



REMISS
2020-12-01

Vård- och omsorgsnämnden

Begäran om yttrande

Diariernr: 00013/2020
Sökande: Kommunens revisorer
Ärende: Granskning av myndighetsutövning
Besvaras senast 2021-03-03

Översänder handlingar i rubricerade ärende för beredning:

Granskningen visar att nämnden antagit riktlinjer för myndighetsutövningen samt har rutiner för att säkerställa att riktlinjerna är i enlighet med gällande lagstiftning. Vi noterar dock att det finns utvecklingsbehov att ta fram en riktlinje avseende utredning av personlig assistans samt tydliggöra samverkan mellan biståndsenheterna och utförarverksamheten vid uppföljning av beslut.

Vidare visar granskningen att samtliga kontrollmoment som är beslutade i internkontrollplanen inte genomförts såsom angivet i planen. Granskningen visar även en bristande redovisning av uppföljningen av internkontrollplanen.

Vidare framkommer att uppföljning av beviljade insatser inte sker på ett systematiskt sätt samt att besluts förlängs utan uppföljning eller ny utredning. Av granskningens aktgranskning framkommer att biståndsbeslut i vissa fall är otydliga och inte följer Socialstyrelsens riktlinjer inom området.

Utifrån granskningen lämnar revisorerna nedanstående rekommendationer. Vi rekommenderar nämnden att:

- ▶ Tillse att uppföljning av beviljade insatser görs i enlighet med nämndens beslutade vägledningar
- ▶ Tillse att nämndens internkontrollplan följer Mölndals stads reglemente för intern kontroll
- ▶ Följa upp effektiviseringsarbetet av handläggningen inom biståndsenheterna
- ▶ Tydliggöra riktlinjer avseende utredning av personlig assistans
- ▶ Tydliggöra riktlinjer avseende samverkan mellan biståndsenheterna och utförarverksamheten vid uppföljning av beslut
- ▶ Säkerställa att en plan för uppföljning och granskning av myndighetsutövning antas i enlighet med nämndens ledningssystem för kvalitetsarbete

Yttrandet översändes till kommunens revisorer för diarietföring.

Mölnadals stad

Granskning av myndighetsutövning inom
vård och omsorgsnämnden



Building a better
working world

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Revisionskriterier	3
1.4. Metod	3
1.5. Avgränsningar och ansvarig nämnd.....	3
2. Myndighetsutövning avseende äldre och funktionsnedsatta i Mölndals stad	4
2.1. Organisation	4
3. Nämndens styrning av myndighetsutövning.....	5
3.1. Det finns tydliga riktlinjer och rutiner	5
3.1.1. Nämndens styrning av myndighetsutövning	5
3.1.2. Förvaltningens rutiner för myndighetsutövningen	5
3.2. Nämndens vägledningar och förvaltningens rutiner är implementerade i verksamheten 6	
3.3. Bedömning	6
4. Rättssäkerhet och enhetlighet i myndighetsutövning	7
4.1. Olika arbetssätt för handläggning av ärenden.....	7
4.2. Handläggarnas stöd vid myndighetsutövningen.....	8
4.3. Beviljade insatser följs inte upp i enlighet med nämndens vägledning	8
4.4. Resultat av aktgranskning.....	10
4.5. Bedömning	11
5. Uppföljning och kontroll av myndighetsutövning	13
5.1. Nämnden tar halvårsvis del av en uppföljning av avvikelser.....	13
5.2. Nämnden följer inte upp kontrollmomenten i internkontrollplan	13
5.3. Nämndens har inte antagit en plan för uppföljning och granskning i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	14
5.4. Bedömning	15
6. Samlad bedömning.....	16
6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna.....	16
6.2. Slutsatser.....	16
Bilaga 1. Bakgrund	
Bilaga 2. Revisionskriterier	
Bilaga 3 Källförteckning	
Bilaga 4. Aktgranskning	

Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Mölndal stad har EY granskat myndighetsutövningen avseende äldre och funktionsnedsatta. Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att myndighetsutövningen avseende äldre och funktionsnedsatta sker på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen visar att nämnden antagit relevanta styrdokument avseende handläggningen av myndighetsutövningen. Det finns dock behov att tydliggöra riktlinjer dels avseende utredning av personlig assistans, dels avseende samverkan mellan biståndsenheterna och utförarverksamheten vid uppföljning av beslut.

Vidare visar granskningen att prioriteringsordningen av ärenden inom biståndsenheter för socialtjänstlagen inte alltid efterlevs. Fördelningen av ärenden inom biståndsenheten för Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrad är ojämn, vilket påverkar handläggningstiden och uppföljningen av beslut.

Vad gäller uppföljning och förlängning av beslut visar granskningen att uppföljning av biståndsbeslut inte sker på ett systematiskt sätt. Därtill förlängs beviljade insatser utan uppföljning eller ny utredning. När ett beslut inte följs upp ska en avvikelserapportering göras. Granskningen visar att avvikelserapportering inte alltid görs i dessa fall. Det framkommer även att det finns risk för att beslut som förlängs utan att följas upp kan bli för generösa.

Inom ramen för granskningen genomförde EY:s en aktgranskning. Aktgranskningen visar att i 13 av 16 akter som granskats hade beviljade insatser inte följts upp i enlighet med nämndens vägledning. Det framkommer även att nämndens biståndsbeslut i vissa fall är otydliga och inte följer Socialstyrelsens riktlinjer inom området.

Slutligen visar granskningen att nämnden beslutat om en internkontrollplan för 2020, men har inte angett när en rapportering av densamma ska redovisas till nämnd. Granskningen visar även att kontrollmoment inte genomförts som beslutat under 2019 eller 2020.

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Tillse att uppföljning av beviljade insatser görs i enlighet med nämndens beslutade vägledningar
- ▶ Tillse att nämndens internkontrollplan följer Mölndals stads reglemente för intern kontroll
- ▶ Följa upp effektiviseringsarbetet av handläggningen inom biståndsenheterna
- ▶ Tydliggöra riktlinjer avseende utredning av personlig assistans
- ▶ Tydliggöra riktlinjer avseende samverkan mellan biståndsenheterna och utförarverksamheten vid uppföljning av beslut
- ▶ Säkerställa att en plan för uppföljning och granskning av myndighetsutövning antas i enlighet med nämndens ledningssystem för kvalitetsarbete

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Kommunrevisionen i Mölndals stad har i samband med sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det är väsentligt att granska om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att myndighetsutövningen avseende äldre och funktionsnedsatta sker på ett ändamålsenligt sätt. Ansvarsgrunder som är aktuella i denna granskning är bland annat risker för bristande ledning, styrning, uppföljning och kontroll. Bakgrunden till granskningen beskrivs närmare i bilaga 1.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att myndighetsutövningen avseende äldre och funktionsnedsatta sker på ett ändamålsenligt sätt. I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av myndighetsutövningen?
- ▶ Har nämnden säkerställt rättssäkerhet och enhetlighet i myndighetsutövningen?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll av myndighetsutövningen?

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna beskrivs i bilaga 2. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- ▶ Förvaltningslagen (2017:900)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd inom området
- ▶ Socialstyrelsens handbok handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.
- ▶ Socialstyrelsens handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser
- ▶ Mölndals stads styrdokument och riktlinjer inom området.

