyldighet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid allvarliga vårdskador, medan socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för bedömning om en händelse som medfört ett allvarligt missförhållande enligt Lex - Sarah ska anmälas till Ivo. Privata utförare har eget ansvar för utredning och anmälan av avvikelser till IVO, och förvaltningen ska informeras om lex Sarah-rapporter.

Åtgärder för att minska risken för upprepning ska planeras och genomföras utifrån analysen, med fokus på både kortsiktiga och långsiktiga lösningar på person- och organisationsnivå. Enhetschefen ansvarar för att återföra analysresultat till personalgruppen, och uppföljning av åtgärder ska genomföras enligt åtgärdsplanen för att utvärdera effekten av vidtagna åtgärder.

Av riktlinjer framgår inte hur avvikelser ska hanteras om avvikelsen avser chefen.

Vi noterar att riktlinjen för rapporteringsskyldighet och hantering av händelser skulle revideras senast 2024-05-01. Av intervjuerna framgår dock att riktlinjen bedöms fortsatt vara aktuell.

Av intervjuer framgår att det finns problem avseende hantering av avvikelser, med fokus på att utredningarna tar för lång tid eller inte hanteras i systemet. Det framgår att om ett ärende inte överförs till en ny handläggande chef om en chef slutar, blir historiken över avvikelser inte synlig. Som ny chef får man därmed ingen överblick över historiska avvikelser som behöver hanteras eller följas upp, om det inte manuellt överförs. Systemet uppvisar därmed en hög personbundenhet när det gäller vem som ansvarar för att hantera brister eller avvikelser. Det finns i dagsläget inget tydligt och automatiserat arv av avvikelser mellan ansvariga. Av intervjuer framgår att detta leder till att avvikelser kan missas eller inte följas upp ordentligt.

3.6.3 Stickprov

Vi har tagit del av en sammanställning med samtliga avvikelser och rapporter enligt Lex Sarah under 2024. 21 rapporter har valts ut med fokus på spridning mellan enheter och tid på året. Samtliga rapporter och utredningar har granskats i sin helhet mot kontrollpunkter som tagits fram med utgångspunkt i gällande lagstiftning och lokala rutiner, se granskningsprotokoll som bilaga A.

3.6.3.1 Avvikelser

Av de 21 granskade avvikelserrapporterna har samtliga dokumenterats enligt rutin. En av rapporterna har av verksamheten inte bedömts vara en avvikelse.

Samtliga rapporter har utretts. Av de granskade utredningarna har det framkommit omedelbara åtgärder, kartläggning av händelse samt faktor/ orsak. I samtliga utredningar har det även funnits bedömning av allvarlighetsgrad, sannolikhet och riskvärde. Vidare har det funnits en beskrivning av vidtagna åtgärder. I de fall behov av uppföljning bedömts föreligga har uppföljning planerats och genomförandet har därefter dokumenterats.

Av de 20 utredningarna som granskats har 10 startats inom två veckor, 2 inom en månad och 7 har startats därefter. Genomsnitt är 24 dagar.

Av de 20 utredningarna som granskats har 2 slutförts inom två veckor, 1 inom en månad, 9 inom två månader och 8 har slutförts därefter. Genomsnittet är 73 dagar.

Vi noterar att det saknas tidsangivelser för hantering av utredning av avvikelser, bortsett från att det framgår att utredning ska genomföras så snart som möjligt. Dock finns tidsangivelse vad gäller synpunkt/ klagomål där utredning ska vara slutförd inom 14 dagar. Av gällande regelverk framgår dock att anmälan ska göras till tillsynsmyndighet inom två månader. Med hänsyn till detta behöver bedömning av ett eventuellt missförhållande eller risk för missförhållande genomföras inom denna tidsfrist, varför vi har kontrollerat andel som genomförts inom två månader.

