

Granskning av uppfyllelse av myndighetsenhetens kvalitetskrav i Östersunds kommun

Rapport

Lea Reinholdsson
Verksamhetschef

Kommunlex AB

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
1 Inledning	3
1.1 <i>Bakgrund och uppdrag</i>	3
2 Uppdragets genomförande	3
2.1 <i>Excelbaserat verktyg för granskning av uppfyllelse av myndighetsenhetens kvalitetskrav</i>	4
3 Granskningens resultat	4
3.1 <i>Område Inflytande</i>	4
3.2 <i>Område Tillgänglighet</i>	6
3.3 <i>Område Kompetens</i>	8
3.4 <i>Område Planering och uppföljning</i>	9
3.5 <i>Område Handläggning och dokumentation</i>	14
4 Bilagor till rapporten	17
4.1 <i>Kommentarer till granskning av akter</i>	17
4.1.1 <i>Ärenden enligt socialtjänstlagen</i>	17
4.1.2 <i>Ärenden enligt LSS</i>	22

1 Inledning

1.1 Bakgrund och uppdrag

Kommunlex AB har på uppdrag av Vård- och omsorgsförvaltningen i Östersunds kommun genomfört en granskning av om förvaltningens myndighetsenhet uppfyller vissa för myndighetsenheten fastställda kvalitetskrav. Till grund för uppdraget har vård- och omsorgsförvaltningen lämnat en förteckning över de aktuella kvalitetskraven.

Granskningen resulterade i en redovisning av i vilken utsträckning enheten uppfyller kvalitetskraven. Gränsningens resultat presenteras i denna rapport.

2 Uppdragets genomförande

Granskningen bedrevs i ett nära samarbete mellan Kommunlex och vård- och omsorgsförvaltningens enhet för ledningsstöd som beställare.

Information om myndighetsenhetens följsamhet med kvalitetskrav samlades genom granskning av akter (beslut och beslutsunderlag), genomförande av intervjuer med myndighetsenhetens medarbetare samt dokumentstudier.

Informationen ha därefter sammanställts, analyserats och granskats. Gränsningens resultat presenteras i denna rapport.

Totalt har 413 akter granskats, varav 130 akter inom äldreomsorgen, 97 akter inom funktionshindersomsorgen enligt SoL och 186 inom LSS. Granskningen fokuserade i första hand på dokumentationens följsamhet med Socialstyrelsens dokumentationsföreskrifter SOSFS 2014:5. Därutöver bedömdes om besluten har stöd i rättsordning. Detta genom att granska om besluten är förenliga med tillämpliga författningsbestämmelser och praxis från HFD. Någon närmare värdering av behovsbedömningar i ärendena har däremot inte gjorts.

När det gäller den löpande dokumentationen i ärendena i form av de journalanteckningar som ska föras enligt SOSFS 2014:5 har granskningen innefattat en mer begränsad genomgång och stickprov av anteckningarna.

Intervjuer genomfördes med ca 13 av enhetens medarbetare samt med enhetens ledning. Kompletterande telefonintervjuer genomfördes därefter med förvaltningsledningen, enhetens metodhandledare och förvaltningens SAS.

Som en del av granskningen genomfördes även studier av bl.a. följande dokument.

- Vägledning för LSS handläggare
- Vägledning för biståndshandläggare
- Uppdragsbeskrivning för myndighetsenheten
- Kvalitetskrav för myndighetsenheten, vård och omsorgsförvaltningen.
- Kvalitetspolicy för Östersunds kommun
- Kvalitetsrapport vård och omsorg 2017
- Ledningssystem för kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9, Vård och omsorgsnämnden
- Styrning i praktiken - planerna, löpande styrning, uppföljning och förbättring av vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamheter
- Synpunktshantering i Östersunds kommun
- Rutin för lex Sarah
- Ledningssystemets processer och rutiner
- Östersund kommuns avtal och överenskommelser, främst med andra huvudmän
- Rutin för introduktion av nya medarbetare inom vård och omsorgsförvaltningen.
- Checklista för verksamhetsspecifik introduktion av nyanställda inom myndighetsenheten

2.1 Excelbaserat verktyg för granskning av uppfyllelse av myndighetsenhetens kvalitetskrav

Kommunlex har tagit fram ett Excelbaserat granskningsverktyg som användes vid uppdragets utförande.

Verktyget är utformat så att det kan användas av myndighetsenheten vid fortsatta kvalitetsgranskningar och egenkontroller enligt SOSFS 2011:9.

3 Granskningens resultat

3.1 Område Inflytande

- 3.1.1 Av dokumentationen i ett individärende ska det framgå om och på vilket sätt den enskilde lämnat sitt samtycke till utredning samt om kontakt får tas med utomstående för att hämta in nödvändiga uppgifter till utredningen.

Genom granskning av beslut och beslutsunderlag kunde vi konstatera att kvalitetskraven på samtycke till utredning samt om kontakt får tas med utomstående i allmänhet är uppfyllt. Detta styrks även av vad som framkommit vid intervjuer med enheten.

Vid granskningen har dock samtidigt framkommit att samtycke till utredning och kontakter med utomstående inte efterföljs i vissa ärenden. Detta gäller främst i ärenden där enskilda har en begränsad beslutsförmåga, men som inte är helt beslutsoförmögna.

Särskilt vid de biståndsinsatser enligt SoL som syftar till att stödja anhöriga genom att ge avlösning eller avlastning, har anhöriga och närstående i praktiken fått råda över samtycket. Enligt lagstiftningen är det den enskilde (som ska exempelvis vistas på växelvårdsp plats) som ska samtycka. Detta gäller även om vistelsen är föranledd av anhörigs behov av avlastning.

I vissa andra ärenden har ansökan gjorts via eller med stöd av anhörig. Då anhöriga och närstående inte har någon rättighet att företräda en vuxen person, förekommer i dessa ärenden brister relaterat till den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Vidare bedömdes beslutsunderlagen i biståndsärendena inte alltid vara tillräckligt tydliga i sina överväganden av olika former av samtycken från enskilda, såsom uttryckliga, presumtiva och konkludenta samtycken. I ärendena framgår inte heller alltid att försök har gjorts att ta reda på den enskildes inställning i samtyckesfrågan innan olika alternativ övervägs. Hanteringen och dokumentationen följer inte i alla delar samtyckeskravet, författningarna och Socialstyrelsens rekommendationer (jfr Socialstyrelsens meddelandeblad nr 12/2013).

I ärenden enligt LSS kunde vi vid granskning av beslut och beslutsunderlag konstatera att kvalitetskravet på samtycke i allmänhet är väl uppfyllt.

Ett undantag är ärenden som rör unga vuxna med funktionsnedsättningar, där föräldrar i vissa fall fått råda över samtycket t.ex. när god man ännu inte förordnats. Detta trots att den enskilde inte haft en funktionsnedsättning som uppenbart gör att hon eller han själv inte kunnat bestämma i frågan (jfr 8 § LSS).

Slutsats

Kvalitetskravet på samtycke bedöms vara uppfyllt, med undantag för socialtjänstärenden som rör äldre och funktionsnedsatta personer med nedsatt förmåga samt i ärenden där ansökan gjorts via eller med stöd av anhörig.

Kravet anses inte heller vara uppfyllt i LSS-ärenden som rör unga vuxna i behov av stöd och service.

