

# Granskning av rättssäker handläggning inom LSS

Trelleborgs kommun



## Innehåll

1.	Sammanfattning .....	2
2.	Inledning .....	3
2.1.	Bakgrund .....	3
2.2.	Syfte och revisionsfrågor .....	3
2.3.	Genomförande och avgränsning .....	4
2.4.	Revisionskriterier .....	4
3.	Handläggningsprocessen .....	5
3.1.	Organisation .....	5
3.2.	Nämndens mål.....	6
3.3.	Kvalitetsledningssystem.....	8
3.4.	Bedömning.....	15
4.	Registerkontroll .....	16
4.1.	Nämndens rutin om utdrag ur belastningsregistret .....	16
4.2.	Bedömning.....	17
5.	Slutsats.....	19
6.	Källförteckning.....	21

# 1. Sammanfattning

---

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna granskat om socialnämnden har säkerställt att en ändamålsenlig och rättssäker handläggning sker inom LSS-verksamheten. Rapporten innehåller också en kartläggning av hur nämnden arbetat med bakgrundskontroller vid rekrytering av personal.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden delvis säkerställt att en ändamålsenlig och rättssäker handläggning sker inom LSS-verksamheten.

Bedömningen grundar sig på att nämndens riktlinjer inte är uppdaterade enligt gällande lag och aktuell praxis, att det saknas strukturerad uppföljning och utvärdering samt att nämnden i begränsad utsträckning tar del av uppföljning av statistik, nyckeltal och analyser som avser myndighetsutövningen. Vidare är det en brist att flera beslut om boende för vuxna individer inte kunnat verkställas.

Att nämnden genomfört översynen av bakgrundskontroller och registerutdrag i samband med anställning av personal och i maj 2024 beslutat om en ny rutin är positivt då granskningen visat på flera brister.

Positivt i sammanhanget är att verksamheten inte längre har några vakanser i personalstyrkan och att myndighetsenheten nyligen har genomfört en omorganisation för att kunna jobba mer rättssäkert och effektivt.

Positivt är också att det finns fungerande arbetssätt och tidigare beslutade rutiner, mötesstruktur, utbildningar, egenkontroller och ett kvalitetsledningssystem som borgar för att verksamheten med de nedan föreslagna åtgärderna kan komma tillrätta med de brister som identifierats.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi socialnämnden att:

- ▶ Stärka ledning och styrning inom LSS-området genom att:
  - Genomföra översyn av mål och indikatorer och ta fram indikatorer som visar på kvaliteten i handlägningsprocessen.
  - Besluta om uppdaterade riktlinjer för handläggning.
  - Tillse en kontinuerlig uppföljning av insatsers resultat.
- ▶ Säkerställa att tillgången på insatser motsvarar brukarnas behov.
- ▶ Säkerställa att den nya rutinen angående utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning implementeras och dess efterlevnad följs upp.

## 2. Inledning

---

### 2.1. Bakgrund

Enligt Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har personer med funktionsnedsättning rätt till stöd och service i form av olika insatser för att leva ett så gott och självständigt liv som möjligt. Den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor och insatserna ska anpassas utifrån den enskildes individuella behov. Insatserna innefattar exempelvis personlig assistans, ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice, korttidsvistelse, bostad med särskild service samt daglig verksamhet.

Eftersom LSS-lagstiftningen är en rättighetslagstiftning medför det krav på kommunen att bedöma, besluta och genomföra insatser till de personer som omfattas på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. För att detta ska fungera behöver LSS-verksamheten kontinuerligt planeras, ledas, följas upp, kontrolleras och utvärderas.

I Trelleborg är det socialnämnden som ansvarar för handläggning inom LSS. Det ligger därför ett stort ansvar hos nämnden att säkerställa att handläggningen är effektiv och rättssäker för att tillgodose den enskildes rätt till inflytande och medbestämmande.

Enligt Socialstyrelsen är tillgången till insatser från socialtjänsten för personer med funktionsnedsättning ojämnt fördelat över landet. Antalet insatser som beviljas till dessa personer har, efter att ha ökat under flera år, minskat<sup>1</sup>. Antalet beviljade ansökningar varierar mellan insatser och mellan kommuner.

I redovisning av ej verkställda beslut under kvartal 3 för 2023 framgår att socialnämnden i Trelleborg inte kunnat verkställa ett tiotal beslut inom LSS-området. Exempelvis redovisas flera ej verkställda beslut kopplat till bostad med särskild service. Om IVO bedömer att insatsen inte verkställts inom skälig tid kan myndigheten ansöka om utdömmande av en särskild avgift hos förvaltningsrätten.

Mot bakgrund av revisorernas risk- och väsentlighetsanalys har revisionen bedömt det som väsentligt att granska om socialnämndens säkerställer att LSS-verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och rättssäkert sätt.

### 2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om socialnämnden har säkerställt att en ändamålsenlig och rättssäker handläggning sker inom LSS-verksamheten. I granskningen ska följande revisionsfrågor besvaras:

---

<sup>1</sup> Även beaktat befolkningsökningen. Se "Socialstyrelsens lägesrapport 2023 - Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning."

- ▶ Säkerställer nämnden att biståndshandläggningen för LSS-verksamheten sker på ett rättssäkert sätt?
- ▶ Säkerställer nämnden att kontinuerlig uppföljning och utveckling av handlägningsprocessen sker för att säkerställa likabedömning och rättssäker handläggning?
- ▶ Säkerställer nämnden att en strukturerad uppföljning och utvärdering sker i förhållande till fattade beslut?

Granskningen innehåller också en kartläggning av bakgrundskontroller av personal, inom så väl myndighetsenheten som utförarverksamheten. Kartläggningen ingår inte som en del i bedömningen av granskningens övergripande syfte, om nämnden har säkerställt en ändamålsenlig och rättssäker handläggning. Bakgrundskontroller är också enbart aktuella inom utförarverksamheten medan rapporten i övrigt är fokuserad på myndighetshandläggningen.

- ▶ Genomför nämnden kontroller i samband med rekrytering av personal?

