



Handläggare  
Marie Lindström  
Utredningsenheten

Diarienummer  
2018VON/0065

Vård- och omsorgsnämnden

## Revisionsrapport: Styrning och ledning av LSS-verksamheten

### Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden föreslår att kommunstyrelsen godkänner förslag till yttrande över revisionsrapporten Styrning och ledning av LSS-verksamheten.
2. Ärendet justeras omedelbart.

### Beslutsnivå

Kommunstyrelsen

### Sammanfattning

Revision- och konsultföretaget PwC har, på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Värmdö kommun, granskat om vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten<sup>1</sup> utifrån ett kostnads- och verksamhetsperspektiv samt med en tillräcklig intern kontroll. En översiktlig granskning av den lex Sarah-anmälan som gjordes av nämnden 2017 har också gjorts.

Granskningen visar att styrning, ledning och intern kontroll till viss del är ändamålsenlig, men brister har uppmärksamats och PwC rekommenderar vård- och omsorgsnämnden att vidta åtgärder bland annat gällande struktur, mål, delaktighet och utveckling av kvalitetsarbetet.

I yttrandet till kommunens revisorer bemöts kritiken och förvaltningen redogör för de åtgärder som vidtagits för att åtgärda bristerna. Bland annat arbetar omsorgs- och välfärdssektorn med att ta fram ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

### Bakgrund

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Värmdö kommun granskat om vård- och omsorgsnämnden bedriver LSS-verksamheten på ett ändamålsenligt sätt ur både kostnadsperspektiv och verksamhetsperspektiv och har nämnden tillräcklig intern kontroll. För att besvara granskningens revisionsfråga har följande kontrollfrågor ställts:

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

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

---

<sup>1</sup> LSS Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).

Diarienummer  
2018VON/0065

Rapporten har överlämnats till kommunen för ett samordnat yttrande från kommunstyrelsen och vård- och omsorgsnämnden. Kommunstyrelsen fattar beslut i ärendet vid sammanträdet den 30 maj. Ärendet har sänts till vård- och omsorgsnämnden inför beslutet om yttrandet.

## Ärendebeskrivning

Efter genomförd granskning är PwC:s bedömning att vård- och omsorgsnämnden till vissa delar säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten. Vissa brister har uppmärksammats vilket föranlett PwC att rekommendera en del åtgärder.

### Lex Sarah

En översiktlig granskning har gjorts av den lex Sarah-anmälan som nämnden gjorde i oktober 2017. Anmälan orsakades av att ett flertal beslut löpt ut utan att nytt beslut fattats, att ansökningar inkommit utan att utredning gjorts samt att ett flertal ärende inte gick att följa i journalanteckningarna. PwC utesluter inte att enskilda kan ha drabbats av de brister som förelegat i kontrollen och uppföljningen av den löpande ärendehantering. Biståndsenheten genomförde en intern utredning i augusti 2017. IVO<sup>2</sup> har avslutat ärendet och bedömer att nämnden identifierat orsaker till det inträffade och vidtagit eller planerar att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar.

### Finns tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen?

PwC bedömer att det finns tydliga mål som är relevanta för verksamheten. Det finns dock brister avseende förankring av målen och styrningen på operativ nivå. Målvärden har inte följts upp vid delårsrapporten då flera indikatorer hänförs till nationella mål som mäts årsvis. Detta leder till att eventuella avvikelser inte uppmärksammas. PwC ser uppföljningen som en förutsättning för en faktisk styrning och rekommenderar nämnden att efterfråga måluppföljningar vid delår för att få en prognos för måluppfyllelse.

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

Granskningen visar att det finns en styrning som visar den politiska ambitionen. Det finns även ett ledningssystem som ger stöd i myndighetsutövningen via rutiner för en tydlig uppföljning och kontroll av arbetet.

PwC konstaterar att det finns en form för intern kontroll som fångar risker och tydligt visar hur detta ska följas upp, samt när och av vem. Det framgår dock inte att nämnden är involverad vilket de bör vara då detta är ett av nämndens verktyg för att utöva intern kontroll av verksamheten.

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

---

<sup>2</sup> IVO, Inspektionen för vård och omsorg.

Diarienummer  
2018VON/0065

### **Finns det en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet?**

Granskningen visar att det finns en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi som inkluderar LSS-verksamhetens olika delar. Styrning genom budget fungerar på avdelnings- och enhetsnivå.

