



Datum  
2023-04-12

## Revisionen

Till:  
Välståndsnämnden

För kännedom:  
Kommunstyrelsen  
Kommunfullmäktiges presidium

## Revisionsrapport "Granskning av LSS"

KPMG har på uppdrag av kommunens revisorer genomfört en granskning av LSS-verksamheten.

Revisionen önskar att välfärdsnämnden lämnar synpunkter på de slutsatser som finns redovisade i rapporten senast den 4 september 2023. Av svaret bör det framgå vilka eventuella åtgärder som ska vidtas och när de beräknas vara genomförda.

Med vänliga hälsningar

Bertil Böhlin  
Ordförande



# Granskning av LSS

Rapport  
Kramfors kommun

KPMG AB

2023-04-12

Antal sidor 19



Kramfors kommun  
Granskning av LSS

2023-04-12

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	4
2.1	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	4
2.2	Revisionskriterier	5
2.3	Metod	5
3	Resultat av granskningen	6
3.1	Styrning och organisation	6
3.1.1	Bedömning	11
3.2	Kvalitetsledningssystem	12
3.2.1	Uppföljning av kvalitetsaspekter	14
3.2.2	Ej verkställda beslut	16
3.2.3	Bedömning	17
4	Slutsats och rekommendationer	18

## 1 Sammanfattning

Vi har av Kramfors kommuns revisorer fått i uppdrag att granska om välfärdsnämnden tillgodoser brukarnas behov enligt Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2022.

Syftet med granskningen är att bedöma om insatser beviljas och verkställs enligt gällande lagstiftning.

Vår sammanfattade bedömning utifrån granskningens syfte är att insatser beviljas och verkställs enligt gällande lagstiftning. Däremot ser vi ytterst allvarligt på att uppföljningen på individnivå inte genomförs inte i den omfattning som är nödvändig för att säkerställa att den enskildes behov tillgodoses. Avsaknad av kvalitetsledningssystem och bristande rutiner och uppföljningar kan enligt vår bedömning leda till brister i såväl kvalitet som rättssäkerhet.

Vi ser även utrymme för utveckling avseende arbetet med barnkonventionen där det bör säkerställas att verktyg för att tillämpa den finns tillgängliga.

Vi bedömer att uppföljning av ej verkställda beslut genomförs. Däremot anser vi att nämnden bör säkerställa att förutsättningar för att verkställa besluten finns. Vi ser även av vikt att en systematisk uppföljning av kvalitetsaspekter kommer till stånd.

Utifrån vår bedömning och slutsats rekommenderar vi välfärdsnämnden

- att överväga att ta fram checklistor/lathundar för tillämpning av befintliga riktlinjer för handläggning och utförande av insatser enligt LSS, se avsnitt 3.1.1
- att implementera IBIC i verksamheten, se avsnitt 3.1.1
- att se över organisationen för myndighetsutövning och genomföra nödvändiga förändringar för att säkerställa en ändamålsenlig och effektiv verksamhet, se avsnitt 3.1.1
- att säkerställa att det finns rutiner som tydliggör hur barnkonventionen ska tillämpas samt verktyg för att efterleva lagstiftning, se avsnitt 3.1.1
- att säkerställa att kvalitetsledningssystemet uppdateras enligt gällande föreskrifter samt att strukturer för arbetet tas fram, se avsnitt 3.2.3
- att en åtgärdsplan bör tas fram för hur utbildningen gällande ledningssystemet sedan ska tillämpas i det dagliga arbetet, se avsnitt 3.2.3
- att upprätta en systematisk uppföljning av kvaliteten i verksamheten, se avsnitt 3.2.3
- att fortsätta arbeta aktivt för att förbättra avvikelshantering, se avsnitt 3.2.3
- att bidra till att skapa förutsättningar för att verkställa ej verkställda beslut, se avsnitt 3.2.3

## 2 Bakgrund

Vi har av Kramfors kommuns revisorer fått i uppdrag att granska om välfärdsnämnden tillgodoser brukarnas behov enligt Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Lag (1993:387) om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade ger rätt till stöd åt personer med varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder, så som utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd eller annat begåvningsmässigt funktionshinder. Insatserna ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lättillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

Levnadsvillkoren och förväntningar på livskvalitet ändras över tiden och med nya generationer kommer nya förväntningar och levnadsvillkor. Samhället i stort har gått från en stark institutionalisering till en ökad individualisering. För att lagens intention om anpassningar till individuella behov och stärka förmågan att leva ett självständigt liv, krävs en ständig utveckling och anpassning av de insatser som ges.

Kramfors kommuns revisorer bedömer att det är en stor *risk* att insatser inte beviljas eller verkställs utifrån gällande lagstiftning. Revisorerna ser även en risk att insatserna inte förändras i den takt som krävs för att möta individuella behov hos framför allt unga personer. Revisionen bedömer det som av stor *väsentlighet* att varje individs behov tillgodoses och att insatserna stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

### 2.1 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

Granskningen syftade till att bedöma om insatser beviljas och verkställs enligt gällande lagstiftning.

