

Till: Omsorgsnämnden  
För kännedom: Kommunfullmäktige

### Revisionsrapport nr 2/2019 – Granskning av LSS-verksamheten

EY har på vårt uppdrag genomfört en granskning i syfte att bedöma om omsorgsnämnden säkerställer en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamhet som bedrivs enligt LSS.

Den sammanfattande bedömningen är att styrningen av LSS-verksamheten i stort är ändamålsenlig och ger tillräckliga förutsättningar för att säkerställa rättssäkerhet och kvalitet. Vi grundar vår bedömning bland annat på att det finns ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 och tydliga uppföljningsrutiner.

I granskningen framkommer emellertid ett antal områden som behöver förbättras vilka presenteras i rapporten tillsammans med tre rekommendationer vilka vi instämmer i.

Svar från omsorgsnämnden önskas senast 2019-09-30.

För revisorerna i Södertälje kommun



Christer Björk



Sören Lekberg

Bilaga: Revisionsrapport nr 2/2019 – Granskning av LSS-verksamheten

# **Södertälje kommun**

Granskning av LSS-verksamheten



**Building a better  
working world**

## Innehållsförteckning

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Inledning .....</b>	<b>2</b>
2.1. Bakgrund.....	2
2.2. Syfte.....	2
2.3. Avgränsning .....	2
2.4. Genomförande .....	2
2.5. Revisionskriterier.....	3
<b>3. Styrning av LSS-verksamheten har tydliggjorts .....</b>	<b>5</b>
3.1. Kvalitetsledningssystemet .....	5
3.2. Social- och omsorgskontoret har tydliggjort rollfördelningen mellan beställande myndighet och utförare .....	5
3.3. Ekonomin är förhållandevis god för LSS-verksamheten .....	6
3.4. Bedömning .....	7
<b>4. Myndighetsutövningen består av handläggning och en separat nivåbedömning. 8</b>	<b>8</b>
4.1. LSS-handläggarna beslutar om insatsen.....	8
4.2. Södertörnsmodellen används för nivåbedömning och ersättning.....	9
4.3. Bedömning .....	11
<b>5. Utförarna upplever flera utmaningar kopplat till ersättningsmodellen.....</b>	<b>12</b>
5.1. Kontroll inom personlig assistans .....	15
5.2. Utförarna har regelbundna avstämningar .....	16
5.3. Bedömning .....	16
<b>6. Uppföljning och återrapportering ger nämnden adekvat information.....</b>	<b>17</b>
6.1. Kvalitetsavdelningens uppföljning.....	17
6.2. Avvikelse rapporteringen behöver digitaliseras.....	17
6.3. Uppföljning och återrapportering är tillräcklig.....	18
6.4. Bedömning .....	18
<b>7. Svar på revisionsfrågor .....</b>	<b>20</b>
<b>Bilaga 1: Källförteckning .....</b>	<b>22</b>

## 1. Sammanfattning

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

Vår sammanfattande bedömning är att styrningen av LSS-verksamheten i stort är ändamålsenlig och ger tillräckliga förutsättningar för att säkerställa rättssäkerhet och kvalitet. Vi grundar vår bedömning på att det finns ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 och tydliga uppföljningsrutiner.

*Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade* utgör det viktigaste underlaget för myndighetsutövningen. Vår bedömning är att myndigheten har tillgång till och tillämpar riktlinjer och aktuella prejudikat. Vidare finns det ett arbetssätt med kollegiala avstämningar och juridisk handledning som borgar för en likvärdig och rättssäker biståndsbedömning, vilket bedöms som positivt.

Därutöver finns lokala riktlinjer för handläggningen, bland annat manual för bedömning av personalbehov. Personalen upplever brister i nuvarande behovsbedömningsmodell och i bedömning av ersättningsnivåer och vår bedömning är att förbättringsåtgärder bör vidtas.

I en översyn 2017 konstaterades att manualen och instrumentet för insatsbedömningen behövde förstärkas för att på ett bättre sätt beakta brukare med neuropsykiska funktionsnedsättningar. Vi har däremot svårt att se att de förändringar som har gjorts i manual och bedömningsinstrument kommer medföra några väsentliga förändringar. Vi anser därför att nämnden bör analysera problemet och fastslå till vilken omfattning ersättning bör inkorporera detta arbete.

Myndigheten följer upp verksamheterna minst en gång varje år. I de fall brister identifieras ställs krav på handlingsplaner vilka i så fall följs upp under årets sista kvartal. Vår bedömning är att nämnden håller sig tillräckligt informerad. Dels är brukarnas uppfattning av kvalitetsaspekter nämndmål, dels följer nämnden kontinuerligt överklaganden av beslut men även patientsäkerhetsarbetet, kvalitetsledningssystem och nationella kvalitetsregister.

Nämnden lever upp till kommunfullmäktiges mål avseende *god ekonomisk hushållning*. Vi noterar dock att måluppfyllelsen för fullmäktiges målområde *Södertäljes medborgare* är låg. Verksamheten når endast upp till nämndens riktvärden i 3 av 20 indikatorer.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi omsorgsnämnden att:

- ▶ Analysera bedömningsinstrumentet för insatsbedömning och fastslå till vilken omfattning ersättning bör anpassas efter brukare med neuropsykiska funktionsnedsättningar.
- ▶ Genomföra en översyn av ersättningen för avlösning och ledsagning med ställningstaganden gällande om det är lämpligt att utföraren inte får ersättning vid försök att besöka brukaren.
- ▶ Utveckla alternativa metoder för att mäta fullmäktiges mål och därmed öka tillförlitligheten. God service och tillgänglighet går exempelvis att mäta genom personalkontinuitet.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en rättighetslag som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor, att de får den hjälp de behöver i det dagliga livet och att de kan få påverka vilket stöd och vilken service de får. LSS ger rätt till tio insatser för särskilt stöd och särskilt service som människor kan behöva utöver det som de kan få genom annan lagstiftning. Insatser som regleras är bland annat personlig assistans och boende med särskild service. Av LSS 6 § framgår bland annat att verksamheten skall vara av god kvalitet samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Samarbete med andra samhällsorgan framhålls och kommunen ska enligt LSS 10 § verka för att insatserna till den enskilde samordnas.

Ansvaret för personlig assistans är delat mellan kommunerna och Försäkringskassan. Omsorgsnämnden fullgör kommunens uppgifter inom LSS, samt Socialförsäkringsbalken (SFB). Detta innebär att nämnden ansvarar för målformulering, effektivitet och uppföljning av verksamheten men även för att säkerställa att verksamhetens målgrupp får adekvat information. Inom ramen för det definierade ansvaret ingår att bedriva ett förebyggande arbete mot droger och psykisk ohälsa. Om Försäkringskassan bedömer att behovet av hjälp med de grundläggande behoven inte överstiger i genomsnitt 20 timmar per vecka avslås ansökan. Den enskilde kan då vända sig till kommunen för att ansöka enligt LSS. Efter att regeringen har gett Försäkringskassan direktiv gällande mer restriktiva bedömningar har trycket ökat på kommunerna.

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

### 2.2. Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om omsorgsnämnden säkerställer en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamhet som bedrivs enligt LSS.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns det ändamålsenliga och uppdaterade styrdokument för LSS-verksamheten?
- ▶ Säkerställs följsamhet till riktlinjer för utredning, beslut och verkställighet?
- ▶ Har ett ledningssystem som motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:9 införts?
- ▶ Görs det tillräckliga uppföljningar och kontroller av utförare av LSS-verksamhet?
- ▶ Sker det en kontinuerlig och tillräcklig återrapportering till nämnden rörande LSS-verksamheten? Vidtar nämnden åtgärder om avvikelser rapporteras?
- ▶ Bidrar ersättningsmodellen till en fullgod verksamhet?
- ▶ Är ansvarsfördelningen mellan beställande och utförande organisation tydlig?

### 2.3. Avgränsning

På utförarsidan omfattas endast verksamheten i kommunal regi. Granskningen omfattar gruppboende, daglig verksamhet och personlig assistans.