### 2.3. Genomförande och avgränsning

Granskningen avser 2024 och är avgränsad till socialnämnden. Den har genomförts mellan februari och juni 2024. Som del av granskningen har intervjuer genomförts med avdelningschef, enhetschef samt en grupp om tre biståndshandläggare. Detta för att fånga både styrning och ledning av verksamheten och hur arbetet utförs av handläggarna i praktiken.

Vidare har dokumentstudier genomförts av styrande och stödjande dokument vilket har inkluderat nämndmål och dess uppföljning, riktlinjer och rutiner samt nämndens protokoll. För en fullständig källförteckning med intervjuade och dokument, se kapitel sex.

### 2.4. Revisionskriterier

Granskningens bedömningar utgår från följande revisionskriterier:

- ▶ Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 §
- ▶ Lag (1993:387) om stöd och service 10 §, 21a §, 28f §
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) 3 kap. 1 §
- ▶ Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder (SOSFS 2008:32)
- ▶ Lag (2010:479) om registerkontroll av personal som utför vissa insatser åt barn med funktionshinder 4 §
- ▶ Lag (1998:620) om belastningsregister

Se respektive kapitelns inledning för information om revisionskriterierna.

## 3. Handläggningsprocessen

---

*I rapportens första avsnitt behandlar vi biståndshandläggningen för LSS-verksamheten och granskar om nämnden säkerställer att den sker på ett rättssäkert sätt. Vidare granskar vi nämndens uppföljning och utveckling av handläggningsprocessen samt nämndens uppföljning av fattade beslut. För att bättre förstå handläggningen och uppföljningen inleder vi med iakttagelser om nämndens organisation respektive mål inom LSS-området.*

### *Revisionskriterier*

Enligt kommunallagen ska nämnden inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmaktiges mål och riktlinjer samt bestämmelser i lag. Därtill ansvarar nämnden för att den interna kontrollen är tillräcklig.<sup>2</sup>

I samband med att en insats beviljas enligt LSS ska den enskilde erbjudas en individuell plan med beslutade och planerade insatser vilket ska upprättas i samråd med den enskilde. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året. Vidare ska handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om insatser dokumenteras. Av dokumentationen ska det framgå vilka beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt omständigheter och händelser av betydelse.<sup>3</sup>

Socialstyrelsens föreskrifter anger att vårdgivaren som bedriver verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem vilket ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.<sup>4</sup>

Därtill finns i Socialstyrelsens allmänna råd rekommendationer för personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder.<sup>5</sup>

Lagstiftning anger att nämnden ska rapportera alla gynnande nämndbeslut som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt till kommunens revisorer. För varje beslut ska nämnden ange tidpunkten för beslutet, vilken typ av insats det gäller samt uppge skälen för dröjsmålet. Rapporteringen ska ske en gång per kvartal.<sup>6</sup>

### 3.1. Organisation

Av socialnämndens reglemente framgår att nämnden ska ansvara för och fullgöra kommunens uppgifter avseende LSS-verksamheten.

---

<sup>2</sup> Kommunallag (2017:725) 6 kap. § 6

<sup>3</sup> Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade § 21 a

<sup>4</sup> SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 3 kap. § 1

<sup>5</sup> SOSFS 2008:32 Socialstyrelsens allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder

<sup>6</sup> Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade § 28f

En av socialförvaltningens fyra avdelningar är avdelningen för funktionsstöd. Vidare är avdelningen uppdelad i tre enheter varav enheten myndighet ansvarar för handläggning inom nämndens verksamhet. Myndighetsenheten består av åtta handläggare samt en enhetschef.

Intervjuade ger en samlad bild av att myndighetsenheten under ett par års tid har haft utmaningar med kompetensförsörjningen vilket påverkat utvecklingsarbetet. Under delar av 2023 har tre av åtta handläggare saknats. Vid intervju beskrivs att en anledning är att det generellt saknas handläggare (socionomer) att rekrytera inom LSS samt att det generellt anses mer attraktivt att arbeta med barn och unga än med vuxna. Utöver vakanser har det bland personalen också tidvis varit stor omsättning då nyrekryterade handläggare valt att gå vidare till individ och familj och vilket resulterat till att fler nya oerfarna handläggare har rekryterats samt introduceras och lärts upp både som handläggare och inom gällande lagstiftning.

#### *Ny organisation inom enheten*

Intervjuade beskriver att enheten från och med april 2024 ändrat sin organisation så att två handläggare enbart kommer att arbeta med ärenden gällande personlig assistans. Syftet beskrivs vara att skapa en spetskompetens och genom detta kunna öka effektiviteten, kvalitetssäkra handläggningen samt arbeta brottsförebyggande och mer systematiskt med felaktiga utbetalningar. Övriga handläggare kommer därmed att arbeta med att utreda och handlägga övriga insatser och kommer att ansvara för cirka 80 individer per handläggare. I detta ingår även att dessa sex handläggare har ansvar för tre av kommunens boende vardera. Detta för att underlätta för såväl den enskilde som för personalen på boendet.

Av intervju ges en samlad bild av att förändringen är ett gemensamt beslut från ledningen och arbetsgruppen och att de intervjuade är positiva till förändringen.

### 3.2. Nämndens mål

Utifrån kommunfullmäktiges politiska prioriteringar för 2023–2026 är *trygghet och livskvalitet* samt *förtroende och inflytande* aktuella för nämnden. Utifrån detta har nämnden beslutat om 12 effektmål varav ett specifikt rör LSS-verksamheten:

- ▶ Brukarnöjdheten inom funktionsstöd ska öka till bland de 25 procent bästa.

Förvaltningens åtgärder innefattar att varje enhet tar fram en A3-plan (verksamhetsplan) med aktiviteter för att nå målet. Indikatorn som används är Socialstyrelsens nationella brukarundersökning. Detta får som konsekvens att indikatorerna som används enbart handlar om utförarverksamheten och inte myndighetshandläggningen.