Granskningen har besvarat följande revisionsfrågor:

- Finns det beslutade riktlinjer och rutiner för utredning, uppföljning och verkställighet?
- Finns utarbetade arbetssätt för att säkerställa att utredning, uppföljning och verkställighet sker enligt utarbetade riktlinjer och rutiner?
- Finns ett systematiskt kvalitetsledningssystem enligt gällande föreskrifter?
- Har verksamheten säkerställt kunskap om och följsamhet till barnkonventionen?
- Följer nämnden ej verkställda beslut och vid behov skapar förutsättningar att verkställa dessa?

## 2.2 Revisionskriterier

Vi har bedömt om rutinerna uppfyller

- Kommunallagen 6 kap § 6
- Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Gällande föreskrifter
- Tillämpbara interna regelverk och policys.

## 2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av relevanta dokument, däribland riktlinjer av handläggning och utförande av insatser enligt LSS samt ej verkställda beslut mellan år 2019-2022
- Intervjuer med berörda tjänstepersoner; verksamhetschef för Funktionsstöd, verksamhetschef och före detta verksamhetschef för Individ- och familjeomsorg, enhetschef för gruppboende och korttidsverksamheten samt verksamhetsutvecklare

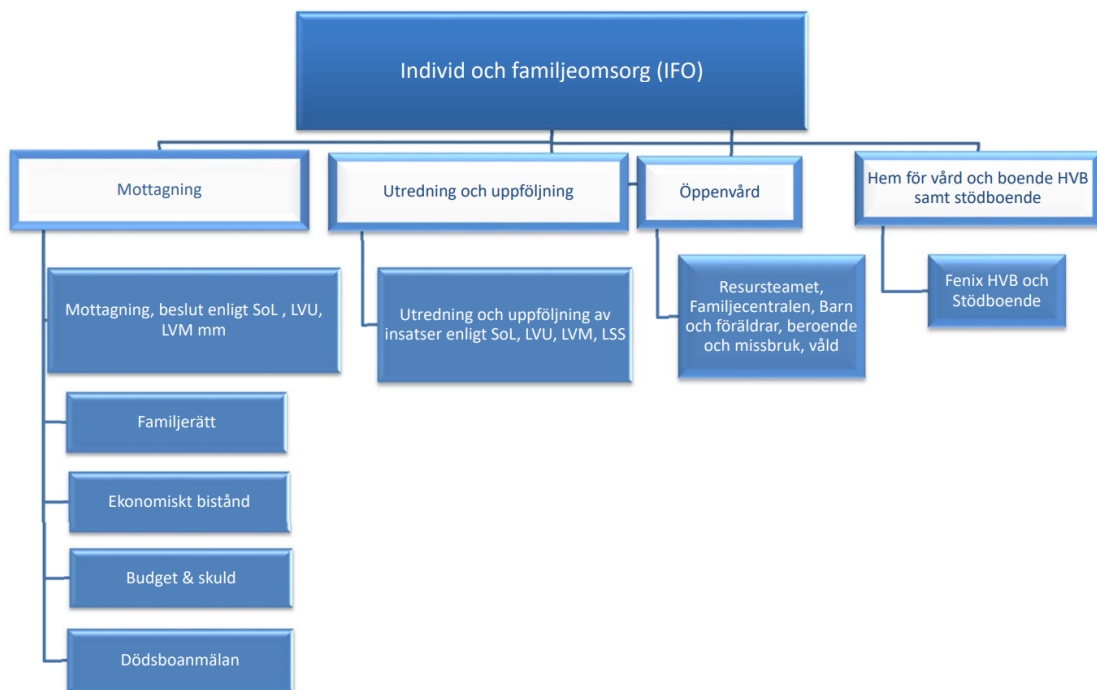
I uppdraget ingick intervjuer med organisationer som företräder brukare. Detta har inte genomförts då det inte finns någon aktiv organisation.

Rapporten är faktakontrollerad av verksamhetschef för Funktionsstöd, verksamhetschef och före detta verksamhetschef för Individ- och familjeomsorg, enhetschef för gruppboende och korttidsverksamheten samt verksamhetsutvecklare.

## 3 Resultat av granskningen

### 3.1 Styrning och organisation

Individ- och familjeomsorgen (IFO) inom välfärdförvaltningen ansvarar för myndighetsutövningen gällande insatser för LSS. Inom IFO återfinns totalt två handläggartjänster som arbetar med LSS ärenden. Varav en av dessa är vakant och tillsatt med konsult.



Figur 1: Organisationsskiss, Kramfors kommun

LSS-handläggare ansvarar för att ta emot och aktualisera ansökan, träffa brukaren och besluta om utredning ska inledas eller inte. Under utredningen ska handläggaren bl.a. bereda, bedöma och fatta beslut om till vilken del brukaren omfattas av lagen (personkretstillhörighet). Om brukaren tillhör en personkrets utreds behovet av insats. Utredningen avslutas när beslut om insats har fattats och verkställts.