### 2.4. Genomförande

Granskningen har skett genom dokumentgranskning och intervjuer med ansvariga tjänstepersoner inom social- och omsorgskontoret. Vi har även genomfört jämförelser utifrån data från Kolada, kommun- och landstingsdatabasen, och utgått från den så kallade likhetsutsköningen. Intervjuade funktioner är följande:

- ▶ Tf socialdirektör äldre och omsorg, Social- och omsorgskontoret
- ▶ Kvalitet och uppdragschef, Social och omsorgskontoret/stab
- ▶ Resultatenhetschef, Myndigheten för personer med funktionsnedsättning
- ▶ Handläggare, Myndigheten
- ▶ Omsorgsnivåhandläggare (tidigare nivåbedömare), Myndigheten
- ▶ Resultatområdeschefer, Verksamheten för personer med funktionsnedsättning
- ▶ Resultatenhetschefer (daglig verksamhet, gruppboenden samt personlig assistans)
- ▶ Medarbetare (daglig verksamhet och serviceboende)

Rapporten är sakgranskad av intervjuade, vilket innebär att de fakta som rapporten hänvisar till är kvalitetssäkrade av de som granskats. Slutsatserna och revisionsbedömningarna ansvarar EY för.

## **2.5. Revisionskriterier**

Revisionskriterierna är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar. I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Omsorgsnämndens reglemente.
- ▶ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- ▶ Mål och budget 2019–2021.

### **2.5.1. Omsorgsnämndens delegationsordning**

Av *Reglemente för omsorgsnämnden*, antaget av kommunfullmäktige den 14 december 2010, § 91, (med ändringar 2013) framgår att nämnden utövar ledningen av kommunens verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Nämnden fullgör också kommunens uppgifter enligt socialförsäkringsbalken (SFB).

### **2.5.2. Mål och budget 2019–2021**

Kommunfullmäktiges mål 3 och 4 är relevanta för granskningen.

Mål 3: Medborgarna har goda livsvillkor anger att samtliga invånare skall ges möjligheter till goda livsvillkor, hälsa och en rik fritid. Vidare ska kommunen sträva efter att utveckla [livs-] villkoren för alla oavsett ålder, kön, sexuell läggning eller funktionsnedsättning.

Mål 4: Medborgarna får en god service och hög tillgänglighet innebär att Södertälje kommuns verksamheter ska kännetecknas av god service och hög tillgänglighet. Verksamheterna ska ständigt sträva efter att hålla en så god kvalitet som möjligt. Av särskild vikt är kvaliteten i kommunens breda och generella välfärdsverksamheter. Omsorgsverksamheterna ska präglas av trygghet, värdighet och respekt. När invånare är i behov av omsorg ska samhället finnas där som ett stöd. Verksamheterna är beroende av en professionell personal med goda villkor. I sina kontakter med kommunen ska medborgarna ges ett gott bemötande, samt ha lätt att få information om kommunens uppdrag, tjänster och åtaganden. Svar på frågor och synpunkter ska ges skyndsamt. Genom digitalisering och utveckling av relevanta e-tjänster ska kommunens tillgänglighet öka.

Under nämndspecifik inriktning och fokusområden anges att Omsorgsnämnden ska arbeta för att alla barn, ungdomar och vuxna så långt som möjligt utifrån sina egna förutsättningar och med rätt stöd ska kunna leva ett självständigt liv.

De ekonomiska ramarna för 2019 är satta till 726,9 mkr för omsorgsnämnden, en ökning med ca 0,8 % sedan 2018 (721 mkr). I *bilaga 5*, (kapitel 2.1.3), redogörs för investeringar i inventarier för nyöppnade LSS-bostäder 2019, 2020 och 2021, samtliga utan budgeterade medel. Vidare framgår, under 2.1.4, att flera gruppboendestäder är under planering.



### 3. Styrning av LSS-verksamheten har tydliggjorts

#### 3.1. Kvalitetsledningssystemet

Ledningssystemet ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens samtliga delar. Rutiner finns tillgängliga digitalt genom intranätet, Kanalen. Verksamheternas digitala system, Procapita och Lifecare, säkerställer att besluts- och genomförandeprocesser belyses vilket främjar en kontinuerlig och systematisk uppföljning.

Äldreomsorgsnämnden, socialnämnden och omsorgsnämnden antog 2015 ett styrdokument för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. I granskningen framkommer att kvalitet- och uppdragsenheten har för avsikt att revidera styrdokumentet under 2019.

Det systematiska förbättringsarbetet består bl a av: egenkontroll, utredning av rapporter, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner (bl a genom kvalitetsråd). Innehållet i nämndernas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 dokumenteras och utvecklas löpande med stöd av Ensolution<sup>1</sup>. Utförarna själva är i enlighet med kraven i avtalen och överenskommelserna ansvariga för att ha en adekvat egenkontroll. Alla kommunala resultatenheter har en egenkontroll, vilken har sin utgångspunkt i verksamhetsplan. Kommunens resultatenheter har under tiden för granskningen inga digitala verktyg för avvikelserapportering, utan avvikelser rapporteras med hjälp av Excel-dokument.

LSS-verksamhetens egenkontroll redovisas i ledningsgrupp genom en *Kvalitetsredovisning* vid delårsrapporteringarna samt årsbokslut. I denna beskrivs utvecklingen, måluppfyllelse och status för aktiviteter per respektive redovisningstillfälle. Kvalitetsredovisningen utgör en del av egenkontrollen kopplat till kvalitetsarbetet.

Förarbetet för upphandling av ett nytt digitalt system för kvalitetsledning påbörjas under 2019.

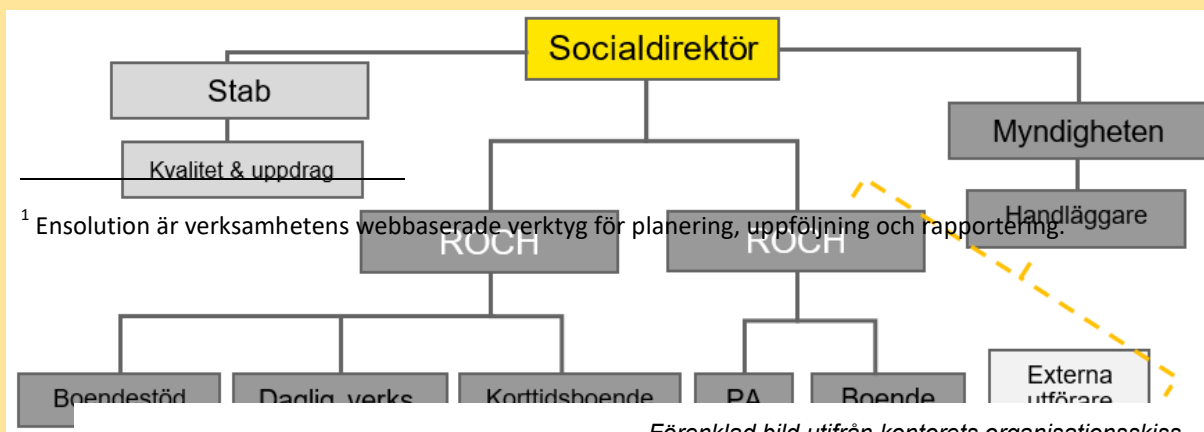
#### 3.2. Social- och omsorgskontoret har tydliggjort rollfördelningen mellan beställande myndighet och utförare

Social- och omsorgskontoret svarar till både socialnämnden, äldreomsorgsnämnden och omsorgsnämnden. Inom ramen för omsorgsnämnden finns två resultatområden. Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF) och Verksamheten för personer med funktionsnedsättning (VFF).

**Myndigheten** är indelad i tre resultatenheter, varav två avser omsorgsnämndens ansvarsområde: Enheten funktionsnedsättning och Enheten verksamhetsstöd. Enheten funktionsnedsättning handlägger ärenden gällande insatser enligt SoL och LSS för barn och vuxna upp till 65 år.

Social- och omsorgskontorets **stab** är uppdelad i tre sektioner. Kvalitetsavdelningen följer upp kvaliteten för LSS-verksamheten både när det gäller egen regi och för privata utförare.

**VFF** är indelad i två resultatområden, underordnade socialdirektören, med två resultatområdeschefer. Verksamheten utför insatser utifrån LSS och SoL enligt beslut och uppdrag från myndigheten. Majoriteten (60 procent) av nämndens verksamhet utförs av externa utförare





enligt avtal.

Under 2016 var myndigheten och kommunens utförare samlokaliserade vilket uppgavs skapa en tydlig rollfördelning. Med utvecklingsprojektet "Hållbar omsorg" separerades myndighetsutövningen från utförardelen vilket skapat en tydligare rollfördelning. Myndigheten har sedan dess en tydligare roll gentemot privata och kommunala utförarna.