I samband med bristerna som uppdagades vid lex Sarah-anmälan påbörjades en utveckling av kvalitetsarbetet. Rutiner finns för uppföljning och för att planera för åtgärder vid avvikelse och att ange konsekvenser för dessa. PwC påpekar att utvecklingsarbetet bör prioriteras för att följa bland annat Socialstyrelsens riktlinjer och för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i LSS-verksamheten.

### **Rekommendationer från PwC**

Revisorerna rekommenderar att vård- och omsorgsnämnden:

- Fastställer en struktur för att övergripande mål förankras och därmed styr på operativ nivå.
- Fastställer målvärden så att en prognos blir möjlig vid delår och därmed även åtgärder för att säkerställa en hög måluppfyllelse.
- Synliggör nämndens delaktighet i arbete och uppföljning enligt planering för intern kontroll.
- Prioriterar utveckling av kvalitetsarbetet för att följa bland annat Socialstyrelsens riktlinjer och för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i LSS-verksamheten.

### **Bedömning**

Granskningsrapporten visar att de kontrollmål som bedömts delvis är uppfyllda. Vissa brister har dock uppmärksamats.

Kommunen instämmer i att det funnits brister när det gäller förankring och uppföljning av mål och i styrningen på operativ nivå. Ett förbättringsarbete pågår och för 2018 har målen antagits tidigare och förankringsarbetet har därmed kunnat påbörjas tidigare. Avdelningscheferna bryter ner målen för varje enhet och de ska följas upp halvårsvis. Kommunen menar att arbetet med förankring och uppföljning av mål ständigt kan förbättras och att brister i dessa processer förekommer inom fler områden än vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

PwC menar att det inte framgår att nämnden är involverad i den struktur för intern kontroll som finns och att detta bör tydliggöras.

Kommunen vill framhålla att vård- och omsorgsnämnden antar en internkontrollplan varje år. Planen överlämnas därefter till kommunstyrelsen. Rapportering av uppföljning av internkontrollplanen sker i samband med årsbokslutet. Vård- och omsorgsnämnden godkände uppföljningen av 2017 års internkontrollplan vid mötet i mars 2018. Kommunen menar att det är väsentligt att en dialog förs mellan nämnden och förvaltningen om vilka frågor som ska ingå i internkontrollplanen.

Diarienummer  
2018VON/0065

PwC konstaterar att en utveckling av kvalitetsarbetet har påbörjats men understryker att detta bör prioriteras för att följa bland annat Socialstyrelsens riktlinjer och för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i LSS-verksamheten.

Kommunen framhåller att ett arbete pågår med att förbättra avvikelshanteringen och att rutinerna för Lex Sarah är uppdaterade och implementerade. Arbetet pågår med att ta fram ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9. Vård- och omsorgsnämnden fattar beslut om ledningssystemet och riktlinjerna. Vid den upphandling av verksamhetsplaneringssystem som ska ske i kommunen under året önskar omsorgs- och välfärdssektorn att en modul för ledningssystemet införs inom socialnämndens och vård- och omsorgsnämndens områden. Detta skulle innebära att ledningssystemet naturligt kopplas till målen och budgeten.

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

Kommunen hänvisar till att det hösten 2016 gjordes en avtals- och kvalitetsuppföljning för LSS-gruppbostäderna. Syftet med uppföljningen var att säkerställa att utförarna följde kraven i gällande regelverk och i de interna avtalen. Uppföljningen skulle bidra till verksamhetens kvalitetsarbete och utgöra ett underlag för utveckling. De utvecklingsområden som påvisades i uppföljningen gällde framförallt verksamheternas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt social dokumentation. Uppföljningen har återkopplats till verksamheterna och inom vissa områden har verksamheterna upprättat handlingsplaner.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Ett effektivare kvalitetsarbete och intern kontroll bidrar till att resurserna utnyttjas på ett bättre sätt.

### **Konsekvenser för miljön**

Ärendet har inga konsekvenser för miljön.

### **Konsekvenser för medborgarna**

Förbättringar av kvaliteten inom LSS-verksamheterna gynnar de medborgare som nyttjar LSS-insatserna. En ökad internkontroll bidrar till att resurserna utnyttjas på rätt sätt vilket ligger i medborgarnas intresse.