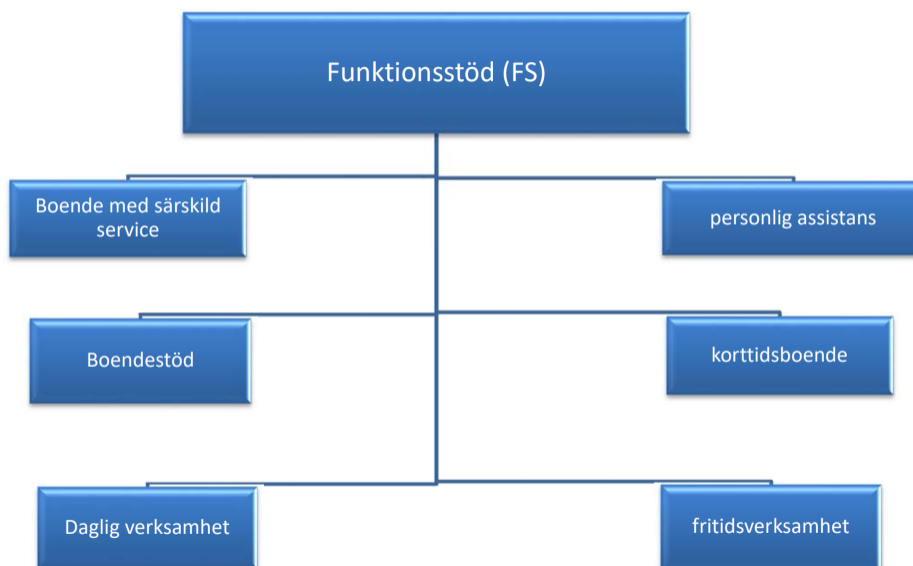
Vi har tagit del av *Rutin handläggning av ansökan och beviljad insats daglig verksamhet* som syftar till att klargöra socialsekreterarens och arbetsanpassarens, inom daglig verksamhet, arbetsuppgifter och ansvar samt hur flödet dem emellan ska se ut.

2023-04-12

Om beslutet blir föremål för omprövning eller överklagan innehar socialsekreterare ansvaret att hantera dessa. Vid fall då brukarens behov förändras ska verkställigheten informera LSS-handläggaren om detta som i sin tur ser över om det finns behov av en ny utredning. Vid avslut av insatser ska brukaren/företrädare eller verksamheten för verkställighet meddela LSS-handläggare. Handläggaren ansvarar för att avsluta insatsen och vid behov kontakta brukaren om detta.

Vi har tagit del av *rutin för samverkan och ansvarsfördelning mellan socialsekreterare och verkställighet boendestöd*. Av denna framgår bland annat rutiner för ansvarsfördelning vid nya beslut, ansvarsfördelning i pågående ärenden och ansvarsfördelning vid uppföljning. Vidare framgår en sammanställning av moment, ansvarig och tidpunkt för respektive del av processen.

Avdelningen för funktionsstöd ansvarar för verkställandet av insatsen. Inom funktionsstöd återfinns de lagstadgade verksamheterna däribland boende med särskild service, personlig assistans, boendestöd, korttidsboende, daglig verksamhet och fritidsverksamhet.



Figur 2: Organisationsskiss, Kramfors kommun

Inom funktionsstöd återfinns totalt 13 gruppboendestäder samt två serviceboendestäder. Utöver det finns även daglig verksamhet, fritidsenhet, kontaktpersonsenhet (hanteras av IFO), korttidsboende och korttidsverksamhet.

I intervju med enhetschef för korttidsboende framkom dock att det endast finns ett fåtal barn i verksamheten för korttidstillsyn och korttidsvistelse. Detta förklaras enligt uppgift delvis av bristande samverkan med skolan.



2023-04-12

Även mellan enheten för korttidsboende och myndighetsutövning uppges samverkan vara bristande. Detta uppges delvis bero delvis på personalsituationen med enbart två LSS-handläggare.

I juni 2021 beslutade välfärdsnämnden<sup>1</sup> om *riktlinjer för handläggning och utförande av insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS*. Av denna framgår bland annat rutiner för utredning av eventuell insats, uppföljning av insatser samt verkställighet.

### **Utredning och uppföljning**

Av riktlinjerna framgår att en individuell prövning alltid ska genomföras när behov av insats, samt insatsens omfattning, ska bedömas. Vid bedömning om en person ska beviljas LSS-insats prövas om personen:

- Tillhör personkrets enligt LSS
- Har behov av sökt insats
- Tillförsäkrats goda levnadsvillkor
- Behovet inte är tillgodosett på annat sätt

Vidare sker en individuell bedömning utifrån den sökandes situation, behov och önskemål för att göra en rimlighetsbedömning av behovets omfattning.

Av riktlinjerna framgår, utifrån barnkonventionen, att barnet ska ges inflytande i utredningsprocessen. LSS-handläggaren ska planera hur barnet ska involveras i utredning, beslut och uppföljning. Vidare ska det dokumenteras vilka övervägande som görs i en utredning utifrån barnets perspektiv och hur det påverkar beslutet samt hur barnet har varit delaktig i utredning, beslut och uppföljning. Om barnet inte kan eller vill delta i utredningsprocessen ska det dokumenteras.