Av intervju framgår att det är sammanställningen i Kolada som man utgår ifrån, vilket bygger på Socialstyrelsens undersökning. Frågorna utgår från åtta områden, bland annat brukarnas inflytande, personalens kommunikation och omtanke,

trygghet samt trivsel. Resultatet är gällande LSS uppdelat på gruppbostad<sup>7</sup>, servicebostad samt daglig verksamhet<sup>8</sup>. Grönt avser placering bland de 25 procent främsta kommunerna i landet, gult avser de mittersta 50 procent och rött avser de 25 procent med sämst resultat.

I tabellen nedan sammanfattas svaren från brukare i Trelleborgs kommun för 2023. Siffrorna avser andel i procent som har svarat "ja" på respektive påstående. Övriga svarsalternativ var "ibland" och "nej".

Tabell 1. Brukarnöjdhet inom funktionsstöd i Trelleborgs kommun

Fråga	Grupp- bostad	Service- bostad	Daglig verksamhet
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga.	71	96	72
Brukaren får den hjälp hen vill ha.	76	80	85
Personalen pratar så brukaren förstår.	79	76	89
All personal förstår brukaren.	69	80	88
Personalen bryr sig om brukaren.	76	92	89
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen.	67	76	88
Brukaren är aldrig rädd för någon hemma/ på sin dagliga verksamhet.	48	75	75
Brukaren trivs alltid hemma/ trivs med alla i boendepersonalen/ på sin dagliga verksamhet.	69	84	92
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma/ på daglig verksamhet.	69	44	86

Källa 1. Statistik inhämtad från Kolada.

### Nämndens bedömning är att ingen utveckling har skett

I nämndens årsanalys för 2023 görs bedömningen gällande målet om brukarnöjdhet att utvecklingen varken försämrats eller förbättrats jämfört med 2022. Av nämndens analys framgår att svarsfrekvensen ökat från 61 till 81 procent. I nio av 28 frågor tillhör resultatet bland de 25 procent bästa i landet vilket är en ökning sedan 2022. I lika många frågor är resultatet bland de 25 procent sämsta i landet

<sup>7</sup> Bostad med särskild service för vuxna är en anpassad boendeform för personer med funktionsnedsättningar, som behöver stöd i vardagen. I boendeformen ingår två olika typer av boenden: gruppbostad och servicebostad. I en gruppbostad bor individer med ett omfattande behov av tillsyn- och omvårdnad och det finns närvaro av personal dygnet runt. En servicebostad är ett mellanting mellan ett helt självständigt boende och boende i en gruppbostad.

<sup>8</sup> Personer som omfattas av LSS och som är i yrkesverksam ålder, som saknar förvärsarbete och inte utbildar sig kan få daglig verksamhet som en beviljad biståndsinsats. Den dagliga verksamheten ska anpassas till deltagarens individuella behov och utformas så att den stärker dennes förmåga att leva ett självständigt liv.



vilket är en försämring sedan 2022. En förklaring uppges vara att en stor flyttkedja med cirka 30 individer som genomförts under hösten 2023 vilket inneburit att dessa individer flyttat från ett boende till ett annat. Detta uppges med stor sannolikhet ha haft betydelse för resultatet i den del som fokuserar på boendesituationen.

Det framkommer av intervjuer nämnden förväntar att samtliga frågor för samtliga boendeformer ska vara inom det gröna området för att effektmålet ska anses vara uppnått.

#### *Enheten har fem kvalitetsmål*

En åtgärd för att nå målet om brukarnöjdhet är att varje enhet tar fram en A3-plan (verksamhetsplan) med aktiviteter som syftar till att uppnå målet. Av myndighetsenhetens A3-plan för 2024 framgår att enheten arbetar med fem kvalitetsmål som är nedbrutna i 28 lokala mål och aktiviteter. Vidare framgår vem som har ansvar samt en tidslinje över när aktiviteten ska upprättas, implementeras samt följas upp.

I A3-planen för myndighetsenheten finns enhetens mål som knyter an till de åtta områden som mäts i Socialstyrelsens brukarundersökning. Exempelvis gällande kommunikation där samtliga handläggare på myndighetsenheten ska arbeta utifrån MI (motiverande samtal) samt gå utbildning i AKK (alternativ och kompletterande kommunikation) som handlar om tydliggörande pedagogik med bildstöd.

#### *Myndighetsenheten har en egen brukarundersökning*

En gång om året skickar myndighetsenheten ut en enkät till de brukare som har haft kontakt med handläggare. Enkäten innehåller 8 frågor som kan besvaras enskilt av brukaren, anhörig, ställföreträdare eller av dessa tillsammans. Intervjuade uppges att resultatet av enkätsvaren för 2023 var mycket goda men att svarsfrekvensen är låg. Under 2024 kommer en av enhetens handläggare att ansvara för att skicka ut undersökningen samt påminnelser för att förbättra svarsfrekvensen. Av enhetens A3-plan framgår att målet är att svarsfrekvensen ska öka från 36 till 70 procent.

### 3.3. Kvalitetsledningssystem

I maj 2023 antog nämnden nuvarande kvalitetsledningssystem vilket är uppbyggt efter Socialstyrelsens föreskrifter gällande kvalitetsledningssystem (SOSFS 2011:9). Av dokumentet framgår att ledningssystemet ska utgöra ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra förvaltningens verksamheter. Vidare framgår att all verksamhet i förvaltningen ska ta sin utgångspunkt i medborgarens behov och präglas av kommunens värdegrund ÖRA: öppenhet, respekt och ansvar. Förvaltningens vision är *Självständigt liv - vår drivkraft* vilket tillsammans med värdegrunden ska genomsyra allt arbete som bedrivs inom nämndens område.

Det finns beskrivet vilket ansvar de olika funktionerna inom verksamheten har för att upprätthålla ett systematiskt kvalitetsarbete. Ansvaret finns angivet för nämnd, förvaltningschef, avdelningschef, enhetschef, sektionschef, verksamhetsutvecklare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt medarbetare.

#### *Nämndens riktlinjer är inte uppdaterade enligt gällande lagstiftning*

Enligt kvalitetsledningssystemet är det nämndens ansvar att besluta om riktlinjer medan respektive verksamhet ansvarar för att ta fram, implementera, utveckla och följa upp sina processer och tillhörande dokument så som rutiner.