### **Konsekvenser för barn**

Ärendet har inga konsekvenser för barn utöver de som gäller för medborgarna i övrigt.

## **Ärendets beredning**

Ärendet har beretts i samverkan med tjänstemän i omsorgs- och välfärdssektorn.

## **Handlingar i ärendet**

Nr	Handling	Bilaggs/Bilaggs ej
1	Revisionsrapport	Bilaggs

Diarienummer  
2018VON/0065

Nr	Handling	Bilaggs/Bilaggs ej
2	Försättsida till revisionsrapport	Bilaggs
3	Yttrande till kommunens förtroendevalda revisorer	Bilaggs

## Sändlista för beslutsexpediering

Kommunstyrelsen

Anne Lundkvist  
Tf chef omsorgs- och välfärdssektorn

www.pwc.se

# Revisionsrapport

## *Styrning och ledning av LSS-verksamheten*

Värmdö kommun

Lena Brönnert  
Projektledare

Petra Ribba  
Projektmedarbetare

Mars/2018

**pwc**

# Innehåll

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

## Sammanfattning

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

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

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

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

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

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

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



# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

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

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

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

## 1.2. Syfte och revisionsfråga

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

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

För att besvara revisionsfrågan ingår följande kontrollfrågor i granskningen:

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

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

### 1.3. *Revisionskriterier*

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

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

### 1.4. *Metod och avgränsning*

Revisionsobjekt är vård- och omsorgsnämnden.

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

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

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

Rapporten är kvalitetssäkrad internt inom PwC.

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

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

LSS ger rätt till tio insatser för särskilt stöd och särskild service som människor kan behöva utöver det som de kan få genom annan lagstiftning.

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

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

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

Lagen är med andra ord ett komplement till andra lagar och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som andra lagar ger. En begäran om stöd och service från en person som ingår i lagens personkrets<sup>2</sup> bör i första hand prövas enligt LSS om det är en insats som regleras i lagen.

---

<sup>2</sup> Lagen gäller för personer med:

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

## 2. Kommunens styrning och organisation

### 2.1. Kommunens styrning genom mål och budget

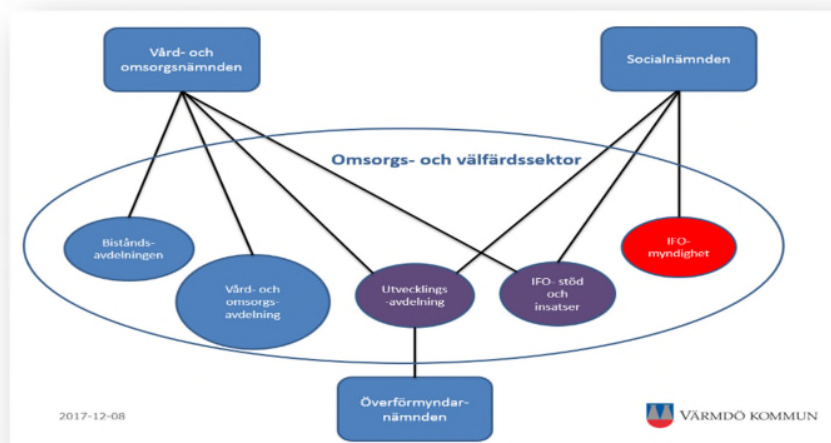
Kommunfullmäktige styr Värmdö kommun långsiktigt genom en vision<sup>3</sup> och inriktningsmål som avspeglas i budget<sup>4</sup>. Utifrån dessa fastställer nämnder och styrelse effektmål årligen som ska bidra till att inriktningsmålen uppfylls. Förvaltningen fastlägger indikatorer för att mäta måloppfyllelsen. Till visionen finns ett antal strategier som visar hur kommunen ska gå tillväga för att nå upp till visionen.