Enligt riktlinjerna ska LSS-handläggaren regelbundet följa upp beslutade insatser när behoven förändras eller en gång per år. Anledningar till uppföljning kan vara att individens behov har förändrats, att synpunkter och klagomål har framförts eller att omständigheter i övrigt gör en uppföljning aktuell.

Det framgår att syftet med uppföljningen är att bedöma om individen får sina behov tillgodosedda samt om det är aktuellt med omprövning eller beslut om nya insatser. Omfattningen av uppföljningen ska vara i paritet med insatsen och i uppföljningssamtalet undersöks individens upplevelse av kvaliteten på t ex bemötande, inflytande och genomförande.

---

<sup>1</sup> VN 2021-06-03 § 38

2023-04-12

Enligt intervjuade genomförs uppföljning främst vid uppmärksammade behov. Handläggarna har inte kunnat följa upp samtliga beviljade insatser (ca 200 insatser) en gång per år, delvis på grund av att detta inte har prioriterats. Detta förklaras av personalbrist och det uppges vara svårt att rekrytera handläggare.

Enligt uppgift har diskussioner förts avseende en organisationsförändring av myndighetsutövningen. Det diskuterades bland annat om att myndighetsutövningen inte länge ska vara en specialiserad "enhet" utan att handläggare i stället ska arbeta inom flera olika lagstiftningar. Detta för att öka antalet handläggare som kan arbeta med LSS-ärenden. Utredningen har dock inte lett till någon förändring då det framkom att de skulle tappa specialistkunskap inom bland annat LSS.

### **Verkställighet**

Av riktlinjerna framgår att en genomförandeplan ska upprättas för varje individ som beviljas en insats. Genomförandeplanen ska konkret beskriva hur beslutad insats utförs i praktiken samt hur planen ska följas upp, en gång per år. Syftet med planen är att skapa en överblick över planerade och beslutade insatser samt andra aktuella frågor utifrån individens behov och önskemål. LSS-handläggaren bör använda genomförandeplanen som underlag till uppföljning och nya uppgifter ska utgöras underlag för utförarens planering av genomförandet.

Vidare framgår av riktlinjerna att varje person som beviljats insats ska erbjudas en kontaktman. Denna ska bland annat:

- Ge den enskilde verkligt inflytande på insatsernas utformning och genomförande
- Se till att den enskilde får sina behov och intressen tillgodosedda
- Ge den enskilde kontinuitet i utförandet

Det framgår även hur delaktighet och inflytande regleras i LSS. Verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för personer som omfattas av LSS<sup>2</sup>. Vidare regleras i LSS att den enskilde i största möjliga utsträckning ska ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges<sup>3</sup>.

Riktlinjer för delaktighet och inflytande för brukaren framgår bland annat kopplat till insatser inom daglig verksamhet samt bostad med särskild service för barn eller ungdom. Avseende daglig verksamhet framgår t ex att delaktighet och inflytande ska främjas genom regelbundna gemensamma möten med deltagarna där de kan framföra önskemål.

---

<sup>2</sup> LSS 1993:387 5 §

<sup>3</sup> LSS 1993:387 6 §

2023-04-12

Enligt uppgift följs genomförandeplanerna upp två gånger per år eller vid behov. Om detta inte genomförs ska det dokumenteras. Uppföljningen uppges ha varit ett mål i verksamhetsplan i syfte att säkerställa att det faktiskt genomförs.

I intervjuer framkom att genomförandeplanerna inte upprättas i enlighet med IBIC<sup>4</sup>. Detta uppges bland annat bero på resursbrist samt brist på stödfunktioner. Resursbristen handlar till stor del om bristen på LSS-handläggare. Vidare uppges att IBIC inte har prioriterats på ledningsnivå.

Det pågår enligt erhållna uppgifter aktivt arbete för att säkerställa barns inflytande, t ex genom upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Vad gäller barnkonventionen omnämns den bland annat i *rutin: barns bästa och rätt att vara delaktig mm*<sup>5</sup> som utgår från barnets rätt kopplat till LSS och SoL (socialtjänstlagen). Av denna framgår att vid alla åtgärder som rör barn så ska barnets bästa komma i främsta rummet. Vidare framgår bland annat rutiner för kontakten med barnet, barnets delaktighet i praktiken, vad som ska dokumenteras samt samtal med eller utan vårdnadshavares samtycke. Rutinen riktas i huvudsak mot myndighetsutövningen.

I intervju framkom dock att kännedom om rutinen är bristande inom verkställigheten. Enligt uppgift finns inte heller några riktade styrdokument inom verkställigheten avseende barnkonventionen och hur den ska tillämpas. Barnrättsperspektivet säkerställs främst genom delaktighet och inflytande utifrån LSS-lagstiftningen.