3.6.3.2 Lex Sarah

Av de 21 granskade rapporterna ovan har 10 rapporter bedömts av SAS enligt rutin. I de fall rapportören har angett att rapport avser rapport enligt Lex Sarah eller i de fall allvarlighetsgraden överstigit en viss nivå har ärendet bedömts av SAS. Av dessa har det i 8 fall öppnats utredningar enligt Lex Sarah. 6 av dessa utredningar har inte hanterats skyndsamt. I samtliga 8 fall har behörig gjort bedömning om anmälan ska göras till tillsynsmyndighet eller ej.

3.6.4 Bedömning

Vår bedömning är att det endast delvis finns ett systematiserat arbetssätt för att säkerställa att arbetet sker i enlighet med styrande dokument.

Vi baserar vår bedömning på att nämnden har hanterat detta inom ramen för sitt internkontrollarbete samt fastställt riktlinjer på området. Därtill har riktlinjerna förtydligats i

rutiner. Vi noterar dock att det saknas ett årshjul för att säkerställa en tydlighet kring när och på vilket sätt som verksamheten ska planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Vidare framkommer att det inte finns ett fullt systematiserat arbetssätt i arbetet med fördelning av inkomna avvikelser vid omsättning av personal, vilket gör att avvikelser kan missas vid personalomsättning.

Vår bedömning är att utredningar av avvikelser och rapporter om missförhållanden (i granskade fall) i allt väsentligt utretts i enlighet med fastställda rutiner och vid iakttaga brister lett till åtgärder.

Vid granskning bedöms samtliga ärenden ha handlagts i enlighet med gällande rutiner i fråga om utformning, innehåll och delegationsordning. Vid vår granskning bedömer vi dock att det föreligger brister avseende skyndsamhet. Det saknas förvisso regelverk som anger hur snabbt utredningarna ska genomföras. Dock framgår av föreskrifter att utredning enligt Lex Sarah ska färdigställas senast inom två månader efter det att anmälan har gjorts. Av allmänna råd framgår att åtgärder ska vidtas utan dröjsmål. Vi förstår att det kan finnas anledningar till att utredning av avvikelser inte startas direkt vid rapportering, däremot kan vi inte se att utredningar som inte har startats inom ett par veckor har startats utan dröjsmål eller som så snart som möjligt (som framgår verksamhetens rutiner). Att en utredning inte slutförts inom en viss tidsfrist kan ha flera anledningar. Vid vår granskning kan vi i de fall utredningar inte slutförts inom två månader inte se några anledningar till detta, annat än organisatoriska sådana.

3.7 UPPFÖLJNING

3.7.1 Ekonomi

För att säkerställa att all verksamhet bedrivs som planerat ska uppföljning och analys återkopplas uppåt genom styrsystemet. Av styrmodellen 2025 framgår att nämndernas budget ska följas upp i det första bokslutet per den 31 augusti, varefter respektive nämnd beslutar om eventuella åtgärder baserat på utfallet. Vidare sker uppföljning i samband med nämndernas årsbokslut samt genom en fördjupad månadsuppföljning per den 30 april. Vård- och omsorgsnämnden har beslutat om ytterligare ekonomiska uppföljningar per mars och oktober. Av protokollsgranskning noterar vi att ekonomiuppföljning har skett per mars¹⁹, per april²⁰, per augusti²¹, per oktober²² och vid årsbokslut²³.

Utöver en ekonomisk redovisning består uppföljningarna av analyser kring det ekonomiska resultatet samt prognoser för det ekonomiska resultatet per helår.

¹⁹ 2024-04-23 och 2025- 04.23

²⁰ 2024 – 05–14 och 2025-05-20

²¹ 2024-09-23

²² 2024 – 11–19

²³ 2025-02-20

Av delårsbokslutet 2024 framgår att vård- och omsorgsförvaltningen i augusti prognostiserar ett resultat i balans vid slutet av året. Av delårsbokslutet framgår dock att avdelningen personlig assistans och stöd prognostiserar ett underskott om 21 mkr. Avdelningen arbetar med handlingsplaner för att minska underskottet, men under första delen av året har flera enhetschefer samt avdelningschefen slutat, vilket medför en fördröjning av effekten på de framtagna handlingsplanerna.