1.4. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och aktgranskning. Källförteckning framgår av bilaga 3.

Aktgranskningen omfattar totalt 16 utvalda ärenden inom myndighetsutövningen där beslut fattats under perioden 1 jan 2019 – 31 juni 2019. Syftet är att bedöma om dokumentation, utredning och uppföljning skett ändamålsenligt, det vill säga i enlighet med lagstiftning, rutiner och riktlinjer. Granskningen av akterna har gjorts utifrån en mall. Mallen redovisas i bilaga 4.

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att sakfelsgranska rapporten.

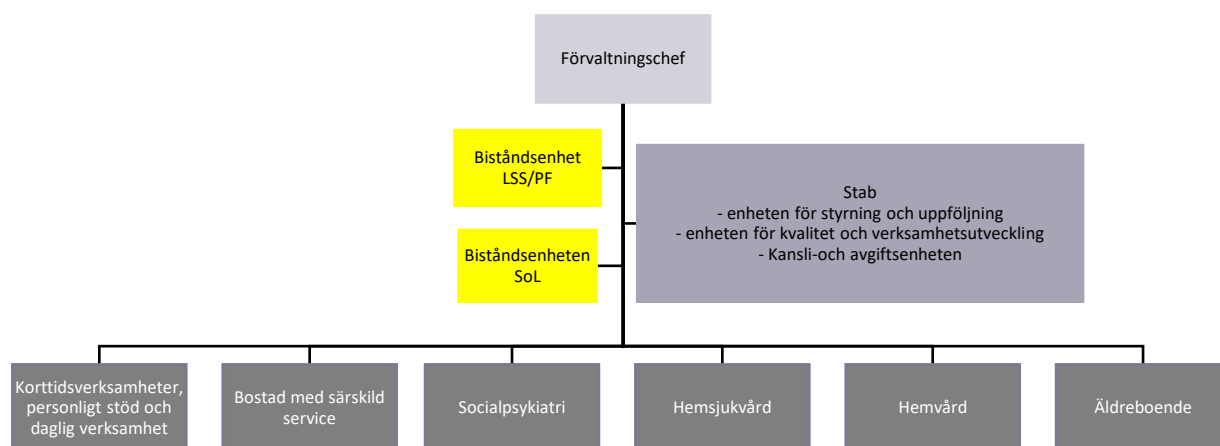
1.5. Avgränsningar och ansvarig nämnd

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden och avgränsas i enlighet med ställda revisionsfrågor.

2. Myndighetsutövning avseende äldre och funktionsnedsatta i Mölndals stad

2.1. Organisation

I Mölndals stad ansvarar vård- och omsorgsnämnden för myndighetsutövning avseende äldre och funktionsnedsatta. Nämnden har enligt dess reglemente det yttersta och övergripande ledningsansvaret för och fattar beslut i enlighet med socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade barn och vuxna (LSS). Förvaltningen består av förvaltningschef, tre stabsenheter, två biståndsenheter och sex utförarverksamheter. Biståndsenheterna är uppdelade utifrån dem som arbetar mot socialtjänstlagen respektive lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.



Figur 1. EY:s tolkning av övergripande organisation för vård- och omsorgsnämndens ansvarsområden

Biståndsenheten SoL består av en enhetschef, en metodutvecklare samt 16 handläggare. Enheten handlägger ärenden inom SoL. Biståndsenheten LSS/PF¹ består av en enhetschef, en metodutvecklare och 14 handläggare. Enheten handlägger ärenden inom LSS. Biståndscheferna sitter i förvaltningens ledningsgrupp. I staben finns även en socialt ansvarig samordnare som bland annat arbetar med att utveckla och kvalitetsgranska hur Socialtjänstlagen tillämpas.

Vid intervju framkommer att en organisationsförändring kommer ske under 2021. Biståndsenheterna kommer kvarstå, men enhetscheferna kommer efter organisationsförändringen inte sitta i förvaltningens ledningsgrupp. Av intervju framkommer även att förvaltningen låtit upphandla en konsult som ska arbeta med att effektivisera handläggningen vid enheterna. Arbetet kommer påbörjas i oktober 2020.

¹ PF står för psykisk funktionsnedsättning.

3. Nämndens styrning av myndighetsutövning

3.1. Det finns tydliga riktlinjer och rutiner

3.1.1. Nämndens styrning av myndighetsutövning

Utöver relevanta lagar och nationella föreskrifter styrs myndighetsutövningen inom biståndsenheterna av kommunspecifika riktlinjer antagna av nämnden. Riktlinjerna är i form av *lokala vägledningar* för handläggaren. Nämnden har antagit en vägledning gällande insatser enligt SoL och en vägledning för biståndsbedömning för funktionsstöd². Av intervjuer framkommer att vägledningarna ska uppdateras vid behov, men minst en gång om året.

Vägledningen gällande insatser enligt SoL innehåller anvisningar av villkor och förutsättningar för beviljande av insatser samt hur länge beslutet ska gälla. Vägledningen innehåller i övrigt inga anvisningar för hur ärenden ska utredas. Vägledningen reviderades av nämnden i maj 2020.

Vägledningen för biståndsbedömning för funktionsstöd innehåller anvisningar för hela handlägningsprocessen, från ansökan till verkställighet och uppföljning. Vägledningen innehåller även anvisningar för handlägningsprocessen vid handläggning av ärenden för barn och unga, personkretsbedömning samt ger anvisning för respektive insats enligt LSS. Vägledningen innehåller även rättspraxis och exempel på domar. Av dokumentet framgår ingen information om att vägledningen antagits i nämnden eller när dokumentet senast reviderades. Av protokollgranskning framgår att vägledningen för biståndsbedömning för funktionsstöd reviderades vid nämndens sammanträde i april 2020.

Nämnden har antagit en *delegeringsordning*. I delegeringsordningen framgår vad och till vem nämnden har delegerat beslutanderätten. Dokumentet reviderades senast i mars 2020.

3.1.2. Förvaltningens rutiner för myndighetsutövningen

Förvaltningens rutiner ger stöd i handläggningen i verksamhetenssystemet Treserva. Det finns även rutin för hur uppföljning av beviljade insatser ska ske. Rutinerna beslutas av respektive enhetschef. Av intervju framkommer att metodutvecklaren ansvarar för att informera och implementera nya rutiner till handläggarna. Informationen sker via mail samt på enheternas strukturmöten som hålls varannan vecka.

Vidare framkommer vid intervju att verksamheten ser ett utvecklingsbehov avseende tydligare riktlinjer för utredning av personlig assistans. Det framkommer även att samverkan mellan biståndsenheterna och utförarverksamheten avseende informationsflödet är bristande. Handläggarna vid biståndsenheterna hämtar in information dokumenterat av utförarna när beslut ska följas upp. Av intervju framgår att handläggaren inte alltid får in det underlag som krävs för att följa upp ett beslut, vilket påverkar handläggningstiden.

² Vägledningen avser insatser enligt LSS.