- 3.1.2 Av dokumentationen i ett individärende ska det framgå på vilket sätt medborgaren har varit delaktig och haft inflytande i handläggningen av sitt ärende. Det gäller oavsett var medborgaren vistas. Medborgaren ska så långt de är möjligt formulera sina egna behov och mål.

Att den enskilde fått vara delaktig i utredningen framgår i de flesta granskade beslutsunderlagen enligt SoL och LSS. I vissa ärenden framgår det dock inte.

Enligt SoL och LSS ska åtgärder, även utredningsåtgärder, bestämmas tillsammans med den enskilde. De beslutsunderlag som granskats visar oftast att den enskilde fått vara delaktig och samtycka till den

utredning som har genomförts. Det framgår dock inte av underlagen att den enskilde fått vara delaktig vid bestämmandet av vilka åtgärder som ska ingå i utredningen. Vid den granskning som genomförts av journaler saknas som regel dokumentation av delaktigheten i detta avseende. Även vid intervjuer har framgått att det är oklart för främst biståndshandläggarna vad som avses med begreppet delaktighet och på vilket sätt delaktighet skiljer sig från samtycke.

Slutsats

Kvalitetskravet är inte uppfyllt. Av dokumentation i individärendena framgår inte med tydlighet på vilket sätt enskilda har varit delaktiga och haft inflytande i handläggningen av sitt ärende.

- 3.1.3 Myndighetsenheten ska ha rutiner och metodstöd som säkerställer mesta möjliga självbestämmande och delaktighet för personer som, helt eller delvis har nedsatt kognitiv förmåga. Det gäller oavsett var medborgaren vistas och om den har legal företrädare eller inte.

Vikten av ett professionellt bemötande samt enskilds rätt till självbestämmande och delaktighet lyfts fram i myndighetsenhetens vägledning för biståndshandläggare och vägledning för LSS-handläggare.

I ledningssystemets rutin för ansökan från personer med nedsatt beslutsförmåga berörs samtycke till att inleda utredning. Rutinen innehåller information om enskilds rätt till självbestämmande vid ansökan av insatser samt nämner även kort om inhämtande av information om enskilds uppfattning om sina egna behov. I rutinen berörs även frågor om legal företrädare, anhöriga, orosanmälan, nödhandling m.m.

Vi kunde vid granskningen dock inte finna, varken i denna eller i andra rutiner och styrdokument, någon närmare vägledning för hur enskilds samtycke till utredningsåtgärder eller delaktighet vid bestämmande av utredningsåtgärder ska hanteras och bedömas. Vi kunde inte heller identifiera någon vägledning för inhämtande av synpunkter vid kommunikering av beslut till personer med nedsatt förmåga.

Slutsats

Kvalitetskravet är inte uppfyllt. Den information om och vägledning för samtycke och inhämtande av information om enskilds uppfattning om sina egna behov, som finns i rutinen för ansökan från personer med nedsatt beslutsförmåga, bedöms inte ge tillräckligt stöd för att uppfylla kvalitetskravet. Slutsatsen stärks också av vad som framkommit vid aktgranskningen.

3.2 Område Tillgänglighet

- 1.1.1 Myndighetsenheten ska ha fastställda telefontider och vara tillgänglig per telefon minst en timme per dag, alla vardagar. Det ska finnas lättillgänglig information om var, hur och när handläggare och enhetschefer finns tillgängliga. Information ska finnas på kommunens hemsida och i tryckt form.

Den enda information på kommunens hemsida om direkt kontakt med myndighetsenheten finns under fliken "Kontakta våra tjänstemän och politiker". Myndighetsenheten finns representerad med möjlighet att skicka en e-post adresserad till enhetschefen. Det finns däremot ingen information om direkt kontakt med myndighetsenhetens handläggare. All övrig information hänvisar till kommunens kontaktcenter och som i sin tur kan lotsa till rätt verksamhet.

Enhetens medarbetare anger i en enkät att enheten har fastställda telefontider. Vidare anger en majoritet av medarbetarna att information om telefontiderna saknas på kommunens hemsida. Flertalet medarbetare anger att informationen finns i tryckt form.

Slutsats

Kravet bedöms inte vara uppfyllt. Även om enheten har fastställda telefontider så saknas lättillgänglig information om dessa på kommunens hemsida och enskilda bedöms därför ha svårt att få kännedom om enhetens tillgänglighet på telefon.

Vi har inte kunnat fastställa om informationen finns i tryckt form då kopia på sådan information inte har delgetts oss under granskningen. Information i tryckt form är ändå enbart tillgänglig vid kontakt med myndighetsenheten. De som tar en första kontakt hänvisas istället till kontaktcenter, som i sin tur kan informera om enhetens telefontider och koppla samtalet.

- 3.2.1 Medborgare som vänder sig till myndighetsenheten ska inom två arbetsdagar få en återkoppling om att enheten har tagit emot ärendet.

Enheten har uppgett att kvalitetskravet är känt bland medarbetarna och att medarbetarna strävar efter att uppfylla kravet. Vid intervjuer framkom att enskilda oftast får en snabb återkoppling. Uppfyllelsen av kvalitetskravet mäts och kontrolleras genom registrering i ett internt system.

Vi har dock under granskningen inte fått tillgång till informationen i systemet. Vid granskningen har det därför inte kunnat verifieras om kravet verkligen är uppfyllt.

Slutsats

Vid granskningen har inte kunnat verifieras om kravet på återkoppling faktiskt är uppfyllt. Det kan därför inte heller uteslutas att kravet likaväl inte är uppfyllt.

3.3 Område Kompetens

3.3.1 Myndighetsenheten ska (utöver att använda den förvaltningsgemensamma rutinen och checklistan för introduktion av nya medarbetare) ha en verksamhetsspecifik introduktionsplan. Den ska följas för att säkerställa att personalen blir insatt i uppdraget och verksamhetens styrdokument, riktlinjer och rutiner.

Introduktion av nya anställda följer i första hand den förvaltningsgemensamma introduktionsplanen. Därefter går enhetschefen igenom relevanta frågor i samtal med medarbetaren. Eventuella oklarheter i introduktionen reds ut.

Genom intervjuer kunde konstateras att den förvaltningsgemensamma introduktionsplanen används systematiskt vid introduktion av nya medarbetare. Vidare kunde konstateras att myndighetsenheten har en kompletterande verksamhetsspecifik plan.

Användningen av den verksamhetsspecifika planen är emellertid oklar. Planen finns visserligen med i dokumentation för introduktion av nya medarbetare. Men enligt uppgift så används den inte i praktiken. Myndighetsenhetens huvudsakliga verktyg i introduktion av nyanställda medarbetare är istället en pärm, innehållande bl.a. papperskopior av relevanta riktlinjer, rutiner och annan information. Pärmerna innehåller även ett utdrag ur förvaltningens ledningssystem, i de delar som är relevanta för enhetens arbete.

Introduktion av nya medarbetare följs upp som en del av enhetschefens regelbundna medarbetarsamtal med handläggarna. Det genomförs dock inga särskilda uppföljningar av enhetens verksamhetsspecifika introduktionsplan.

Vid intervjuerna med nyanställda handläggare som arbetat mellan ett och två år kunde konstateras att en tydlig förbättring i enhetens introduktion av nya medarbetare. De senast anställda medarbetarna har fått en detaljerad och tydlig introduktion. Medarbetarna kände sig vid arbetets start tryggare och mer informerade om sitt uppdrag och om enhetens arbete, än medarbetare som anställdes tidigare.