Vid månadsuppföljningen per oktober framgår att avdelningen för personlig assistans och stöd prognostiserar ett underskott om 23 mkr. LSS-boende och arbete förändrar sin prognos med 3,2 mkr kronor till ett underskott om 6,0 mkr. Förändringen beror på högre kostnader för öppnandet av nya barnboendet och gruppboendet, dessutom beror prognosförändringen på att ett par enheter inte har budgetföljsamhet. För enheterna som inte har budgetföljsamhet kommer skriftliga handlingsplaner tas fram.

Vid årsslut redovisar vård- och omsorgsnämnden ett positivt resultat med 1,9 mkr för 2024. Volymerna inom LSS-verksamheten är i balans, men förvaltningen har haft en kostnadsdrivande insatsmix för utförarverksamheterna. Under året har flera ärenden, inom personlig assistans, överförts till Försäkringskassan, vilket har bidragit till att förvaltningen har kunnat hålla sig inom budgeterad volymkostnad. Av årsbokslutet framgår att inom utförarverksamheten redovisar båda avdelningarna personlig assistans och stöd, samt LSS boende och arbete ett underskott. Det exakta underskottet presenteras dock inte i årsbokslutet.

Av intervjuer framgår att alla enhetschefer på vård och omsorgsförvaltningen gör prognoser tillsammans med controller och vid behov bemanningscontroller vid samtliga tillfällen som nämnden går upp med månadsuppföljning, fördjupad månadsuppföljning och delårsuppföljning.

3.7.2 Kvalitet

Av riktlinjen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att ledningssystemet ska användas för att följa upp, kontrollera, utvärdera och förbättra verksamheten. Kvaliteten i förvaltningen sammanställs årligen i en kvalitetsberättelse som går upp till nämnd. I kvalitetsberättelsen framgår uppföljning av kvalitetskraven. Vidare framgår uppföljning av den dokumentationsgranskning som genomförs varje år, och som även sammanställs på avdelningsnivå. Granskningen har använts för att följa upp tillämpningen av IBIC, då vissa frågeställningar är direkt kopplade till arbetssättet. Under 2024 genomfördes två granskningar – en på våren och en på hösten, där en jämförelse görs mellan de två granskningarna på avdelningsnivå, med fokus på de frågeställningar som är direkt kopplade till IBIC. Höstens granskning var begränsad till ett mindre antal journaler inom avdelning boende och arbete samt avdelning personlig assistans och stöd. Orsak till detta har bland annat varit tids- och resursbrist, samt att fokus legat på att arbeta vidare med åtgärder i de handlingsplaner som togs fram utifrån vårens resultat. Sammanfattningsvis visar granskningarna att det finns en positiv utveckling i dokumentationen, men att det krävs ytterligare insatser för att säkerställa en god kvalitet på tillämpningen av IBIC och genomförandeplaner. Exempelvis framgår att det behövs kompetenshöjande insatser när det gäller journalanteckningar och genomförandeplaner. Av kvalitetsberättelsen framgår att många av de handlingsplaner som tagits fram efter

granskningarna fokuserar på fortsatta eller fördjupade utbildningsinsatser kring IBIC, som planeras till våren 2025.

Av protokollsgranskning framgår även en redovisning av det systematiska kvalitetsarbetet i september²⁴. I denna redovisning framgår resultatet av dokumentationsgranskningen per avdelning. Vidare framgår avvikelser och Lex-Sarah anmälningar som har rapporterats in.

3.7.3 Bedömning

Vår bedömning är att vård och- omsorgsnämnden i allt väsentligt genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi på området.

Vi baserar vår bedömning på att det finns en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomin på olika nivåer i verksamheten. Detta arbete har dokumenterats, där såväl utfall, prognos och analyser framgår. Arbetet har även skett utifrån styrmodellens principer.

Vår bedömning är att vård och- omsorgsnämnden i allt väsentligt genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av kvalitet på området.

Vi baserar vår bedömning på att det finns en strukturerad uppföljning och kontroll av kvalitén i verksamheten. Exempelvis genomförs egenkontroller av arbetet i verksamheten. Vidare följs arbetet upp avseende kvalitetsarbetet två gånger per år.