3.2. Nämndens vägledningar och förvaltningens rutiner är implementerade i verksamheten

Av intervju framgår att verksamhetens vägledningar och rutiner är förankrade i verksamheten. Det framgår att rutinerna är tydliga och enkla att hitta. Det finns en uppfattning inom verksamheten att rutinerna är många i antal samt att handläggare snarare tar hjälp av varandras kunskap än att själva söka i rutiner.

Av intervju framkommer att roll och ansvarsfördelningen avseende riktlinjer och rutiner upplevs vara tydlig. Metodutvecklarna ansvarar för att uppdatera och ta fram nya rutinerna vid förändringar av lagar eller praxis. Det är också metodutvecklarna som förankrar nya lagar, praxis och nya/förändrade interna rutiner till handläggarna. Handläggarna får löpande information om förändringar eller uppdateringar av styrdokument genom mail samt av metodutvecklare genom enheternas strukturmöten.

3.3. Bedömning

Enligt kommunallagens (2017:725) 6 kap 6 § ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Enligt vård- och omsorgsnämndens reglemente ansvarar nämnden för och leder arbetet som utförs av vård- och omsorgsförvaltningen.

Vi bedömer att nämnden i huvudsak säkerställt en ändamålsenlig styrning av myndighetsutövningen. Granskningen visar att vård- och omsorgsnämnden har antagit riktlinjer för myndighetsutövningen i form av vägledningar samt en delegeringsordning. Vägledningarna uppdateras vid behov, dock minst en gång om året. Rutiner uppdateras kontinuerligt efter behov. Granskningen visar att det finns rutiner för att säkerställa att nämndens vägledningar är i enlighet med den lagstiftning som gäller. Vidare visar granskningen att nämndens styrdokument, verksamhetens rutiner samt lagstiftning inom området är väl förankrade i verksamheten, tydliga och enhetliga. Vi noterar dock att det finns utvecklingsbehov att ta fram en riktlinje avseende utredning av personlig assistans samt tydliggöra samverkan mellan biståndsenheterna och utförarverksamheten vid uppföljning av beslut.

4. Rättssäkerhet och enhetlighet i myndighetsutövning

4.1. Olika arbetssätt för handläggning av ärenden

Handläggarna använder verksamhetssystemet Treserva för dokumentation av ansökningar, utredningar, beslut och uppföljning. I intervjuer uppges att verksamheten införde Treserva 2018. Vid införandet fanns endast en biståndsenhet som handlade ärenden inom både SoL och LSS. Av intervju framgår att systemet är anpassat för *en* biståndsenhet, vilket påverkar möjligheten att ta fram statistik per nuvarande två enheter. De avvikelser som rapporteras hamnar i en och samma inkorg i Treserva och handpåläggningskrävs för att sortera avvikelserna till rätt enhet.

Biståndsenheterna arbetar utifrån arbetssättet "Individens behov i centrum" (IBIC). Av intervju framgår att arbetssättet bidrar till mer likvärdiga och rättssäkra utredningar och beslut eftersom handläggarna använder samma arbetssätt och begrepp. Det framgår även att handläggarna har veckovisa metodmöten där de diskuterar ärenden. Det uppges bidra till en mer enhetlig bedömning och minskad osäkerhet. Därutöver beskrivs att handläggarna dagligen tar hjälp av varandra vid handläggning. Av intervjuer framgår dock att utredningar skiljer sig åt vad gäller exempelvis omfattning och detaljeringsnivå.

Systemet att fördela ärenden³ ser olika ut på de två biståndsenheterna. Handläggarna inom biståndsenheten för SoL arbetar utifrån en gemensam lista framtagen av metodutvecklaren som dagligen prioriterar och fördelar ärenden. Arbetssättet innebär att flera handläggare kan handlägga olika delar i samma ärende. Av intervju framkommer att listan och prioriteringsordningen anses vara tydlig. Det framgår dock att prioriteringsordningen inte alltid efterlevs då handläggarna ibland kan prioritera ärenden som anses vara enklare och därmed har en kortare handläggningstid. Vidare framgår det som positivt att arbetssättet bidrar till att handläggarna kontinuerligt ser hur sina kollegor arbetar samt att arbetssättet synliggör att handläggare är olika detaljerade i sina utredningar.

Handläggarna inom biståndsenheten för LSS tilldelas ärenden utefter vilket datum i månaden den enskilde är född. Av intervju framkommer att detta arbetssätt genererar en ojämn fördelning av ärenden mellan handläggarna. Vidare framkommer att den ojämna fördelningen av ärenden påverkar hur lång handläggningstiden blir samt i vilken utsträckning handläggaren har möjlighet att följa upp beslut i tid.

Av flera intervju framgår att den största risken för att handläggningen vid båda enheterna inte blir enhetlig är den stora ärendemängden, arbetsbelastningen och att ärenden inte följs upp. Det framgår även att dokumentationen i utredningen över tid blivit mer svårtolkad. Av intervju framkommer att handläggarna på biståndsenheten för SoL inte kommunicerar utredningen till den enskilde vid bifall på grund av att dessa upplevs vara svåra för den enskilde att förstå.

³ Med ärenden avses en enskilds hela akt.

4.2. Handläggarnas stöd vid myndighetsutövningen

Respektive enhet har veckovisa metodmöten där handläggarna kan ta med sig frågor eller svårbedömda beslut samt strukturmöten. Av intervju framkommer även att handläggarna vid svårbedömda ärenden tar hjälp av metodutvecklaren eller en jurist för vägledning. Juristen kommer från JP-efonet, vilket är en av förvaltningen upphandlad rättsdatabas. Av intervju framkommer att handläggarna löpande tar hjälp av metodutvecklare och i vissa fall jurist vid svårare bedömningar. Av intervjuer framkommer att metodmötena är centrala för att arbeta för rättssäker och enhetlig handläggning.

Delegation att fatta beslut ges till nyanställda när de genomgått fastställd introduktionstid. Det görs även en individuell bedömning. Innan en handläggare tilldelats delegation fattar ansvarig handläggare samtliga beslut. Av nämndens delegeringsordning framgår även att alla beslut inte är delegerade till handläggarna. Mer omfattande beslut är delegerade till biståndschef eller nämndens arbetsutskott.

4.3. Beviljade insatser följs inte upp i enlighet med nämndens vägledning

Av nämndens vägledning för insatser enligt socialtjänstlagen framgår att hemtjänstbeslut ska fattas upp till maximalt två år. Beslutens giltighetstid ska anpassas till situation och personer. Uppföljning av ärenden inom SoL och LSS ska enligt nämndens vägledning ske kontinuerligt, dock minst en gång per år. Det framgår av intervju att uppföljningar inte alltid görs i enlighet med vägledningens bestämmelse om ett år. När ett beslut är på väg att löpa ut gör handläggarna istället så kallade "fuskförlängningar", vilket innebär att handläggaren förlänger den enskildes beviljade insatser utan att följa upp om denne fortfarande har rätt till de insatser som beviljats. Av intervju framkommer att en avvikelserapportering ska göras av handläggaren när ett beslut inte följs upp i enlighet med nämndens vägledning. Det framgår av intervju att avvikelserapporter inte alltid upprättas vid dessa tillfällen. Det framgår även av avvikelssessammanställning för första halvåret 2020 att det finns brister i följsamhet till riktlinjerna för avvikelserapportering, då det enligt förvaltningen fortfarande finns ett stort mörkertal avseende antal avvikelser.