Enligt erhållna uppgifter har en utbildning i barnkonventionen genomförts i februari 2020 där handläggare och enhetschefer från individ- och familjeomsorgen samt enhetschef och verksamhetschef från funktionsstöd deltog.

Vidare genomfördes, enligt uppgift, ett utbildningstillfälle och dialogmöte med LSS handläggare avseende implementering av barnkonventionen i juni 2020. Resultatet av detta var bland annat att belysa barnets bästa/barnperspektivet i utredningar genom att inkludera "barnets bästa" som en rubrik i alla utredningar. Barnkonsekvensanalys blev enligt uppgift del av utredningsmallar inom LSS. Detta uppges upprätthållas genom påminnelser i ärendehandledningen.

I en intervju framkom dock att utbildning gällande barnkonventionen i egenskap av lag varit bristande. Brister uppges även finnas gällande hur barnkonventionen ska tillämpas. Såsom vi förstår det har implementeringen av barnkonventionen ålagts förvaltningen men att pandemin har hindrat arbetet. Det upplevs inte finnas en tydlig styrning eller gemensam bild över hur arbetet kring barnkonventionen ska bedrivas.

## Brukarorganisationer

Vad gäller brukarorganisationer finns det ingen representation inom kommunen och därav finns inget samarbete med brukarorganisationer i Kramfors kommun.

---

<sup>4</sup> Individens behov i centrum

<sup>5</sup> Fastställd 2015-02-16

### 3.1.1 Bedömning

Vi noterar att det finns övergripande riktlinjer för utredning, uppföljning och verkställighet samt ett par tillämpande rutiner. Däremot kan vi inte se att det finns andra verktyg såsom lathundar och checklistor, för hur riktlinjerna ska tillämpas i verksamheten. Vi anser att det kan vara fördelaktigt att ta fram sådana i syfte att tydliggöra ramarna för arbetet samt säkerställa att det finns tillräckliga verktyg att effektivt arbeta utifrån fastställda riktlinjer.

Vi anser att implementering av IBIC bör ses över. Detta för att skapa metodik i arbetet och på ett strukturerat sätt kunna dokumentera processen. Strukturerad dokumentation är fördelaktigt med beaktande till användning av och tillgänglighet av dokumentationen, samt ur ett rättssäkerhetsperspektiv.

Vidare anser vi att organisationen för myndighetsutövning bör ses över. Detta då bristen av LSS-handläggare skapar en verksamhet som är sårbar vid förändringar och kan medföra ineffektivt resursutnyttjande. Vidare innebär den befintliga organisationer svårigheter gällande bland annat uppföljning av insatser. Även svårigheterna att rekrytera visar ett behov av att se över organisationen.

Vi noterar att barnkonventionen omnämns i några styrdokument men att det inte finns några specifikt för barnkonventionen som lag. Vi noterar även att rutinen för barns bästa och rätt att vara delaktig inte är väl implementerad i verksamheten. Vi anser att det bör säkerställas att det finns rutiner som tydliggör hur barnkonventionen ska tillämpas och implementeras för att bli en naturlig del i det dagliga arbetet. Detta genom att exempelvis utbilda verksamheterna om och kring barnkonventionen för att säkerställa kunskap om barnkonventionen. Det bör tillses att medarbetare, där det är aktuellt, har tillräcklig kunskap och verktyg för att kunna följa barnkonventionen.

## 3.2 Kvalitetsledningssystem

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS<sup>6</sup> ska ansvara för att det finns ett systematiskt kvalitetsledningssystem. Ledningssystemet ska användas för att på ett systematiskt och fortlöpande sätt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som verksamheten behöver för att säkra verksamhetens kvalitet. För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst enligt LSS utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten. Vidare ska rutinerna beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange ansvarsfördelningen för utförandet i verksamheten.

Föreskrifterna och de allmänna råden förtydligar också att den som bedriver verksamhet ska arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner. Vidare beskrivs hur en verksamhet systematiskt och fortlöpande ska arbeta för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Kvalitetsledningssystemet bör bland annat innehålla följande delar:

- Processer
- Samverkan
- Systematiskt förbättringsarbete
- Personalens medverkan
- Dokumentationsskyldighet
- Kvalitetsberättelse

Vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS årligen ska upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse med dokumentationen som utgångspunkt. Kvalitetsberättelsen bör omfatta hur vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

I enlighet med 3 kap. 9 och 10 § Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren upprätta en patientsäkerhetsberättelse för att redogöra för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