Nämndens riktlinjer för handläggning och utförande av bistånd enligt SoL och LSS är politiskt beslutade. Av dokumentet framgår att syftet är att skapa ett enhetligt synsätt vid bedömning av behov samt att säkerställa god kvalitet i handläggning och utförande inom nämndens verksamhet. Det framgår inte av riktlinjerna när de är beslutade men av intervju framgår att de är antagna under sommaren 2022. Vidare framkommer i intervju att riktlinjerna inte är uppdaterade i enlighet med gällande lagstiftning från 1 januari 2023 och gällande rättspraxis inom området. Intervjuade handläggare uppger att de arbetar med att ta fram ett nytt förslag på riktlinjer till nämnden. På grund av att riktlinjerna inte är ajour med gällande lagstiftning framförallt gällande personlig assistans har enheten tagit fram ett separat vägledningsdokument avseende personlig assistans.

Därtill finns avseende LSS-insatser ytterligare ett vägledningsdokument som beskriver handlägningsprocessen vid ansökan om LSS-insatser. Dokumentet är utvecklat av och hålls uppdaterat av en av enhetens handläggare som har ett särskilt ansvar för detta. Detta kartlägger handlägningsprocessens olika steg från att ansökan inkommer till beslut och beskriver praktiskt vad handläggaren ska göra i varje steg och i vilket digitalt system.

Intervjuade handläggare beskriver att det finns ett behov av att ha detta vägledningsdokument som på en mer detaljerad nivå beskriver handlägningsprocesserna för att kunna vara ett stöd i arbetet.

#### *Systematiskt förbättringsarbete*

##### *Egenkontroller genomförs och återrapporteras till nämnden*

Enligt kvalitetsledningssystemet består det systematiska förbättringsarbetet av att planera, genomföra, utvärdera och förbättra verksamheten enligt en cyklisk modell. Det innefattar riskanalyser, egenkontroll, avvikelser samt klagomål och synpunkter. Intervjuade beskriver att det bedrivs ett välfungerande förbättringsarbete inom nämndens LSS-verksamhet.

Av kvalitetsledningssystemet framgår att egenkontroll innebär en regelbunden, systematisk uppföljning av den egna verksamheten som enhetschefen har ansvar för att utöva. Av myndighetsenhetens A3-plan för 2024 framgår att följande egenkontroller inom funktionshinderområdet ska genomföras:

- ▶ Granskning av handlägningsprocessen av LSS-insatser och social dokumentation ska ske vid två tillfällen under året.
- ▶ Kollegiegranskningar av barnperspektivet i utredningar ska ske en gång per termin.
- ▶ Stickkontroller ska genomföras två gånger under året för att säkerställa att samtliga brukare har uppdaterade kontaktuppgifter i verksamhetssystem.

Egenkontrollerna dokumenteras och det finns olika stöddokument beroende på vilken typ av egenkontroll det är frågan om.

I tabellen nedan ges tre exempel på egenkontroller och beskrivning av hur det dokumenteras.

Tabell 2. Exempel på myndighetsenhetens egenkontroller

Egenkontroll	Dokument
Social dokumentation	En checklista över 21 granskningsområden. Ska fyllas i ja/nej/delvis samt lämnas kommentar.
Verksamhetsuppföljning	Ett frågeunderlag som ansvarig sektionschef fyller i med frågor om enhetens kvalitetsarbete, personal, brukare (genomförandeplaner, rutiner etc.) och brukarundersökning.
Utredningar och beslut	Granskningsdokument för utredningar och beslut inom funktionsstöd. En checklista med 31 granskningsområden. Ska fyllas i med ja/nej samt kommentar. Används exempelvis i kollegiegranskningar.

Källa 2. Socialförvaltningen.

Nämnden tar del av myndighetsenhetens egenkontroller i den årliga kvalitetsberättelsen. I 2023 års kvalitetsberättelse framgår att myndighetsenheten under 2023 genomfört kollegiegranskning av utredningar. Resultatet visade att handläggarna i hög grad följer framtagna processer men att ett fortsatt arbete behöver göras med målformuleringar utifrån brukarnas egna mål. Vidare har en sammanställning av 14 verksamhetsuppföljningar resulterat i ett antal aktiviteter i 2024 års A3-planer för att fortsätta arbetet med dokumentation, genomförandeplaner och avvikelser.

### Enhetens mötesstruktur

Intervjuade handläggare uppger att man har en god mötesstruktur med olika typer av möten för olika ändamål:

- ▶ Varje vecka har enheten så kallade "tavelmöten" där man följer upp handlägningsprocessens olika datum samt handläggningstid i alla just nu pågående utredningar/beslut.
- ▶ Varannan vecka har enheten "metodmöten" där man fokuserar på riktlinjer, rutiner och stödmaterial.

- ▶ Varannan vecka har enheten "ärendegenomgång" där man kan ta hjälp av varandra i ett enskilt ärende, kan utbyta erfarenheter samt diskutera bedömningar i särskilt komplicerade eller osäkra fall.

#### *Avvikelser, klagomål och synpunkter*

Enligt 2023 års kvalitetsberättelse rapporterades 653 avvikelser inom avdelningen funktionsstöd varav 262 gällde vårdskador enligt HSL (hälso- och sjukvårdslagen) och 325 avsåg SoL (socialtjänstlagen), LSS eller annan avvikelse. Vidare beskrivs att dessa bland annat avser rutin och riktlinjer, omsorg och omvårdnad samt annat.

Vidare inkom 12 synpunkter eller klagomål avseende avdelningen för funktionsstöd. Enligt kvalitetsberättelsen har några varit från anhöriga som hade synpunkter på bemötande i samband med möte eller önskade annan hjälp från personal. Det framgår inte om det rör myndighetsenheten eller utförarverksamheten.

#### *Rättssäkerhet*

I såväl intervjuer som i underlag framgår att nämnden under 2023 har haft ett fokus på rättssäkerhet vilket fortsätter framgent.