Personlig assistans inbegriper från och med 2019 en ekonomisk resultatenhetschef (tidigare separata resultatenheter).

Kommunens egen LSS-verksamhet består av totalt 17 gruppboenden och 8 serviceboenden, 27 olika dagliga verksamheter, ett korttidsboende, ca 120 personliga assistenter, korta insatser (utför kortare insatser i hemmet) och mobila teamet för boendestöd.

Genom myndigheten har kommunen avtal avseende daglig verksamhet och serviceboenden med till antal ungefär lika många **privata verksamheter** som det finns kommunala utförare. Bland gruppboenden finns cirka dubbelt så många privata utförare som kommunala.

### Boenden och daglig verksamhet efter driftsform

	Kommunala utförare	Externa utförare
Korttidsboenden	1	
Gruppboenden	17	33
Serviceboenden	8	9
Daglig verksamhet	27	31

Not: Externa utförare är placerade inom och utanför Södertälje och kan ha kommunala huvudmän

De flesta brukare av Södertälje kommuns LSS-verksamhet återfinns bland privata utförare inom grupp- och serviceboenden och kommunala utförare inom daglig verksamhet.

### Brukare i daglig verksamhet (DV) samt boende i grupp- och serviceboende, januari 2019

	Brukare i daglig verksamhet		Boende	
Södertälje kommun	312	61%	162	41%
Extern utförare	198	39%	237	59%
Summa	510		399	

Not: tre externa DV har andra kommuner som huvudmän

### 3.3. Ekonomin är förhållandevis god för LSS-verksamheten

Nämnden som helhet redovisade i Årsbokslut 2018 ett överskott på 24 mnkr (11 mnkr 2017), varav överskottet inom LSS uppgick till 19 mnkr (4,7 mnkr 2017). Överskottet inom LSS förklaras av oförbrukade medel för oförutsedda händelser. Nämndens budget fick ett tillskott om 20,2 mnkr under 2018 till följd av ändrade standardkostnader och volymförändringar. Verksamhetens överskott om 24 mnkr beror främst på att detta tillskott inte har använts.

De största positiva avvikelserna finns inom korttidshem/korttidstillsyn (+ 1,8 mnkr) och personlig assistans (+1,2 mnkr). De största negativa avvikelserna finns i särskilt boende LSS (-6,1 mnkr) samt avlösning/ledsagning (-0,6 mnkr).

#### 3.3.1. Jämförelse med andra kommuner

Vi har jämfört Södertälje med ett urval av andra liknande kommuner inom LSS-området i relation till kostnader. Dessa är Kalmar, Skellefteå, Hudiksvall, Borlänge, Uddevalla, Karlshamn, Katrineholm<sup>2</sup>. Södertälje kommun ligger något högt vad gäller kostnader för LSS-verksamheten i jämförelse med riket, se nedan. Ser vi till liknande kommuner inom LSS-

<sup>2</sup> För 2018 finns ett bortfall från Kalmar, Skellefteå, Hudiksvall, Karlshamn.

området, med viktning för referenskostnad (70 procent) och befolkning (30 procent), ligger Södertälje kommun på liknande kostnadsnivåer.

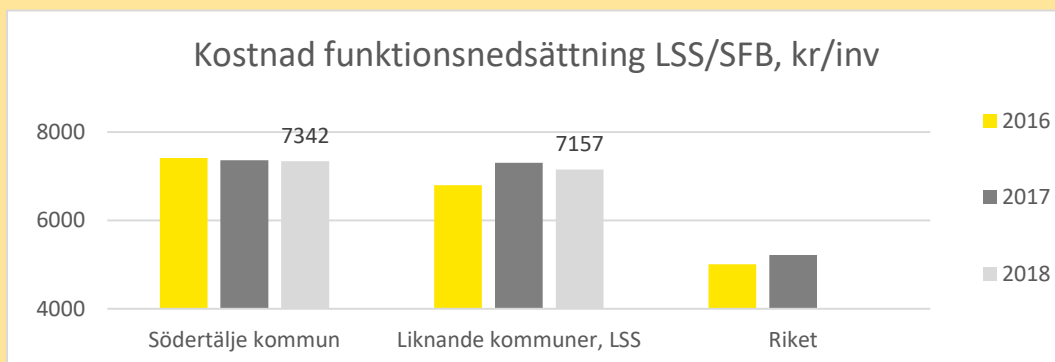


Diagram 1. Kostnad funktionsnedsättning LSS och SFB minus ersättning från FK enl SFB, kr/inv. Källa Kolada

### 3.4. Bedömning

Ledningssystemet ska vara ett praktiskt verktyg för att systematiskt arbeta med att uppnå god kvalitet. Det har genomförts revideringar och ändringar i det digitala kvalitetsledningssystemet för att främja användarvänligheten.

Vår bedömning är att myndigheten har en tydlig roll gentemot privata och kommunala utförarna. Med utvecklingsprojektet "Hållbar omsorg" separerades myndighetsutövningen från utförardelen vilket skapat en tydligare rollfördelning.

## 4. Myndighetsutövningen består av handläggning och en separat nivåbedömning

Enheten för funktionsnedsättning, myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF), mottar ansökningar, vägleder, utreder och fattar beslut om insatser för barn och vuxna i behov av insatser enligt LSS. Myndigheten består av 37 medarbetare, varav 25 handläggare som är uppdelade i fyra team med varsin gruppledare.

<b>Vuxna-teamet</b> Somatiska funktionsnedsättningar 13 handläggare	<b>Barn-teamet</b> Unga tills utgång gymnasiet 6 handläggare	<b>Autism-teamet</b> Ren autism, ej multidiagnoser 6 handläggare	<b>Verkställighetsgruppen</b> Avtal, nivåbedömning 4 medarbetare
---	--	--	--

Handläggning och beslut om insatser sker i teamen för vuxen, barn eller autism. Handläggargruppen består av både socionomer och jurister. Nivåbedömningar och avtal med utförare hanteras i verkställighetsteamet som består av två avtalsamordnare och två omsorgsnivå-handläggare, se 4.2.

### 4.1. LSS-handläggarna beslutar om insatsen

Ganska stor delegation ligger på gruppledarna och särskilt förordnande LSS handläggare (sfhl). Handläggare har begränsad delegation på vissa beslut om insatser (till en viss omfattning av behov) förutom daglig verksamhet och bostad med särskild service som faller under resultatenhetschefens delegation. Beslut rörande bostad med särskild service för barn och ungdom faller inom utskottets beslutanderätt. Allt reglerat via *Omsorgsnämndens delegationsordning*, antagen av omsorgsnämnden 1 juni 2017. Varje handläggare ha ca 40-50 brukare per person, med vissa undantag.

Omsorgsnämnden antog 2016-06-02 *Riktlinjer LSS - För handläggning av insatser enligt LSS för barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning*, vilken utgör ett hjälpmedel för handläggarnas beslutsfattande. Rutiner gällande handlägningsförfarandet finns i det digitala intranätet, MÄF, och KANALEN (kommunalt digitalt ledningssystem).

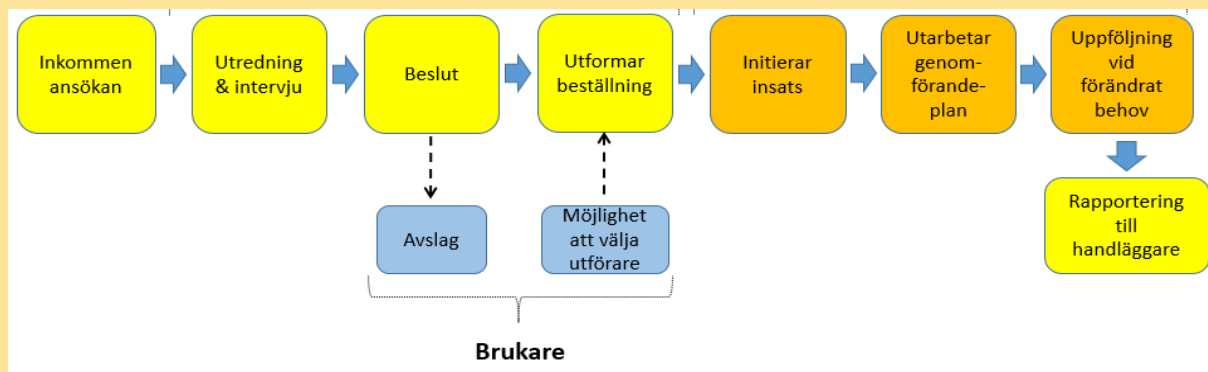
I syfte att likställa bedömningar och stödja handläggarna i arbetet hålls ärendedragning och metodmöten veckovis. Vid metodmöten redogörs för nya rutiner och förändringar i praxis. Enheten har en "rutin-grupp" med ansvar för att följa upp och revidera rutinerna.