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

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

### 2.2. Kommunens organisation av handläggning och insatser enligt LSS

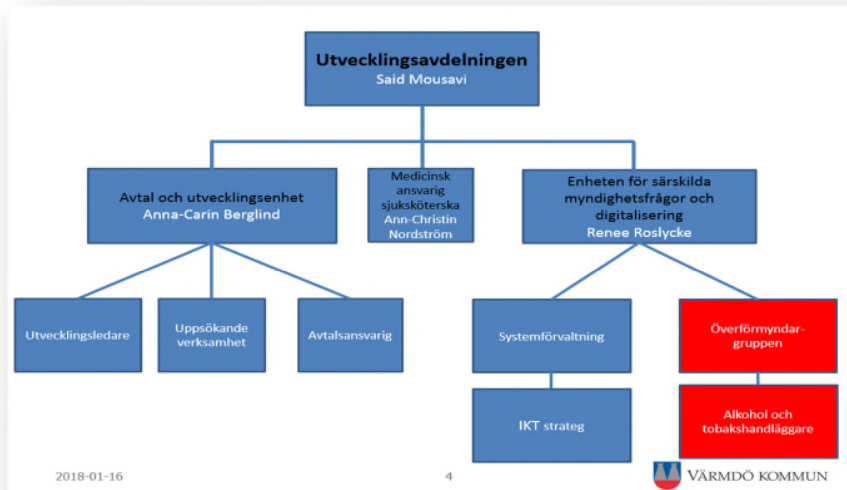
Under vård- och omsorgsnämnden och socialnämnden organiseras **Omsorgs- och välfärdssektorn**. Här finns ansvar för familj- och individomsorg, familjerätt, äldreomsorg, överförmynderi samt för insatser till personer med funktionsnedsättning. Sektorn svarar för myndighetsutövning inom aktuella områden.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



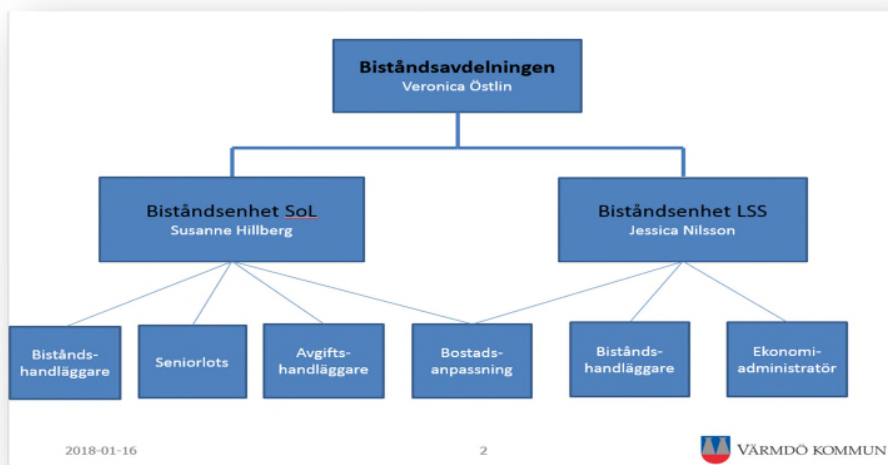
<sup>3</sup> Vision Värmdö 2030: Skärgårdens mötesplats

<sup>4</sup> Värmdö kommun. *Budget 2017*. Beslutad i kommunfullmäktige oktober 2016.

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



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



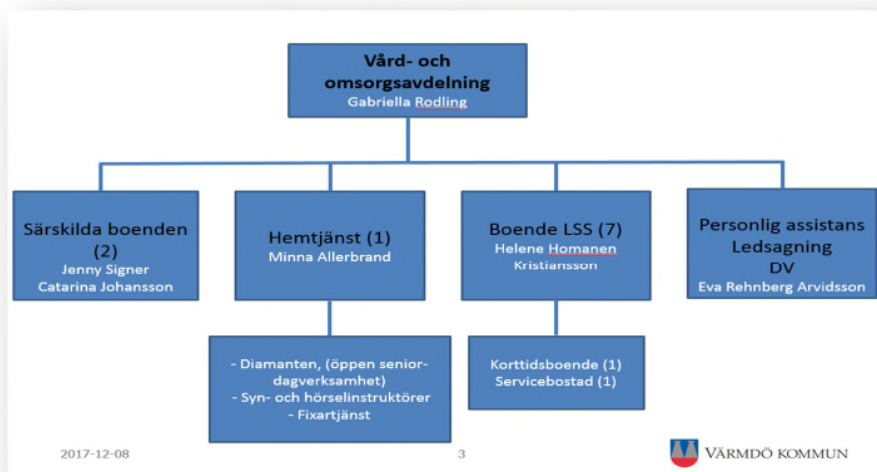
Fem biståndshandläggare arbetar med myndighetsutövning för LSS, varav en tjänst är vakant. På biståndsenheten LSS fattas beslut om SoL pga. brukarens fysiska funktionsnedsättning. Är brukare i behov av insats enligt SoL pga. psykisk funktionsnedsättning är det socialpsykiatri som utreder och fattar beslut.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