I myndighetsenhetens A3-plan för 2024 finns flertalet lokala mål och aktiviteter med fokus på rättssäkerhet. Exempel på aktiviteter som kommer att genomföras under 2024 är:

- ▶ Arbeta med rättssäker handläggning genom ärendehandledning samt utbildning vid fyra tillfällen per år,<sup>9</sup>
- ▶ Granskning av handlägningsprocess av LSS-insatser och social dokumentation två gånger per år,
- ▶ Samverka med grannkommuner genom nätverksmöte med fokus på LSS-insatser, handläggning och bedömning,
- ▶ Vid fyra tillfällen per år granska antal ärenden som går över handläggningstiden samt orsaken till detta,
- ▶ Lyfta ut och revidera riktlinjerna till vägledningsdokument för att det ska vara aktuellt.

#### *Riktlinje om fyra månaders handläggningstid*

Det finns inte någon särskild bestämmelse i lag som reglerar handläggningstiden i ett LSS-ärende. Av nämndens *riktlinjer för handläggning och utförande av bistånd enligt SoL och LSS* framgår dock att nämnden har beslutat att utredningstiden inte får överstiga fyra månader gällande insatser enligt LSS.

---

<sup>9</sup> Vid intervju framgår att handledningen sker av JP Infonet som erbjuder juridisk rådgivning för sociala frågor inklusive LSS.

Av intervjuer framgår att personalbristen under 2023 påverkat arbetsbelastningen och inneburit att handläggningstiden periodvis varit längre. Intervjuade handläggare uppger dock att det är en liten andel ärenden där detta händer. Vidare framgår av intervju att nämnden följer upp utredningstiden i Kolada.

I Kolada redovisas utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insatser vilket sammanfattas i tabellen nedan:

Tabell 3. Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut

	2019	2020	2021	2022	2023
Antal dagar	45	80	-	63	75

Källa 3. Kolada

För 2023 var handläggningstiden 75 dagar vilket motsvarar cirka 2,5 månader och är därmed inom nämndens riktlinje. I jämförelse med de 193 kommuner som rapporterat in statistik placerar detta dock kommunen bland de 25 procent sämsta. Detta måttal är inte inkluderat i de mål som nämnden följer upp som beskrivs i kapitel 3.2.

I enhetens A3-plan för 2024 är ett av målen att arbeta för att 100 procent av ärendena håller handläggningstiden. Dels har samtliga handläggare "tavelmöte" varje vecka för att följa upp handläggningsprocessen och eventuella stödbehov, dels granskar enheten fyra gånger per år de ärenden som överstiger de fyra månaderna och orsaken till detta.

#### *Riktlinje om årlig uppföljning av insatser har inte hunnits med*

Det framgår av nämndens riktlinjer att samtliga LSS-insatser ska följas upp minst en gång per år, inklusive beslut som beviljats tills vidare. Av riktlinjerna framgår att handläggaren ska följa upp om beviljade insatser har bidragit till att nå den målsättning som angavs i beslutet och som stöd använda exempelvis utredning, social dokumentation och genomförandeplan.

Däremot framgår av intervju att man under 2023 behövt prioritera tidsbegränsade beslut eller ärenden där utförarverksamheten uppmärksammat enheten om att det finns en anledning att följa upp. Därmed har exempelvis tillsvidarebeslut som rör gruppbostad inte hunnits med att följas upp. Prioriteringen har krävts på grund av att enheten under 2023 har saknat handläggare vilket framgår i avsnitt 3.1.

Vidare uppger intervjuade att det är svårt att följa upp i det verksamhetssystem som används. När en handläggare lägger upp ett ärende i systemet skapas en bevakning för när handläggaren ska följa upp ärendet. Om handläggaren avslutar sin tjänst så följer inte bevakningen med till den handläggare som tar över ärendet. Det krävs därför manuell hantering och intervjuade uppger att de använder excel för att ha fullständig information över uppföljning av ärenden.

Av nämndens kvalitetsberättelse för 2023 framgår att samtliga gynnade beslut ska följas upp under 2024 för att säkerställa att brukarna får den hjälp de ska ha och på rätt sätt.

### Uppföljning till nämnd

En genomgång av nämndens protokoll från januari 2023 till och med mars 2024 visar att det finns en stående punkt på dagordningen där förvaltningschefen informerar om aktuella frågor så som exempelvis beslut från IVO, bemanning under sommaren eller om det nya LSS-boendet. Lika så tar nämnden del av delegationsbeslut och anmälningsärenden på samtliga möten.

Två gånger om året har nämnden tagit del av verksamhetsrapportering. Detta avser statistik från funktionsstöd, vård och omsorg samt individ- och familjeomsorg. Statistiken gällande funktionsstöd avser kötid till gruppboende, antal unika barn med korttidsvistelse samt placeringsdygn gällande korttidsvistelse för varje enskild månad och fyra år bakåt i tiden. Det finns ingen beskrivning eller förklaring till nyckeltalen.

Därtill har nämnden tagit del av rapportering av ej verkställda gynnande beslut inom LSS per kvartal. Information som i enlighet med LSS<sup>10</sup> även skickas till kommunrevisionen och kommunfullmäktige. En sammanställning gällande 2023 redovisas i tabellen nedan.

Tabell 4. Ej verkställda beslut 2023

Antal brukare	LSS-beslut
14	Boende vuxna 9 § 9
1	Daglig verksamhet 9 § 10
1	Kontaktperson 9 § 4
2	Ledsagarservice 9 § 3
1	Boende barn/ungdom 9 § 8
2	Avlösarservice 9 § 5

Källa 4. Socialförvaltningen

Som framgår av tabellen är det fram för allt beslut om bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna som inte har kunnat verkställas. Det framgår av såväl underlag som i intervju att detta till största del beror på platsbrist i kommunen.

Om IVO bedömer att en insats inte verkställts inom skälig tid kan myndigheten ansöka om utdömande av en särskild avgift hos förvaltningsrätten. Några sådana krav har IVO inte riktat mot socialnämnden i Trelleborgs kommun under 2024.