Myndigheten har en "domgrupp" som följer alla överklaganden och andra rättsliga ställningstaganden inom LSS samt återrapporterar till gruppen under metodmöten. Detta som ett led i att arbeta mer likriktat i bedömningar och tydligare följa gällande rättsläge. I intervjuer framkommer att ca 40-50 ärenden går till förvaltningsrätten, varpå kommunen får rätt eller delvis rätt i 85- 97 procent av fallen.

Inom LSS lagstiftningen finns ingen lagstadgad maximal ledtid för handlägningsprocessen men enligt *Riktlinjer för bedömning av insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)* och 4 kap. 9 § i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5) ska utredningen ske skyndsamt. Nämndens målsättning är att beslut ska tas inom 3 månader, från inkommen begäran och handläggarna jobbar med en fysisk tavla för att följa alla ärenden. För 2018 beslutades 88 procent av ärendena i tid (målnivån var 90 procent). Utredningstid i antal dagar var i snitt 48 dagar 2018 (att jämföra med 87 dagar 2017).

Vid beslut om skickas beställningen till den utförare som medborgaren har önskat om tillgänglighet finns. Vid beslut om boende, såväl som daglig verksamhet, fastslås i kommunens riktlinjer att myndigheten först ska pröva placering i egen regi. Myndigheten har kontinuerligt möten med fördelningsgruppen, där den kommunala utföraren är representerad.

Samtliga inkomna beställningar och ändringsbeställningar finns sedan tillgängliga i ProCapita. Utifrån beställningen tas en genomförandeplan fram tillsammans med medborgaren. Nedan är en förenklad beskrivning av processen från begäran om LSS till beslut



Varje beslut om insatser ska följas upp och utvärderas kontinuerligt eller vid förändringar. När en ny insats påbörjas kan behovet av uppföljning vara större och behöva genomföras tätare. I övrigt sker uppföljning av insatser som utgångspunkt en gång per år inom Södertälje kommun.

När ett gynnande beslut inte verkställs inom tre månader ska nämnden rapportera detta till IVO samt revisorerna en gång per kvartal, i enlighet med LSS § 28 f-g. Av granskat sammanträdesprotokoll 2019-02-28 för omsorgsnämnden framkommer det att ej verkställda beslut inom LSS för fjärde kvartalet 2018 var totalt tre stycken, ett verkställt beslut och två gynnande beslut som avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. Två av besluten är nu verkställda, medans det tredje är föremål för omprövning.

#### 4.2. Södertörnsmodellen används för nivåbedömning och ersättning

Myndigheten använder sig av ett nivåbedömningsinstrument inom daglig verksamhet och bostad med särskild service som har utarbetats inom Södertörnssamarbetet. Kommunstyrelsen beslutade 2007 den nuvarande ersättningsmodellen för funktionshindrade enligt LSS. Syftet med instrumentet är att bedöma vilket behov av personalstöd som brukaren har. Ersättningsmodellen har fem nivåer, men individuella ersättningar kan tillämpas för brukare vars behov inte täcks inom modellen, så kallade "5+". Nivåerna kopplas till vilken ekonomisk ersättning utföraren får. För vissa brukare som saknar daglig verksamhet (som exempelvis inte vill ha det eller är över 67 år) utgår ett mindre tillägg.

För tillfället arbetar två "omsorgsnivå-handläggare" med nivåbedömningarna, efter en utökning av en tjänst under 2018. Nivåbedömningen sker genom att omsorgsnivå-handläggaren intervjuar personal i verksamheten om vilket behov av stöd och omvårdnad brukaren har. Vid nyplaceringar sätts en preliminär nivå. Svaren tolkas sedan med hjälp av en manual för insatsmätning. 10 frågor bedöms och skattas med poäng (0-8). Efter mätningen av det personalstöd som den boende bedöms ha behov av, beräknas en genomsnittspoäng för varje person fram. Hänsyn ska tas till eventuella faktorer som kan påverka poängsättningen. När nivå har fastställts upprättar avtalssamordnare ett avtal med utföraren. Även LSS-handläggarna informeras om eventuella förändringar genom Procapita. LSS-handläggaren kan då ändra brukarens målsättning utifrån ändrat stödbehov.

I arbetet med att bedöma vilka behov brukaren har uppstår en förhandling mellan kommunen och leverantören. Myndigheten har därför inom ramen för projektet "Hållbar omsorg" arbetat med att tydliggöra processen kring ersättningen och på vilket sätt leverantörerna görs delaktiga i den insatsmätning som ligger till grund för nivåbedömningen som är grund för ersättningen.

I oktober 2017 gjordes en extern översyn av ersättningsmodellen vilken resulterade i en bedömning att konstruktionen med insatsmätning inte fullt ut säkerställde en riktig nivåbedömning. Manualen behövde förstärkas till att på ett bättre sätt beakta brukare med

neuropsykiska funktionsnedsättningar. Social- och omsorgskontoret initierade därför 2018 en arbetsgrupp som hade till syfte att förfinna bedömningsinstrumentet för insatsmätning. Förändringarna innebar bland annat att det inför insatsnivåbedömningar och samtal med personal gjordes andra betoningar i textmaterialet. I den nya versionen betonas att även sociala och psykiska faktorer ska beaktas.

Nedan redogörs för sammanställning av fördelning per nivå på aggregerad nivå för kommunens egna regi och övriga anordnare. En skillnad i fördelning kan vara slumpartad men även indikera att ersättningsmodellen inte fullt ut ersätter en fullgod verksamhet och ger externa anordnare incitament för att vara selektiv gällande målgrupp.

**Boende (grupp/service), Fördelning andel brukare per nivå och utförare, per februari 2019**

Utförare / Nivå	1	2	3	4	5 (5+)
<b>Boende, kommun (%)</b>	1,2	16	26,5	33,3	22,8
<b>Boende, extern (%)</b>	1,7	10,5	32,8	27,3	27,2

**Daglig verksamhet, Fördelning andel brukare per nivå och utförare, per februari 2019**

Utförare / Nivå	1	2	3	4	5 (5+)
<b>Daglig verksamhet, kommun (%)</b>	30,9	26,9	22,1	10	10
<b>Daglig verksamhet, extern (%)</b>	9,7	25,8	29	17	18,4

Vad gäller daglig verksamhet har privata andelen den större andelen av brukare med nivå 3-5. För nivå 1 återfinns majoriteten av brukarna i kommunal regi vilket kan indikera att denna nivå inte ersätts fullt ut i nuvarande modell.

**4.2.1. Ersättningar 2019**

Ersättningen för 2018 redogörs för i tabellen nedan. Hyreskostnader ingår inte i den interna ersättningen, utan ersätts med anslag till utföraren. I den externa ersättningen ingår samtliga kostnader för verksamheten. (Overheadkostnader, momskompensation, lokalkostnader samt kostnader för eventuell sovande jour/vaken natt ingår i ersättningen). Ersättningarna för serviceboende och gruppboende höjdes något 1 juni 2018.

Insats	Nivå	Intern ersättning	Extern ersättning
Personlig assistans		295 kr /timme	
Ledsagarservice, avlösarservice		282 kr /timme	
Korttidsboende		3 856kr / dygn	
Serviceboende	1	706 kr	960 kr
	2	936 kr	1 223 kr
	3	1 342 kr	1 690 kr
	4	1 899 kr	2 327 kr
	5	2 521 kr / dygn	3 042 kr / dygn
Gruppboende	1	814 kr	1 083 kr
	2	1 044 kr	1 347 kr
	3	1 559 kr	1 937 kr
	4	2 420 kr	2 901 kr
	5	3 151 kr / dygn	3 741 kr / dygn
Daglig verksamhet <sup>3</sup>	1	593 kr (243 kr)	713 kr
Heltid, (deltid)	2	686 kr (280 kr)	863 kr
	3	960 kr (394 kr)	1 220 kr

<sup>3</sup> max antal debiteringsbara dagar är 249 per år och brukare

4	1 375 kr (563 kr)	1 534 kr
5	1 710 kr (702 kr) / dygn	2 054 kr / dygn

### 4.3. Bedömning

Bedömningen är att myndigheten har tillgång till och tillämpar riktlinjer och aktuella prejudikat. Vidare finns det ett arbetssätt med kollegiala avstämningar och juridisk handledning som borgar för en likvärdig och rättssäker biståndsbedömning, vilket bedöms som positivt.