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

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

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

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



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

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

### 3. *Lex Sarah*

Bestämmelser om lex Sarah finns i socialtjänstlagen och LSS samt i socialstyrelsens föreskrifter<sup>5</sup>. Bestämmelser medför en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden där syftet är att verksamheten ska utvecklas, att missförhållanden ska rättas till samt att förhindra att missförhållande uppkommer igen.

Vård- och omsorgsnämnden gjorde en lex Sarah anmälan till IVO<sup>6</sup> i oktober 2017. Anmälan baseras på att ett flertal beslut löpt ut i tid utan att nytt beslut har fattats, att ansökningar har inkommit utan att utredning gjorts samt att ett flertal ärenden inte går att följa i journalanteckningarna. Händelserna hänförs till våren 2017.

Den interna utredningen<sup>7</sup> visar att för den enskilde har konsekvenserna blivit bristfällig och i vissa fall avsaknad av dokumentation i ärenden, avsaknad av formella beslut och i tre fall uteblivna insatser för att ansökningarna inte behandlats.

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

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

IVO bedömde i beslut 2017-12-20<sup>8</sup> att avsluta ärendet och att inte vidta ytterligare åtgärder. IVO bedömer att nämnden har identifierat orsaker till det inträffade och vidtagit eller planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar.

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

<sup>6</sup> Inspektionen för vård och omsorg

<sup>7</sup> Värmdö kommun: Biståndsavdelningen funktionshinder. 2017-08-31. Dnr DF26358

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

## 4. Iakttagelser och bedömningar

### 4.1. Mål

#### Kontrollmål 1

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

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

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

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



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

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

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

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

#### 4.1.1. Bedömning

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

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

## 4.2. Styrning, ledning och uppföljning

### Kontrollmål 2

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

#### 4.2.1. Styrande dokument

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

**Delegationsordning för vård- och omsorgsnämnden**<sup>9</sup>. Reglerar allmänna ärende, ekonomiska ärenden såsom ramavtal, upphandling och lokaler, hälso- och sjukvård, Lex Sarah, biståndshandläggning enligt SoL, biståndshandläggning enligt LSS samt bostadsanpassningsbidrag.

**Detaljbudget vård- och omsorgsnämnden 2017**<sup>10</sup>. Visar nämndens ansvarsområden, styrmodellen, driftbudget, de ovan givna effektmålen samt hur uppföljning ska ske. I en upphandlingsplan framkommer att boende enligt LSS ska upphandlas under året med ikraftträdande 2018 – 2019.

**Riktlinjer som stöd för handläggning enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS**<sup>11</sup>. Ett styrande dokument för handläggarna i arbetet med rättssäker och likvärdig utredning och behovsbedömning med utgångspunkt från lagen om LSS. I riktlinjerna framgår att Socialstyrelsens föreskrift om handläggning och dokumentation SOSFS 2014:5 ska följas gällande dokumentation och handläggning.

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

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

<sup>9</sup> Beslutad av vård- och omsorgsnämnden 2016-09-13

<sup>10</sup> Beslutad av vård och omsorgsnämnden 2016-12-13

<sup>11</sup> Beslutad av vård- och omsorgsnämnden 2017-03-14

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

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

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

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

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

#### **4.2.2. Bedömning**

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

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

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

### 4.3. Uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet

#### Kontrollmål 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Under hösten 2017 påbörjades ett övergripande arbete med ledningssystem för kvalitetsledningssystemet och styrning inom verksamheten. Detta innebär bland annat en ambition att samla och förtydliga rutiner för styrning och kvalitetsarbete. Arbetet initierades även av de brister som framkom vid den beskrivna Lex Sarah utredningen<sup>12</sup>.

#### 4.3.1. *Bedömning*

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

En utveckling av kvalitetsarbetet har påbörjats i samband med de brister som framkom i Lex Sarah ärendet. I dag finns rutiner för uppföljningen och för att planera för åtgärder vid avvikelser och att ange konsekvenser för dessa. Utvecklingsarbetet bör prioriteras för att följa bland annat Socialstyrelsens riktlinjer<sup>13</sup> och för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i LSS-verksamheten.