I intervju menar förvaltningen att de uteblivna uppföljningarna inte påverkar brukaren. Dock finns det risk att besluten blir för generös då den enskilde beviljas fortsatta insatser i samma omfattning, trots att denne inte längre har samma behov.

Av intervju framgår att biståndsenheternas ärendevolymer ökade vid införandet av det nya verksamhetssystemet då införandet av systemet var tidskrävande. Överföringen av ärenden krävde manuell handpåläggning vilket skapade höga ärendebalanser hos biståndsenheterna. Biståndsenheterna har arbetat för att minska ärendevolymer. Exempelvis har en extra resurs anställts. Det framkommer likväl att handläggarna inte hinner med både nyansökningar och uppföljningar. I detta läge prioriteras nya ansökningar framför uppföljningar.

Metodutvecklarna för respektive enhet ska halvårsvis följa upp handläggarnas samtliga ärenden för att identifiera ej uppföljda beslut enligt kontrollpunkt i nämndens internkontrollplan för år 2019 respektive år 2020. Vi har inte fått ta del någon sådan uppföljande statistik. Däremot har enheten för SoL mailledes redovisat antal beslut som förlängts utan uppföljning, vilket

framgår av tabell 1 nedan. Motsvarande statistik från enheten för LSS har vi inte fått ta del av. Nämnden har inte efterfrågat information om uppföljningar och har heller inte tillsänts statistik avseende fuskförlängningar ⁴.

2019 SoL	Antal beslut som förlängts utan uppföljning	2020 SoL	Antal beslut som förlängts utan uppföljning
Jan	79	Jan	13
Feb	49	Feb	27
Mar	75	Mar	46
Apr	61	Apr	7
Maj	72	Maj	3
Jun	0	Jun	0
Jul	0	Jul	-
Sep	94	Sep	-
Okt	30	Okt	-
Nov	56	Nov	-
Dec	23	Dec	-
Totalt 2019⁵	539		

Tabell 1: Antal beslut som förlängts utan uppföljning avseende biståndsenhet SoL, Mölndals stad.

Av vägledning gällande insatser för SoL framgår det att hemtjänstbeslut kan fattas i upp till två år. Av vägledningen framgår även att beviljade insatser ska följas upp minst en gång om året. Ovan statistik visar antal beslut som förlängts utan uppföljning. Det innebär att statistiken inte ger en bild av antal beslut som inte följs upp inom ett år.

⁴ För vidare information om nämndens uppföljning av internkontrollplan se sida kapitel 5.2 Intern kontrollplan

⁵ Antal ärenden där uppföljning skett går inte att följa upp i systemet Treserva.

4.4. Resultat av aktgranskning

Nedan redovisas resultatet av aktgranskningen inom SoL respektive LSS. I bilaga 4 redovisas resultaten av aktgranskningen i sin helhet.

Tabell. 2. Aktgranskning SoL

Anonymiseringsnummer, akt	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Finns ansökan?								
2. Finns skriftlig utredning?								
3. För de insatser som den enskilde ansöker för, finns det underlag?								
4. Finns uppföljningsbara mål och målformulering för beviljade insatser?								
5. Finns dokumenterat att man beaktat barnets bästa vid insatser som rör barn?								
6. Finns beslutsmotivering i beslutsmeddelandet ⁶ ?								
7. Anges lagrum i beslutet?								
8. Är beslutet i enlighet med delegeringsordning?								
9. Framgår av beslutsmeddelandet vilken insats personen sök om?								
10. Finns besvärshänvisning vid helt eller delvis avslag?								
11. Är utredningen kommunicerad till den enskilde?								
12. Finns uppföljning kontinuerligt, minst en gång per år?								

	Tillfredställande
	Tillfredställande, dock har utvecklingsområden identifierats
	Ej tillfredställande
	Ej aktuellt utifrån ärendet

Utifrån ovan aktgranskning framkommer följande övergripande avvikelser⁷:

- ▶ I en av de granskade akterna saknas uppföljningsbara mål och målformulering för beviljade insatser.
- ▶ I en av de granskade akterna saknas omfattning av beviljad insats. Då handläggare endast har rätt att fatta beslut upp till en viss omfattning går det inte att säkerställa att beslutet är fattat i enlighet med delegeringsordningen.
- ▶ I en av de granskade akterna framgår det inte av beslutsmeddelandet vilken insats personen sök om. I tre av de granskade akterna framgår inte av beslutsmeddelandet vilken omfattning personen sökt.
- ▶ I samtliga av de granskade akterna saknas årlig uppföljning.

⁶ Det krävs ingen beslutsmotivering vid bifallsbeslut. Samtliga beslut är bifall.

⁷ En mer detaljerad beskrivning av aktgranskningen finns i bilaga 4.

Tabell. 3. Aktgranskning LSS

Anonymiseringsnummer, akt	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Finns ansökan?	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Finns skriftlig utredning?	■	■	■	■	■	■	■	■
3. För de insatser som den enskilde ansöker för, finns det underlag?	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Finns uppföljningsbara mål och målformulering för beviljade insatser?	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Finns dokumenterat att man beaktat barnets bästa vid insatser som rör barn?	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Finns beslutsmotivering i beslutsmeddelandet ⁸ ?	■	■	■	■	■	■	■	■
7. Anges lagrum i beslutet?	■	■	■	■	■	■	■	■
8. Är beslutet i enlighet med delegeringsordning?	■	■	■	■	■	■	■	■
9. Framgår av beslutsmeddelandet vilken insats personen sök om?	■	■	■	■	■	■	■	■
10. Finns besvärshänvisning vid helt eller delvis avslag?	■	■	■	■	■	■	■	■
11. Är utredningen kommunicerad till den enskilde?	■	■	■	■	■	■	■	■
12. Finns uppföljning kontinuerligt, minst en gång per år?	■	■	■	■	■	■	■	■

■	Tillfredställande
■	Tillfredställande, dock har utvecklingsområden identifierats
■	Ej tillfredställande
■	Ej aktuellt utifrån ärendet

Utifrån ovan aktgranskning framkommer följande övergripande avvikelser⁹:

- ▶ I två av de granskade akterna saknas ansökan.
- ▶ I en av de granskade akterna saknas skriftlig utredning för samtliga sökta insatser.
- ▶ I två av de granskade akterna framgår inte av beslutsmeddelandet vilken insats personerna sökt.
- ▶ I tre av de granskade akterna framgår inte vilken omfattning personen sökt.
- ▶ I två av de granskade akterna finns ingen dokumentation på att utredningen har kommunicerats till den enskilde.
- ▶ I fem av de granskade akterna har beviljade insatser inte följts upp inom ett år.

4.5. Bedömning

Enligt socialtjänstlagen ska handläggningen dokumenteras med respekt för den enskildes integritet. Nämnden för vård och omsorg ska enligt kommunallagen tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten och behandla sina medlemmar lika. För att säkerställa en likvärdig bedömning i biståndsärenden är det av vikt att handläggningen sker på ett systematiskt arbetssätt. I Socialstyrelsens handbok för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten framkommer det att det inte ska råda någon tvekan om vad nämnden har beslutat i ett ärende om bistånd enligt SoL eller insatser enligt LSS. Det är viktigt att det av beslutsmeningen framgår vad ansökan eller begäran gäller, om beslutet innebär bifall eller avslag på ansökan eller begäran, vad som beviljas, enligt vilket lagrum beslutet fattas och om beslutet innehåller några förbehåll.