I samband med delårsrapport och årsredovisning tar nämnden del av ekonomisk uppföljning och prognos, personalredovisning samt rapportering av åtgärder avseende nämndens effektmål. Nämnden tar även del av uppföljning av intern kontroll.

---

<sup>10</sup> Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade § 28f

### *Intern kontroll 2024*

Nämnden har antagit en internkontrollplan för 2024. Till grund för planen har en riskanalys gjorts av en bruttorisklista med totalt 20 risker. Tre risker berör myndighetsenheten:

- ▶ Risk för välfärdsfusk genom felaktiga utbetalningar FST
- ▶ Risk för välfärdsbrott inom personlig assistans.
- ▶ Risk att möjliga välfärdsbrott inte förebyggs och upptäcks.

Risken för att välfärdsbrott inte förebyggs och upptäcks har valts ut till nämndens intern kontrollplan för 2024. Kontrollmomentet består av att samtliga avdelningar en gång om året ska analysera och identifiera riskområden. Utöver denna risk består nämndens intern kontrollplan av två nämndspecifika risker samt två kommungemensamma risker som är beslutade av fullmäktige.

### *Budgetunderskott beror delvis på brist på gruppboendeplatser*

Av nämndens årsanalys framgår att verksamhetsområdet funktionsstöd har en negativ budgetavvikelse om -22,5 miljoner kronor vilket delvis beror på kostnader för externa placeringar då det finns brist på interna gruppboendeplatser. Under året har ett nytt boende med sex platser öppnats men enligt årsanalysen kvarstår behovet av fler platser för att hantera kön samt för att kunna verkställa framtida boendebeslut.

I intervju framgår att det finns en knapp handfull individer som är externt placerade på grund av att de har mycket komplexa och/eller särskilda behov, och att det inte finns rätt kompetens att ta hand om dem i kommunen. Övriga externa placeringar uppges beror på platsbrist.

Vidare framgår att det under 2022 gjordes en prognos där man räknar med att 50 nya boendeplatser behövs i kommunen till och med år 2032. Utöver det nya boendet som öppnades 2023 kommer ytterligare ett boende med sex platser stå klart 2025. Intervjuade chefer beskriver tre viktiga åtgärder för att komma tillrätta med platsbristen:

- ▶ Att myndighetsenheten följer upp beslut för att säkerställa att rätt individ har rätt insats och rätt boendeform.
- ▶ Att utförarverksamheten arbetar med att motivera den enskilda till egen bostad.
- ▶ Att socialförvaltningen, tekniska serviceförvaltningen samt samhällsbyggnadsförvaltningen samverkar med kommunala bostadsbolag och privata aktörer för att tillse att nya platser tillkommer.

Det framgår även från nämndens verksamhetsplan för 2024 att externa placeringar fortsätter att vara en utmaning.

### 3.4. Bedömning

Det är vår bedömning att nämnden inte fullt ut säkerställer att handläggningen sker på ett rättssäkert sätt. Vi grundar vår bedömning på att nämndens riktlinjer inte är uppdaterade enligt gällande lag och aktuell praxis. Det finns dock arbetssätt och tidigare beslutade rutiner samt vägledningsdokument som borgar för att verksamheten i stora delar utförs på ett rättssäkert sätt. Vi ser positivt på att arbete med att uppdatera nämndens rutiner pågår och vill betona vikten av att slutföra detta i närtid.

Det är vår bedömning att nämnden säkerställt att kontinuerlig uppföljning och utveckling av handlägningsprocessen sker. Nämnden har ett dokumenterat kvalitetsledningssystem med utpekade ansvariga. Vidare genomförs flera aktiviteter som syftar till att öka kvaliteten i handlägningsprocessen så som samverkansmöten och utbildningar. Det finns en mötesstruktur som främjar att så väl enskilda komplicerade och/eller osäkra ärenden tas upp för kollegialt stöd liksom att mer allmän metodutveckling sker. Slutligen finns egenkontroller inom funktionshinderområdet som syftar till att upptäcka avvikelser och identifiera förbättringsområden. Nämnden tar del av resultatet av dessa egenkontroller i den årliga kvalitetsrapporten. Den senaste egenkontrollen visade på att handläggarna i hög grad följer framtagen process.

Det är vår bedömning att nämnden inte säkerställer en strukturerad uppföljning och utvärdering i förhållande till fattade beslut. Vi grundar vår bedömning på alla beslut inte har följts upp årligen, i enlighet med nämndens riktlinje och att nämnden i begränsad utsträckning tar del av uppföljning av statistik, nyckeltal och analyser som avser myndighetsutövningen inom funktionshinderverksamheten. I princip alla nyckeltal som nämnden tar del av rör utförarverksamheten vilket bedöms som en brist.

För en tydligare styrning och uppföljning bedömer vi att nuvarande mål behöver förtydligas och kompletteras med definitioner om vad som avses. En sådan översyn kan också med fördel innebära att andra eller nya mål sätts vilka tydligt fokuserar på myndighetshandläggningen.

Slutligen bedömer vi att det är en brist att flera beslut avseende boende för vuxna individer inte kunnat verkställas inom den lagstadgade gränsen. Vi ser positivt på att ett nytt boende öppnats och att arbete för fler platser pågår, både genom planering för nybyggnation och omflyttning av brukare inom befintligt bestånd, men arbetet bedöms inte som tillräckligt och fler insatser måste vidtas för att möjliggöra verkställighet av fattade beslut. Den situation som finns idag med ett femtontal icke verkställda beslut drabbar såklart främst den enskilde som inte får det stöd hen har rätt till. Vidare påverkas också nämndens ekonomi negativt på grund av de höga kostnaderna för externa placeringar samt att det ökar personalens arbetsbelastning för att hitta alternativa lösningar.