3.8 ÅTGÄRDER

Vid ekonomiska budgetunderskott eller kvalitetsbrister i verksamheten ska handlingsplaner utarbetas.

Vi har granskat de ekonomiska handlingsplanerna som adresserar budgetunderskottet inom avdelningen för personlig assistans och stöd. Avdelningen har utformat en handlingsplan som beskriver åtgärder för att uppnå en balanserad budget. Vård- och omsorgsnämnden godkände handlingsplanen på avdelningsnivå i december 2023.²⁵ En slutlig redovisning av handlingsplanerna per enhet var planerad att ske i februari 2024, i samband med vård- och omsorgsnämndens årsredovisning för 2023. Den 20 februari 2024 framkom det att handlingsplanerna för personlig assistans och stöd per enhet ännu inte var färdigställda och således inte kunde slutredovisas till vård- och omsorgsnämnden. Vid nämndens sammanträde den 14 maj 2024²⁶ godkändes handlingsplanerna på enhetsnivå. Handlingsplanerna beskriver de åtgärder som enheterna kommer att fokusera på.

²⁴ VON 2024-09-23 § 59

²⁵ VON 2023-12-19 § 104

²⁶ VON 2024-05-14 § 39

Den 20 maj 2025²⁷ genomfördes en återrapporering till nämnden för att beskriva framstegen. Av protokollsgranskning framgår att avdelningen står inför utmaningar med att tillgodose personalbehoven, särskilt inom personlig assistans. Övertiden och behovet av timvikarier har ökat på grund av få ansökningar till avdelningens rekryteringsannonser. Avdelningen arbetar aktivt med att hitta lösningar genom samplanering, omplacering av personal mellan uppdrag och riktad rekryteringsannonsering.

I dagsläget har korttidsvistelsen en budget i balans, medan arbetet fortsätter för att få korttidsstillsynen i balans genom att optimera resursfördelningen. Avdelningen genomlyser beslut, timmar mot schema, årsarbetare samt ekonomin i varje ärende. Baserat på resultaten kommer åtgärder att vidtas för att uppnå ekonomisk balans.

Avdelningen för personlig assistans och stöd har en ledningsgrupp med 75 procent ny personal. Enhetschefer har reviderat respektive handlingsplan utifrån detta. För att effektivisera personalförsörjningen har enheterna korttidsvistelse och korttidsstillsyn nu en gemensam enhetschef för att optimera schemaläggningen. Resursteamets handlingsplan är nu inkluderad under ett gemensamt ansvar.

På enhetsnivå kommer avdelningen att fokusera på följande åtgärder:

- Följa beslutade timmar och säkerställa intäkter.
- Optimera bemanningen.
- Minska sjukfrånvaron.
- Rekrytera fler timvikarier för att reducera övertiden.
- Effektivisera mötes- och utbildningstid.

Av intervjuer framgår att de handlingsplaner som framställs på enhetsnivå avseende kvalitén i verksamheten, efter exempelvis dokumentationsgranskning, inte beslutas eller följs upp på nämndsnivå. Arbetet utifrån dokumentationsgranskning beskrivs dock i kvalitetsberättelsen.

3.8.1 Bedömning

Vår bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt har vidtagit åtgärder vid iakttagna brister i arbetet.

Vidare är vår bedömning att vård- och omsorgsnämnden endast delvis följt upp eventuella åtgärder som vidtagits.

Vi noterar att nämnden har beslutat om ekonomiska handlingsplaner på både avdelnings- och enhetsnivå för att hantera budgetunderskott. Dessa åtgärder följs upp och återrapporeras till

²⁷ VON 2025-05-20 § 33

nämnd. Vidare konstaterar vi att handlingsplaner tas fram på enhetsnivå när kvalitetsbrister identifieras, exempelvis vid dokumentationsgranskningar. Dessa handlingsplaner följs dock inte upp på nämndnivå. Nämnden får ta del av kvalitetsberättelsen, där brister redovisas, men det genomförs ingen systematisk uppföljning av de åtgärder som vidtas på enhetsnivå.