⁸ Det krävs ingen beslutsmotivering vid bifallsbeslut.

⁹ En mer detaljerad beskrivning av aktgranskningen finns i bilaga 4.

Vi bedömer att nämnden för vård och omsorg inte säkerställt en rättssäker och enhetlig myndighetsutövning. Av granskningen framkommer att uppföljning av biståndsbeslut inte sker på ett systematiskt sätt samt att besluts förlängs utan uppföljning eller ny utredning. Granskningen visar även att prioriteringsordningen av ärenden inte alltid efterlevs då handläggarna ibland kan prioritera ärenden som anses vara enklare och därmed har en kortare handläggningstid. Vidare visar granskningen att avvikelserapportering inte alltid görs när ett beslut inte följs upp i enlighet med nämndens vägledning. Granskningen visar även att det finns risk för att beslut som förlängs utan att följas upp kan bli för generösa.

EY:s aktgranskning visar att i 13 av 16 akter som granskats hade beviljade insatser inte följts upp i enlighet med nämndens vägledning. Av aktgranskningen framkommer även att nämndens biståndsbeslut i vissa fall är otydliga och inte följer Socialstyrelsens riktlinjer inom området.

Vidare visar granskningen att fördelningen av ärenden är ojämn som en följd av arbets sättet för handläggning inom biståndsenheten för LSS, vilket påverkar handläggningstiden och uppföljningen av beslut.

5. Uppföljning och kontroll av myndighetsutövning

Nämnden erhåller uppföljning av verksamheten vid delårs- och helårsbokslut. Beslut som överklagas av den enskilde följs upp i nämndens arbetsutskott genom redovisning av domar. Nämnden följer inte upp statistik av domslut. Vid nämndsammanträde följer nämnden upp anmälda delegeringsbeslut i form av två delegationslistor. En delegationslista för beslut avseende LSS och en lista för beslut avseende SoL. Av listorna framgår beslutsdatum, beslutsform, ärendetyp, beslutsfattare och beslut. Det framgår av listan hur många ärenden som är fattade under perioden. Det framgår per beslut om det är bifall eller avslag, men det finns ingen sammanställning av hur många bifall respektive avslag det är.

5.1. Nämnden tar halvårsvis del av en uppföljning av avvikelser

Nämnden får halvårsvis en avvikelser-sammanställning. Sammanställningen innehåller statistik över avvikelserrapportering samt en analys av resultatet. Sammanställningen för första halvåret 2020 visar att 180 avvikelser rapporterats. Av analysen till sammanställningen framgår att det finns ett mörkertal avseende antal rapporterade avvikelser. Mängden avvikelser kan hänvisas till fortsatt brister vid uppföljning av beslut, speciellt inom området LSS. Nämnden informerades om avvikelser-sammanställningen vid sitt nämndsammanträde i oktober 2020. Av protokollet framgår att avvikelser-sammanställningen ska ligga till grund för löpande förbättringsarbete samt nämndens kommande patient- och brukarsäkerhetsplaner.

5.2. Nämnden följer inte upp kontrollmomenten i internkontrollplan

I nämndens internkontrollplan för 2019 och 2020 identifieras två risker avseende myndighetsutövningen, dels risk för att beslut inte är rättssäkra, dels att fattade beslut inte följs upp. Av internkontrollplan framgår det att metodutvecklaren kvartalsvis ska göra en genomgång av samtliga handläggares ärenden för att identifiera ej uppföljda beslut. Kontrollmomentet ska rapporteras till enhetscheferna. Vid efterfrågad dokumentation av metodutvecklarens genomgång av ärenden för att identifiera ej uppföljda beslut har vi endast mottagit viss statistik för antal ärenden som förlängts utan uppföljning.

Enligt nämndens internkontrollplan för 2019 och 2020 ska metodutvecklaren kvartalsvis genomföra stickprov med kontroll av handläggningstid, att rätt information framgår och att underrättelse av beslut har skett. Resultatet från stickprovskontrollerna rapporteras endast till respektive biståndschef i enlighet med internkontrollplanen. Utöver internkontrollplanen finns ingen riktlinje eller rutin som säkerställt att det sker systematiska kontroller av utredningar och beslut. Det finns inga förslag på åtgärder utifrån resultaten som framkom av stickprovskontrollerna.

Av biståndsenheten SoLs stickprovskontroller av 20 ärenden januari – juni 2020 framgår flertalet avvikelser avseende kontrollpunkterna. Avvikelseerna gäller framförallt:

- ▶ Det framgår inte bedömt och avsett funktionstillstånd samt inget formulerat mål.
- ▶ Det framgår inte i utredningen att information har getts till den enskilde om handläggningsprocessen.
- ▶ Det finns inte ett dokumenterat samtycke till att inhämta uppgifter från andra i utredningen.

Av biståndsenheten LSS stickprovskontroller av 20 ärenden inom LSS januari – juni 2020 framgår flertalet avvikelser avseende kontrollpunkterna. Avvikelserna gäller framförallt:

- ▶ Handläggningstiden överstiger maxgräns på 90 dagar.
- ▶ Det finns inte ett dokumenterat samtycke till att inhämta uppgifter från andra i utredningen

Av tillämpningsanvisningar för Mölndals stads reglemente för intern kontroll framgår att nämnden varje år ska anta en internkontrollplan innehållande:

- ▶ Vilka rutiner och kontrollmoment som ska följas upp
- ▶ Omfattningen på uppföljningen (frekvensen)
- ▶ Vem som ansvarar för att utföra uppföljningen
- ▶ Till vem uppföljningen ska rapporteras
- ▶ När rapportering ska ske
- ▶ Genomförd riskbedömning

Det framgår även att genomförd uppföljning ska rapporteras till nämnd oavsett utfall. Vid upptäckta brister ska också förslag på åtgärder för att förbättra kontrollen lämnas. Av internkontrollplan 2020 för vård- och omsorgsnämnden framgår inte när eller på vilket sätt resultatet av uppföljningen ska rapporteras till nämnden.

Vid intervju framgår att nämnden ska följa upp internkontrollplanen vid delår- och helårsuppföljning. I nämndens verksamhetsberättelse 2019 genomfördes en uppföljning av internkontrollplan för 2019. I uppföljning framgår inga redovisningar av de kontrollmoment som gjorts under året. Avseende myndighetsutövningen framkommer endast att kontrollmomenten inte visar på *betydande avvikelser*. Det finns inte heller någon definition av vad *betydande avvikelser* innebär. Nämnden har inte följt upp internkontrollplanen vid nämndens delårsuppföljning 2020.