---

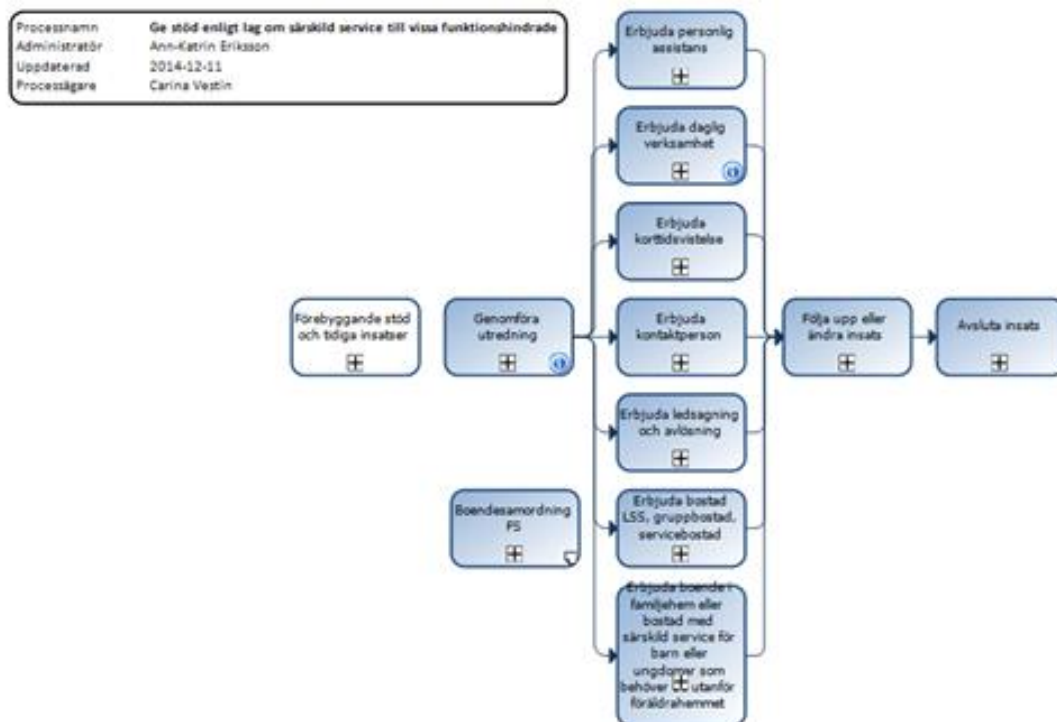
<sup>6</sup> SOSFS 2011:9

En viktig distinktion att göra är skillnaden mellan det lagstadgade kravet på en patientsäkerhetsberättelse<sup>7</sup> och det allmänna rådet gällande kvalitetsberättelse är dess omfattning. En patientsäkerhetsberättelse syftar till att redogöra för patientsäkerhetsarbetet som handlar om skydd mot vårdskada. En kvalitetsberättelse omfattar mer än enbart arbetet kring patientsäkerhet. En kvalitetsberättelse bör innehålla en redogörelse där det framgår:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- vilka resultat som uppnåtts.

Utöver det kan kvalitetsberättelsen innehålla en redogörelse för hur risker har hanterats, hur kvaliteten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats, hur rapporter, klagomål och synpunkter har hanterats samt en beskrivning där det framgår vilka förbättringar som ovanstående aktiviteter gett upphov till.

Vi har tagit del av en processkarta för kvalitetsledningssystemet som ger en övergripande bild över systemets processer, från "förebyggande och tidiga insatser" och "genomföra utredning" till "avsluta insats"



Figur 3: Process kvalitetsledningssystemet

<sup>7</sup> SFS 2010:659, 3 kap.

2023-04-12

Enligt erhållna uppgifter är användningen av systemet väldigt begränsad. Det finns till exempel inte strukturer för att kontinuerligt arbeta i systemet. Systemet är inte heller uppdaterat, utan innehåller en del gamla processer och information. Vidare framkom i intervju att systemet inte används på grund av det inte upplevs fylla någon funktion, åtminstone ur ett myndighetsperspektiv. Den huvudsakliga bristen med kvalitetsledningssystemet uppges vara att det inte finns tillräcklig kunskap för hur det ska användas, t ex för att utveckla verksamheten. Det finns ett behov av att skapa en samlad bild av systemet som ger ett helhetsperspektiv.

En utbildning ska hållas under hösten 2023 för förvaltningens chefer och legitimerad personal. Utbildningen ska handla om teambaserat arbetssätt utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Utbildningen omfattar följande delar:

- Berörda lagkrav och föreskrifter samt nationella mål som gäller för det systematiska förbättringsarbetet
- Roller och ansvar i förbättringsarbetet
- Ledningssystem (syfte, omfattning och användning)
- Kvalitets- och säkerhetsarbete (risker, händelser och klagomål/synpunkter)
- Egenkontroller
- Säkerhetskultur, förändringsledning, lärande organisation och leda effektiva team
- Analys och bedömning av enhetens resultat och måluppfyllelse

Ytterligare förbättringsarbete har enligt uppgift inletts genom att stödfunktionerna har centraliserats i en kvalitetsledning från och med den 1 januari 2022. Denna består av medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), två verksamhetsutvecklare och en controller. Detta uppges vara ett steg i att tydliggöra organisationen avseende kvalitetsarbete.

### 3.2.1 Uppföljning av kvalitetsaspekter

Vi har tagit del av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för år 2021<sup>8</sup>. Av denna framgår uppföljning av avvikelser inom socialtjänst och verksamhet enligt LSS. Avvikelser för LSS har följts upp inom verksamhetsområdet *Funktionsstöd*. De mest förekommande avvikelsetyperna gäller bristande bemötande, hot/våld mellan brukare samt hot/våld av personal mot brukare. Det totala antalet avvikelser inom dessa områden uppgick till 34.