### 4.4. *Bedömningar mot kontrollmål*

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

<sup>12</sup> Värmdö kommun: Biståndsavdelningen funktionshinder. 2017-08-31. Dnr DF26358

<sup>13</sup> SOSFS 2011:9: Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna ård om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

samhetens olika delar.

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

#### **4.5. *Rekommendationer***

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

## Styrning och ledning av LSS-verksamhet

---

2018-03-05



**Anders Hägg**

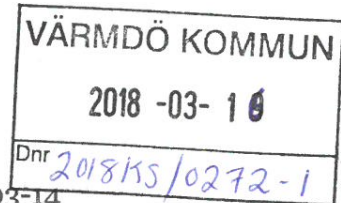
Uppdragsledare

**Lena Brönnert**

Projektledare



VÄRMDÖ KOMMUN  
Revisorerna



2018-03-14

Kommunstyrelsen  
Vård- och omsorgsnämnden

### Styrning och ledning av LSS-verksamheten

På uppdrag av Värmdö kommuns förtroendevalda revisorer har PwC granskat om Vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten utifrån ett kostnads- och verksamhetsperspektiv samt med en tillräcklig intern kontroll. Inom ramen för granskningen har även översiktlig granskning av den lex Sarah anmälan som gjordes av nämnden 2017 skett. Resultatet av granskningen framgår av bifogad rapport.

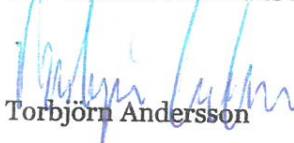
Granskningen visar att styrning, ledning och intern kontroll till viss del är ändamålsenligt men brister har uppmärksammats vilket föranlett följande rekommendationer.

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

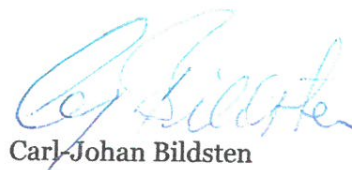
Revisorernas bedömning utifrån granskningen är att det inte kan uteslutas att enskilda har drabbats av de brister som förelegat i kontrollen och uppföljningen av den löpande ärendehandläggningen.

Vid sitt sammanträde den 5 mars 2018 har revisorerna enats om att begära ett samordnat svar från Kommunstyrelsen och Vård- och omsorgsnämnden med anledning av granskningens resultat. Revisorerna önskar styrelsens och nämndens synpunkter på de iakttagelser och rekommendationer som redovisas i rapporten samt vilka åtgärder som avses vidtas på kort och lång sikt. Svaret ska vara revisorerna tillhanda senast den 31 maj 2018.

För Värmdö kommuns revisorer

  
Torbjörn Andersson

Ordförande

  
Carl-Johan Bildsten

vice ordförande

För kännedom:  
Kommunfullmäktiges presidium



VÄRMDÖ KOMMUN

Handläggare  
Marie Lindström  
Kansli- och utredningsavdelningen

Förslag till yttrande  
2018-05-08

Diarienummer  
2018KS/0272

Kommunens förtroendevalda  
revisorer

## Förslag till yttrande över revisionsrapporten Styrning och ledning av LSS-verksamheten

PwC har granskat om Värmdö kommuns vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning och ledning av LSS-verksamheten utifrån ett kostnads- och verksamhetsperspektiv samt en tillräcklig intern kontroll. Granskningen visar att styrning, ledning och intern kontroll till viss del är ändamålsenlig men brister har uppmärksammas.

Resultatet av granskningen avseende de kontrollfrågor som PwC ställt kommenteras nedan:

### **Finns tydliga mål som är kända och tillämpas inom organisationen?**

PwC bedömer att det finns tydliga mål som är relevanta för verksamheten. Förankringen av målen och styrningen på operativ nivå brister. Målvärden har inte följts upp vid delårsrapporten då flera indikatorer hänförs till nationella mål som mäts årsvis. Detta leder till att eventuella avvikelser inte uppmärksammas. PwC ser uppföljningen som en förutsättning för en faktisk styrning och rekommenderar nämnden att efterfråga måluppföljningar vid delår för att få en prognos för måluppfyllelse.