5.3. Nämndens har inte antagit en plan för uppföljning och granskning i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (2011:9) använder nämnden för vård- och omsorg ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Av ledningssystemet som antogs i april 2020 framgår att socialt ansvarig samordnare årligen ska ta fram en plan för uppföljning och granskning av verkställighet och myndighetsutövning, enligt socialtjänstlagen och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som beslutas av vård- och omsorgsnämnden. Av uppgift framgår att nämnden inte beslutat om en sådan plan för 2020, men att det planeras att tas fram till 2021.

5.4. Bedömning

Enligt kommunallagen ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

Vi bedömer att nämnden inte säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll av myndighetsutövningen. Granskningen visar att nämnden beslutat om en internkontrollplan för 2020, men har hittills under året inte följt upp planen. Nämnden har inte heller angett i internkontrollplanen när en rapportering av densamma ska redovisas till nämnd såsom tillämpningsanvisningar för Mölndals stads reglemente för intern kontroll föreskriver. Granskningen visar även att kontrollmomentet att halvårsvis följa upp handläggarnas samtliga ärenden för att identifiera ej uppföljda beslut inte genomförts under 2019 eller 2020. Vidare framkommer att nämnden inte antagit en plan för uppföljning och granskning av myndighetsutövning i enlighet med nämndens ledningssystem för kvalitetsarbete. Vi ser en risk med att nämnden inte följer upp resultaten av internkontrollplan. Utebliven uppföljning kan resultera i att nämnden inte agerar på de eventuella avvikelserna inom identifierade riskområden.

6. Samlad bedömning

6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av myndighetsutövningen?	Ja, i huvudsak. Granskningen visar att vård- och omsorgsnämnden har antagit riktlinjer och en delegeringsordning för myndighetsutövningen. Det finns rutiner för att säkerställa att nämndens vägledningar är i enlighet med den lagstiftning som gäller. Vidare visar granskningen att nämndens styrdokument, verksamhetens rutiner samt lagstiftning inom området är väl förankrade i verksamheten, tydliga och enhetliga. Vi noterar dock att det finns utvecklingsbehov att ta fram en riktlinje avseende utredning av personlig assistans samt tydliggöra samverkan mellan biståndsenheterna och utförarverksamheten vid uppföljning av beslut.
Har nämnden säkerställt rättssäkerhet och enhetlighet i myndighetsutövningen?	Nej. Av granskningen framkommer att det inte görs uppföljning av handläggarnas samtliga ärenden för att identifiera ej uppföljda beslut i enlighet med internkontrollplanen. Vidare visar granskningen att uppföljning av biståndsbeslut inte sker på ett systematiskt sätt samt att besluts förlängs utan uppföljning eller ny utredning. Granskningen visar att det är en ojämn fördelning av ärenden inom biståndsenheten för LSS som påverkar handläggningstiden och uppföljningen av beslut. Av granskningen framkommer även att nämnden biståndsbeslut i vissa fall är otydliga och inte följer Socialstyrelsens riktlinjer inom området.
Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll av myndighetsutövningen?	Nej. Granskningen visar att nämnden beslutat om en internkontrollplan för 2020, men har enligt intervju och dokumentstudier hittills under 2020 inte följt upp planen. Granskningen visar även att nämnden inte antagit en plan för uppföljning och granskning av myndighetsutövning i enlighet med nämndens ledningssystem för kvalitetsarbete.

6.2. Slutsatser

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprovning är vår samlade bedömning att vård- och omsorgsnämnden inte säkerställt att myndighetsutövningen avseende äldre och funktionsnedsatta sker på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen visar att nämnden antagit riktlinjer för myndighetsutövningen samt har rutiner för att säkerställa att riktlinjerna är i enlighet med gällande lagstiftning. Vi noterar dock att det finns utvecklingsbehov att ta fram en riktlinje avseende utredning av personlig assistans samt tydliggöra samverkan mellan biståndsenheterna och utförarverksamheten vid uppföljning av beslut. Vidare visar granskningen att samtliga kontrollmoment som är beslutade i internkontrollplanen inte genomförts såsom angivet i planen. Granskningen visar även en bristande redovisning av uppföljningen av internkontrollplanen. Vidare framkommer att uppföljning av beviljade insatser inte sker på ett systematiskt sätt samt att besluts förlängs utan uppföljning eller ny utredning. Av granskningens aktgranskning framkommer att biståndsbeslut i vissa fall är otydliga och inte följer Socialstyrelsens riktlinjer inom området.

Utifrån granskningen lämnar vi nedanstående rekommendationer. Vi rekommenderar nämnden att:

- ▶ Tillse att uppföljning av beviljade insatser görs i enlighet med nämndens beslutade vägledningar
- ▶ Tillse att nämndens internkontrollplan följer Mölndals stads reglemente för intern kontroll
- ▶ Följa upp effektiviseringsarbetet av handläggningen inom biståndsenheterna
- ▶ Tydliggöra riktlinjer avseende utredning av personlig assistans
- ▶ Tydliggöra riktlinjer avseende samverkan mellan biståndsenheterna och utförarverksamheten vid uppföljning av beslut
- ▶ Säkerställa att en plan för uppföljning och granskning av myndighetsutövning antas i enlighet med nämndens ledningssystem för kvalitetsarbete

Göteborg den 24 november 2020



Elin Forså
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB



Karin Knutsson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB



Rebecka Rask
Verksamhetsrevisor
Kvalitetssäkrare
Ernst & Young AB

Bilaga 1. Bakgrund

Myndighetsutövning för äldre och funktionsnedsatta regleras i socialtjänstlagen (SoL), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Lagstiftningen ställer krav på att biståndshandläggningen ska vara likvärdig, rättssäker och utföras med god kvalitet. I Mölndals stad ansvarar vård- och omsorgsnämnden för kommunens uppgifter avseende myndighetsutövning enligt SoL och LSS för målgrupperna äldre och funktionsnedsatta.

Inom nämnden för vård och omsorg i Mölndal stad finns två biståndsenheter. En biståndsenhet arbetar med LSS/psykiskt funktionshinder (PF) och en enhet arbetar med ärenden enligt SoL. I nämndens internkontrollplan för 2020 identifieras två risker, dels risk för att beslut inte är rättssäkra, dels att fattade beslut inte följs upp. Därtill har revisorerna i sin risk- och väsentlighetsanalys för 2020 identifierat rättssäkerheten inom myndighetsutövning som ett riskområde.

Mot bakgrund av ovanstående har revisorerna beslutat att genomföra en granskning av myndighetsutövning. I *God revisionssed* framkommer de grunder som revisorerna använder när de bedömer ansvarstagande i styrelser och nämnder. Ansvarsgrunder som är aktuella i denna granskning är bland annat risker för bristande ledning, styrning, uppföljning och kontroll.

Bilaga 2. Revisionskriterier

Kommunallag (2017:725)

Enligt kommunallagen 3 § Kommuner och regioner ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. Lag (2019:835).

Enligt kommunallagen 6 kap. 6 § ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Socialtjänstlagen (2001:453)

Socialtjänstlagens 1 kap 1 § benämns som portalparagrafen. Den anger att samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Målen ger uttryck för principen om alla människors lika värde och lika rätt till social trygghet, vård och omsorg.

Enligt socialtjänstlagen 4 kap. 1 § ska den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Vidare framkommer det att den enskilde genom biståndet ska tillförsäkras en skälig levnadsnivå.