---

<sup>8</sup> VN 2022-03-24 § 24

2023-04-12

Vi har tagit del av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för år 2022. De mest förekommande avvikelsetyperna för LSS inom Funktionsstöd var självskada/själv mord/själv mordsförsök, insats fördröjd/felaktigt utförd samt bristande bemötande. Det totala antalet avvikelser inom dessa områden uppgick till 132.

Det totala antalet avvikelser har ökat mellan år 2021 och 2022. Skillnaden förklaras av att 102 avvikelser under år 2022 identifierades som självskada/själv mord/själv mordsförsök. Samtliga av dessa gäller samma brukare.

	Självskada/själv mord/sj älv mordsförsök	Insats fördröjd/felaktigt utförd	Bristande bemötande
2021	0	4	14
2022	102	15	15

Uppföljning av verksamhet enligt LSS genomfördes även i brukarundersökningar inom funktionsstöd under år 2021 och 2022.

Kopplat till kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen pågår enligt uppgift arbete i kvalitetsledningen med att utveckla delen avseende kvalitet.

### Avvikelsehantering

Av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen framgår att antalet avvikelser utifrån SoL/LSS är betydligt lägre än i inom Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Enligt erhållna uppgifter rapporteras inte avvikelser utifrån LSS i tillräcklig utsträckning. En anledning till detta är enligt kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen bristande kunskap om vad en avvikelse är och som då ska rapporteras. Vidare uppges det finnas i brister i samarbetet mellan utförare och legitimerad personal vad gäller bland annat avvikelsehantering. Detta genom att hanteringen inte avslutas.

Dock uppges att arbete pågår med att förbättra avvikelsehanteringen, t.ex. är det en stående punkt på arbetsplatsträffar (APT) att avvikelser ska återrapporteras.

Vi har tagit del av välfärdsnämndens protokoll från år 2021 – 2022 och vi kan inte se att nämnden, utöver den årliga redovisningen av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse, följt upp kvalitetsaspekter löpande under året.

I intervjuer framkom att LSS inte har prioriterats på politisk nivå. Mycket av fokuset har i stället placerats på t ex IFO och arbetsmiljö. Det har varit förvaltningens ansvar att säkerställa att t ex information gällande kvalitet har tagits upp i nämnden, det har inte efterfrågats av nämnden.

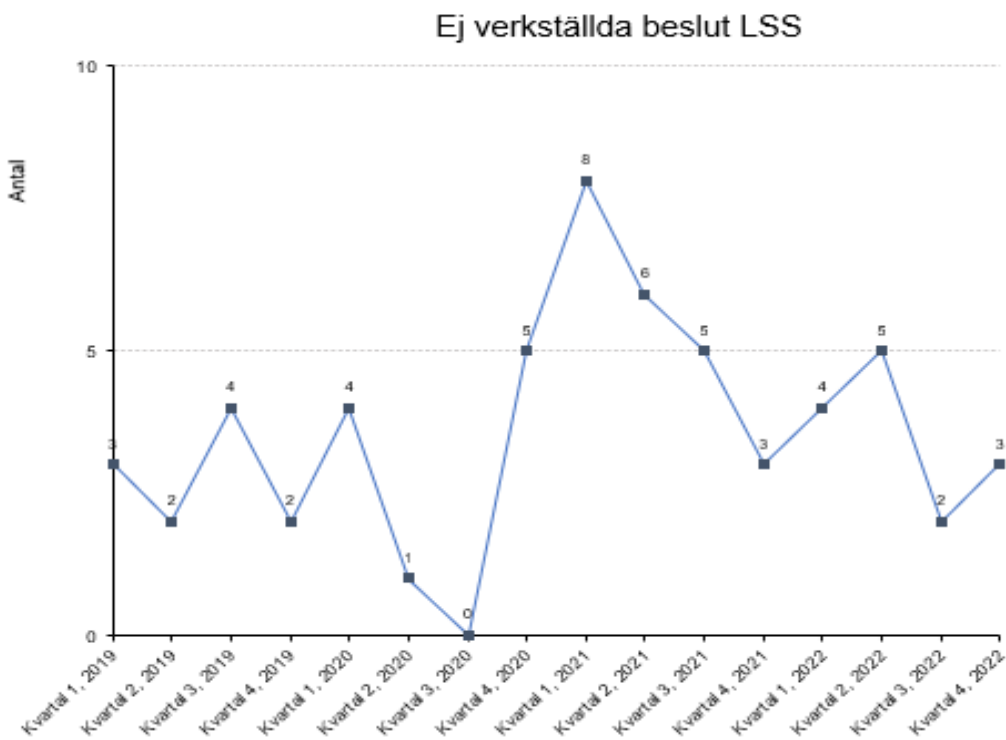
Däremot uppges att dialogen med nämnden har förbättrats något i och med ny mandatperiod.