## 4. Registerkontroll

---

*En av frågorna är en kartläggning av huruvida nämnden genomför kontroller i samband med rekrytering av personal. Frågan avser personal som arbetar med brukare i utförandeverksamheten och därmed inte myndighetsenheten. I detta kapitel beskriver vi nämndens arbete inom området.*

### *Revisionskriterier*

Ett registerutdrag eller en kopia av det ska bevaras i minst två år från det att en anställning påbörjats avseende personal som utför insatser åt barn med funktionshinder.<sup>11</sup>

Det finns inga krav på att den som ska visa registerutdrag ska lämna utdraget i ett öppnat kuvert. Den person som registerutdraget gäller har rätt att själv ta del av uppgifterna i utdraget innan det lämnas till arbetsgivaren.<sup>12</sup>

Av Polisens hemsida framgår att registerutdraget som avser "*Kontroll av egna uppgifter i belastningsregistret*" inte är tänkt att användas som ett intyg för att visa att du inte är straffad. Syftet med utdraget är att kontrollera sina egna uppgifter i belastningsregistret. Det är dock upp till den enskilde att avgöra hur hen vill använda sitt utdrag.<sup>13</sup>

I februari 2024 beslutade regeringen att ge en utredare i uppdrag att i ett snabbspår se över om kommunerna bör få utökade möjligheter att göra bakgrundskontroller av anställda och personer som erbjuds anställning. Utredningen ska redovisas senast den 31 oktober 2024.

### 4.1. Nämndens rutin om utdrag ur belastningsregistret

I juni 2020 fattade nämnden beslut om en rutin för begäran om utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning inom socialförvaltningen. Syftet beskrivs i rutinen vara att ge brukarna ökad trygghet och motverka att de utsätts för brott i sitt eget hem. Rutinen omfattar alla som erhåller en anställning inom förvaltningen, inklusive praktikanter och hyrpersonal.

Enligt rutinen ska den som söker anställning begära ett utdrag från polisens belastningsregister. Det är i första hand blankett för "*Kontroll av egna uppgifter i belastningsregistret*" som ska lämnas men om det gäller anställning inom LSS med barn med funktionsnedsättning ska blanketten "*Arbete med barn med funktionsnedsättning*" användas. Medan det första utdraget visar samtliga uppgifter

---

<sup>11</sup> Lag (2010:479) om registerkontroll av personal som utför vissa insatser åt barn med funktionshinder 4 S

<sup>12</sup> Lag (1998:620) om belastningsregister

<sup>13</sup> <https://polisen.se/tjanster-tillstand/belastningsregistret/kontrollera-dina-uppgifter-i-belastningsregistret/>

så visar det senare utdraget om man fått en påföljd för grova brott så som sexualbrott, grov misshandel eller grovt rån.

Av rutinen framgår att registerutdraget ska lämnas i obrutet kuvert till ansvarig chef. Utdraget ska lämnas tillbaka till den enskilde. Vidare framgår i rutinen att kopior på utdragen inte sparas. Det är chefens ansvar att göra en notering på anställningsavtalet om att ett utdrag har uppvisats.

I rutinens avslutande stycke står att kommunen begär registerutdrag för viss personal utan särskilt stöd i lag med syftet att leva upp till allmänna krav på god vård, omsorg och stöd till vårdtagare och brukare som finns i socialtjänstlagen.

#### *Rutinen har inte efterlevts fullt ut*

Intervjuade uppger att finns en checklista för chefen i samband med introduktion av nya medarbetare. I denna finns en punkt om utdrag i belastningsregistret. Däremot uppges att det har funnits en bristande kännedom om vilket typ av utdrag det är som ska begäras in och det uppges att efterlevnaden av rutinen brister. Enligt intervjuade ingår det i HR:s uppdrag att se över kommunens förhållningssätt till utdrag ur belastningsregistret.

Det finns inte någon skriftlig sammanställning i vilken utsträckning rutinen har efterlevts eller i hur stor andel av alla anställningar som intyg begärts.

#### *Beslut om ny rutin är fattat*

I samband med sakgranskningen av föreliggande rapport framkom att nämnden i maj 2024 fattat beslut om en ny rutin för registerutdrag. Socialnämnden beslutade att krav ska ställas på uppvisande av utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning inom socialförvaltningen. Skyldigheten föreslås gälla oavsett anställningsform och befattning. Undantaget är medarbetare med rent administrativa arbetsuppgifter som inte innefattar någon kontakt med brukare, kunder eller vårdtagare.

I ärendet redogörs för olika kategorier vålds- och bedrägeribrott som innebär att anställning nekas. I fråga om övriga brott ska det göras en individuell bedömning av en särskild bedömningsgrupp, som i samråd med rekryterande chef och den sökande ska avgöra om anställning är aktuellt. Det framgår inte i ärendet hur den nya rutinen ska implementeras eller följas upp.

#### 4.2. Bedömning

Kartläggningen visar att nämnden inte genomför kontroller i samband med rekrytering av personal.

Granskningen visar att nämnden 2020 beslutade om en rutin för registerutdrag men att innehållet på flera punkter inte var i enlighet med gällande lagar och bestämmelser. Detta gäller exempelvis hur länge utdragen ska sparas eller huruvida utdraget ska lämnas i ett obrutet eller öppnat kuvert.

Den tidigare rutinen har inte heller, annat än när det gäller personal som arbetar med barn med funktionshinder, uttryckligt stöd i lag utan nämnden har istället valt att luta sig mot de allmänna kraven på god vård, omsorg och stöd till vårdtagare och brukare som finns i socialtjänstlagen.

Slutligen saknas uppföljning av i vilken utsträckning rutinen har efterlevts men vid intervjuer uppges att funnits en bristande kännedom om vilken typ av utdrag det är som ska begäras in och att efterlevnaden av rutinen har brustit.

Vi ser därför positivt på att nämnden beslutat om en ny rutin, även om en granskning av den inte ingått i föreliggande revisionsgranskning och att vi därmed inte uttalar oss om innehållet i den nya rutinen. Vi vill betona vikten av att informera om den nya rutinen och ta fram stöd för rekryterande chefer på hur efterlevnaden ska säkras och följas upp, då detta tidigare brustit.

## 5. Slutsats

Vår sammanfattande bedömning är att nämnden delvis säkerställt en ändamålsenlig och rättssäker handläggning sker inom LSS-verksamheten.