Kommunen använder Södertörnsmodellen med insatsbedömningar utifrån en bedömnings-trappa med fem nivåer. Ett system som enbart innehåller ett fåtal nivåer riskerar att tappa i individuell anpassning. Fem-nivå trappan med individuella kontrakt för mer resurskrävande brukare används av flera kommuner i länet. Vi införandet av ett prestationsbaserat ersättnings-system blir processen för bedömning av nivå i fokus. Ersättningsmodellen bör därför så träffsäkert som möjligt styra resurser till respektive brukare.

I en extern översyn 2017 konstaterades att manualen och bedömningsinstrumentet för insatsbedömningen behövde förstärkas för att på ett bättre sätt beakta brukare med neuropsykiska funktionsnedsättningar. Vi har däremot svårt att se att de förändringar som har gjorts i manual och bedömningsinstrument kommer medföra några väsentliga förändringar.

Kommunens egna utförare av boende och övriga anordnare har en likvärdig fördelning mellan brukare och olika nivåer, vilket inte tycks ge en skev fördelning. Vad gäller daglig verksamhet noterar vi att externa anordnare har en lägre andel brukare med nivå 1. En skillnad i fördelning kan vara slumpartad men även indikera att ersättningsmodellen inte fullt ut ersätter en fullgod verksamhet och ger externa anordnare incitament för att vara selektivt gällande målgrupp. I detta fall återfinns majoriteten av brukarna med nivå 1 i kommunal regi vilket kan indikera att denna nivå inte ersätts fullt ut i nuvarande modell. Det kan även handla om att kommunen har dagliga verksamheter som är bättre lämpade för mer fungerande brukare.

## 5. Utförarna upplever flera utmaningar kopplat till ersättningsmodellen

Under 2018 har projektet "Hållbar omsorg" genomförts vilket bland annat har resulterat i att gemensamma mötesstrukturer har upprättats för myndigheten och verkställighetsidan. Samarbetsöverenskommelser är under upprättande för boendestöd och bostad med särskild service i syfte att tydliggöra styrningen ytterligare och skapa ökad tydlighet i rollfördelningen.

Ledningssystemet, inklusive rutiner, riktlinjer och mallar, finns tillgängligt elektroniskt för alla medarbetare. Verksamheterna jobbar en hel del med de stöd som finns i ledningssystemet på arbetsplatsträffar, (APT).

För att effektivisera verksamheten har enheterna arbetat en hel del med digitalisering. Samtliga årsarbetare har genomgått utbildning i social dokumentation samt i verksamhetssystemet Lifecare.

### **Boenden**

Boendeverksamheten i egen regi är uppdelad på åtta resultatenheter med, i snitt, 30 medarbetare per enhetschef. Boendena har olika fokus, bl a så har ett par boenden fokuserat mer på autism, problemskapande beteenden samt hot och våld. Det finns bl a brukare som kräver mer omfattande åtgärder i form av att ca 2-3 medarbetare behöver vara i tjänst dygnet runt för respektive brukare.

I intervjuer framkommer att individernas självbestämmanderätt är förhållandevis stark inom LSS-lagstiftningen, vilket gör att det finns risk för att brukare involveras i en livsstil med missbruk eller kriminalitet. Detta gör att det kan förekomma hot och våld. I dessa fall har verksamheten individuella handlingsplaner för berörda brukare. Ensamarbete med brukare, vid exempelvis nattjour, kan vara riskutsatt av denna anledning.

Vad gäller ersättningsmodellen framkom att ersättningen till utförarna enbart inkluderar brukarens behov med bas i LSS-lagstiftning, men att utförarsidan kan behöva tillgodose mer personal för att säkerställa att verksamheten följer gällande arbetsmiljölöslagstiftning. Detta då det inom LSS-verksamhet kan förekomma hot och våld.

Det framkommer även att det med brukare med neuropsykiatriska behov är svårare att bemöta behoven. Det råder bland annat en diskrepans mellan LSS-verksamheten och psykiatrin avseende dessa brukare. Då personerna i fråga har LSS-insats och inte SoL-insats bedömer inte psykiatrin att de har en tydlig ansvarsroll. Däremot är det svårt för verksamheten att tillgodose resurser med psykiatrisk kompetens för att möta det behovet. Det uppges i intervju att det finns behov av att fortbilda den egna kompetensen.

I slutet av 2018 öppnades ett nytt boende<sup>4</sup>. I nuläget finns en del tomma boendeplatser inom serviceboenden. Detta delvis med anledning av att brukare tackar nej till erbjudanden i nyproducerade lägenheter med anledning av dyr hyra. Många av brukarna lever på försörjningsstöd eller olika former av bidrag vilket gör att vissa brukare inte har möjlighet att tacka ja till erbjudna platser.

Problematiske aspekter kopplade till ersättning och verksamhetsstyrning som anges i intervju är:

- ▶ Modellen har sin utgångspunkt i LSS-lagstiftning men beaktar inte behov av att bemanna extra med anledning av arbetsmiljölöslagstiftning.

---

<sup>4</sup> Nya bostäder har marknadsanpassade hyror, vilket gör att hyran kan ligga omkring 7000-8000kr per månad.



- ▶ Tiden för motivationsarbete, så som vid dusch, matlagning och handling, ersätts inte fullt ut i modellen.
- ▶ Brukare som ersätts utifrån nivå ett (1), är tänkta att vara förhållandevis självgående och främst ha stöd enligt SoL, från bl a mobila teamet, dvs inte vara beviljade särskilt boende. Det finns däremot brukare inom denna nivå med boendeplats. Eftersom flera boenden har bemanning dygnet runt, blir kostnaderna för dessa brukare märkbart högre än ersättningen.

### **Ersättning för daglig verksamhet**

Personer i yrkesverksam ålder med utvecklingsstörning eller autism och de som fått en begåvningsmässig funktionsnedsättning efter hjärnskada i vuxen ålder har rätt att ansöka om daglig verksamhet som kommunen utför. Vid fördelningsgrupp sker fördelningen av inkomna beställningar till kommunal utförare.

Södertälje anger i beskrivning att arbetsuppgifterna på den dagliga verksamheten ska anpassas efter brukarens intressen, behov och förutsättningar. Samt att deltagande i daglig verksamhet ska vara både utvecklande, stimulerande och meningsfullt.

Brukare som är knutna till Södertälje kommun återfinns inom 62 dagliga verksamheter. 31 av dessa drivs av Södertälje kommun och 31 av externa utförare, varav 3 är andra kommuner. Inom kommunen är verksamheterna fördelade på tre olika spår:

- ▶ Arbete och utbildning. Biltema, Coop, Företagsplaceringar.
- ▶ Produktion. Tyg- och Formverkstan, Teater- och Musikgruppen, Ord- och Bild.
- ▶ Upplevelse. Orion, DV-träffen, Ekensberg m.fl (mer omvårdnad, sinnesupplevelser)

Ersättning utgår för de faktiska dagar som brukare är på den dagliga verksamheten. I detta avseende är det inte någon skillnad mot privata utförare. Såväl kommunala som privata utförare har dokumentation vad gäller brukares närvaro. I intervju framkommer att det utgör ett stort problem att brukare inte dyker upp på sin dagliga verksamhet. Detta innebär att verksamheten inte får ersättning för dessa dagar, de behöver dock planera och bemanna utifrån att brukaren kommer vara där. Detta har resulterat i att verksamheten planerar för överbeläggning och förutsätter att det blir bortfall. Skulle samtliga inplanerade brukare närvara blir det dock svårt att tillgodose det. Vi noterar däremot att vi har sett en liknande problematik i andra kommuner. Det är svårt att hitta en ersättningsmodell som är fullt balanserad i alla avseenden.

Problematiske aspekter kopplade till ersättning och verksamhetsstyrning som anges i intervju är:

- ▶ Frånvaro av brukare som är planerade att delta i daglig verksamhet innebär en kostnad i och med att planering och bemanning utgår ifrån brukarnas planerade deltagande. Verksamheterna ersätts dock inte för detta.
- ▶ Ersättningen för brukare med bedömd nivå 1 upplevs inte fullt ut ersätta verksamheterna för kostnader för en fullgod verksamhet kopplat till dessa individer.