### 3.2.2 Ej verkställda beslut

Vi har tagit del av statistikrapporter avseende ej verkställda beslut från år 2019 till 2022. Dessa rapporteras löpande till nämnden. Dock framkom i intervju att ansvaret för att verkställa besluten tillfaller förvaltningen. Nämnden uppges inte bidra till att skapa förutsättningar för att verkställa besluten.

Antalet ej verkställda beslut har varit stabilt över tid. Antalet var som högt under kvartal 1 år 2021. Sedan dessa har antalet minskat och det senaste utfallet för kvartal 4 år 2022 var 3 ej verkställda beslut.



Vidare framgår av rapporterna att majoriteten av ej verkställda beslut avser bostad med service, daglig verksamhet samt kontaktperson.



I intervju framkom att när beslut inte kan verkställas handlar det ofta om brukare med omfattande behov vilket komplicerar möjligheten att verkställa. Det kan t ex handla om att brukaren inte kan bo i en gruppbostad. Vad gäller bostad med särskild service uppges de ej verkställda besluten främst handla om att rätt boendeformer inte finns tillgängliga.

### 3.2.3 Bedömning

Vi konstaterar att det till viss del finns ett systematiskt kvalitetsledningssystem men att det inte används eller är uppdaterat. Vi anser att nämnden bör säkerställa att kvalitetsledningssystemet uppdateras enligt gällande föreskrifter. Vidare anser vi att strukturer för att kontinuerligt arbeta i systemet bör tas fram. Detta för att skapa ett samlat grepp över kvalitetsarbetet och skapa ett ständigt förbättringsarbete.

Däremot ser vi positivt på att en utbildning i ledningssystem ska genomföras. Vi anser att en åtgärdsplan bör tas fram för hur utbildningens innehåll sedan ska tillämpas i det dagliga arbetet.

Vi konstaterar att det inte löpande genomförs någon uppföljning gällande kvaliteten i verksamheten av nämnden. Vi anser att nämnden löpande under året bör följa kvalitetsaspekter för att kunna identifiera och utveckla verksamheten vid eventuella brister.

Vidare anser vi att aktivt arbete för att förbättra avvikelshanteringen bör fortsätta, t ex genom en åtgärdsplan som tydliggör vad avvikelser är samt hur de ska rapporteras och hanteras.

Vi konstaterar att nämnden följer ej verkställda beslut. Vi anser att nämnden bör tillse att de vid behov bidrar till att skapa förutsättningar för att verkställa besluten.

## 4 Slutsats och rekommendationer

Vår sammanfattade bedömning utifrån granskningens syfte är att insatser beviljas och verkställs enligt gällande lagstiftning. Däremot ser vi ytterst allvarligt på att uppföljningen på individnivå inte genomförs inte i den omfattning som är nödvändig för att säkerställa att den enskildes behov tillgodoses. Avsaknad av kvalitetsledningssystem och bristande rutiner och uppföljningar kan enligt vår bedömning leda till brister i såväl kvalitet som rättssäkerhet.

Vi ser även utrymme för utveckling avseende arbetet med barnkonventionen där det bör säkerställas att verktyg för att tillämpa den finns tillgängliga.

Vi bedömer att uppföljning av ej verkställda beslut genomförs. Däremot anser vi att nämnden bör säkerställa att förutsättningar för att verkställa besluten finns. Vi ser även av vikt att en systematisk uppföljning av kvalitetsaspekter kommer till stånd.

Utifrån vår bedömning och slutsats rekommenderar vi välfärdsnämnden

- att överväga att ta fram checklistor/lathundar för tillämpning av befintliga riktlinjer för handläggning och utförande av insatser enligt LSS, se avsnitt 3.1.1
- att implementera IBIC i verksamheten, se avsnitt 3.1.1
- att se över organisationen för myndighetsutövning och genomföra nödvändiga förändringar för att säkerställa en ändamålsenlig och effektiv verksamhet, se avsnitt 3.1.1
- att säkerställa att det finns rutiner som tydliggör hur barnkonventionen ska tillämpas samt verktyg för att efterleva lagstiftning, se avsnitt 3.1.1
- att säkerställa att kvalitetsledningssystemet uppdateras enligt gällande föreskrifter samt att strukturer för arbetet tas fram, se avsnitt 3.2.3
- att en åtgärdsplan bör tas fram för hur utbildningen gällande ledningssystemet sedan ska tillämpas i det dagliga arbetet, se avsnitt 3.2.3
- att upprätta en systematisk uppföljning av kvaliteten i verksamheten, se avsnitt 3.2.3
- att fortsätta arbeta aktivt för att förbättra avvikelshantering, se avsnitt 3.2.3
- att bidra till att skapa förutsättningar för att verkställa ej verkställda beslut, se avsnitt 3.2.3



**Kramfors kommun**  
Granskning av LSS

2023-04-12

Datum som ovan  
KPMG AB

Kristin Larsson  
*Kommunal revisor*

Oskar Nordmark  
*Certifierad kommunal revisor*

Lena Medin  
*Certifierad kommunal revisor*

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.