Slutsats

Kvalitetskravet är inte till fullo uppfyllt. En verksamhetsspecifik introduktionsplan som i praktiken inte används och som inte heller följs upp kan inte ses som tillräcklig för uppfyllelse av kravet.

Enligt dokumentet "Kvalitetskrav för myndighetsenheten, Vård och omsorgsförvaltningen, 2017" ska kvalitetskravet även mätas genom att medarbetare tillfrågas om hur de upplevt sin introduktion.

I intervjuer med nyanställda handläggare som har arbetat mellan ett och två år kunde konstateras att en tydlig förbättring i enhetens introduktion av nya medarbetare. De senast anställda medarbetarna har fått en detaljerad och tydlig introduktion. Dessa medarbetare kände sig tryggare och mer informerade

om sitt uppdrag och om enhetens arbete, än de medarbetare som anställdes tidigare. Det är därför antagligt att enhetens introduktion av nya medarbetare är framgångsrik, även om kvalitetskravet inte är helt uppfyllt.

3.4 Område Planering och uppföljning

3.4.1 Myndighetsenheten ska använda vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som stöd för planering, styrning, uppföljning, utvärdering och kvalitetsförbättring av enhetens verksamhet.

Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar både ett ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens kvalitetsföreskrifter SOSFS 2011:9 och förvaltningens ordinarie budget- och verksamhetsplanering.

Granskningen fokuserade på de delar av förvaltningens ledningssystem som regleras av bestämmelserna i Socialstyrelsens kvalitetsföreskrifter SOSFS 2011:9. Granskningen omfattar inte sålunda inte de delar av ledningssystemet som gäller ordinarie budget- och verksamhetsplanering.

Under granskningen kunde konstateras att ledningssystemet är under fortlöpande utveckling. De delar i systemet som behandlar utvärdering och kvalitetsförbättring av verksamheten är ännu inte färdiga. Myndighetsenheten kan följaktligen för närvarande inte använda dessa delar i sitt kvalitetsarbete.

Genom intervjuer och en kompletterande enkät kunde bl.a. konstateras att de flesta medarbetarna på myndighetsenheten använder ledningssystemet återkommande för styrning av sitt arbete, exempelvis för att hitta en rutin eller vid osäkerhet om hur en fråga eller ärende ska hanteras.

Samtidigt kunde konstateras att ledningssystemets rutiner inte alltid efterföljs eller tillämpas i praktiken, såsom rutinerna för samtycke vid inhämtade av information från andra, ansökan från personer med nedsatt beslutsförmåga samt uppföljning av beslut.

Slutsats

Kvalitetskravet bedöms vara uppfyllt till viss del. Myndighetsenhetens personal använder vissa delar av vård- och omsorgsnämndens ledningssystem som stöd för styrning i vissa, men inte alla, delar av sitt arbete. Andra delar av ledningssystemet används inte av personalen. Alternativt så har personalen svårt att tillämpa dem.

Som konstaterats ovan så används ledningssystemet ännu inte för uppföljning, utvärdering och kvalitetsförbättring av enhetens verksamhet.

Enhetens kvalitetsarbete ska följa kommunens kvalitetspolicy samt vård- och omsorgsnämndens dokument Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 samt Styrning i praktiken – planering, löpande styrning, uppföljning och förbättring av vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamheter.

Nedan lämnas en redovisning för i vilken utsträckning vart och ett av i kvalitetskravet nämnda dokumenten efterföljs. Granskningen har däremot inte innefattat någon bedömning om dokumenten i sig är förenliga med eller uppfyller de krav som följer av Socialstyrelsens kvalitetsföreskrifter SOSFS 2011:9.

Kvalitetspolicy

Enligt kvalitetspolicyen ska varje förvaltning själv ta fram det som är utmärkande för förvaltningens verksamheter, i syfte att komplettera och förtydliga varje kvalitetsdimension med sådant som gäller i den egna verksamheten.

För myndighetsenheten har tagits fram kvalitetskrav som bl.a. speglar kvalitetspolicyens inriktning och prioriteringar.

Vidare förutsätts i kvalitetspolicyen att varje enhet gör regelbundna brukar- och kundundersökningar för att se hur väl enheten uppfyller den angivna kvalitetsnivån.

Myndighetsenheten arbetar kontinuerligt för att hitta lämpliga former för genomförande av brukar- och kundundersökningar. Efter försök med telefonintervjuer kunde enheten konstatera att skriftliga enkäter kan ge ett bättre underlag för utvärdering av enhetens arbete. En brukarundersökning med enkäter är under förberedelser.

Slutligen så hänvisar kvalitetspolicyen till synpunkter som kommer in och annan uppföljning. Under granskningen konstaterades att de synpunkter från medborgare som kommer till myndighetsenhetens kännedom diskuteras inom enheten i syfte att förbättra enhetens arbete.

Slutsats

Sammantaget bedöms att myndighetsenheten följer kommunens kvalitetspolicy i sitt utvecklingsarbete.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

I detta dokument beskrivs vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem och ansvarsfördelning för systemet.

I kapitel 3 beskrivs systemets förvaltningsgemensamma delar, processer och rutiner i enlighet med förvaltningens processmodell. Däri ingår identifiering och beskrivning av processerna och rutinerna för

samverkan. Vidare beskrivs hur varje verksamhet ska arbeta med det systematiska förbättringsarbetet i ledningssystemet.

I tabellen nedan följer en sammanställning av om myndighetsenheten uppfyller de krav på arbete med systematiskt förbättringsarbete som ställs på enheten.

Kommunlex bedömning gjordes med utgångspunkt i varje krav i kommunens styrdokument, och inte i Socialstyrelsens kvalitetsföreskrifter SOSFS 2011:9. Det bör därför observeras att om det i tabellen nedan anges att kravet är uppfyllt så betyder inte det nödvändigtvis att Socialstyrelsens föreskrifter har efterföljts.

Krav enligt styrdokument	Inte uppfyllt	Delvis uppfyllt	Uppfyllt	Saknas underlag
Genomförande av riskanalys i samband med den årliga verksamhetsplaneringen.				x
Genomförande av riskanalys för specifika händelser (vid behov)	x			
Regelbunden egenkontroll av den egna verksamheten	x			
Mottagande och utredning av klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet, samt bedömning om ev. avvikelser.	x			
Rapportering av missförhållanden (lex Sarah).	x			
Enhetschefens rapportering av avvikelser och synpunkter enligt gällande rutiner.		x		
Vidtagande av nödvändiga åtgärder för att avvikelsen inte ska upprepas.		x		
Bedömning och vidtagande av förbättringsåtgärder.	x			
Medarbetarnas följsamhet till ledningssystemets processer och rutiner.		x		
Medarbetarna har rätt kompetens.				x
Medarbetarna deltar i det fortlöpande kvalitetsarbetet.		x		

Kapitel 5 i samma dokument beskriver förvaltningens ansvarsfördelning för kvalitetsarbete. I tabellen nedan följer en sammanställning av om de krav som ställs på myndighetsenheten enligt den fastställda ansvarsfördelningen är uppfyllda.