Kommunen<sup>1</sup> instämmer i att det funnits brister när det gäller förankring och uppföljning av mål och i styrningen på operativ nivå. Indikatorer behöver tas fram som hänförs till kommunens egna mål och uppföljning av dem ska ske varje halvår. Ett förbättringsarbete pågår och för 2018 har målen antagits tidigare och förankringsarbetet har därmed kunnat påbörjas tidigare. Avdelningscheferna bryter ner målen för varje enhet och de ska följas upp halvårsvis. Kommunen menar att arbetet med förankring och uppföljning av mål ständigt kan förbättras och att brister i dessa processer ska åtgärdas under året både inom vård- och omsorgsnämnden och inom andra områden med liknande brister.

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

Granskningen visar att det finns en styrning som visar den politiska ambitionen. Det finns även ett ledningssystem som ger stöd i myndighetsutövningen via rutiner för en tydlig uppföljning och kontroll av arbetet.

<sup>1</sup> Revisorerna har begärt ett samordnat yttrande från kommunstyrelsen och vård- och omsorgsnämnden. Med kommunen avses fortsättningsvis kommunstyrelsen och vård- och omsorgsnämnden.

PwC konstaterar att det finns en form för intern kontroll som fångar risker och visar hur uppföljning ska ske av dessa. Det framgår dock inte att nämnden är involverad i detta, vilket de bör vara då detta är ett av nämndens verktyg för att utöva intern kontroll av verksamheten.

Internkontrollplanen hjälper nämnden att säkra en effektiv förvaltning och att undgå allvarliga fel. Planen ska, enligt policyn för internkontroll, antas senast i februari varje år, men för att understryka vikten av att tidigt följa planen bör den antas i december året innan avsett verksamhetsår. Rapportering av uppföljning av internkontrollplanen sker i samband med årsbokslutet. Vård- och omsorgsnämnden godkände uppföljningen av 2017 års internkontrollplan vid mötet i mars 2018. Kommunen menar att det är väsentligt att en dialog förs mellan nämnden och förvaltningen om vilka frågor som ska ingå i internkontrollplanen.

### **Finns det en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi och kvalitet?**

PwC har funnit att det finns en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi som inkluderar LSS-verksamhetens olika delar. Styrning genom budget fungerar på avdelnings- och enhetsnivå.

I samband med bristerna som uppdagades vid lex Sarah-anmälan påbörjades en utveckling av kvalitetsarbetet. Rutiner finns för uppföljning och för att planera för åtgärder vid avvikelser och att ange konsekvenser för dessa. PwC påpekar att utvecklingsarbetet bör prioriteras för att följa bland annat Socialstyrelsens riktlinjer och för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i LSS-verksamheten.

Kommunen framhåller att ett arbete pågår med att förbättra avvikelshanteringen och att rutinerna för Lex Sarah är uppdaterade och implementerade.

Kommunen vill förtydliga att sektorn arbetar med att ta fram ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9. Ledningssystemet är ett verktyg för att uppnå kvalitet och ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det systematiska förbättringsarbetet består av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. I ledningssystemet ingår riktlinjer och rutiner för att en helhet ska uppnås. Vård- och omsorgsnämnden fattar beslut om ledningssystemet och riktlinjerna.

Vid den upphandling av verksamhetsplaneringssystem som ska ske i kommunen under året önskar omsorgs- och välfärdssektorn att en modul för ledningssystemet införs inom socialnämndens och vård- och omsorgsnämndens områden. Detta skulle innebära att ledningssystemet naturligt kopplas till målen och budgeten.

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

Kommunen hänvisar till att det hösten 2016 gjordes en avtals- och kvalitetsuppföljning för LSS-gruppboendena. Syftet med uppföljningen var att säkerställa att utförarna

följde kraven i gällande regelverk och i de interna avtalen. Uppföljningen skulle bidra till verksamhetens kvalitetsarbete och utgöra ett underlag för utveckling. De utvecklingsområden som påvisades i uppföljningen gällde framförallt verksamheternas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt social dokumentation. Uppföljningen har återkopplats till verksamheterna och inom vissa områden har verksamheterna upprättat handlingsplaner. Kommunen menar att ett fortsatt arbete behöver ske där handlingsplaner och åtgärder ännu inte genomförts.

Deshira Flankör  
Kommunstyrelsens ordförande

Camilla Broo  
Kommundirektör