Nämnden under de senaste åren haft flera vakanser bland personalen inom myndighetsenheten vilket lett till hög arbetsbelastning och att fler arbetsuppgifter inte genomförts som beslutat eller planerat. Bland exemplen kan nämnas att nämndens rutiner för myndighetshandläggning inte uppdaterats och att alla beslut inte har följts upp årligen.

Att myndighetsenheten nu lyckats rekrytera till de vakanta tjänsterna, den nyligen genomförda organisationsförändringensamt de arbetssätt som etablerats eller håller på att etableras bedöms dock på sikt kunna leda till att en ändamålsenlig och rättssäker handläggning sker. Utöver de nu genomförda förändringarna krävs dock att nämnden utvecklar sin styrning och uppföljning av verksamheten.

Utförarverksamheten är ofta i fokus för nämndens styrning och för att fullt ut skapa en ändamålsenlig och rättssäker myndighetshandläggning behöver nämnden i ökad utsträckning rikta sin uppmärksamhet till myndighetshandläggningen. Vi bedömer att de nuvarande målen behöver förtydligas och kompletteras med definitioner om vad som avses och vid behov kompletteras med mål och nyckeltal som avser myndighetshandläggningen.

Nämnden bör bland annat besluta om nya rutiner, ta del av statistik och analys avseende handläggningstider, brukarnöjdhet och egenkontroller samt säkerställa att beslut följs upp årligen. Eftersom kompetensförsörjningen tidigare beskrivits som en orsak till att vissa arbetsuppgifter inte genomförts bör personalläget inom myndighetsenheten också riktas särskild uppmärksamhet.

Vidare är det en brist att nämnden inte kan verkställa beslut om boende för vuxna och nämnden bör se över olika alternativ för att säkerställa att tillgången på insatser motsvarar brukarnas behov.

Att nämnden genomfört översynen av bakgrundskontroller och registerutdrag i samband med anställning av personal och i maj 2024 beslutat om en ny rutin är positivt då granskningen visat på flera brister.

Revisionsfråga	Svar
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Säkerställer nämnden att biståndshandläggningen för LSS-verksamheten sker på ett rättssäkert sätt?</li> </ul>	<p>Delvis.</p> <p>Nämnden har inte fullt ut säkerställt att handläggningen sker på ett rättssäkert sätt. Nämndens riktlinjer inte är uppdaterade enligt gällande lag och aktuell praxis. Det finns dock arbetssätt och tidigare beslutade rutiner som borgar för att verksamheten i stora delar utförs på ett rättssäkert sätt.</p>

<p>▶ Säkerställer nämnden att kontinuerlig uppföljning och utveckling av handläggningsprocessen sker för att säkerställa likabedömning och rättssäker handläggning?</p>	<p>Ja. Nämnden har säkerställt att kontinuerlig uppföljning och utveckling av handläggningsprocessen genom kvalitetsledningssystemet, samverkansmöten och utbildningar, verksamhetens mötesstruktur och olika egenkontroller.</p>
<p>▶ Säkerställer nämnden att en strukturerad uppföljning och utvärdering sker i förhållande till fattade beslut?</p>	<p>Nej. Nämnden har inte fullt ut säkerställt en strukturerad uppföljning och utvärdering då alla beslut inte har följts upp årligen och nämnden i begränsad utsträckning tar del av uppföljning av statistik, nyckeltal och analyser som avser myndighetsutövningen. Vidare är det en brist att flera beslut om boende för vuxna individer inte kunnat verkställas.</p>
<p>▶ Genomför nämnden kontroller i samband med rekrytering av personal?</p>	<p>Granskningen visar att nämnden 2020 har beslutat om en rutin för registerutdrag men att innehållet på flera punkter inte är i enlighet med gällande lagar och bestämmelser samt att det finns brister i efterlevnaden. En ny rutin är beslutad i maj 2024.</p>

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi socialnämnden att:

- ▶ Stärka ledning och styrning inom LSS-området genom att:
  - Genomföra översyn av mål och indikatorer och ta fram indikatorer som visar på kvaliteten i handläggningsprocessen.
  - Beslut om uppdaterade riktlinjer för handläggning.
  - Tillse en kontinuerlig uppföljning av insatsers resultat.
- ▶ Säkerställa att tillgången på insatser motsvarar brukarnas behov.
- ▶ Säkerställa att den nya rutinen angående utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning implementeras och dess efterlevnad följs upp.

Trelleborg den 4 juni 2024

Hanna Ericsson  
Certifierad kommunal yrkesrevisor  
EY

Charlotte Ahlström  
Verksamhetsrevisor  
EY

## 6. Källförteckning

---

### Intervjuade funktioner

- ▶ Avdelningschef funktionsstöd
- ▶ Enhetschef myndighet
- ▶ Tre biståndshandläggare

### Analyserade dokument

- ▶ Egenkontroll: social dokumentation
- ▶ Frågeunderlag för sektionschef Verksamhetsuppföljning LSS 2024
- ▶ Granskningsdokument för utredningar och beslut inom VoO, Funktionsstöd och socialpsykiatri
- ▶ Handlägningsprocessen vid ansökan om LSS-insatser
- ▶ Kvalitetsledningssystem för Socialnämnden
- ▶ Myndighetsenhetens A3-plan 2024
- ▶ Riktlinjer för handläggning och utförande av bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL) och insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- ▶ Rutin för begäran om utdrag ur belastningsregistret vid nyanställning inom socialförvaltningen
- ▶ Rutin för utredning av ansökan om sjuklöneersättning samt utbetalning av assistansersättning
- ▶ Socialförvaltningens kvalitetsberättelse 2023
- ▶ Socialnämndens internkontrollplan 2024
- ▶ Socialnämndens protokoll januari 2023-mars 2024
- ▶ Socialnämndens reglemente
- ▶ Socialnämndens verksamhetsplan 2023
- ▶ Socialnämndens verksamhetsplan 2024
- ▶ Socialnämndens årsanalys 2023