Myndighetsenhetens ansvar	Inte uppfyllt	Delvis uppfyllt	Uppfyllt	Kunde inte bedömas
Bevaka ny lagstiftning som berör myndighetsutövningen.			x	
Utifrån gällande lagstiftning och nämndens mål utforma riktlinjer och rutiner som stödjer verksamheten.			x	

Myndighetsenhetens ansvar	Inte uppfyllt	Delvis uppfyllt	Uppfyllt	Kunde inte bedömas
I samband med den årliga verksamhetsplaneringen identifiera vilka processer och rutiner som behöver förbättras för att enheten ska bibehålla/utveckla god kvalitet och rättssäkerhet.			x	
Rapportera och åtgärda eventuella avvikelser enligt gällande rutiner.		x		
Ta emot och åtgärda eventuella synpunkter enligt gällande rutiner.		x		
Genomföra regelbundna egenkontroller av den egna verksamheten för att säkerställa att enheten följer gällande lagstiftning och arbetar på ett rättssäkert sätt.	x			

Styrning i praktiken – Planering, löpande styrning, uppföljning och förbättring av vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamheter

Dokumentet beskriver vad styrning enligt ledningssystemet betyder för förvaltningens verksamheter samt hur dessa ska planera, genomföra, följa upp och förbättra sina verksamheter. Myndighetsenheten behandlas närmare i avsnitt 2.2.

I tabellen nedan följer en sammanställning av hur väl myndighetsenheten följer den styrningsmodellen som beskrivs i avsnitt 2.2. Kommunlex utgick ifrån att med myndighetsenhetschef avses enhetschef för myndighetsenheten.

Myndighetsenhetens styrning	Inte uppfyllt	Delvis uppfyllt	Uppfyllt	Kunde inte bedömas
Utformning av en verksamhetsplan enligt särskild mall för verksamhetsplanering i Stratsys.				x
Som en del av verksamhetsplaneringen ska det varje år genomföras en riskanalys och en översyn av verksamhetens handlägningsprocesser.				x
Myndighetsenhetens metodhandledare ska minst två gånger per år (1 januari och 1 juni) uppdatera sig om eventuella förändringar i lagar och föreskrifter som berör myndighetsutövning och avgiftsdebitering.			x	
Om det bedöms nödvändigt ska befintliga riktlinjer och rutiner ses över/nya riktlinjer och rutiner utformas och myndighetsenhetens handläggare ska förberedas inför de förändringar som är aktuella.		x		
Myndighetsenhetens chef ska säkerställa att de aktiviteter som fastställts i verksamhetsplanen genomförs.				x
Myndighetsenhetens chef ska vid introduktion av nya medarbetare använda förvaltningens gemensamma introduktionsmallar/rutiner.			x	
Myndighetsenhetens chef ska säkerställa att enhetens medarbetare fortlöpande arbetar i enlighet med beslutade processer, riktlinjer och rutiner (se biståndsenhetens processer i ledningssystemet).	x			
Myndighetsenhetens chef ska vid årliga medarbetarsamtal identifiera och dokumentera enskilda medarbetares behov av kompetensutveckling.				x

Myndighetsenhetens styrning	Inte uppfyllt	Delvis uppfyllt	Uppfyllt	Kunde inte bedömas
Eventuella synpunkter och avvikelser ska rapporteras enligt gällande rutiner och enhetschefen ska vidta åtgärder för att undvika att motsvarande händelser upprepas.		x		
Myndighetsenhetens chef har ansvar för att följa upp den egna verksamhetens arbete genom mål- och budgetuppföljningar.				x
Myndighetsenhetens chef har ansvar för att följa upp den egna verksamhetens arbete genom egenkontroller.		x		
Myndighetsenhetens chef har ansvar för att följa upp den egna verksamhetens arbete genom årlig verksamhetsberättelse.				x
Myndighetsenhetens chef ska årligen bidra med underlag om enhetens verksamhet till Uppdragsenhetens kvalitetsrapport.			x	
Enheten har även ett ansvar att på sikt hitta arbetssätt för att fortlöpande jämföra den egna verksamhetens kvalitet och rättssäkerhet med andra kommuner via nationella och/eller regionala nyckeltal.				x

3.4.2 Myndighetsenheten ska en gång per år följa upp individbeslut enligt SoL och LSS som inte har aktualiserats/förändrats eller följts upp av annan orsak.

Vid granskningen, främst vid intervjuer med enheten, har kommit fram att endast en viss andel av individbesluten följs upp. Vidare har framkommit att beslut enligt LSS följs upp i högre utsträckning än beslut enligt SoL.

Enligt enheten är förklaringen i första hand resursbrist och nödvändighet att prioritera handläggning av ansökningar samt andra löpande arbetsuppgifter. Därutöver ska enheten enligt instruktion konvertera äldre beslut till IBIC vid uppföljningarna. Detta gör uppgiften tungrodd och tidskrävande, vilket också begränsar antalet ärenden som kan följas upp under en viss given tid.

Slutsats

Kvalitetskravet på uppföljning av individbeslut är inte uppfyllt.

Det bör i sammanhanget noteras att uppföljningskravet följer av för verksamheten gällande lagar, SoL och LSS. Det är även ett krav enligt SOSFS 2014:5 att uppföljningsåtgärderna ska dokumenteras i enskilda personakt.

Rekommendation

Med hänsyn till att kravet gäller enligt både lag och enhetens kvalitetskrav föreslår vi att genomförandet av uppföljningsåtgärder prioriteras i enhetens arbete.

3.5 Område Handläggning och dokumentation

3.5.1 Myndighetsenhetens bistånds- och LSS-handläggare ska vid handläggning och dokumentation följa socialstyrelsens föreskrift "dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS" (SOSFS 2014:5) och Socialstyrelsens handbok "Handläggning och dokumentation i socialtjänsten".

Vid granskningen har kunnat konstateras att besluten och beslutsunderlagen i såväl ärenden enligt SoL som LSS i allmänhet uppfyller dokumentationskraven i SOSFS 2014:5.

Brister har dock kunnat konstateras främst i vissa ärenden som rör äldre och funktionsnedsatta personer med nedsatt förmåga samt i ärenden där ansökan gjorts via eller med stöd av anhörig. Ej heller anses dokumentationskravet vara fullt uppfyllt i vissa LSS-ärenden som rör unga vuxna i behov av stöd och service. De brister som konstaterats har främst rört dokumentationen av samtycke till utredning och kontakter med utomstående samt dokumentation av delaktighet i utredningen.

När det gäller löpande dokumentation i form av de journalanteckningar som ska föras av handläggarna enligt SOSFS 2014:5 så har granskningen inkluderat en mer begränsad genomgång och stickprov. Vidare har journalföringsfrågan tagits upp under intervjuer med enheten. Slutsatserna efter genomgången och intervjuerna är följande.

Det finns brister i den löpande dokumentationen och journalföringen i ärenden enligt LSS. Förklaringen är en kultur eller ordning där informationen förs in i beslutsunderlaget under ärendets gång och där de löpande journalanteckningarna är vad som får beskrivas som mindre omfattande eller otillräckliga. I vissa ärenden är den löpande dokumentationen bättre, men kraven enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd bedöms inte vara uppfyllda.

När det gäller den löpande dokumentationen i ärenden enligt SoL har däremot kunnat konstateras att den löpande dokumentationen i form av journalanteckningar i allt väsentligt följer SOSFS 2014:5.

Vid granskningen har inte kunnat undersökas hur väl dokumentationen av uppdraget (beställningen) till utförarna följer kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (5 kap. 22 § SOSFS 2014:5). Detta beror på att tillgång inte fåtts till exempel på beställningar.