I socialtjänstlagen 11 kap. 5–6 § ska handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling skall dokumenteras. Dokumentationen skall utformas med respekt för den enskildes integritet.

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

Enligt lagen ska kommunen ge särskilt stöd och service till personer med

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

Av LSS framgår också att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om insatser ska dokumenteras.

Förvaltningslagen (2017:900)

Förvaltningslagen ger en grundläggande och central struktur för kontakterna mellan myndigheter och enskilda vid ärendehandläggningen. Förvaltningslagens 5–8 § utgör grunderna för god förvaltning.

Enligt 9 § ska ett ärende ska handläggas så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts. Enligt 23 § ska myndighet ska se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver. Enligt 28 § kan ett beslut fattas av en befattningshavare ensam eller av flera gemensamt eller automatiserat.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

I 5 kap. 2 § framgår att den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd ska egenkontrollen bland annat innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat samt granskning av journaler, akter och annan dokumentation.

Socialstyrelsens handbok handläggning och dokumentation inom socialtjänsten

I Socialstyrelsens handbok för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten ges ramar för handläggning av ärenden och dokumentation av insatser som rör enskilda inom socialtjänsten. Handboken har disponerats i tio delar. Den innehåller hänvisningar till material som tidigare publicerats av Socialstyrelsen och som ger ytterligare vägledning på olika områden. Texten hänvisar också till bland annat förarbeten, JO-beslut och rättsfall.

Socialstyrelsens handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser

Handboken för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser bygger till stor del på olika rättskällor men även på resultat från forskning samt erfarenheter från praktisk verksamhet och iakttagelser i samband med tillsyn. Sammantaget ska handboken en god grund att stå på i arbetet med barn och unga med funktionsnedsättning. För att ge ett bra stöd till barn och familjer måste handläggare och utförare även ha goda kunskaper om barns utveckling. I viss mån tas de frågorna upp i handboken, men den är inte på något vis uttömmande.

Bilaga 3 Källförteckning

Genomförda intervjuer

2020-09-16

- ▶ Tre handläggare från biståndsenheten för LSS
- ▶ Tre handläggare från biståndsenheten för SoL

2020-09-17

- ▶ Enhetschef, metodutvecklare och socialt ansvarig samordnare för biståndsenheten för SoL
- ▶ Enhetschef och metodutvecklare för biståndsenheten för LSS

2020-09-18

- ▶ Nämnden för vård och omsorgs presidium och förvaltningschef

Dokumentation

- ▶ Halvårsuppföljning 2020
- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Verksamhetsberättelse 2019
- ▶ Verksamhetsplan 2020–2022
- ▶ Delegeringsordning 2020
- ▶ Organisationsschema för förvaltningen för vård och omsorg
- ▶ Nämnden för vård och omsorgs reglemente
- ▶ Internkontrollplan 2019
- ▶ Intern kontrollplan 2020
- ▶ Lokal vägledning för biståndsbedömning för funktionsstöd
- ▶ Lokal vägledning gällande insatser enligt socialtjänstlagen
- ▶ Bilaga 1 - Lokal vägledning för biståndsbedömning för funktionsstöd
- ▶ Bilaga 2 - Vägledning för insatser enligt socialtjänstlagen
- ▶ Bilaga 4 - Uppföljningsdokument
- ▶ Bilaga 3 - Riktlinje handläggning bistånd
- ▶ Metodstöd – utredningsprocessen
- ▶ Handläggningsmanual utredningsprocessen
- ▶ Checklista utredningsmöte
- ▶ Stickprov LSS Q1-2 2020
- ▶ Stickprov SoL Q 1-2 2020
- ▶ Avvikelsesammanställning första halvåret 2020

Bilaga 4. Aktgranskning

EYs aktgranskning SoL

Anonymiseringsnummer, akt	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Finns ansökan?								
2. Finns skriftlig utredning?								
3. För de insatser som den enskilde ansöker för, finns det underlag?								
4. Finns uppföljningsbara mål och målformulering för beviljade insatser?								
5. Finns dokumenterat att man beaktat barnets bästa vid insatser som rör barn?								
6. Finns beslutsmotivering av beslut?								
7. Anges lagrum i beslutet?								
8. Är beslutet i enlighet med delegeringsordning?								
9. Framgår av beslutsmeddelandet vilken insats personen sök om?								
10. Finns besvärshänvisning vid helt eller delvis avslag?								
11. Är utredningen kommunicerats till den enskilde?								
12. Finns uppföljning kontinuerligt, minst en gång per år?								

	Tillfredställande
	Tillfredställande, dock har utvecklingsområden identifierats
	Ej tillfredställande
	Ej aktuellt utifrån ärendet

Fråga 1: I 8 av 8 ärenden finns en ansökan där insats och omfattning framgår. I 6 av 8 ärenden har ansökan skett muntligt. I 2 av 8 ärenden finns en skriftlig ansökan. I 5 av de 6 ärenden där det finns en muntlig ansökan finns även en skriftlig ansökan om andra insatser vid ett senare skede.

Fråga 2: I 8 av 8 ärenden finns skriftlig utredning. I 1 av 8 ärenden hänvisas den skriftliga ansökan till ansökan men med fel datum. I ärendet finns därtill två identiska utredningar.

Fråga 3: I 4 av 8 ärenden finns läkarintyg som tillstryker diagnos på den enskilde. I 3 av dessa 4 ärenden som innehar läkarintyg har den enskilde diagnosen demens, Alzheimers och/eller minnessvårigheter. I 1 av de 4 ärenden som innehar läkarintyg som ej har ovanstående diagnos har stora svårigheter att klara sig i hemmet trots maximal hemtjänst och är i behov av kontinuitet, diagnos är inte fastställd. I de övriga 4 av 8 ärenden är det inte aktuellt med ett läkarintyg då de enskilda behöver hjälp på grund av ålderdom.

Fråga 4: I 5 av 8 ärenden finns uppföljningsbara mål, målformuleringar och övergripande mål för beslutade insatser. I 2 av 8 ärenden finns det mål men inte utskrivna målformuleringar. I 1 av 8 ärenden finns enbart ett övergripande mål men inte mål eller målformuleringar kopplat till respektive insats, dock framgår det av utredningen att den enskilde accepterar målen.

Fråga 5: I 8 av 8 ärenden var det inte aktuellt då dessa ärenden inte berörde barn.

Fråga 6: I 8 av 8 ärenden var det inte aktuellt med beslutsmotivering då samtliga var bifall. Beslutsmotivering behövs endast vid delvis eller helt avslag.

Fråga 7: I 8 av 8 ärenden anges lagrum 4 kap 1§ SoL.

Fråga 8: I 7 av 8 ärenden följer lagrummet delegeringsordningen. I 1 av 8 ärenden där en av de beslutade insatserna är ledsagning framgår inte dess omfattning. Enligt delegeringsordningen ska beslut om ledsagarservice upp till och med 50 timmar/månad fattas av bistånd/LSS handläggare och i beslut om ledsagarservice över 50 timmar/ månad fattas av AU. Eftersom det inte framgår av beslutet vilken omfattning den enskilde beviljats ledsagning går det inte att bekräfta att handläggaren fattat beslutet på delegation.