### **Ersättning för kortidsvistelser**

Kortidsinsatser hade ett positivt ekonomiskt utfall 2018. Kommunen har en enhet med två boenden som bemannas av totalt 16 medarbetare. Drygt 65 barn bor i boendena under året. I snitt infinner sig individerna i korttidsboende 36 dagar om året. Tanken är att de ska fungera som avlastning eller miljöombyte för föräldrar och barn. Verksamheten följer inflödet från myndigheten noga och har under 2018 kunnat anpassa verksamheten efter inflödet. Lös-



ningar har varit att stänga korttidsboendet vissa dagar då brukare inte är inplanerade samt att man vissa dagar kunnat utgöra tillfälliga lösningar för andra verksamheter inom kommunen, som socialtjänsten.

Ersättningen för dygn i boende utgår för belagda dygn per individ. Individen måste dock bokas av sju dygn innan planerad vistelse om ändringar sker. Sker inte detta måste myndigheten ersätta utföraren för planerade dygn trots att de inte är belagda. Sju dagar uppges inte vara tillräckligt för att avboka tillsvidareanställd personal men vikarier är möjliga att avboka. Detta resulterar i att verksamheten sällan går överbemannad.

Under samma enhet återfinns *korta insatser* enligt LSS § 9:3-5, med insatser för avlösning och ledsagarservice. Verksamheten har ca 112 medarbetare, varav 4 är tillsvidareanställda. Resterande har visstidsanställningar eller PAN-anställningar (anhöriga). Dessa insatser låg tidigare under enheterna för personlig assistans. Dessa insatser gjorde ett underskott (-577 tkr) 2018. Detta uppges vara ett resultat av att bemanningskostnader vad gäller lön och övertidsersättning inte fullt ut täcks av ersättningsmodellen (med ersättning för den tid som beställs och utförs). Detta då brukare ibland inte accepterar hjälp från ledsagare vissa dagar. Utförarna gör tre försök till besök innan insatsen avslutas. Vid dessa försök får enheten ingen ersättning.

Genomförandeplaner och social dokumentation ska följa IBIC och de livsområden som finns kategoriserade. Nyligen har verksamheten gått från Procapita till Life Care. Dokumentation görs däremot på papper och skickas in till enhetschef för dokumentering digitalt. Detta då flera medarbetare inte har kunnat komma in i Procapita samt att medarbetare har behövt ta sig till kontoret för att dokumentera digitalt. Detta blir problematiskt då ersättningsmodellen med utförd tid inte fullt ut ersätter den tid som det skulle kräva att ta sig till kontoret och åter.

### ***Ersättning vid personlig assistans***

Med personlig assistans avses stöd enligt § 9:2 LSS som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sina grundläggande behov. Stödet är till för personer som inte fyllt 65 år vid ansökningstillfället.

Den övergripande målsättningen för all verksamhet enligt LSS är att den ska främja delaktighet i levnadsvillkor och delaktighet i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra i jämförbar ålder.

De fyra enheter som arbetar med den personliga assistansen har renodlats till att enbart utföra insatser enligt § 9:2 LSS, samt SFB. Insatser som avser ledsagarservice, kontaktperson eller avlösarservice i hemmet är underordnade en separat avdelning.

Intervjuad enhetschef har sju brukare och ca 25 anställda, varav 4–5 med PAN-anställning (bestämmelser för personlig assistent och anhörigvårdare)<sup>5</sup>. Anställningarna rör sig i majoriteten av fallen om anhöriga med hushållsgemenskap. I intervju framgår att enheterna har för avsikt att minska dessa anställningar för att främja de anhörigas fysiska och psykiska hälsa.<sup>6</sup> Det finns däremot en möjlighet att detta är kostnadsökande, om än marginellt, för kommunens ekonomiska utfall då PAN-anställningar i hushållsgemenskap ofta är mer fördelaktiga med anledning av att dessa inte inkluderar ob-ersättning.

---

<sup>5</sup> En PAN-anställning är en anställning knuten till ett specifikt assistansuppdrag och om assistansen upphör slutar anställningen att gälla. PAN anhöriganställda i hushållsgemenskap har inte rätt till OB- ersättning (arbete på obekvämt arbetstid)

<sup>6</sup> Liknande argument förs fram i prop. 2008/09:82 s. 21 avseende 5 kap. § 10 SoL

Ledningssystemet, inklusive rutiner, riktlinjer och mallar, finns tillgängligt elektroniskt för alla medarbetare. Däremot är rutiner och mallar även tillgängliga i en pärm hos respektive brukare. Detta då medarbetarna inte alltid har tillgång till digitala verktyg hos brukaren.

För att effektivisera verksamheten har enheten arbetat en hel del med digitalisering. Det handlar bland annat om att schemaplanering finns tillgänglig i TimeCare<sup>7</sup>, samt att tidsredovisningar skickas till Försäkringskassan digitalt genom dokumenthanteringssystemet Aiai. All social dokumentation rörande brukaren ska även dokumenteras i digitalt framgent.

Dialogen med myndigheten uppges vara god vid förändringar av brukarens behov, men det är alltid brukaren eller dennes gode man som formellt påkallar förnyat beslut. I de fall beslut tas om utökat antal timmar kan utföraren få retroaktiv ersättning. För beställningar från Försäkringskassan kan brukaren söka förhöjt timbelopp. Processen för att ansöka om detta är dock väldigt administrativt betungande för verksamheten och beviljas främst i fall då medarbetare behöver en lång introduktion (om 6–10 dagar) alternativt resulterar i en hög omsättning av personal.

Problematiska aspekter kopplade till ersättning och verksamhetsstyrning som enhetschef anger i intervju är:

- ▶ Brukarnas inledande period anges som extra personalkrävande både i planeringsarbete och omsorg, något som inte täcks av den initiala ersättningsnivån.
- ▶ Ersättningens utformning i beräknad tid är snävt angiven utan hänsyn till att arbetsmoment i praktiken tar längre tid än beställning och ersättningen vill tillåta. Hänsyn tas inte heller till arbetsmiljö vid hot och våld i den beräknade tiden.
- ▶ Ersättningen under nätter vid "sovande jour" är enbart 25 procent av ordinarie ersättning. Detta motsvarar däremot inte kommunens kostnader för bemanning. Dessa fall är dock enstaka vad gäller beslut från kommunen, men majoritet för brukare som har beslut från Försäkringskassan (14 av 19).

## 5.1. Kontroll inom personlig assistans

IVO bedriver tillsyn av verksamhet enligt LSS. Kommunen är däremot skyldig att anmäla olämpliga assistansanordnare till IVO.<sup>8</sup> Försäkringskassan har även befogenhet att utreda eventuellt fusk inom personlig assistans. Några sådana möjligheter har inte kommunen som inte får göra oanmälda hembesök.

Inom personlig assistans i kommunal regi genomför resultatenhetschefer oanmälda hembesök hos de brukare som har kommunanställda som personliga assistenter. Samtliga medarbetare inom kommunen, såväl som personliga assistenter, måste även redogöra för eventuella bisysslor. Det finns ett digitalt system där eventuell misskötsel dokumenteras.

Det uppges däremot vara svårare att kontrollera anhörganställda, då det är svårt att bevisa brister i tidrapporteringar. Det finns stundtals misstankar om att anställda som rapporterat andra heltidsanställningar som bisyssla möjligen har svårt att arbeta den andel timmar som redovisas. Kommunen säger i vissa fall nej till PAN-anställningar för individuella brukare om man kunnat motivera att arbetsmiljön inte är korrekt. Brukaren har däremot alltid ett alternativ att gå till en privat utförare för att genomföra önskemålet.

---

<sup>7</sup> Time Care Planering är ett tidsplaneringsverktyg som vid schemalaggningen tar hänsyn till såväl verksamhetens krav som personalens önskemål och behov

<sup>8</sup> IVO släppte den 11 april resultatet från myndighetens lämplighetsprovning för 2017. Tillsynen visar att de flesta företag med tillstånd som granskas är lämpliga att bedriva verksamhet

## **5.2. Utförarna har regelbundna avstämningar**

Resultatområdescheferna begär in månadsvisa uppdateringar i form av en "månadskoll". Resultatområdescheferna har även månadsvisa muntliga avstämningar med varje resultatenhetschef. Kvartalsvis sammanställer resultatenhetscheferna en kvalitetsredovisning med utgångspunkt i månadskollen där bland annat utveckling och måluppföljning med analys framgår. Resultatområdescheferna har månadsvisa ledningsgruppsmöten där information förmedlas uppåt i organisationen.

## **5.3. Bedömning**

Ersättningsmodellen tar sin utgångspunkt i LSS-lagstiftning men upplevs av utförarna inte fullt ut beakta behov och extra kostnader för att bemanna extra med anledning av arbetsmiljölagstiftning. Utförarna upplever även att tiden för motivationsarbete inte fullt ut ersätts i modellen. Vi kan inte se att den reviderade manualen för nivåbedömningen innebär någon väsentlig förändring. Vi anser därför att nämnden bör analysera problemet och fastslå till vilken omfattning ersättning bör inkorporera detta arbete.

Ersättningen för brukare med bedömd nivå 1 upplevs inte fullt ut ersätta verksamheterna inom daglig verksamhet för kostnader för en fullgod verksamhet kopplat till dessa individer. Majoriteten av brukarna med nivå 1 finns i kommunal regi vilket kan stödja de intervjuades upplevelse om att denna nivå inte ersätts fullt ut i nuvarande modell.

Vi bedömer även att det behövs en översyn av ersättningen för avlösning och ledsagning med ställningstaganden gällande om det är lämpligt att utföraren inte får ersättning vid försök att besöka brukaren (då personal inte släpps in).

Det finns ett behov av att möjliggöra mer mobila digitala lösningar för dokumentation av korttidsinsatser. Detta för att öka rättssäkerheten och säkerställa att dokumentation sker kontinuerligt.

## 6. Uppföljning och återrapportering ger nämnden adekvat information

### 6.1. Kvalitetsavdelningens uppföljning

Enheten för kvalitet och uppdrag genomför vartannat år avtalsuppföljningar med alla utförare av daglig verksamhet, boendeverksamheten samt kommunens egna utförare av personlig assistans. Uppföljning av daglig verksamhet och personlig assistans genomfördes under 2018. Uppföljning av boende genomfördes senast 2017 och kommer att följas upp under 2019.

Uppföljningen sker genom att utvärdera verksamheternas strukturkvalitet (vilket innebär de resurser som verksamheten har till sitt förfogande, exempelvis lokaler, rutiner och personalens kompetens<sup>9</sup>) och processkvalitet (vilket inbegriper arbetsinstrument för utförandet av insatser, som rutiner egenkontroller och klagomålshantering) och har sin bas i de överenskommelser och avtal som gjorts med utförarna. Inför verksamhetsbesöket genomförs enkäter med verksamhetschef samt intervjuer med ett antal medarbetare.

Utifrån förfrågningsunderlag och de definierade krav och kvalitetsnivåer som legat till grund för avtalet avgörs uppföljningens innehållsmässiga inriktning. Metodiken för uppföljningarna är generellt utformad utifrån standardparametrar. Nämnden fastställer årliga fokusområden för avtalsuppföljningarna. Brukardelaktigheten fångas delvis upp genom kontroll av genomförandeplaner, där de exempelvis ber resultatenheten redovisa två avidentifierade genomförandeplaner för granskning enligt Socialstyrelsens rekommendationer, SOSFS 2014:5.

Kvalitetsavdelningen genomför händelsestyrda uppföljningar vid behov. Dessa kan initieras efter begäran från förvaltningen eller inkomna synpunkter.

Resultatet av årets planerade uppföljningar redovisas kortfattat i tabellen nedan. Kvalitetsrapporten för uppföljningar redovisas och antas alltid av nämnden.

Uppföljningar		Resultat fokusområde			
Verksamhet	År	Dokumentation	Delaktighet	Kompetens	Kvalitetsarbete
Daglig verksamhet	2018	●	●	●	●
Personlig assistans	2018	●	●	-	●

● = Bra, ● = Brister finns, ● = stora brister

Något som är nytt för i år är att avdelningen alltid återkopplar resultatet av uppföljningarna till resultatenheterna och de privata utförarna skriftligt. Beroende på vilken grad av brister som upptäcks kan det även bokas ett möte med utföraren för att arbeta fram en skriftlig handlingsplan. I ovan fall där bedömning gjordes att brister fanns, beslutades att verksamheten skulle inkomma med handlingsplaner för åtgärder, vilka skulle godkännas av kvalitet och uppdragsenheten.

### 6.2. Avvikelse- och rapporteringen behöver digitaliseras

Det framkommer i intervjuer att utförarna vid tiden för granskningen genomför all avvikelse- och rapportering på papper eller samt att statistik förs i Excel. Allvariga avvikelser görs på blankett som skickas till kvalitetsutvecklare på staben. Ute på enheterna för daglig verksamhet görs det dagligen avvikelse- och rapportering, som man kontinuerligt jobbar med. Det framkommer

<sup>9</sup> Socialstyrelsens Handbok för utveckling av indikatorer - För god vård och omsorg,

att ett digitalt system för avvikelserapportering kommer att införas under våren 2019. Detta förväntas förbättra och säkra avvikelserapporteringen framgent.

### 6.3. Uppföljning och återrapportering är tillräcklig

Kommunens alla verksamheter följer upp sin budget varje månad med undantag för januari, juni och juli. Månadsrapporteringar av volymer sker vid möten mellan ekonom, controller och respektive resultatombudet. Volymavstämningarna utgår delvis ifrån sammanställt underlag från verksamhetssystemet Procapita men även, av chef, sammanställda siffror. Till managementrapporterna inkluderas en bilaga med eventuella kritiska volymer. Om de inte klarar att hålla sin budget måste de vidta åtgärder som gör att underskottet inte fortsätter att växa och för att ha en budget i balans. Nämnden beslutade 28 februari 2019, § 21, om att åtgärder för ekonomi i balans, inom nämndens egen utförarverksamhet för boende med särskild service redovisas vid delårsuppföljningen per den sista april 2019.

Nämnden får även en patientsäkerhetsberättelse från medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, en gång årligen vilken inbegriper kvalitetsuppföljning av aspekter från nationella kvalitetsregister. *Patientsäkerhetsberättelse 2018* redovisades i omsorgsnämnden den 11 april 2019.

Därutöver redovisas kvalitetsrapport till omsorgsnämnden årligen. *Kvalitetsrapport 2018* godkändes av nämnden 28 februari 2019, § 23. I kvalitetsrapporten framgår att en händelse har bedömts som allvarligt missförhållande och rapporterats till IVO. Rapportering av händelser som inträffat inom nämndens egna verksamheter utreds och bedöms av kvalitetsutvecklare inom staben på social- och omsorgskontoret.

Vid årsbokslut redovisas även en uppföljning av kommunfullmäktiges mål och nämndens indikatorer. För *Årsbokslut 2018* redovisades flera brister i måluppföljningen vad gäller brukarnas upplevelse av delaktighet, goda livsvillkor och bemötande. Målnivån nås enbart för 15 procent av indikatorerna (3 av 20) gällande målområdet "Södertäljes medborgare". Utfallet har försämrats från 2017 till 2018 i 70 procent av fallen. Målområdet för god ekonomi uppnås både 2017 (+1,5 %) och 2018 (+ 3,2 %). Frånsett tillskottet på 20,2 mnkr är nämndens budgetföljsamhet av ursprungsbudgeten +0,5 procent för 2018.

### 6.4. Bedömning

Vår bedömning är att nämnden håller sig tillräckligt informerad. Dels är brukarnas uppfattning av kvalitetsaspekter nämndmål, dels följer nämnden kontinuerligt överklaganden av beslut men även patientsäkerhetsarbetet, kvalitetsledningssystem och nationella kvalitetsregister.

Nämnden lever upp till kommunfullmäktiges mål avseende god ekonomisk hushållning. Måluppfyllelsen för fullmäktiges målområde Södertäljes medborgare är något låg. Verksamheten når endast upp till nämndens riktvärden i 3 av 20 indikatorer. Alla indikatorer som nämnden har valt för att mäta fullmäktiges mål inbegriper däremot mätning genom Socialstyrelsens nationella brukarundersökning. Det finns dock en risk med att förlita sig allt för mycket på resultatet i brukarbedömningarna då tillförlitligheten och frågan om man mäter det man önskar inte är validerade.<sup>10</sup> Nämnden bör dock överväga att utveckla alternativa metoder för att mäta fullmäktiges mål och därmed öka tillförlitligheten. God service och tillgänglighet går exempelvis att mäta genom personalkontinuitet.

Avtalsuppföljningarna bedöms som tillräckliga och fångar i tillräcklig utsträckning upp relevanta kvalitetsindikatorer hos utförarna. Med kontroll av dokumentationen, så som genomförandeplan, kan man i viss utsträckning kontrollera att insatsen ges i enlighet med fastställda

---

<sup>10</sup> Det finns studier som visar på att de mest sjuka äldre, med omfattande insatser, är överrepresenterade i bortfallet, särskilt personer med en demenssjukdom, se Wånell, E, 2015, Tillit och relationer – om kvalitet i hemtjänsten en kunskapsöversikt.

kvalitetskriterier och normer. Dokumentationen är viktig för att den enskilde skall kunna er- hålla kontinuitet vad gäller beslutade och överenskomna insatser<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Prop. 2004/05:39 s. 19

## 7. Svar på revisionsfrågor

Fråga	Svar
Finns det ändamålsenliga och uppdaterade styrdokument för LSS-verksamheten?	<p>Ja. Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade utgör det viktigaste underlaget för myndighetsutövningen. Det kommer kontinuerligt nya prejudikat som handläggarna behöver ha tillgång till vilket de delvis har genom ärendehandledaren och dom-gruppen. Därutöver finns lokala riktlinjer för handläggningen, bland annat bedömningsinstrumentet IBIC.</p> <p>Fullmäktigemål och indikator finns nedbrutna i nämndens verksamhetsplan.</p>
Säkerställs följsamhet till riktlinjer för utredning, beslut och verkställighet?	<p>Ja. I och med att arbetssättet IBIC används finns ett gott stöd och goda förutsättningar för att säkerställa följsamhet till riktlinjer genomgående från myndighetsbeslut till verkställighet. Utöver ovan beskrivna stöd finns möjlighet att diskutera mer komplicerade ärenden under ärendedragning och metodhandledning varje vecka.</p> <p>I nämndens och LSS-verksamhetens egenkontroll inbegrips, bland annat, granskningar av genomförandeplanen för att säkerställa aktualitet, följsamhet till lagkrav och brukarens delaktighet.</p>
Har ett ledningssystem som motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:9 införts?	<p>Ja. Äldreomsorgsnämnden, socialnämnden och omsorgsnämnden antog 2015 ett styrdokument för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Rutiner, planer och processer är uppdaterade och finns tillgängliga digitalt genom Kanalen.</p> <p>Det är angeläget att rapportering av avvikelser systematiseras i ett digitalt system. I nuläget sker denna rapportering manuellt till myndighetschef och kvalitetsavdelning.</p>
Görs det tillräckliga uppföljningar och kontroller av utförare av LSS-verksamhet?	<p>Ja. Myndigheten följer upp de myndighetsbeslut och insatser som har beviljats. Individuppföljningen för varje brukare görs vid behov men åtminstone en gång per år. Fokus ligger på att undersöka vilken effekt insatsen haft för brukaren.</p> <p>Enheten för kvalitet och uppdrag genomför vartannat år avtalsuppföljningar med alla utförare. Utifrån förfrågningsunderlag och de definierade krav och kvalitetsnivåer som legat till grund för avtalet avgörs uppföljningens innehållsmässiga inriktning. Metodiken för uppföljningarna är generellt utformad utifrån standardparametrar och fokuserar dels på bemanning, dokumentation och rutiner.</p> <p>Vår bedömning är att det finns en tillräcklig uppföljning av både myndighetsutövningen och utförandet, på avtalsnivå och på individnivå.</p>



<p>Sker det en kontinuerlig och tillräcklig återrapportering till nämnden rörande LSS-verksamheten?</p> <p>Vidtar nämnden åtgärder om avvikelser rapporteras?</p>	<p>Ja. Vår bedömning är att nämnden håller sig tillräckligt informerad. En strukturerad uppföljning av LSS-verksamhetens interna styrning och egenkontroll ingår i ledningssystemet och årshjulet. Uppföljning av nämndens internkontroll och utvärdering/bedömning av måluppfyllelse sker vid årsbokslut. Nämnden följer kontinuerligt överklaganden av beslut men även patientsäkerhetsarbetet, kvalitetsledningssystem och nationella kvalitetsregister.</p> <p>Ja. Nämnden beslutade 28 februari 2019, § 21, om att åtgärder för ekonomi i balans, inom nämndens egen utförarverksamhet för boende med särskild service.</p>
<p>Bidrar ersättningsmodellen till en fullgod verksamhet?</p>	<p>Delvis. Ersättningsmodellen tar sin utgångspunkt i LSS-lagstiftning och bidrar, i allt väsentligt, till en fullgod verksamhet. Däremot upplever utförarna att modellen inte fullt ut beaktar behov och extra kostnader för att bemanna extra med anledning av arbetsmiljölagstiftning.</p> <p>I en extern översyn 2017 konstaterades att manualen och bedömningsinstrumentet för insatsbedömningen behövde förstärkas för att på ett bättre sätt beakta brukare med neuropsykiska funktionsnedsättningar. Vi har däremot svårt att se att de förändringar som har gjorts i manual och bedömningsinstrument kommer medföra några väsentliga förändringar. Vi anser därför att nämnden bör analysera problemet och fastslå till vilken omfattning ersättning bör inkorporera detta arbete.</p> <p>Vi bedömer även att det behövs en översyn av ersättningen för avlösning och ledsagning med ställningstaganden gällande om det är lämpligt att utföraren inte får ersättning vid försök att besöka brukaren.</p>
<p>Är ansvarsfördelningen mellan beställande och utförande organisation tydlig?</p>	<p>Ja. Vår bedömning är att myndigheten har en tydlig roll gentemot privata och kommunala utförarna. Med utvecklingsprojektet "Hållbar omsorg" separerades myndighetsutövningen från utförardelen vilket skapat en tydligare rollfördelning. Samarbetsöverenskommelser är under upprättande för boendestöd och bostad med särskild service i syfte att tydliggöra styrningen ytterligare och skapa ökad tydlighet i rollfördelningen.</p>

Södertälje den 23 maj 2019

Ragnar Bengtsson  
Verksamhetsrevisor

Madeleine Gustafsson  
Verksamhetsrevisor



## Bilaga 1: Källförteckning

Bilagor Mål och budget 2018–2020. Södertälje kommun

Bilagor Mål och budget 2019–2021. Södertälje kommun

Delårsrapport 2, 2018. *Delårsrapport 2 2018 Omsorgsnämnden*. Södertälje kommun. Dnr: OMS18/002

Delårsrapport 2, 2018. *Delårsrapport augusti 2018 för Södertälje kommun*. Södertälje kommun. Dnr: KS 26/10

Hållbar omsorg, slutrapport, 2016–2018, 2018-06-29, social- och omsorgskontoret

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Styrdokument, upprättat 2015-07-20, antaget av omsorgsnämnden 2015-09-30 § 94

Manual för insatsmätning, intervjuarens manual, juni 2011

Mål och budget 2019–2021. Södertälje kommun

Omsorgsnämndens riktlinjer LSS. Riktlinjer LSS | 2016-05-12 Riktlinjer LSS, För handläggning av insatser enligt LSS för barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning. Antagna av omsorgsnämnden, 2016-06-02 §57

Omsorgsnämndens delegationsordning. Antagen av Omsorgsnämnden i Södertälje kommun 2017-06-01

Reglemente för omsorgsnämnden, antaget av kommunfullmäktige den 14 december 2010, § 91, (med ändringar 2013). Södertälje kommun

Riktlinjer LSS - För handläggning av insatser enligt LSS för barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning, antagna av omsorgsnämnden 2016-06-02

Rutin för nivåförändring, Myndigheten för personer med funktionsnedsättning, 2019-01-01

Uppföljning av personlig assistans 2018, Rapport, 2019-01-24, OMS 19/011

Uppföljning av daglig verksamhet enligt LSS 2018, rapport, 2019-01-08, OMS 19/005

Bostad med särskild service LSS 9 § 9 p, uppföljning 2017, rapport, 2018-02-09, OMS 18/007

Årsredovisning, 2017. *Årsredovisning 2017 för Södertälje kommun*. Södertälje kommun. Dnr: KS 18/105

Kvalitetsrapport 2018, 2019-02-05, OMS 19/010

Patientsäkerhetsberättelse 2018, omsorgsnämnden, 11 april 2019.