3.5.2 Det ska finnas formaliserade forum för myndighetsenhetens medarbetare där de aktivt och kontinuerligt arbetar med handlägningsfrågor. Forumen ska anordnas minst två gånger per månad. Dessa forum ska särskilt behandla ett antal prioriterade frågor.

Myndighetsenhetens metodhandledare har regelbundet träffar med enhetens handläggare. Syftet är bl.a. att öka handläggarnas kunskap om förvaltningens ledningssystem, gällande riktlinjer och rutiner samt ny aktuell författning och praxis och andra nyheter inom verksamhetsområdet. Träffarna används

även för information om aktuella projekt inom förvaltningen samt för diskussion av frågor om enskilda individärenden.

Kommunlex har vid granskningen utgått ifrån att dessa metodträffar i princip motsvarar kvalitetskravet på ett formaliserat forum för arbete med handläggningsfrågor. Metodträffarna regleras av en rutin i kvalitetsledningssystemet samt en dagordning för varje träff. Varken i rutinen eller i dagordningen hänvisas dock till kvalitetskravet. De frågor som enligt kvalitetskravet särskilt ska behandlas tas inte upp i varken rutinen eller dagordningen.

Slutsats

Kvalitetskravet på ett formaliserat forum för myndighetsenhetens medarbetare där de aktivt och kontinuerligt arbetar med handläggningsfrågor bedöms vara uppfyllt. Metodträffarna är formaliserade genom en rutin och dagordning som styr ansvarsfördelning för träffarnas genomförande, träffarnas periodicitet, upplägg och innehåll.

Kvalitetskravet på aktivt och kontinuerligt arbete med utgångspunkt i ett antal angivna prioriterade frågor bedöms däremot inte vara uppfyllt. Träffarna utgår inte ifrån de prioriteringar som finns angivna i kvalitetskravet.

Enligt dokumentet "Kvalitetskrav för myndighetsenheten, Vård och omsorgsförvaltningen, 2017" ska myndighetsenheten redovisa på vilket sätt och i vilken form man uppfyllt kravet. Redovisningen ska ske årligen i förvaltningens kvalitetsrapport.

I kvalitetsrapporten för 2017 uppges att metodträffarna syftar till att utveckla handläggarnas kompetens samt vara forum för diskussioner mellan handläggarna. Kvalitetskravet på aktivt och kontinuerligt arbete med prioriterade frågor nämns inte i rapporten. Kvalitetsrapporten efterföljer därför inte kravet i denna del.

3.5.1 Område Samverkan

Myndighetsenheten ska ha skriftliga rutiner för hur samverkan ska fungera med interna verksamheter och andra aktörer som enheten har regelbunden kontakt med.

Vi har vid granskningen utgått ifrån att kvalitetskravet innebär att myndighetsenheten ska ha egna skriftliga rutiner för hur enhetens samverkan med interna verksamheter och andra aktörer som enheten har en regelbunden kontakt med i praktiken ska fungera.

Utgångspunkten är att äldre personer och personer med funktionsnedsättning många gånger får insatser från flera aktörer och att stöder måste samordnas. Behovet av samverkan, samverkansöverenskommelser och rutiner för samverkan, är därför stort både inom och utanför den kommunala vården och omsorgen.

Östersunds kommun, vård- och omsorgsnämnden och dess förvaltning samt därmed myndighetsenheten, har ett flertal samverkansöverenskommelser med andra huvudmän. Att sådana överenskommelser ska finnas följer vissa fall av lag eller annan författning.

Vår bedömning är att i princip samtliga av de författningsreglerade överenskommelserna finns när det gäller t.ex. riktlinjer för samarbete vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården, samverkan mellan kommun och landsting i frågor om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, samverkan mellan kommun och landsting kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, samverkan mellan kommun och landsting kring personer med psykiska funktionsnedsättningar samt samarbete med myndigheter och berörda samhällsorgan för att säkerställa att det finns en kontinuitet i och helhetssyn på samlade stödinsatser.

Då vi efterfrågat vilka enhetsspecifika rutiner som finns har vi emellertid bara fått del av två samverkansrutiner beslutade av myndighetsenheten. Den ena gäller i förhållande till kommunens socialtjänst (IFO) och omfattar samverkan som rör personer som är bostadslösa. Den andra är en rutin för arbetsordning mellan aktörer när medborgaren har behov av stöd och hjälp från Trygghetsteamet vid vård- och omsorgsförvaltningen.

Sammantaget kan vi inte komma till annan slutsats än att det saknas skriftliga rutiner för hur enhetens samverkan med interna verksamheter och andra aktörer som enheten har en regelbunden kontakt med i praktiken ska fungera. Vid intervjuerna har särskilt framhållits att det bl.a. borde finnas en rutin för samverkan mellan myndighetsenheten och utförarna som säkerställer att beslutade insatser utförs i enlighet med nämndens beslut och uppdrag.

Slutsats

Kvalitetskravet på skriftliga rutiner för hur enhetens samverkan med interna verksamheter och andra aktörer som enheten har en regelbunden kontakt med i praktiken ska fungera är inte uppfyllt.

4 Bilagor till rapporten

4.1 Kommentarer till granskning av akter

4.1.1 Ärenden enligt socialtjänstlagen

1. Det förekommer att ärenden aktualiseras av t.ex. sjuksköterska och att anhörig säger att enskild ansöker om viss hjälp. All information är från anhörig. Det saknas egentligen samtycke och ansökan från den enskilde som ärendet gäller. Detta trots att den enskilde har förmåga att tala för sig själv. Inget finns dokumenterat om ens en muntlig fullmakt för den anhörige.
2. Det förekommer att tidigare hemtjänstinsatser justeras i nytt beslut utan att det finns ett förslag till beslut. Det är samtidigt oklart och framgår inte av dokumentationen vad den enskilde närmare ansökt om.
3. I princip är besluten tills vidare. Detta kan innebära att inga justeringar sker annat än vid ansökan nya insatser eller vid utförd uppföljning. Vid tillägg av nya delinsatser synes även fokus vara på det tillkommande delbehovet och sällan sedan tidigare beviljade delinsatser.
4. Det förekommer att beslut tas om promenader. Dessa har i granskningen lagts under ledsagning.
5. Det förekommer ärenden där det anges att ansökan görs med stöd av anhörig eller annan närstående. Det förklaras dock inte vad detta innebär. Samtidigt finns ingen uppgift om fullmakt eller om det finns t.ex. ett presumtvt eller annat samtycke från enskild. Detta trots att den enskilde enligt vad som framgår av beslutsunderlaget inte är beslutsoförmögen, men eventuellt kan ha viss begränsning eller svårighet. Den enskilde är vad som får beskrivas som osynlig i utredningen.
6. Vid granskningen har många gånger angetts att enskild varit delaktig i utredningsåtgärderna. Detta har bl.a. angetts när det av kontexten framgått att delaktighet funnits. Det saknas dock allmänt ofta uppgift om att det diskuterats med enskild t.ex. från vilka uppgifter ska hämtas in. Samtidigt saknas ofta uppgift om delaktighet i att bestämma hur utredningen ska genomföras och vilka åtgärder som utredningen ska omfatta.
7. Vid den kompletterande granskningen av de löpande journalanteckningarna (som inte omfattat samtliga akter) har framkommit att det ofta brister i delaktigheten i att få vara med och bestämma vad som ska ingå i utredningen. Den enskilde har förvisso kanske samtyckt till den utredning som har genomförts, men det är inte dokumenterat att den enskilde har fått vara med att bestämma vad som ska ingå i utredningen. Den enskilde har t.ex. inte heller tillfrågats om hon eller han vill att annan information ska inhämtas eller t.ex. tillfrågats om också andra ska höras. Det saknas t.ex. angivande om att den enskilde anser att de föreslagna utredningsåtgärderna är tillräckliga eller ej.

8. Besluten om ledsagning begränsas regelmässigt till max fem (5) timmar per tillfälle. Detta utan att det av ansökan framgår om den enskilde begränsat sin ansökan på detta sätt eller t.ex. egentligen kanske skulle önska högre antal timmar. I detta avseende framstår det som att kommunens riktlinjer de facto blir styrande. Juridiskt skulle kunna diskuteras om det egentligen är fråga om ett delavslag.
9. När det vid granskningen av besluten och beslutsunderlagen angetts att beslutet saknar stöd i rättsordningen så menas att beslutet antingen strider mot tillämpliga författningsbestämmelser eller är oförenligt med förefintlig rättspraxis från t.ex. Högsta förvaltningsdomstolen (HFD). Någon närmare värdering av om behovsbedömningen är riktig eller inte har emellertid inte gjorts.
10. Det förekommer att enskild ansökan ansökt om det ena alternativt det andra. Den enskilde väljer sedan att ansöka om det ena. Det förklaras emellertid inte varför den enskilde valt att göra detta och varför alternativet inte längre är aktuellt. Förutom risk för att enskild påverkats i sitt val (jfr den så kallade förhandlingskulturen) så bör förklaras varför den andra insatsen fallit bort (jfr t.ex. Socialstyrelsens krav på att det av dokumentationen ska framgå vilka alternativa insatser som övervägts tillsammans med den enskilde). Det är även viktigt att det av dokumentationen framgår varför enskilde som har större behov endast ansöker om hjälp i mindre omfattning. Detta är också något som i regel saknas.
11. I biståndsärenden är besluten som regel tidsbestämda, dvs. gäller tills vidare. Att regelmässigt ha tidsbestämda eller tidsobestämda beslut är emellertid en ordning som inte är förenlig med lagstiftningen. Som bl.a. framhålls av Socialstyrelsen (med hänvisning till beslut från JO) i handboken om handläggning och dokumentation är det en del av den individuella prövningen att i beslutsunderlaget överväga och bestämma om det aktuella beslutet ska vara tidsbestämt eller gälla tills vidare. Det bör följaktligen i beslutsunderlagen åtminstone finnas något kortare avsnitt som för ett resonemang om på vilken tid som beslutet ska gälla. Detta saknas i princip i samtliga underlag.
12. Tills vidare beslut kan vara problematiska i vissa avseenden. Om t.ex. enskilda inte vill eller kan delta vid uppföljning så finns i praktiken ingen som helst möjlighet att ändra beslutet. Kommunen saknar jämväl de befogenheter som t.ex. Försäkringskassan har att hämta in uppgifter från andra till grund för att kontrollera att behov fortsatt finns och de enskilda har ingen författningsreglerad skyldighet att upplysa kommunen om att deras behov av en viss hjälp eller ett visst stöd skulle ha minskat. Därtill förutsätter tills vidare besluten att handläggarna verkligen fortlöpande och med en viss periodicitet följer upp besluten. Vid t.ex. de genomförda intervjuerna har framkommit att inte alla beslut följs upp regelbundet. Riskerna är dubbel – att enskilda fortsatt får hjälp som de inte längre behöver eller att enskilda inte får tillräcklig hjälp när det inte har förmåga eller medvetenhet att påtala och ansöka om att de behöver mer hjälp.

13. Det förekommer att anhöriga och närstående har kontaktats, utan att det av beslutsunderlaget framgår att berörd enskild samtyckt till detta. I sådana fall har kraven på samtycke och delaktighet bedömts inte vara uppfyllt. I andra fall finns dock tydligt angivet att anhörig eller närstående får kontaktas. Kraven har då bedömts vara uppfyllda. När anhöriga eller andra närstående har varit närvarande tillsammans med den enskilde vid t.ex. hembesök har normalt sett utgått från att den enskilde samtyckt till detta.
14. Det förekommer att uppgifter tagits in i utredningen från t.ex. hälso- och sjukvården, men att inget samtycke till åtgärden finns dokumenterat. Kravet på samtycke och delaktighet har då bedömts inte vara uppfyllt.
15. Det förekommer ärenden där ansökan anges ske via anhörig. Fullmakt saknas. Ej heller framgår av dokumentationen att den enskilde skulle vara beslutsoförmögen. Inga överväganden om t.ex. presumerat eller konkludent samtycke finns heller. Därtill förs inget resonemang om eventuell grund för så kallad nödhandling (jfr t.ex. Socialstyrelsens meddelandeblad nr 12/2013).
16. Det förekommer ärenden där det endast görs en allmän sammanfattande bedömning att den enskilde är i behov av bistånd. Det saknas en närmare bedömning av vilken hjälp som behövs eller hur omfattande hjälpen behöver vara. Enkelt uttryckt så blir det bara ett konstaterande av att den enskilde t.ex. behöver hjälp i hemmet, utan något förslag till beslut om vilken hjälp i hemmet som behövs. Kravet på förslag till beslut anses då inte vara uppfyllt.
17. Det förekommer att hemtjänst beviljas för behov som är assistansgrundande när den enskilde har assistans beviljat från Försäkringskassan eller kommunen. Detta är inte förenligt med rättsordningen. Om den enskilde har personlig assistans så ska den vara så anordnad så att assistansen tillgodoser och omfattar den enskildes samtliga behov. Det är egentligen en fråga om kvalitet i assistansinsatsen och för den enskilde (se HFD 2016 ref 56). Enda undantaget är utökad hjälp efter 65 års-dagen eller helt oförutsedda behov som inte kan täckas med så kallad jour, beredskap eller tid för dubbelbemanning inom ramen för den personliga assistansen (jfr 9 a § LSS).
18. Vid ansökningar från enskilda bosatta i annan kommun förekommer att utredning, underlag eller uppgifter hämtas in från den enskildes bosättningskommun. Det framgår emellertid inte att samtycke till detta. Ej heller framgår av Östersunds kommuns beslutsunderlag t.ex. vad den enskilde har för uppfattning om sina behov. Det är även oklart om Östersunds kommun begärt att den andra kommunen ska göra utredningen eller om det bara är uppgifter som hämtats in i form av den andra kommunens tidigare utredning om t.ex. särskilt boende.
19. I allmänhet finns vid ansökningar från enskilda bosatta i andra kommunen endast en allmän hänvisning om att det av uppgifterna eller utredningen från den andra kommunen framgår att personen ifråga behöver särskilt boende vid flytt till Östersund. Egentligen har bort vara tydligt om den andra kommunen gjort utredningen på uppdrag av Östersunds kommun. I ett sådant fall

utgör utredningen från den andra kommunen beslutsunderlaget och endast beslutet behöver läggas till av handläggare i Östersund. Om det endast hämtats in uppgifter eller om Östersund tagit del av den andra kommunens tidigare utredning om det särskilda boende som personen redan beviljats av den kommunen så ska relevanta uppgifter tas in i Östersunds beslutsunderlag.

20. En positiv iakttagelse vid ansökningar från andra kommuner är att det vid skriftliga ansökningar tas in vad enskild sagt i den skriftliga ansökan om sina behov. Som ovan noterats så saknas emellertid den enskildes uppfattning om sina behov regelmässigt om inget sagts i den skriftliga ansökningen och när utredning eller uppgifter hämtats in från den andra kommunen.
21. Det förekommer att särskilt boende beviljats vid ansökan från enskild bosatt i annan kommun, trots att den enskilde ej har tillhört den krets av personer som får göra sådana ansökningar (se 2 a kap 8 § första punkten socialtjänstlagen och HFD 2014 ref 5). Behoven har enligt underlagen kunnat tillgodoses med hemtjänst i utflyttningkommunen.
22. Vid beslut om så kallat parbo (där båda har behov av särskilt boende) framgår inte av besluten att respektive person har beviljats boende med rätt att vara sammanboende med sin partner. Detta är ej förenligt med rättsordningen då det ska anges även i dessa beslut och inte bara i så kallade medboende beslut (där enbart en av paret har behov av boende). Lagen gör ingen åtskillnad mellan de två situationerna.
23. Det förekommer att enskilda som ej varaktigt är sammanboende med varandra (särbos) och som vistats på samma korttidsboende begär boende i form av parbo. Men i beslutet tas inte ställning till deras begäran. Här borde det ha beslutats om ett delavslag. Ej heller detta är förenligt med rättsordningen.
24. Genomgående är det följaktligen en brist att det i besluten inte anges att särskilt boende beviljas med en rätt till att bo tillsammans vid parbo (båda har ett behov av särskilt boende). I tidigare lag var rätten till parboende begränsat till när båda hade behov av särskilt boende. Numera gäller det även när bara den ena är i behov av boende.
25. Det förekommer att t.ex. korttidsboende beviljas utan en uttrycklig ansökan på handläggares aktualisering. Förvisso så framgår att enskild inte klarar sig hemma längre. Det är dock inte på ett tydligt sätt uttryckt eller dokumenterat i underlaget att beslutet fattas t.ex. med stöd av den så kallade nödrätten (jfr Socialstyrelsens meddelandeblad nr 12/2013). Det saknas även uppgift som visar att man försökt relatera till den enskilde och dennes eventuella vilja i sammanhanget.
26. I samtliga nyare utredningar finns rubriken samtycke. Under rubriken hänvisas ofta till samtycke att kontakta eller tala med utförare och att ta del av genomförandeplan. Detta även om ingen sekretess råder mellan myndighet och när utföraren är egen regi. Däremot saknas ofta under rubriken uppgift om den enskilde samtyckt till utredningen som sådan och de utredningsåtgärder som genomförts samt kontakter med utomstående. Information om detta kan dock finnas andra

delar av beslutsunderlaget. Här framträder behov av förbättrad och förtydligad dokumentation av samtycket. Dokumentationen framstår som ske något schabloniserat och anpassat för LOV.

27. Begreppet särskilt boende används i besluten även för personer under 65 år med funktionsnedsättningar. Detta bör ändras till bostad med särskild service (se 5 kap. 7 § socialtjänstlagen jämfört med 5 kap. 5 § samma lag).
28. I ärenden om förlängt korttidsboende så förekommer att ansökan görs via annan. Den enskilde har emellertid inte kontaktats på något sätt. Det kan förvissa vara sannolikt att beslutet i sak är riktigt och kunnat utgå ifrån t.ex. ett presumerat samtycke. Det sägs inget om detta i utredningen.
29. Det förekommer vid avslagsbeslut bristfälliga beslutsmotiveringar i jämförelse med vad som krävs enligt praxis. Det har föranlett att kravet på angivande av skäl för beslut inte ansetts vara uppfyllt.
30. Vid t.ex. fortsatt korttidsboende i avvaktan på stambyte har accepterats ansökan via närstående. Här hade kunnat anges att det funnits ett presumtvt samtycke då bytet ännu inte var färdigt. Men det anges inte. Detta utgör ett ytterligare exempel på hur beslutsunderlagen allmänt ett bör vara tydligare när uttrycklig ansökan saknas från den enskilde och när ansökningar sker via eller med stöd av annan.
31. Vid beslut om växelvård framstår det som att insatsen i det närmaste betraktas som en insats för anhöriga och deras avlastning. Detta gör att den enskilde som ska vistas på korttidsboendet i det närmaste bortses ifrån och inte heller relateras till i utredningen. Vid beslutsoförmåga förs i vissa ärenden inga resonemang om t.ex. presumtvt samtycke eller annan grund för beslutet. Tillräcklig hänsyn vid bedömningarna synes inte alltid tas till integriteten och rätten till självbestämmande för personer som har viss svikt eller enbart till viss del bristande handlingsförmåga. Det finns givetvis ärenden där det mer tydligt relateras till personen och vad som är bra för henne eller honom. I sådana fall förs ofta även resonemang som beskriver vad som fungerar eller inte fungerar för den enskilde, dvs. i det närmaste ett presumtvt samtycke till växelvården. I ärenden där växelvård framstår som behövlig på grund av en ohållbar situation och vid beslutsoförmåga saknas också resonemang om växelvården kan beslutas med stöd av nödrätten.
32. Det förekommer att ställning inte tas till specifika ansökningar om visst boende. Här borde rätteligen ha fattats ett delavslagsbeslut eller ett avvisningsbeslut, i båda fallen med en överklagandehänvisning.
33. Det förekommer att insats (boende) beviljats på viss enhet. Detta trots att det enligt praxis i princip är en så kallad verkställighetsfråga.
34. Vid beslut om t.ex. anhörigstöd genom avlösning kan ofta spåras ett presumtvt samtycke, särskilt vid utökning av insatsen. Men det borde tydligt ha angetts i beslutsunderlaget.

35. Även i situationer där hemsituationen blivit totalt ohanterbar har anhörigstödet kunnat spåras till något som kunnat beskrivas som i det närmaste en nödhandling för att skydda den enskildes hälsa när anhörig inte orkat längre och i avvaktan på god man. Dock har även här tydligt bortanges om grund funnits med stöd av nödrätten och att detta varit grunden för beslutet.

36. Enligt SOSFS 2014:5 ska finnas ett dokumenterat samtycke för t.ex. kontakter med andra. Att den enskilde fått vara delaktig i att bestämma detta framgår ofta av beslutsunderlagen i biståndsärendena. I vissa ärenden framgår det dock inte.

Enligt socialtjänstlagen ska emellertid åtgärder, även utredningsåtgärder, bestämmas av socialtjänsten tillsammans med den enskilde. De beslutsunderlag i biståndsärenden som granskats påvisar oftast att den enskilde i mer eller mindre mån fått vara delaktig och samtycka till den utredning som har genomförts. Att den enskilde har fått vara delaktiga vid bestämmandet av vilka åtgärder som ska ingå i utredningen framgår dock inte av underlagen. Vid den granskning som genomförts av journaler saknas som regel dokumentation av delaktigheten i detta avseende. Även vid intervjuer har framgått att det är oklart för biståndshandläggarna vad som avses med begreppen samtycke och delaktighet.

När det vid granskningen av beslutsunderlagen angetts att delaktighet funnits så avser detta endast kravet enligt SOSFS på samtycke och delaktighet till de genomförda utredningsåtgärderna.

37. Det förekommer i t.ex. ärenden om särskilt boende att utredningen innefattat kontakter med utomstående som den enskilde inte samtyckt till.

38. Det förekommer i vissa ärenden att endast en allmän sammanfattande bedömning görs, utan någon bedömning av vilket närmare stöd som är behövligt och vilken omfattning som stödet behöver ha. I beslutsmotiveringen finns inte ens ett konstaterande av att insatser enligt ansökan finns.

39. Det förekommer ärenden inom funktionshindersomsorgen där hjälp beviljas trots att det finns t.ex. en make eller sambo som eventuellt kan ta ansvar för sysslor och hemliv. I utredningen så nämns inget om behovet kan tillgodoses på annat sätt, dvs. genom partnern till sökanden. Beslutet har fördenskull inte anses förenligt med rättsordningen då det saknats en dokumenterad bedömning av om behovet hade kunnat tillgodoses på annat sätt (jfr 4 kap. 1 § socialtjänstlagen).

4.1.2 Ärenden enligt LSS

1. Det förekommer att underlag och uppgifter hämtats in från andra utan att det finns ett dokumenterat samtycke till detta i beslutsunderlaget.
2. Det förekommer att mål med insatsen ej anges i beslutsunderlaget för t.ex. råd och stöd m.fl. insatser.

3. Det förekommer tydliga skillnader på kvaliteten i de beslutsunderlag som upprättats med användning av IBIC och de som upprättats enligt äldre ordning. Slutsatsen är att IBIC bidragit till en tydligt förbättrad kvalitet i underlagen.
4. När IBIC använts så anges oftare under respektive livsområde vad den enskildes mål är. Det förs dock sedan inte alltid över som ett dokumenterat mål för den föreslagna insatsen, vilket är ett krav enligt SOSFS 2014:5.
5. När IBIC använts är även samtycket oftast tydligare dokumenterat.
6. Det förekommer att personlig assistans ej beviljas t.ex. nattetid då den enskilde på natten får hemtjänst. Ansökan reduceras då för behov under natten som räknas bort när assistans beviljas. Detta är inte korrekt enligt praxis från HFD (jfr HFD 2016 ref 56 och HFD Mål nr 110–13). Ett sådant beslut har alltså inte stöd i rättsordningen.
7. Det förekommer att enskild beviljats personlig assistans i viss omfattning tills vidare. Vid uppföljning görs utredning och fattas beslut om fortsatt assistans tills vidare i samma omfattning som tidigare. Detta är inte i enlighet med de i sammanhanget tillämpliga författningsbestämmelserna. Egentligen är fråga om en uppföljning som konstaterar att ingen ändring är motiverad av assistansbeslutet. Det hade varit tillfyllest om uppföljningen hade dokumenterats i akten.
8. Det förekommer att assistans beviljats för hjälp under genomförande av hälso- och sjukvårdande insatser (trädnig i bassäng under ledning av sjukgymnast eller fysioterapeut). Beslutet är varken förenligt med lag eller förefintlig praxis så insatser enligt LSS ej ska beviljas för sådant som är hälso- och sjukvård.
9. I vissa beslutsunderlag finns angivet att kommunikering skett av underlaget samt vilka eventuella synpunkter som enskild haft på detta.
10. Det förekommer att ledsagarservice beviljats i stor omfattning för enskild som redan har ett mycket aktivt liv och som på intet sätt kan anses isolerad på grund av sin funktionsnedsättning. Det var även beviljats ledsagarservice i stor omfattning sedan tidigare. Det framstår som att beslutet uppenbart ligger på en nivå överstigande av vad som enligt förefintlig praxis skulle ses som goda levnadsvillkor.
11. Det förekommer att det varken i beslut eller beslutsunderlag framgår i vilken omfattning som insatsen beviljas.
12. Det förekommer att beslut motiveras med vad handläggaren ser som rimligt. Detta utan någon redogörelse på vad som handläggaren grundar sin rimlighetsbedömning. Delvis avslag ges. Beslutsmotivering av detta slag har bedömts vara otillräcklig och ej förenlig med rättsordningen (ingen rättsligt godtagbar klaggörande motivering till avslaget).

13. Det förekommer att insats beviljats för vuxen person och utan att anhörig haft någon fullmakt. Samtycke och även delaktighet saknas, samtidigt som beslutet strider mot 8 § LSS.
14. Avlösarservice beviljas i ett antal ärenden i en stor omfattning och i en utsträckning som överstiger vad som ska ges enligt lagen och förefintlig praxis. Avlösarservice är tänkt som en kortare tids insats för att t.ex. ge förälder eller en anhörigvårdare viss egen tid. En anledning till beslutet kan vara att andra – inte avlösande utan avlastande insatser – såsom korttidsvistelse inte fungerat eller kunnat verkställas eller tackats nej till. En annan anledning kan vara att Försäkringskassan dragit in assistansersättning. Avlösarservice har därför beviljats för behov och i vidare omfattning än vad insatsen är till för (jfr t.ex. Kammarrätten i Stockholm mål nr 3132–12, 3133–12 och 3134–12). Ytterligare exempel är att avlösarservice beviljats när inget avlösningsbehov ens funnits för att förälder ska arbeta eller för att den enskilde väntar på bostad eller när hemtjänst inte kunnat utföras på ett kvalitativt sätt. Avlösarservice har även beviljats för att t.ex. tillgodose behov av t.ex. läxläsning, vilket ingår i det normala föräldraansvaret.
15. Det förekommer att insats beviljats på begäran från förälder till ung vuxen. Föräldern saknar fullmakt och är inte heller god man eller förvaltare. Detta även om den unga vuxna personen inte har en funktionsnedsättning som gör att det saknas förmåga att själv föra sin talan.
16. Allmänt finns dock i beslutsunderlagen i ärenden enligt LSS i övrigt i stor utsträckning en dokumenterad delaktighet och ett dokumenterat samtycke. Enskilda ges enligt vad som framgår inte bara ett reellt inflytande över genomförd utredning, utan ges även delaktighet i bestämmandet av vad utredningen ska innehålla.
17. Det förekommer att korttidstillsyn beviljas från och med 12-årsdagen. Detta trots att skolan genom fritidshemmet har ansvaret till och med vårterminen det år barnet fyller 13 år (se RÅ 1988 ref 3 gällande korttidstillsyn enligt den då gällande omsorgslagen och som överfördes till LSS).
18. Det förekommer att boende för barn och unga enligt 9 § 8 LSS beviljas enbart på grund av svårigheter för den unge att använda allmänna kommunikationer och andra svårigheter när det inte handlar om gymnasieutbildning på en annan ort. Detta är inte tillräckligt enligt förefintlig fast och enhetlig praxis från kammarrätterna. Även i andra ärenden om boende enligt 9 § 8 LSS av andra skäl än skolgång på annan ort framstår beslutet som svårt att motivera utifrån förefintlig praxis.
19. Även för beslut om insats enligt 9 § 9 förekommer det att uppföljningar av ett tills vidare beslut dokumenteras som en utredning, utan att någon ändring görs (jfr ovan).
20. Det förekommer att beslut om så kallat förhandsbesked beviljas i form av insatsbeslut, som dessutom tidsbegränsas på t.ex. två (2) år. Dessa beslut är felaktigt formulerade och utformade.