4 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av LSS-verksamheten med en tillräcklig intern kontroll.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att vård och omsorgsnämnden i allt väsentligt säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av LSS-verksamheten och att den interna kontroller endast delvis är tillräcklig.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- Säkerställa att riktlinje för kvalitetsledningssystem är aktuell i förhållande till gällande organisation och styrmodell.
- Säkerställa att det finns beslut avseende kvaliteten i verksamhet genom exempelvis definiering av kvalitetskrav, mål eller andra former av kvalitetsmått.
- Tillse att det finns en systematik i fördelning av avvikelser kopplat till handläggabyte i avvikelssystem.
- Säkerställa ett systematiskt arbete med åtgärder och uppföljning av åtgärder gällande identifierade kvalitetsbrister.
- Säkerställ att årshjulet för det systematiska kvalitetsarbetet implementeras enligt förvaltningens beslutade handlingsplan.
- Överväga att utveckla en gemensam rutin för hur ekonomiuppföljning ska genomföras inom verksamheterna.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Joakim Hackström-Larsson

Verksamhetsrevisor/ Specialist

Amalie Christensen

Verksamhetsrevisor

Erik Söderberg

Certifierad kommunal revisor

5 BILAGA A – KONTROLLPUNKTER STICKPROV

| Kontrollpunkt | Totalt antal | Anmärkning |
|--|--------------|------------|
| Finns rapport dokumenterad enligt rutin? | 21 | 0 |
| Framgår omedelbara åtgärder? | 21 | 0 |
| Har utredning genomförts? | 20 | 0 |
| Har utredning startats skyndsamt? | 20 | 9* |
| Har utredning genomförts skyndsamt? | 20 | 8** |
| Finns kartläggning av bakomliggande faktor/ orsak? | 20 | 0 |
| Finns bedömning av allvarlighetsgrad? | 20 | 0 |
| Finns riskbedömning? | 20 | 0 |
| Framgår vidtagna åtgärder? | 19 | 0 |
| Har uppföljning planerats? | 9 | 0 |
| Har uppföljning genomförts och dokumenterats? | 9 | 0 |
| Finns bedömning av SAS? | 10 | 0 |
| Finns utredning enl Lex Sarah | 8 | 0 |
| Har utredning genomförts skyndsamt? | 8 | 6** |
| Finns bedömning om anmälan till IVO av behörig? | 8 | 0 |

*Utredning har inte startats inom två veckor

**Utredning har inte slutförts inom två månader

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

AMALIE CHRISTENSEN

Undertecknare 1

Serienummer: e411f64facbedb[...]c6bdb5451e7ab

IP: 92.32.xxx.xxx

2025-10-10 14:12:22 UTC



Joakim Hackström Larsson

Undertecknare 1

Serienummer: 285ca3512a48bf[...]7db8136a1b3f1

IP: 93.92.xxx.xxx

2025-10-10 14:30:19 UTC



ERIK SÖDERBERG

Undertecknare 1

Serienummer: ea0c4c51fd4317[...]0e62741725d51

IP: 217.65.xxx.xxx

2025-10-10 15:10:53 UTC



Detta dokument är undertecknat digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerade uppgifternas integritet är validerad med hjälp av ett beräknat hashvärde för originaldokumentet. Alla kryptografiska bevis är inbäddade i denna PDF, vilket säkerställer både autenticitet och möjlighet till framtida validering.

Detta dokument är försett med ett kvalificerat elektroniskt sigill. För mer information om Penneos kvalificerade betrodda tjänster, se <https://eutl.penneo.com>.

Så här verifierar du dokumentets äkthet:

När du öppnar dokumentet i Adobe Reader kan du se att det är certifierat av **Penneo A/S**. Detta bekräftar att dokumentets innehåll förblir oförändrat sedan tidpunkten för undertecknandet. Bevis för de enskilda undertecknarnas digitala signaturer bifogas dokumentet.

De kryptografiska bevisen kan kontrolleras med hjälp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andra validerings verktyg för digitala signaturer.