Fråga 9: I 4 av 8 ärenden framgår det av beslutsmeddelandet om vilken insats som den enskilde ansökt om. I 1 av 8 ärenden framgår enbart att den enskilde har ansökt om bistånd men inte insatsområde. I 3 av 8 ärenden framgår insatsen men inte omfattningen.

Fråga 10: I 8 av 8 ärenden var det inte aktuellt med besvärshänvisning då dessa ärenden blev beviljade.

Fråga 11: I 8 av 8 ärenden var det inte aktuellt med kommuniseringsbrev då dessa ärenden blev beviljade.

Fråga 12: I 8 av 8 ärenden finns ingen uppföljning. I 1 av dessa 7 ärenden finns dock en ny behovsutredning i och med en ny ansökan men det finns ingen uppföljning av det tidigare ärendet i behovsutredningen.

EYs aktgranskning LSS

Anonymiseringsnummer, akt	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Finns ansökan?	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Finns skriftlig utredning?	■	■	■	■	■	■	■	■
3. För de insatser som den enskilde ansöker för, finns det underlag?	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Finns uppföljningsbara mål och målformulering för beviljade insatser?	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Finns dokumenterat att man beaktat barnets bästa vid insatser som rör barn?	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Finns beslutsmotivering av beslut?	■	■	■	■	■	■	■	■
7. Anges lagrum i beslutet?	■	■	■	■	■	■	■	■
8. Är beslutet i enlighet med delegeringsordning?	■	■	■	■	■	■	■	■
9. Framgår av beslutsmeddelandet vilken insats personen sök om?	■	■	■	■	■	■	■	■
10. Finns besvärshänvisning vid helt eller delvis avslag?	■	■	■	■	■	■	■	■
11. Är utredningen kommunicerad till den enskilde?	■	■	■	■	■	■	■	■
12. Finns uppföljning kontinuerligt, minst en gång per år?	■	■	■	■	■	■	■	■

■	Tillfredställande
■	Tillfredställande, dock har utvecklingsområden identifierats
■	Ej tillfredställande
■	Ej aktuellt utifrån ärendet

Fråga 1: I 7 av 8 ärenden finns en skriftlig ansökan. I 1 av 8 ärenden har ansökan endast skett muntligt. I 1 av de 7 ärenden framgår att den enskilde ska ha gjort två ansökningar men det finns endast en ansökan i systemet.

Fråga 2: I 7 av 8 ärenden finns en skriftlig utredning. I 1 av 8 ärenden finns det noterat att 2 ansökningar ska ha kommit in. Den första ansökan är dokumenterat i systemet och avser avlösarservice. Den senare ansökan ska enligt myndighetsjournalen avse avlösarservice och ledsagarservice men ansökan finns inte i systemet. I ärendet finns endast en utredning kopplat till den senare ansökan som inte finns i systemet. Utredningen avser endast den sökta insatsen avlösarservice. Det finns inget dokumenterat om varför en utredning om behovet av insatsen ledsagarservice ej inkluderades i utredningen. Det finns heller inget dokumenterat i ärendet om varför den första ansökan ej utreddes.

Fråga 3: I 8 av 8 ärenden finns läkarintyg/läkarutlåtande som tillstryker diagnos/diagnoser på den enskilde.

Fråga 4: I 7 av 8 ärenden finns uppföljningsbara mål, målformuleringar och övergripande mål för beslutade insatser. I 1 av 8 ärenden saknas mål inom två livsområden.

Fråga 5: I 5 av 8 ärenden finns det dokumenterar att handläggaren betraktat barnets bästa vid beslut. I 3 av 8 var det inte aktuellt då dessa ärenden berörde personer över 18 år.

Fråga 6: I 7 av 8 ärenden var utfallet bifall och därmed behövs det inte beslutsmotivering. Beslutsmotivering behövs endast vid delvis eller helt avslag. I 1 av 8 ärenden finns beslutsmotivering, utfallet i beslutet var delvis avslag.

Fråga 7: I 8 av 8 ärenden anges lagrum i ärendet.

Fråga 8: I 8 av 8 ärenden följer lagrummet delegeringsordningen. I 2 av dessa 8 ärenden fattas beslutet av AU (Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott).

Fråga 9: I 3 av 8 ärenden framgår det av beslutsmeddelandet om vilken insats samt omfattning som den enskilde ansökt om. I 3 av 8 beslutsmeddelanden framgår vilken insats den enskilde har ansökt om men inte i vilken omfattning. I 2 av 8 beslut framgår inte vilken insats eller omfattning som den enskilde har ansökt om. Båda dessa är beslutade av AU.

Fråga 10: I 1 av 8 ärenden fanns besvärshänvisning. I 7 av 8 ärenden var det inte aktuellt då utfallet var bifall.

Fråga 11: I 6 av 8 ärenden finns kommuniseringsbrev till den enskilde. I 2 av 8 ärenden finns inget kommuniseringsbrev till den enskilde.

Fråga 12: I 2 av 8 ärenden finns en uppföljning. I 5 av 8 ärenden finns ingen uppföljning. I 1 av 8 ärenden finns ingen uppföljning då det inte gått ett år sedan beslutet fattades.



SAMMANTRÄDESPROTOKOLL

Kommunens revisorer 2019

Sammanträdesdatum

2020-05-26

§ 42

REV 13/20

Granskning av myndighetsutövning - Projektplan

Beslut

Projektplanen godkänns och granskningen beställs.

Ärendet

Maria Carlsrud Felander (EY) presenterar projektplanen "Granskning av myndighetsutövning".

Inom nämnden för vård och omsorg i Mölnådal stad finns två biståndsenheter. En biståndsenhet arbetar med LSS/psykiskt funktionshinder (PF) och en enhet arbetar med ärenden enligt SoL. I nämndens internkontrollplan för 2020 identifieras två risker, dels risk för att beslut inte är rättssäkra, dels att fattade beslut inte följs upp. Därtill har revisorerna i sin risk- och väsentlighetsanalys för 2020 identifierat rättssäkerheten inom myndighetsutövning som ett riskområde.

Mot bakgrund av ovanstående har revisorerna beslutat att genomföra en granskning av myndighetsutövning. I God revisionssed framkommer de grunder som revisorerna använder när de bedömer ansvarstagande i styrelser och nämnder. Ansvarsgrunder som är aktuella i denna granskning är bland annat risker för bristande ledning, styrning, uppföljning och kontroll. Syfte och revisionsfrågor Granskningens övergripande syfte är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att myndighetsutövningen avseende äldre och funktionsnedsatta sker på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen inriktas på följande revisionsfrågor:

- Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av myndighetsutövningen?
- Har nämnden säkerställt rättssäkerhet och enhetlighet i myndighetsutövningen?
- Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll av myndighetsutövningen?

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden.

Förslag till beslut

Projektplanen godkänns och granskningen beställs.

Beslutsgång

Ordförande frågar om förslag till beslut kan antas och finner att så sker.

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



SAMMANTRÄDESPROTOKOLL

Kommunens revisorer 2019

Sammanträdesdatum

2020-05-26

Expedieras till

Vård- och omsorgsnämnden

Ekonomiavdelningen

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande