



Daglig verksamhet

Fördjupad granskning

Stadsrevisionen

Diarienummer: SR-2024-45

Beslutad av revisorskollegiet: 2024-09-23



Granskningsansvariga

Revisorskollegiets styrgrupp omsorg: Pia Landgren, Claes Carlsson, Göran Hellberg, Inger Leite, Berit Sjövall, Per Håkan Linné.

Sakkunniga från revisionskontoret: Frida Starbrant, certifierad kommunal yrkesrevisor (projektledare), Julia Campbell, certifierad kommunal yrkesrevisor .

Kvalitetsgranskare: Ann-Mari Ek, revisionsdirektör, certifierad kommunal yrkesrevisor.

Sakkunniga revisorer har prövat sitt oberoende med mera i enlighet med Skyrevs rekommendation och inte funnit något hinder mot att utföra granskningen.

Omslagsfoto: Jens Nordström.

Innehållsförteckning

1	Slutsats	4
1.1	Rekommendationer	5
2	Granskningens utgångspunkter	6
2.1	Inledning.....	6
2.2	Syfte och revisionsfrågor	7
2.3	Revisionskriterier	7
2.4	Metod	8
3	Resultat av granskningen	9
3.1	Verkställande av beslut	9
3.2	Brukarnas inflytande och medbestämmande	19
3.3	Systematiskt kvalitetsarbete	25
3.4	Styrning och uppföljning av kostnader.....	32

1 Slutsats

Syftet med granskningen är att bedöma om funktionsstödsnämnden har en ändamålsenlig planering, styrning och uppföljning av daglig verksamhet. Den sammanvägda bedömningen är att funktionsstödsnämnden inte har en helt ändamålsenlig planering, styrning och uppföljning av daglig verksamhet.

Bedömningen är att funktionsstödsnämnden genom planering och styrning inte fullt ut säkerställer att det finns förutsättningar för att verkställa beslut gällande daglig verksamhet. Bedömningen baseras på att funktionsstödsnämnden inte verkställer samtliga beslut om daglig verksamhet inom tre månader, men att antalet nya ej verkställda beslut har minskat från 33 beslut per kvartal 1 2023 till 18 beslut per kvartal 1 2024. Bedömningen grundas även på att det i stickprovsgranskning av gynnande beslut enligt 9 § LSS om daglig verksamhet som inte verkställts inom tre månader framkommer att det förekommer att anledning till dröjsmål är att det saknas plats i de verksamheter som bedöms som lämpliga för brukaren.

Det bedrivs ett strategiskt arbete kring förvaltningens lokalförsörjningsprocess, vilket bland annat syftar till att verkställa beslut gällande daglig verksamhet i tid. Av granskningen framgår dock att den prognostiserade volymökningen inte täcks av det demografiska tillskottet som nämnden tilldelas, vilket utgör en utmaning inför framtiden.

Funktionsstödsnämndens arbetsutskott har beslutat om en handlingsplan för att minska antalet LSS-beslut som inte verkställs inom tre månader och en arbetsprocess för att säkerställa att beslut verkställs i tid har implementerats. Bedömningen är att det finns behov av att revidera handlingsplanen utifrån att den innehåller statistik och åtgärder som inte är uppdaterade.

Brukarnas inflytande och medbestämmande säkerställs i utformningen av insatserna. Bedömningen görs mot bakgrund av att stickprovsgranskning av genomförandeplaner visar att brukarna gjorts delaktiga i framtagandet av genomförandeplanerna samt att brukarna ges inflytande och medbestämmande över det dagliga arbetet.

Bedömningen är att det genomförs kvalitetsuppföljning av verksamheten där åtgärder sätts in vid konstaterade brister. Bedömningen är dock att det vid granskning gällande genomförandeplaner finns risk för jävssituation. Detta utifrån att medarbetare granskar genomförandeplaner som de själva medverkat i att upprätta. På så vis utgör kollegial granskning av genomförandeplaner, över verksamhetsgränserna, ett utvecklingsområde. I syfte att bidra till ökad effektivitet och

minskad administrativ börda för sektionscheferna utgör även utökning av omsorgspedagogernas behörighet att dokumentera i systemet för avvikelshantering ett utvecklingsområde.

Av granskningen framgår att statistiken som rapporteras till funktionsstödsnämnden i årsanalysen är mindre detaljerad än statistiken som tidigare rapporterades i form av en kvalitetsberättelse. Detta skulle kunna påverka funktionsstödsnämndens möjlighet att styra utifrån resultatet i kvalitetsuppföljningen.

Av granskningen framgår att ett omfattande kvalitetsarbete bedrivs inom ramen för funktionsstödsförvaltningens övergripande styrprocesser och pågående omställningsarbete inom avdelningen stöd, assistans och daglig verksamhet, benämnt DV2030, som syftar till en effektiv verksamhetsstyrning och lägre kostnad per brukare. Dock är samtliga övergripande styrprocesser inte samlade i verksamhetssystemet, vilket utgör ett utvecklingsområde framöver. Bedömningen är att detta kan underlätta den samlade uppföljningen i nämndsbudget, delårsrapport och årsanalys.

Bedömningen är att det bedrivs en tillräcklig styrning och uppföljning av kostnaderna för daglig verksamhet. Uppnått resultat följs upp sektionsvis varje månad och nämnden får månadsvis ta del av uppföljning av nämndens ekonomi. Vidare har en resursfördelningsmodell implementerats med syfte att fördela resurser inom daglig verksamhet utifrån brukarens stödbehov och tidsomfattning.

1.1 Rekommendationer

Utifrån granskningens resultat lämnas följande rekommendationer till funktionsstödsnämnden:

- Säkerställ att verkställande av gynnande beslut inte dröjer oskäligt länge på grund av att det saknas lämplig verksamhet
- Tillse att handlingsplanen för att minska LSS-beslut som inte verkställts inom tre månader revideras
- Överväg införande av kollegial granskning av genomförandeplaner över verksamhetsgränser
- Se över möjligheten att ge omsorgspedagogerna behörighet att dokumentera i systemet för avvikelshantering
- Säkerställ att statistiken som rapporteras till nämnden i årsanalysen är tillräcklig

2 Granskningens utgångspunkter

2.1 Inledning

Enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska insatser anpassas till mottagarens individuella behov. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatserna som ges. Verksamhetens kvalitet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. En av insatserna för särskilt stöd och särskild service är daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

Funktionsstödsnämnden ansvarar, enligt 4 § i sitt reglemente, för att verkställa beslut om insatser enligt LSS. Daglig verksamhet är funktionsstödsnämndens snabbast växande LSS-insats och tillströmningen till daglig verksamhet står inte i proportion till befolkningsutvecklingen i staden. En ökning av antalet ej verkställda beslut enligt LSS har skett inom funktionsstödsnämnden under de senaste åren. Flertalet av dessa återfinns inom daglig verksamhet.

Enligt nämndens lokalbehovsplan 2025-2034 har tilldelning av plats i befintliga verksamheter under en längre tid varit en lösning för att, i brist på nya lokaler, verkställa nya beslut. Verksamhetens bedömning är dock att det inte finns möjlighet att inrymma fler brukare inom det befintliga lokalbeståndet och att lokalerna i dagsläget används till fullo.

Daglig verksamhet redovisade för 2023 ett underskott på 19,1 mnkr. Av funktionsstödsnämndens budget 2024 framgår att volymökningen inom daglig verksamhet bedöms fortsätta och utmaningen att verkställa beslut i den omfattning som efterfrågas kvarstår det kommande året.

Revisorskollegiet gör bedömningen att det utifrån ovan finns en risk för att verksamheterna utifrån volymökningarna inte står rustade inför det ökade trycket på antal platser för daglig verksamhet, både vad gäller handläggning, lokaler och bemanning. Det finns även risk för att daglig verksamhet inte erbjuds utifrån individuella behov och med tillräcklig kvalitet samt att kvalitetsavvikelser inte hanteras på ett korrekt och strukturerat sätt. Mot bakgrund av detta har revisorskollegiet beslutat att genomföra en fördjupad granskning av daglig verksamhet.

2.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om funktionsstödsnämnden har en ändamålsenlig planering, styrning och uppföljning av daglig verksamhet.

Med *ändamålsenlig* avses i denna granskning att nämndens planering, styrning och uppföljning lever upp till lagstiftning, föreskrifter och kommunfullmäktiges beslut.

Syftet har brutits ned i följande revisionsfrågor:

- Säkerställer funktionsstödsnämnden genom planering och styrning att det finns förutsättningar för att verkställa beslut gällande daglig verksamhet?
- Säkerställs brukarnas inflytande och medbestämmande i utformningen av insatserna?
- Genomförs kvalitetsuppföljning av verksamheten där åtgärder sätts in vid konstaterade brister?
- Bedrivs styrning och uppföljning av kostnaderna för daglig verksamhet?

2.2.1 Avgränsning

Granskningen har avgränsats till funktionsstödsnämnden. Granskningen har genomförts under mars till september 2024.

2.3 Revisionskriterier

- 6 kap. 6 § och 11 kap. 1 § kommunallagen (2017:725)
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- Malmö stads budget 2024, beslutad av kf 2023-11-01
- Riktlinje för ekonomisk styrning, beslutad av funktionsstödsnämnden 2020-11-23, rev 2024-01-29

- Reglemente för funktionsstödsnämnden, ant av kf 27/4 2017, § 91.
Ändr av kf 27/9 2018, § 221, 6/2 2020, § 16 och 30/9 2021, § 268

2.4 Metod

För att besvara granskningens syfte och revisionsfrågor har intervjuer, dokumentstudier och stickprov genomförts.

Intervjuer har genomförts med funktioner på avdelning stöd, assistans och daglig verksamhet (framöver kallad avdelningen för daglig verksamhet) med ansvar för styrning, kvalitetsarbete och uppföljning samt med personal och sektionschefer för tre dagliga verksamheter. Vidare har intervjuer med funktioner inom tilldelningsprocessen genomförts. De intervjuade har getts möjlighet att faktagranska rapporten.

Dokumentstudierna har avsett förvaltningens och avdelningens styrdokument, metodstöd och olika processbeskrivningar.

Granskning har genomförts av ett urval av genomförandeplaner och dess uppföljningar på tre dagliga verksamheter. Genomförandeplanerna har granskats utifrån brukarnas delaktighet och inflytande, tydlighet i beskrivning av mål och aktiviteter samt uppföljning. Totalt har 21 genomförandeplaner granskats.

Stickprov har även genomförts av ärenden gällande gynnande beslut enligt 9 § LSS om daglig verksamhet som inte verkställts inom tre månader. Ärendena har granskats utifrån handlingsplanen för att minska LSS-beslut som inte verkställts inom tre månader. Totalt har tio ärenden granskats.

3 Resultat av granskningen

3.1 Verkställande av beslut

Säkerställer funktionsstödsnämnden genom planering och styrning att det finns förutsättningar för att verkställa beslut gällande daglig verksamhet?

3.1.1 Bedömning

Bedömningen är att funktionsstödsnämnden genom planering och styrning inte fullt ut säkerställer att det finns förutsättningar för att verkställa beslut gällande daglig verksamhet. Bedömningen baseras på att funktionsstödsnämnden inte verkställer samtliga beslut om daglig verksamhet inom tre månader, men att antalet nya ej verkställda beslut har minskat från 33 beslut per kvartal 1 2023 till 18 beslut per kvartal 1 2024.

Bedömningen grundas även på att det i stickprovsgranskning av gynnande beslut enligt 9 § LSS om daglig verksamhet som inte verkställts inom tre månader framkommer att det förekommer att anledning till dröjsmål är att det saknas plats i de verksamheter som bedöms som lämpliga för brukaren. Av stickprovet framgår även att det förekommer att dokumentationen kring anledning till dröjsmål är bristfällig.

Funktionsstödsnämndens arbetsutskott fattade i februari 2023 beslut om en handlingsplan för att minska antalet LSS-beslut som inte verkställts inom tre månader och en arbetsprocess med samma syfte har implementerats. Bedömningen är att det finns behov av att revidera handlingsplanen utifrån att den innehåller statistik som inte är uppdaterad och inaktuella gemensamma åtgärder.

Av granskningen framgår att det bedrivs ett strategiskt arbete kring förvaltningens lokalförsörjningsprocess, vilket bland annat syftar till att verkställa beslut gällande daglig verksamhet i tid. I lokalbehovsplanen för 2025-2034 framgår dock att den prognostiserade volymökningen inte täcks av det demografiska tillskottet som nämnden tilldelas, vilket utgör en utmaning inför framtiden.

Inom avdelningen för daglig verksamhet har ett omfattande omställningsarbete, benämnt DV2030, startats upp under 2023 som syftar till en effektiv verksamhetsstyrning inom daglig verksamhet. De åtgärder som vidtas och planeras att vidtas inom ramen för omställningsarbetet syftar på olika sätt både direkt och

indirekt till att skapa bättre förutsättningar att verkställa beslut gällande daglig verksamhet.

Funktionsstödsförvaltningens fyra övergripande styrprocesser, målstyrning, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, systematiskt arbetsmiljöarbete och intern kontroll, syftar till att utveckla, granska och säkra kvaliteten i de insatser som utförs inom samtliga verksamheter inom funktionsstödsförvaltningen. Att samla planering, styrning och uppföljning av samtliga övergripande styrprocesser i verksamhetssystemet utgör ett utvecklingsområde framöver. Bedömningen är att detta kan underlätta den samlade uppföljningen¹ i nämndsbudget, delårsrapport och årsanalys.

3.1.2 lakttagelser som ligger till grund för bedömning och rekommendation/er

Avdelningen för daglig verksamhet leds av en avdelningschef och består av tre enheter, som leds av tre enhetschefer. Respektive enhet består av ett flertal sektioner som leds av ett antal sektionschefer.

Per 30 juni 2024 finns det 987 verkställda beslut om daglig verksamhet, varav 15 i extern regi² och 81 i form av enskild plats³. 100 ej verkställda beslut står per den 30 juni 2024 på kölistan, varav 50 inte har verkställts inom tre månader.

3.1.2.1 Ej verkställda beslut

Varje kvartal redovisar funktionsstödsnämnden (delegerat till dess arbetsutskott) utifrån 9 § LSS de beslut som inte verkställts inom tre månader till kommunfullmäktige och stadsrevisionen. Under coronapandemin ökade antalet LSS-beslut som inte verkställts inom denna tidsperiod och efter pandemin återgick antalet inte till tidigare nivåer. Av denna anledning gav arbetsutskottet i november 2022 förvaltningen i uppdrag att ta fram en handlingsplan för att minska antalet LSS-beslut som inte verkställts inom tre månader. Arbetsutskottet fattade beslut om handlingsplanen i februari 2023⁴. Av handlingsplanen framgår redovisning av ej verkställda beslut för kvartal 3 2022 och gemensamma åtgärder för att minska antalet ej verkställda beslut.

¹ Se avsnitt 3.3.2.1.5.

² Enligt uppgift är anledningen till extern verkställighet i huvudsak att brukaren önskar daglig verksamhet i närheten till externt boende.

³ Daglig verksamhet i form av enskild plats riktar sig till brukare som står närmre arbetsmarknaden och kan utföra arbetsuppgifter åt ett företag.

⁴ 2023-02-09, § 24.

I handlingsplanen beskrivs en process, som framarbetades under våren 2020, som syftar till att stärka myndighetsavdelningens och verksamhetens gemensamma arbete med att verkställa beslut inom tre månader. Processen inleds med att verksamheten rapporterar in anledningen till att ett ärende inte har verkställts inom tre månader till myndighet. Därefter genomförs ett gemensamt åtgärdsmöte, där utvecklingssekreterare från myndighet och arbetskonsulenter från verksamheten deltar, i syfte att utreda vem som ansvarar för vilka åtgärder framöver för att verkställa besluten. Processen upprepas en gång per kvartal. Myndighet ansvarar för rapporteringen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utifrån de åtgärder som har vidtagits. De intervjuade uppger att den nya processen har medfört en smidigare dialog med myndighet, en tydlig roll- och ansvarsfördelning och systematik i uppföljningen av ej verkställda beslut.

Enligt de intervjuade finns det ett flertal anledningar till att beslut inte verkställs inom tre månader. Ibland handlar det om att verksamheten inte har förutsättningar att erbjuda rätt stöd i rätt miljö, men det kan exempelvis även handla om att egenvårdsbedömningar⁵ inte är färdigställda i tid, att brukaren avtjänar ett straff eller att verksamheten har svårt att nå brukaren. Enligt de intervjuade finns det en viss utmaning kring att möta brukarnas önskemål kring enskilda platser i de fall verksamheten inte kan gå i god för att kunna ge brukaren det stöd denne behöver. I dessa fall nyttjas så kallade delavslag, där daglig verksamhet beviljas men inte på den specifika typ av verksamhet som brukaren önskar.

3.1.2.1.1 Statistik gällande ej verkställda beslut

I diagram 1 framgår hur antalet ej verkställda beslut gällande daglig verksamhet har varierat över tid, från kvartal 1 år 2023 till kvartal 1 år 2024. Om avbrott i verkställighet (AIV) exkluderas framgår att ej verkställda beslut avseende daglig verksamhet har minskat från 33 ej verkställda beslut per kvartal 1 år 2023 till 18 ej verkställda beslut per kvartal 1 år 2024, vilket utgör en minskning med cirka 45 procent.

⁵ Egenvårdsbedömning är när en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har gjort en bedömning att patienten själv, eller med hjälp av någon annan, kan utföra en åtgärd. Det kan till exempel vara att själv ta ett ordinerat läkemedel eller att göra övningar som har rekommenderats av en fysioterapeut.

Ej verkställda beslut daglig verksamhet kvartal 1 2023 till kvartal 1 2024

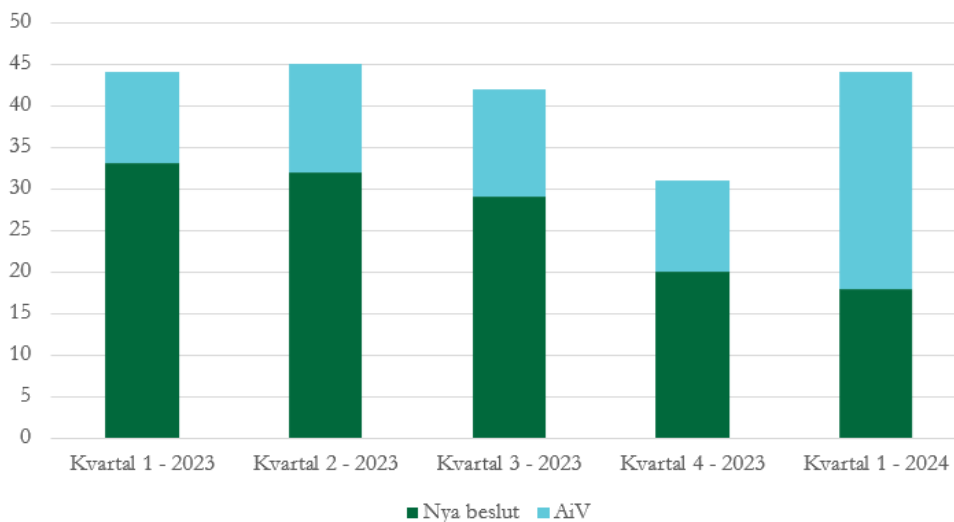


Diagram 1. Ej verkställda beslut anseende daglig verksamhet, kvartal 1 2023 till kvartal 1 2024

AIV används i dokumentationssystemet Lifecare när brukare med ett verkställt beslut vill byta verksamhet och under tiden inte nyttjar sin insats. Inom de arbetsnärmande verksamheterna är byte av verksamhet relativt vanligt förekommande, vilket enligt intervjuade i huvudsak beror på att brukarna vill testa olika verksamheter. Avbrott i verkställighet kan även ske då verksamheten inte kan möta brukarens behov på ett adekvat sätt, vilket sektionschef fattar beslut om. Det kan exempelvis handla om att verksamheten är förlagd i en samarbetspartners lokal, vilket ställer för höga krav på att brukaren ska klara av de sociala koderna.

Avbrott i verkställigheten i verksamhet (AIViV) tillämpas i Lifecare när brukare med ett verkställt beslut har en längre frånvaroperiod och planeringen är att beslutet, efter frånvaroperioden, åter ska verkställas i samma verksamhet. Anledningen att avdelningen gör skillnad på AIV och AIViV i Lifecare är att IVO efterfrågar mer detaljerad statistik. AIV och AIViV registreras numera som ej verkställda i Lifecare, vilket kan ha bidragit till det ökade totala antalet ej verkställda beslut.

Nedan framgår en tabell över ej verkställda beslut per 30 juni 2024. Av 100 ej verkställda beslut avser 32 beslut avbrott i verkställighet och 19 beslut avser avbrott i verkställigheten i verksamhet. Detta innebär att 49 nya beslut väntar på verkställighet, varav 15 har överskridit en väntetid på tre månader, vilket utgör cirka 31 procent av de nya ej verkställda besluten.

Ej verkställda beslut daglig verksamhet per 30 juni 2024	Totalt antal	Varav beslut som inte verkställts inom tre månader
Nya beslut	49	15 (31 %)
AIV	32	20 (63 %)
AIViV	19	15 (79 %)
Totalt	100	50 (50 %)

3.1.2.1.2 Stickprov gällande ej verkställda beslut

Inom ramen för granskningen har stickprov av ärenden gällande gynnande beslut enligt 9 § LSS om daglig verksamhet som inte verkställts inom tre månader genomförts. Ärendena har granskats utifrån handlingsplanen för att minska LSS-beslut som inte verkställts inom tre månader. Totalt har tio ärenden granskats, varav fem avser nya ärenden och fem avser avbruten verkställighet.

Av stickprovsgranskningen framgår att det i dokumentationen avseende ett ärende inte på ett tydligt sätt framgår varför dröjsmål gällande verkställighet har skett. I sju ärenden går det av dokumentationen att utläsa att dröjsmålet beror på parametrar som förvaltningen inte har kunnat påverka. I två ärenden går det att utläsa att dröjsmålet beror på att förvaltningen inte har kunnat möta brukarens behov i de tilltänkta verksamheterna. I båda ärendena har verkställighet dröjt över ett år från dess att besluten togs. Per 11 juni 2024 var ett av besluten fortfarande inte verkställt. Det ska dock noteras att dessa ärenden först har planerats för extern verkställighet, vilket inte har kunnat genomföras. På så vis har tre månader redan passerat när arbetskonsulenterna fått ärendena tilldelade sig.

Av stickprovsgranskningen framgår vidare att samtliga granskade ärenden har behandlats vid varje åtgärdsmöte som hållits mellan myndighet och verksamhet under perioden då verkställigheten överskred tre månader.

3.1.2.2 Lokaler

Funktionsstödsnämnden ansvarar, enligt 30 § i sitt reglemente, för att det egna behovet av lokaler är tillgodosett inom nämndens verksamhetsområde och för att säkra att dessa lokaler nyttjas resurseffektivt. Detta genom behovsanalys, beställning och aktivt deltagande i stadens lokalförsörjningsarbete.

En lokalbehovsplan för 2025-2034⁶ har framarbetats för funktionsstödsnämndens verksamheter. I planen framgår för respektive verksamhet en beskrivning av befintligt lokalbestånd, hur lokalbeståndet har utvecklats över tid, nyttjandegrad, effektiviseringspotential samt bedömning av och planering för att uppfylla framtida lokalbehov. Vid granskningstillfället är sex nya lokaler beställda att verkställas senast 2026-2027. Förutom de redan beställda lokalerna finns mer djupgående dialoger kring större lokalobjekt på sikt. Av lokalbehovsplanen framgår att utökningen inom daglig verksamhet utgör en ekonomisk utmaning för nämnden då finansiering sker inom den tilldelade budgetramen.

I dagsläget bedrivs 77 dagliga verksamheter på drygt 40 adresser och typen av lokal varierar stort, från lägenheter i centrum till anpassade enplansvillor. Huvuddelen av daglig verksamhets lokaler hyrs via Stadsfastigheter men även privata hyresvärdar nyttjas. Daglig verksamhet kan även bedrivas utifrån samarbetsavtal med företag, föreningar och förvaltningar där verksamheten nyttjar lokalen utifrån den service som verksamheten skapar. Nybyggnation är sällsynt men förekommande, oftast för att möta brukarna med mest komplexa behov. De senaste åren har utökningen av lokaler varit påtaglig, cirka två per år, för att möta det ökade behovet, vilket har lett till ökade lokalkostnader.

Lokalanskaffningen bygger på en brukarprognos och daglig verksamhets arbetskonsulenter samverkar främst med den anpassade gymnasieskolan Valdemarsro kring prognoser. Cirka en fjärdedel av besluten som fattas avseende daglig verksamhet per år avser elever från anpassad gymnasieskola. Prognosen baseras även på statistik från tidigare år. Dialog förs även med förvaltningens barnenhet gällande prognos utifrån barnboendena. Verksamheten har vissa utmaningar kring att prognostisera tillflödet utifrån målgruppen med psykosociala stödbehov, inflyttningar och stödbehovet hos de som ansöker. I dagsläget är prognosen att daglig verksamhet utökas med cirka 50 brukare per år, men prognosen förutspås öka framöver. Prognosen visar även på att det kommer ske en ökning av brukare med omfattande fysiska behov från anpassad gymnasieskola inom två år.

Avdelningens lokalanförskaffningsgrupp startades för cirka två år sedan och arbetar operativt med lokaler med uppdraget att utifrån enhetschefernas beställning hitta lämpliga lokaler. I lokalanförskaffningsgruppen ingår två representanter från förvaltningens lokalorganisation: en lokalsamordnare som är knuten till daglig verksamhet och arbetar med befintliga lokaler samt en lokalsamordnare som arbetar med nyförvärv. Lokalanförskaffningsgruppen består i övrigt av en sektionschef och en arbetskonsulent. Lokalanförskaffningsgruppen rapporterar

⁶ Beslutad av FSN 2023-12-18, § 140.

till enhetscheferna som därefter fattar beslut om nyanskaffning. Inför nyanskaffning beaktas ett antal parametrar, bland annat samordning och samlokalisering mellan olika dagliga verksamheter, vilket underlättar samnyttjande av exempelvis personal och fordon.

Det pågår en löpande översyn av befintliga lokaler utifrån målgrupp och inriktning inom daglig verksamhet. Anpassningar av befintliga lokaler eller byte av lokaler mellan verksamheter genomförs i syfte att ge målgruppen bättre förutsättningar. Enligt uppgift har detta i flera fall lett till att fler brukare kunnat verkställas i befintliga lokaler. Lediga platser i befintliga verksamheter följs regelbundet i samband med ekonomiuppföljningsmötena.

3.1.2.3 Övergripande styrprocesser

Inom funktionsstödsförvaltningen bedrivs flertalet övergripande styrprocesser som syftar till att utveckla, granska och säkra kvaliteten i de insatser som utförs:

- Målstyrning: Utveckla
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete: Säkra
- Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM): Säkra
- Intern kontroll: Granska

Vid granskningstillfället nyttjar funktionsstödsförvaltningen verksamhetssystemet Stratsys som IT-stöd i arbetet avseende målstyrning, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och intern kontroll. Av intervjuer framgår att ett utvecklingsområde är att integrera SAM, aktiva åtgärder⁷ och patientssäkerhetsberättelsen⁸ i Stratsys. I dagsläget finns det dock vissa systemtekniska begränsningar som påverkar i vilken utsträckning dessa processer kan integreras i Stratsys.

Inom avdelningen för daglig verksamhet genomförs riskdialoger årligen under hösten, inledningsvis på sektionsnivå, därefter på enhetsnivå och slutligen på avdelningsövergripande nivå. Under riskdialogerna identifieras olika risker i verksamheterna som analyseras och en bedömning görs utifrån riskernas sannolikhet och konsekvens. Därefter genomförs en bedömning av inom vilken av ovanstående styrprocess respektive risk ska hanteras.

Funktionsstödsnämnden ansvarar, enligt 22 § i sitt reglemente, för att planera och utveckla verksamheten i enlighet med statliga och kommunala mål.

⁷ Begreppet "aktiva åtgärder" kommer från diskrimineringslagen och omfattar till exempel arbete mot trakasserier och sexuella trakasserier.

⁸ Enligt 3 kap. § 10 i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år, vilka åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten, och vilka resultat som nåtts.

Avdelningen för daglig verksamhets verksamhetsplaner finns uppbyggda i Stratsys. Tidigare var det obligatoriskt att bryta ned samtliga fullmäktigemål på avdelnings-, enhets- och sektionsnivå men vid tidpunkten för granskningen tillämpas en modell som innebär att fokus läggs på de fullmäktigemål som är mest relevanta för verksamheterna. Förvaltningsövergripande arbete i tvärgående grupper bedrivs i större utsträckning än tidigare och på så vis har uppföljningsansvaret lyfts från verksamheterna inom dessa områden, exempelvis gällande hållbarhetsarbetet. Avdelningen för daglig verksamhet har, i linje med Malmö stads budget 2024⁹, brutit ned två av fullmäktigemålen som riktats till funktionsstödsnämnden i aktiviteter med tillhörande delaktiviteter.

Ovan beskrivna förändring skedde under 2023 och på så vis genomgår avdelningen en omställningsperiod där samtliga chefer ska implementera det nya arbetssättet och dokumentera genomförda insatser i Stratsys. Under våren 2024 hölls ett antal frivilliga workshops där avdelningens utvecklingssekreterare erbjöd cheferna stöd gällande uppföljning i Stratsys. En halvdag per termin genomförs en avdelningsdag med samtliga chefer inom avdelningen på olika teman. Under våren 2024 var temat förändringsledning och avdelningens ledningsgrupper kommer under hösten 2024 genomgå internutbildningen *Leda i förbättring*, som har framarbetats i syfte att stötta cheferna i omställningsarbetet.

Funktionsstödsnämnden beslutade om nämndens interna kontrollplan i januari 2024¹⁰. Den interna kontrollplanen innehåller inga verksamhetsnära granskningar eller direktåtgärder.

3.1.2.4 DV2030

Mot bakgrund av en hög kostnad per brukare inom daglig verksamhet startade avdelningen under våren 2023 upp ett omställningsarbete. Omställningsarbetet benämns DV2030 och är under granskningen pågående, där målet för processen är *En effektiv verksamhetsstyrning inom daglig verksamhet med syfte att sänka kostnaden per brukare*.

Processen inleddes genom analyser av orsakerna till de höga kostnaderna per brukare inom daglig verksamhet. Analysmodellen utgår från problemdefinition och därefter framskrivning av problemformulering följt av datainsamling och därefter analys. Utifrån olika identifierade analysområden skriver analysgrupper fram förslag till beslut om åtgärder till en styrgrupp som beslutar om åtgärder. Åtgärderna följs sedan upp. Totalt har 13 övergripande analysområden skrivits

⁹ Beslutad av kf 2023-11-01, § 193.

¹⁰ 2024-01-29, § 5.

fram för en effektiv verksamhetsstyrning. Vid granskningstillfället är några av dessa slutförda och i genomförandefas, ett antal är i pågående analysgrupp och några är inte påbörjade ännu.

Inledningsvis startades sex analysgrupper upp inom ramen för DV2030, se nedan. Respektive analysgrupp består av en enhetschef, ett antal sektionschefer och avdelningens utvecklingssekreterare, som är analysledare i samtliga analysgrupper.

- 1) Frånvarohantering – Vid granskningstillfället har avdelningens tre enheter varsin organisation för att hantera personalens frånvaro och analysgruppen har kommit fram till att det vore fördelaktigt att framöver skapa en gemensam bemanning för daglig verksamhet. Huruvida förändringen kommer leda till en besparing är vid tidpunkten för granskningen osäkert, men analysen visar på att det kommer förbättra sektionschefernas arbetsmiljö eftersom frånvarohanteringen lyfts från deras arbetsuppgifter och skapar likvärdighet mellan verksamheterna. Implementeringen avses inledas under hösten 2024.
- 2) Lokaler - Analysgruppen har arbetat för att skapa en tydlig överblick över nuvarande lokaler, avtal och kostnader i en särskild fil som sektionscheferna har tillgång till. Fokusgrupper har besökt verksamheter i syfte att sammanställa krav och önskemål gällande lokaler per inriktning inom daglig verksamhet, som utgör stöd i lokalanförskaffningsprocessen¹¹.
- 3) Titlar i verksamheterna - Analysgruppen har fokuserat på att revidera rollbeskrivningarna för omsorgspedagoger respektive aktivitetsledare.¹² Framöver kommer nyckeltal för antal omsorgspedagoger per verksamhet upprättas i syfte att säkerställa likvärdigheten.
- 4) Nivå 7-8¹³ - Analysgruppen har besökt samtliga lokaler som bedriver tydliggörande verksamhet¹⁴ och tagit fram ritningar för lokalerna. En fokusgrupp har besökt verksamheterna i syfte att undersöka hur verksamheten kan bedrivas på ett kostnadseffektivt sätt i lokalerna.
- 5) Framtidens DV - Den initiala ambitionen med analysgruppen var att fokus skulle ligga på hur daglig verksamhet ska se ut i framtiden, ur ett

¹¹ Se avsnitt 3.1.2.2 för beskrivning av lokalförsörjningsprocessen.

¹² Skillnaden mellan omsorgspedagoger och aktivitetsledare är att omsorgspedagoger har en högskoleutbildning.

¹³ Nivå 7-8 avser enligt förvaltningens nivåbedömningsmodell brukare med störst stödbehov.

¹⁴ Tillika autismverksamhet.

visionärt perspektiv. Gruppen fick därefter uppdraget att undersöka den indirekta brukartiden, dvs. tiden som personal spenderar i verksamheten där fokus inte ligger direkt på brukarna. Dels har de sektionschefer som ingår i gruppen gjort en kartläggning i sina verksamheter, dels har medarbetarna i sex verksamheter kartlagt indirekt brukartid under en treveckorsperiod.

- 6) Brukarna - Analysgruppen har arbetat med att ta fram en mall för beläggningsschema som verksamheterna använder för att kartlägga brukartopparna i verksamheten och planera bemanning därefter. Beläggningsschema möjliggör även inlåning av medarbetare från andra verksamheter i samband med temporära brukartoppar och att ordinarie medarbetare kontinuerligt träffar brukarna, i stället för timvikarier.

Under våren 2024 har analysgrupper avseende transportgrupperna och tilldelningsprocessen¹⁵ startats upp. Det finns även en ambition om att starta upp en analysgrupp gällande socialpsykiatri under hösten 2024.

3.1.2.4.1 Snabbspår

Inom ramen för DV2030 startades fyra snabbspår upp under hösten 2023, varav samtliga är avslutade. Snabbspår utgör områden som inte kräver en djupare analys inför åtgärd och har letts av sektionschefer som kontinuerligt rapporterar till styrgruppen.

- 1) Semesterplanering - Kartläggningen visade på att brukarna vanligtvis är lediga under två sammanhängande veckor mellan vecka 26 och 32 samt att vissa sommaröppna verksamheter har få eller inga brukare under dessa veckor, vilket möjliggör effektivisering genom sammanslagning av verksamheter och därmed nyttjande av färre vikarier. En sektionschef har tillsatts som processledare för den nya processen gällande semesterplanering och arbetet bedrivs inom ramen för en övergripande arbetsgrupp. En första utvärdering av den nya processen för semesterplanering kommer genomföras med sektionschefer och fackliga representanter i september 2024.
- 2) Personliga assistenter - Vissa brukare inom daglig verksamhet är även beviljade personlig assistans och rutinen gällande personliga assistenter i daglig verksamhet har reviderats.

¹⁵ Se avsnitt 3.2.2.1 för beskrivning av arbetet inom ramen för analysgruppen avseende tilldelningsprocessen.

- 3) Fordon - Kartläggningen visade på att vissa verksamheter skulle kunna dela på fordon. På så vis avvecklades fem fordon och ett fordon avbeställdes. Besparingen uppskattas till cirka 600 tkr per år. En excel-fil över avdelningens fordon har upprättats som bland annat innehåller kostnader, avtalstid, vilka verksamheter som har eller delar fordon och användningsområde. Totalt hyr avdelningen 23 fordon via Malmö Leasing.
- 4) DV:s uppdrag/aktiviteter - Inom ramen för snabbspåret har daglig verksamhets uppdrag uppdaterats och en översyn av vilka aktiviteter som erbjuds inom verksamheten genomförts. Detta i syfte att säkerställa jämlikhet och likvärdighet mellan verksamheterna och att aktiviteterna faller inom daglig verksamhets uppdrag. En checklista för planering och utvärdering av aktiviteter har framarbetats och implementering kommer ske under hösten 2024.

3.2 Brukarnas inflytande och medbestämmande

Säkerställs brukarnas inflytande och medbestämmande i utformningen av insatserna?

3.2.1 Bedömning

Bedömningen är att brukarnas inflytande och medbestämmande säkerställs i utformningen av insatserna mot bakgrund av att brukarna görs delaktiga i framtagandet av genomförandeplanerna. För de genomförandeplaner som granskats framgår brukarnas delaktighet och hur stödet till brukarna ska ske. Vidare framkommer vid intervjuer flertalet exempel på hur brukarna ges inflytande och medbestämmande över det dagliga arbetet samt verksamheternas inriktning.

Bedömningen är vidare att det i genomförandeplanerna saknas information om hur uppföljningen av genomförandeplanerna, aktiviteterna eller insatserna ska ske. Detta mot bakgrund av de 21 genomförandeplaner som granskats. Socialstyrelsens allmänna råd anger att det av genomförandeplanerna bör framgå när och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp samt när och hur planen ska följas upp.¹⁶

¹⁶ SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

3.2.2 Laktagelser som ligger till grund för bedömning och rekommendation/er

Enligt 7 § LSS ska insatser anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lättillgängliga för de som behöver dem. Insatserna ska stärka deras förmåga att leva ett självständigt liv och den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor.

3.2.2.1 Tilldelning av plats

En ansökan om daglig verksamhet kan skickas in av brukaren själv, en vårdnadshavare, god man, förvaltare eller fullmaktshavare. Ansökan skickas in till myndighet som beslutar om rätten till daglig verksamhet. När brukaren har fått rätt till daglig verksamhet lämnas ärendet vidare från myndighet till en arbetskonsulent. Utredningen från myndighet finns tillgänglig för arbetskonsulenten. Arbetskonsulenten genomför ett eller flera kartläggningsmöten med brukaren och vid behov brukarens nätverk. För kartläggningen finns en framtagen arbetsrutin, beslutad av sektionschef.

Arbetskonsulents syfte är att hjälpa brukaren att hitta en daglig verksamhet som passar brukaren utifrån stödbehov, intresse och platstillgång. Efter kartläggningsmötena erbjuds ofta ett eller flera studiebesök i den verksamhet som arbetskonsulenten vill föreslå. Arbetskonsulenten deltar vid studiebesöken. Huruvida brukaren deltar vid studiebesöken beror på varje enskild brukares kapacitet och önskemål.

När brukaren och arbetskonsulenten hittat en daglig verksamhet som passar får brukaren ett erbjudande om att tacka ja eller nej till platsen. Vid de tillfällen då brukaren tackar nej till platsen påbörjas en ny matchningsprocess där arbetskonsulten försöker hitta och erbjuda en annan daglig verksamhet i stället.

I processen att föreslå och tilldela plats på daglig verksamhet genomför arbetskonsulenterna en stödbehovsbedömning. Stödbehovsbedömningens syfte är att genomföra en nivåbedömning av brukaren utifrån brukarens stödbehov. Nivån ligger sedan till grund för funktionsstödsförvaltningens resursfördelningsmodell¹⁷. Nivåbedömningen kan sedan komma att bedömas på nytt vid ett identifierat förändrat stödbehov i den dagliga verksamheten.

Arbetskonsulenterna ansvarar för planering av startdatum och tider tillsammans med verksamheten och brukaren. Insatsen verkställs från och med brukarens första dag i verksamheten.

¹⁷ Se avsnitt 3.4.2 för beskrivning av resursfördelningsmodellen.

Enligt processen, beskriven på kommunens hemsida, sker uppföljning mellan brukaren och arbetskonsulenten cirka fyra veckor efter att brukaren påbörjat insatsen. Av intervju framgår att uppföljningsmöte inte alltid sker. Vidare framgår vid intervju att ägandeskapet för uppföljning av den tilldelade platsen övergått från arbetskonsulenten till den dagliga verksamheten som verkställer insatsen. Ibland sker uppföljningsmötet efter en längre period än fyra veckor. Detta kan bero på att brukaren inte hunnit spendera tillräckligt mycket tid på den tilldelade verksamheten för att genomförande av uppföljning ska bedömas vara lämpligt.

Överlämningen mellan arbetskonsulenten och verksamheten skiljer sig åt, enligt intervju. Uppstartsmöten sker oftast, där fokus för mötet är brukarens stödbehov. Vid intervju framkommer att de verksamheter som ingår i granskningen upplever att de får tillräckligt med information från arbetskonsulenten.

Vid intervju framgår att vissa målgrupper av brukare har ökat särskilt de senaste åren. Dessa uppges vara personer med psykosocialt stödbehov, till exempel uttalad psykisk ohälsa, missbruksproblematik och personer från rättspsykiatri. Vid intervju uppges att mer riktad utbildning avseende tilldelning av plats för dessa målgrupper hade kunnat underlätta tilldelningsprocessen, så att brukarna matchas med rätt typ av daglig verksamhet. Till exempel skulle utbildning inom motiverande samtal eller liknande kunna underlätta för arbetskonsulent att möta målgruppen.

Inom ramen för DV2030 har en analysgrupp startats som avser tilldelningsprocessen. Enligt intervju syftar analysgruppen till att anpassa tilldelningsprocessen till förändringarna utifrån omställningsarbetet inom ramen för DV2030 och resursfördelningsmodellen. Analysgruppen syftar även till att se över ledtiderna i processen. Analysgruppen är vid granskningstillfället pågående och förslag till beslut har ännu inte presenterats för styrgruppen.

3.2.2.2 Verkställande av insats och social dokumentation

Genomförandet av en insats inom daglig verksamhet ska dokumenteras, vilket regleras i 21 a LSS samt 6 kap. SOSFS 2014:5. Enligt 21 b LSS ska dokumentationen utformas med respekt för den enskildes integritet. Av 6 kap. SOSFS 2014:5 allmänna råd framgår vad en genomförandeplan ska innehålla och hur insatsen ska följas upp.

Förvaltningsledningen har beslutat om en riktlinje för social dokumentation för utförare i funktionsstödsförvaltningen.¹⁸ Av riktlinjen framgår att alla brukare

¹⁸ Riktlinje för social dokumentation för utförare i funktionsstödsförvaltningen, beslutad av förvaltningsledningen 2020-09-21

som får insatser från förvaltningen ska ha en genomförandeplan där varje avdelning ansvarar för att utforma hur genomförandeplanen ska se ut och användas i verksamheten. I riktlinjen regleras vad genomförandeplanen ska innehålla och att den ska följas upp minst var sjätte månad.

En brukare har rätt att avböja delaktighet i framtagande av genomförandeplan, men en genomförandeplan ska ändå upprättas. Av funktionsstödsnämndens årsanalys 2023 framgår att 92 procent av brukarna inom daglig verksamhet under 2023 hade aktuella genomförandeplaner. Av nyckeltalsbilagan till årsanalysen framgår att en positiv förflyttning har skett med tre procentenheter sedan 2019. Vid granskningstillfället saknar 4 procent av brukarna en aktuell genomförandeplan. Detta kan enligt uppgift till exempel bero på att brukarna är nya i sin dagliga verksamhet och därför har inte genomförandeplan upprättats ännu.

Förvaltningen har tagit fram ett fördjupningsmaterial avseende social dokumentation som bland annat innehåller checklistor för olika faser av framtagande och uppföljning av genomförandeplan samt checklista för hur verksamheterna arbetar med delaktighet.¹⁹ Vidare finns även utbildningsmaterial och stödmaterial, i form av bland annat frågemallar, framtagna inom avdelningen.

Den dagliga verksamheten där insatsen verkställs ansvarar för upprättande av genomförandeplan och annan social dokumentation. Av den förvaltningsövergripande riktlinjen framgår att personalen ska dokumentera på vilket sätt brukaren har varit delaktig i arbetet med genomförandeplanen. Delaktighet beskrivs i riktlinjen avse att brukaren har fått vara med och bestämma hur stödet ska utformas och hur insatsen ska genomföras. Brukarens delaktighet i arbetet med genomförandeplanen kan se ut på olika sätt och behöver anpassas utifrån varje enskild brukare. Olika hjälpmedel kan behöva användas för att öka brukarens möjlighet till att vara delaktig.

Av genomförd stickprovsgranskning av genomförandeplaner framgår att brukaren har varit delaktig och på vilket sätt brukaren varit delaktig i samtliga granskade genomförandeplaner. Av stickprovsgranskningen framgår att samtliga granskade genomförandeplaner är individuellt utformade. Målen i planerna är tydliga och konkreta för majoriteten av de granskade planerna och majoriteten av planerna innehåller aktivitetsbeskrivningar. För en av de granskade

¹⁹ Social dokumentation i funktionsstödsförvaltningen Malmö stad – Fördjupningsmaterial.

genomförandeplanerna framgår inte hur stödet till brukaren ska se ut, hänvisning görs i stället till genomförandeakt (DV-plan).²⁰

Vad gäller genomförandeplanernas uppföljning har samtliga granskade genomförandeplaner följts upp. Detta har dock inte kunnat verifieras för sex av genomförandeplanerna då revisionen endast mottagit den senast uppdaterade genomförandeplanen och inte den ursprungliga genomförandeplanen med dess tillhörande uppföljning. Det går därför för dessa sex planer inte att bedöma om det framgår huruvida brukaren kommit närmre målet vid uppföljning av genomförandeplanen eller om något i planen har behövt ändras i samband med uppföljningen.

Socialstyrelsens allmänna råd anger att det av genomförandeplanerna bör framgå när och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp samt när och hur planen ska följas upp.²¹ Information om hur uppföljningen ska ske för genomförandeplanerna, aktiviteterna eller insatserna framgår inte i de 21 genomförandeplaner som granskats.

För tre av de granskade uppföljningarna framgår det inte om brukaren kommit närmre målet då det saknas notering om detta.

En utmaning som lyfts vid intervju är att personalen ibland upplever att det är stressigt att hinna med att upprätta och följa upp den sociala dokumentationen. Detta kan enligt uppgift till exempel vara för att det ibland, framför allt inom socialpsykiatrin, tar tid innan det går att upprätta en genomförandeplan för brukaren då brukaren inte deltar i verksamheten på en regelbunden basis. Vid intervju framkommer att det ofta tar några veckor innan personalen kan börja upprätta en genomförandeplan. Enligt intervju upprättas genomförandeplanerna i samband med aktiviteter som brukaren genomför när insatsen på en daglig verksamhet blivit verkställd. Genom att teckna, använda bilder och observera fångar aktivitetsledaren eller omsorgspedagogen upp intressen som sedan kan ligga till grund för målen i genomförandeplanen. Planen går igenom med brukaren och metoden för detta beror på brukarens förutsättningar. Hur brukaren är delaktig i framtagande av genomförandeplan skiljer sig mycket åt, vilket även bekräftas av genomförd stickprovsgranskning av genomförandeplaner.

Av intervju framkommer att biståndshandläggaren ibland angett tydliga mål för brukaren vid beviljande om insats. I dessa fall förs målet in i brukarens

²⁰ DV-plan för den specifika verksamheten beskrivs vid intervju innebära den pärm med information om brukaren som respektive daglig verksamhet ska ha upprättat för varje brukare.

²¹ SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

genomförandeplan. Vidare lyfts att det kan vara utmanande att göra brukaren delaktig i målen och att det finns en risk att målen inte omfattar hela insatsen. Beslutet från biståndshandläggaren, som är grunden till verkställandet av insatsen, matchar inte alltid de mål som sedan lyfts i genomförandeplanen.

Vid intervju framkommer att aktivitetsledarna arbetar för att ta fram stödmaterial för att kunna möjliggöra för brukarnas självständighet i verkställandet av insatsen. Stödmaterial testas och utvärderas av aktivitetsledarna och omsorgspedagogerna och anpassas utifrån brukarnas behov. Vidare uppges vid intervju att verksamheterna aktivt arbetar för att brukaren ska vara i fokus samt att deras dag ska vara meningsfull och utgå från självbestämmande.

Vid intervju förekommer olika exempel på hur personalen arbetar för brukarnas självbestämmande i insatserna. Vissa verksamheter har månadsmöten där personal och brukare samlas och diskuterar olika önskemål. Vidare förekommer förslagslådor på vissa dagliga verksamheter, där brukarna anonymt kan lämna förslag eller förmedla tankar som rör verksamheten. Enligt intervju har vissa dagliga verksamheter morgonmöten mellan personal och brukare där dagens arbetsfördelning diskuteras, vilket av personalen bedöms leda till ökat självbestämmande för brukarna.

Andra exempel för att utveckla brukarnas självständighet och delaktighet beskrivs vara att brukarna själva får välja sina aktiviteter i verksamheten på daglig basis och att ha öppna dörrar mellan verksamhetens olika lokaler.

En utmaning som lyfts vid intervju avser arbetet med de brukare som har psykosociala behov. I dessa fall förekommer ofta utmaningar med att få brukarna att komma till den dagliga verksamheten och mycket personalresurser får läggas på detta. Vidare framgår vid intervju att det för målgruppen anses vara särskilt viktigt med relationsbyggande mellan personal och brukare. Detta beror på att verkställande av insatsen ofta kan bli relationsbunden på så sätt att brukarna behöver uppleva att de känner personalen väl för att vilja komma till verksamheten. Det kan därför vara svårt med vikarier i dessa verksamheter. Vikariepärm lyfts som ett exempel för att underlätta för vikarier att introduceras till verksamheten, där respektive brukares individuella stödbehov tydligt ska framgå.

Målgruppen brukare inom socialpsykiatri som får en insats inom daglig verksamhet har ökat betydande de senaste åren och det uppges vid intervju finnas utmaningar med att verkställa och anpassa insatserna efter denna målgrupps behov. Ett samarbete sker med rättspsykiatrin då vissa av dessa brukare kan vara på permission och har fått beslut om rätt till daglig verksamhet. För målgruppen

kan det finnas svårigheter att anpassa insatserna utifrån att brukarna i större utsträckning kan ha ett normbrytande beteende. Särskilda utskrivningsprövningar från rättspsykiatrien kan påverka verkställande av insatsen, till exempel att kvinnlig personal inte kan arbeta ensam med brukaren. I dessa fall har den dagliga verksamheten gjort anpassningar, enligt intervju.

Samverkan mellan daglig verksamhet och rättspsykiatrien uppges vid intervju ha förbättrats under de senaste åren, men svårigheter kan uppkomma mellan de två parternas utförande och lagrum. Daglig verksamhet är frivilligt och åtgärder som går emot den enskildes vilja får inte förekomma. Samtidigt kan permission från rättspsykiatrien innebära särskilda villkor. Till exempel kan rättspsykiatrien ha önskemål på en daglig verksamhet att personalen ska höra av sig till rättspsykiatrien om brukaren skulle avvika från verksamheten, något som den dagliga verksamheten inte har rätt att göra utan brukarens samtycke. Det har vid intervju inte kunnat uppges några situationer som daglig verksamhet känner till där brukare med särskild utskrivningsprövning har avvikit i strid mot restriktionerna.

3.3 Systematiskt kvalitetsarbete

Genomförs kvalitetsuppföljning av verksamheten där åtgärder sätts in vid konstaterade brister?

3.3.1 Bedömning

Nämnden har enligt 6 kap. 6 § kommunallagen ett ansvar för att verksamheten bedrivs i enlighet med de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. I detta ligger ett ansvar att följa upp verksamheten och vidta åtgärder vid behov. Utifrån den kvalitetsuppföljning som genomförs inom ramen för funktionsstödsförvaltningens övergripande styrprocesser är bedömningen att det genomförs kvalitetsuppföljning av verksamheten där åtgärder sätts in vid konstaterade brister.

Av granskningen framgår att funktionsstödsförvaltningen har upprättat ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som, i enlighet med SOSFS 2011:9, syftar till att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Inom ramen för ledningssystemet genomförs kvalitetsuppföljning av verksamheten bland annat i form av egenkontroller, utredning av avvikelser och hantering av klagomål/synpunkter.

Egenkontroller genomförs utifrån den prioritering som framkommer i avdelningens årliga riskanalys. Åtgärder planeras in utifrån tidigare genomförda egenkontroller. Bedömningen är att det vid egenkontroller som initieras av sektionschef gällande genomförandeplaner i mindre verksamheter finns risk för jävssituation. Detta utifrån att medarbetare granskar genomförandeplaner som de själva medverkat i att upprätta. Risken för jävssituation mildras i förekommande fall av att även sektionschef granskar genomförandeplaner. I syfte att ytterligare mildra risken för en jävssituation och främja effektivitet, kompetensutveckling och likvärdighet i granskningen av genomförandeplaner utgör kollegial granskning över verksamhetsgränserna ett utvecklingsområde framöver.

Gällande hantering av avvikelser framgår av granskningen vanligt förekommande utvecklingsområden som hanteras genom löpande fortbildning av personalstyrkan. Exempelvis framgår av intervjuer både förekomsten av under- och överrapportering av avvikelser inom verksamheterna samt varierande förståelse av vilka typer av händelser som bör rapporteras in som en avvikelse i avvikelshanteringssystemet.

När det gäller utredning av avvikelser konstateras att omsorgspedagogerna, som har i uppdrag att arbeta med kvaliteten i det pedagogiska arbetet, inte har behörighet att dokumentera i systemet för avvikelshantering. Bedömningen är att detta utgör ett utvecklingsområde som hade kunnat bidra till ökad effektivitet och minskad administrativ börda för sektionscheferna inom verksamheten. I dagsläget pågår ett pilotprojekt där en övergripande omsorgspedagog har tilldelats behörighet att dokumentera i systemet.

Av granskningen framgår att funktionsstödsförvaltningen sedan 2023, utifrån nämndens beslut i december 2022, har samlat kvalitetsuppföljningen utifrån de övergripande styrprocesserna i nämndsbudget, delårsrapport och årsanalys. Detta i syfte att skapa en tydlig helhetsbild av förvaltningens kvalitetsarbete. I praktiken har detta medfört att den information som tidigare rapporterades till nämnden i form av en separat kvalitetsberättelse numera inkluderas i årsanalysen.

Av granskningen framgår att statistiken som rapporteras till funktionsstödsnämnden i årsanalysen är mindre detaljerad än statistiken som tidigare rapporterades i form av en kvalitetsberättelse. Detta skulle kunna påverka funktionsstödsnämndens möjlighet att styra utifrån resultatet i kvalitetsuppföljningen.

3.3.2 Iakttagelser som ligger till grund för bedömning och rekommendation/er

Funktionsstödsnämnden ansvarar, enligt 22 § i sitt reglemente, för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i övrigt av sin verksamhet.

3.3.2.1 Systematiskt kvalitetsarbete

Enligt 6 § LSS ska verksamhet som omfattas av lagen vara av god kvalitet. I dessa bestämmelser anges vidare att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Socialstyrelsen anger i SOSFS 2011:9, 3 kap. § 1-2, att den som bedriver verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

En riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har framarbetats och beslutats av funktionsstödsnämnden.²² Det systematiska kvalitetsarbetet utgår från verksamhetens kartlagda processer. Utifrån de kartlagda processerna genomförs riskanalyser för att identifiera brister eller risk för brister. I ledningssystemet hanteras risker genom egenkontroller och/eller åtgärder. Arbetet med kartläggning av processer, rutiner, egenkontroller och åtgärder dokumenteras, planeras och följs upp i Stratsys.

Vid tidpunkten för granskningen finns fyra socialt ansvariga samordnare (SAS) anställda vid funktionsstödsförvaltningen. SAS huvuduppdrag är att utreda missförhållanden enligt Lex Sarah och slutgodkänna samtliga kvalitetsavvikelser utifrån socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och LSS. SAS fångar vid behov även upp avvikelser som verksamheten bedömer som ej allvarliga, i syfte att initiera en utredning.

Enheten för kvalitet, där SAS ingår, genomför kvalitetsgenomlysningar av verksamheterna utifrån förvaltningens kärnuppdrag och det systematiska kvalitetsarbetet. Kvalitetsgenomlysningarna syftar till att identifiera utvecklingsområden och verksamheternas styrkor samt att ge rekommendationer för arbetet framåt. Områdena som granskas är kvalitetsavvikelser, synpunkter/klagomål, personal och kompetens, brukarnära dokumentation, kommunikation, delaktighet och självbestämmande, skyddsåtgärder, fall, delegering, läkemedelshantering, medicintekniska produkter och smittförebyggande åtgärder. Arbetet med

²² Senast reviderad 2022-12-19, § 129.

kvalitetsgenomlysningar inleddes under hösten 2023 och uppskattningsvis granskas 10 till 20 verksamheter per år. Utöver detta granskas verksamheter vid behov.

3.3.2.1.1 Egenkontroll

Av SOSFS 2011:9 kap. 5 § 2 framgår att den som bedriver verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontroller utgör en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt en kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som finns dokumenterade i ledningssystemet.²³ En egenkontroll kan genomföras i form av exempelvis en checklista, självskattning eller enkät.

Utifrån riskdialogerna som genomfördes inom avdelningen för daglig verksamhet under hösten 2023 valdes skyddsåtgärder²⁴ och social dokumentation ut för egenkontroll/åtgärder under 2024. Riskdialogerna på förvaltningsövergripande nivå inför 2024 utmynnade i egenkontroll gällande smittskyddsåtgärder och åtgärder gällande kompetenshöjande insatser avseende social dokumentation.

En åtgärd gällande skyddsåtgärder har skickats ut till avdelningens samtliga verksamheter i Stratsys för 2024. Ett antal processledare har utbildats gällande skyddsåtgärder per enhet och åtgärden består i att samtliga sektionschefer ska bjuda in en processledare för dialog, i syfte att utbilda medarbetarna gällande skydds- och begränsningsåtgärder. Parallellt pågår ett förvaltningsövergripande arbete kring skyddsåtgärder och avdelningschefen ansvarar för att säkerställa att avdelningens arbete bedrivs i linje med de förvaltningsövergripande insatserna. Gällande social dokumentation har ett förvaltningsövergripande utbildningsmaterial framarbetats som framöver ska implementeras i verksamheterna.

Utöver de egenkontroller som beslutas om på förvaltnings- eller avdelningsövergripande nivå kan sektionscheferna besluta om verksamhetsspecifika egenkontroller. Exempelvis stickprovskontroll av genomförandeplaner som genomförs av omsorgspedagog. I mindre verksamheter, där personalstyrkan enbart består av en aktivitetsledare och en omsorgspedagog, hjälps aktivitetsledaren och omsorgspedagogen ofta åt med att upprätta genomförandeplaner. I dessa verksamheter finns det på så vis risk för att omsorgspedagogen granskar sitt eget arbete gällande genomförandeplaner. Av intervjuer framgår att även

²³ Definition enligt SOSFS 2011:9.

²⁴ En åtgärd är att anse som skyddsåtgärd under följande förutsättningar: den enskilde ska samtycka till åtgärden, syftet med åtgärden ska vara att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde och syftet med åtgärden får inte vara att kompensera för brister i verksamheten.

sektionscheferna i förekommande fall granskar omsorgspedagogernas kontroller av genomförandeplaner.

3.3.2.1.2 Utredning av avvikelser

Enligt SOSFS 2011:9 kap. 5 § 6 ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att den som bedriver verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. En riktlinje för avvikelshantering har framarbetats för funktionsstödsförvaltningen.²⁵

De avvikelser som registreras i systemet för avvikelserapportering tas via mejl emot av ansvarig sektionschef, som väljer vilket lagrum avvikelsen ska registreras inom, SoL eller LSS. Sektionschefen kan vid behov omregistrera avvikelse till ett missförhållande. Däremot kan enbart SAS omregistrera ett inrapporterat missförhållande till en avvikelse.

Sektionschefen vidarebefordrar mejlet till verksamhetens omsorgspedagoger som har behörighet att titta i systemet, men inte att dokumentera i systemet. På så vis har en särskild mall, med samtliga frågor från systemet, tagits fram till omsorgspedagogerna som besvaras utanför systemet. Därefter för sektionschefen manuellt in omsorgspedagogernas utredning i systemet. I en av enheterna pågår ett pilotprojekt med en övergripande omsorgspedagog som stöttar verksamheter som har brukare med komplexa stödbehov gällande utredning av avvikelser och förslag på åtgärder. Den övergripande omsorgspedagogen har behörighet att dokumentera i systemet för avvikelserapportering.

Om händelser som inte utgör avvikelser registreras finns en möjlighet för utredande chef att återföra rapporten till sorteringsläge, motivera varför den inte visar på en brist som kräver åtgärd och ta bort den. Detta sker i samråd med SAS.

Av intervjuer framgår att ensamhandledare inte rapporterar in avvikelser i samma utsträckning som verksamheter med större personalstyrka. Vidare framgår att inrapporterade avvikelser i huvudsak är välgrundade men att det förekommer att verksamheter rapporterar in händelser som inte utgör avvikelser och därmed inte bör registreras i systemet för avvikelserapportering.

²⁵ Beslutad av SAS 2015-05-29. Senast reviderad 2023-04-26.

3.3.2.1.3 Hantering av klagomål och synpunkter

Av SOSFS 2011:9 kap. 5 § 3 framgår att den som bedriver verksamhet enligt LSS ska ta emot samt utreda klagomål och synpunkter gällande verksamhetens kvalitet från bland annat brukare, anhöriga och personal.

En rutin för hantering av klagomål och synpunkter har framarbetats och beslutats av förvaltningsledningen²⁶. Rutinen innehåller bland annat definition av klagomål/synpunkter samt hur hantering av klagomål/synpunkter som kan kopplas till enskild brukare respektive klagomål/synpunkter som inte kan kopplas till enskild brukare ska hanteras.

Klagomål och synpunkter kan inkomma till förvaltningen på olika sätt, exempelvis genom en blankett, Malmö stads hemsida eller över telefon. Samtliga medarbetare har ett ansvar att föra informationen vidare. Om klagomålet/synpunkten är kopplad till en enskild brukare läggs den in i systemet för avvikelserapportering, där ansvarig sektionschef gör en bedömning kring huruvida klagomålet/synpunkten utgör en avvikelse. Vid övergripande klagomål/synpunkter läggs dessa in i Platina. Återkoppling till inlämnaren ska ske inom 10 dagar. SAS kontrollerar regelbundet att inkomna klagomål/synpunkter har fördelats till rätt sektionschef och hanteras i tid. Av intervjuer framgår att verksamhetens kunskap kring vad som utgör ett klagomål/synpunkt respektive vad som ska rapporteras som en avvikelse fortsatt utgör ett utvecklingsområde.

3.3.2.1.4 Rapporteringsskyldighet

Enligt § 24 e LSS ska ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. En rutin för tillämpning av lex Sarah har framarbetats och beslutats av funktionsstödsnämnden²⁷. Av rutinen framgår hur rapportering, utredning, dokumentation och anmälan till IVO ska ske samt roll- och ansvarsfördelning i processen.

SAS ansvarar för utredning av missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållande. Utredning av missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållande sker på samma sätt som utredning av avvikelse men på en fördjupad nivå. Utifrån utredningen genomför SAS en slutgiltig bedömning kring huruvida händelsen är att betrakta som ett missförhållande, en påtaglig risk för ett missförhållande, ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. SAS föredrar månatligen samtliga utredningar för funktionsstödsnämndens arbetsutskott. Om arbetsutskottet bedömer att händelsen utgör ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande

²⁶ Beslutad 2018-03-27. Uppföljd 2024-03-25. Senast reviderad 2024-03-26.

²⁷ Beslutad 2020-03-23. Senast reviderad 2021-10-25. Uppföljd 2024-02-29.

anmäls detta till IVO. SAS har därefter uppföljningsansvar gentemot verksamheten för att säkerställa att vidtagna åtgärder har fått önskad effekt.

3.3.2.1.5 Dokumentationskyldighet

Av SOSFS 2011:9 kap. 7 § 1 framgår att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Socialstyrelsens allmänna råd är att den som bedriver verksamhet enligt LSS, med dokumentationen som utgångspunkt, varje år bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

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

Enligt de allmänna råden bör kvalitetsberättelsen ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Funktionsstödsnämnden beslutade i december 2022²⁸ om revidering av riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Av tillhörande tjänsteskrivelse²⁹ framgår att revideringen bland annat avsåg att förvaltningsövergripande planering och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet ska följas tillsammans med övrigt kvalitets- och utvecklingsarbete i nämndsbudgeten och dess uppföljningsrapporter. Detta i syfte att skapa bättre förutsättningar att ge en helhetsbild av funktionsstödsförvaltningens kvalitetsarbete. Kvalitet i utförandet av insatser var ett område som tidigare följts inom olika styrprocesser, vilket enligt tjänsteskrivelsen medfört att rapporteringen av resultaten inom området skett i olika spår utan en tydlig helhetsbild. I och med revideringen flyttades planering och uppföljning av det förvaltningsövergripande systematiska kvalitetsarbetet till nämndsbudget, delårsrapport och årsanalys, vilket innebar att bland annat kvalitetsberättelsen avvecklades.

I jämförelse mellan den separata kvalitetsberättelsen som upprättades för 2022 och årsanalysen 2023 framgår att statistik presenteras på olika detaljnivåer, där statistiken generellt sett presenteras på en mer övergripande aggregerad nivå i årsanalysen 2023 och på en mer detaljerad nivå i kvalitetsberättelsen för 2022.

²⁸ 2022-12-19, § 129.

²⁹ Daterad 2022-11-30.

Exempelvis saknas statistik gällande avvikelser, synpunkter och klagomål fördelad på verksamhet i årsanalysen 2023, vilket framgick av kvalitetsberättelsen 2022. Vidare saknas en jämförelse med tidigare år gällande antal rapporter om missförhållanden eller risk för missförhållanden i årsanalysen 2023 och det går på så vis inte att utläsa huruvida en minskning eller ökning har skett.

3.4 Styrning och uppföljning av kostnader

Bedrivs styrning och uppföljning av kostnaderna för daglig verksamhet?

3.4.1 Bedömning

Bedömningen är att det bedrivs en tillräcklig styrning och uppföljning av kostnaderna för daglig verksamhet. En resursfördelningsmodell har implementerats med syfte att fördela resurser i daglig verksamhet utifrån brukarens stödbehov och tidsomfattning. Uppnått resultat följs upp sektionsvis varje månad och nämnden får ofta och regelbundet ta del av uppföljning av nämndens ekonomi. Vid den senaste ekonomiska prognosen per april 2024 redovisade daglig verksamhet ett prognostiserat överskott om 3,5 mnkr.

3.4.2 Iakttagelser som ligger till grund för bedömning och rekommendation/er

Kommunens verksamheter ska, enligt 11 kap. 1 § kommunallagen, ha en god ekonomisk hushållning. Funktionsstödsnämndens riktlinje för ekonomisk styrning anger att verksamheten ska bedrivas inom tilldelade ekonomiska ramar samt hur budget- och resultatuppföljning ska genomföras.³⁰

Avdelningen daglig verksamhet redovisade för 2023 ett underskott om 19,1 mnkr, där kostnad per brukare för 2023 var 300 995 kr. Kostnaden per brukare steg med 40 994 kr mellan 2022 och 2023. Det totala antalet brukare med daglig verksamhet budgeteras för 2024 till 985 personer, vilket innebär en ökning med 4,5 procent jämfört med snittet per månad för 2023, som var 943 personer.

Funktionsstödsnämnden behandlade i januari 2024 ärendet om årlig översyn av funktionsstödsnämndens styrdokument, där revidering av riktlinjen för ekonomisk styrning godkändes.³¹ Revideringen innebar bland annat att nämnden från och med 2024 får en månatlig rapportering av den ekonomiska utvecklingen.

³⁰ Beslutad 2020-11-23. Reviderad och uppföljd 2024-01-29.

³¹ 2024-01-29, § 10.

Månadsrapporteringen ges antingen i samband med ekonomiska ärenden, så som ekonomisk prognos eller delårsrapport, eller under ärendet 'Information från förvaltningen' vid de tillfällen då det inte förekommer ett särskilt ekonomi-ärende på nämndsammanträdet.

Den ekonomiska prognosen per april 2024³² redovisade ett prognostiserat överskott för daglig verksamhet om 3,5 mnkr för 2024. Prognosen efter april 2024 uppgick till totalt 995 brukare i snitt per månad på årsbasis, varav 15 personer får sin dagliga verksamhet verkställd i extern regi. Detta innebär en volymökning med 5 procent i förhållande till utfallet för 2023. Funktionsstödsnämnden tog den 25 mars 2024³³ del av ekonomisk prognos per februari 2024. Den ekonomiska prognosen för helåret 2024 är en budget i balans för daglig verksamhet.

Som framgår i avsnitt 3.1.2.4 DV2030 tar DV2030 sitt avstamp i effektiv verksamhetsstyrning med syfte att sänka kostnaden per brukare. En budget i balans ska uppnås genom att tillgängliga resurser används på ett ekonomiskt hållbart sätt. Inför budget 2024 implementerade daglig verksamhet en ekonomisk resursfördelningsmodell. Denna modell var baserad på de stödbehovsbedömningar/nivåbedömningar som sker i samband med tilldelningsprocessen, alltså när brukaren träffar arbetskonsulent efter att biståndshandläggare fattat beslut om att brukaren har rätt till daglig verksamhet. Modellen står till grund för tilldelningen av ekonomiska resurser inför budget 2024 och av ekonomisk prognos per april 2024 framgår att nämndens bedömning är att resursfördelningsmodellen har skapat en större flexibilitet och likvärdighet.

Modellen syftar till att fördela resurser i daglig verksamhet och bygger på två olika parametrar: brukarens stödbehov och brukarens tidsomfattning. Som underlag för detta används en resursfördelningsfil. Resursfördelningsmodellen anger hur förändrade stödbehov hos brukarna ska dokumenteras, hur ansvarsfördelningen ser ut för rapportering av brukarens tidsomfattning och verksamheternas beläggningsscheman samt vad som gäller avseende resursfördelning vid avbrott i verkställigheten.

Utmaningar kring tillämpning av resursfördelningsmodellen har framförts avseende de verksamheter där behovet av stöd hos den enskilda brukaren ligger på den högsta respektive lägsta stödbehovsbedömningen.

Respektive sektionschef inom avdelningen för daglig verksamhet fyller varje månad i ett underlag kring uppnått resultat. Om åtgärder behöver vidtas mot

³² 2024-05-27, § 55.

³³ § 31.

bakgrund av resultatet ska dessa också anges i underlaget. Av intervju framkommer att respektive sektionschef därefter har budgetuppföljning varje månad med enhetschefen och en ekonom från ekonomiavdelningen, som är särskilt knuten till daglig verksamhet. Det framkommer vid intervju att stödet från ekonomiavdelningen upplevs som välfungerande. Vid mötena följs intäkter och brukarbeläggningen upp för de dagliga verksamheter som sektionschefen ansvarar för. Enhetscheferna genomför därefter analyser avseende bemanning.

Inom ramen för förvaltningens övergripande omställningsarbete har en upphandling genomförts avseende en ny resursfördelningsmodell. Avropet gäller tolv pilotverksamheter, vilka ska testa en extern leverantörs resursfördelningsmodell. Arbetet startades upp i maj 2024 och planeras vara klart i december 2024. Leverantören kommer under hösten genomföra egna behovsbedömningar för samtliga brukare i de tolv pilotverksamheterna. Denna process med behovsbedömningar och resursfördelningsmodell ska inte förväxlas med avdelningens egna behovsbedömningar och egna resursfördelningsmodell, som redan har implementerats.

Stadsrevisionens uppdrag

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs i nämnder och bolagsstyrelser. Stadsrevisionen i Malmö granskar nämnders och styrelserns ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna i revisorskollegiet och de sakkunniga revisorerna på revisionskontoret.

Utifrån resultatet i granskningen lämnas ofta rekommendationer till de granskade nämnderna och bolagen. Rekommendationer lämnas när revisorerna ser brister i verksamheten och syftar till att förbättra verksamheten. Stadsrevisionen följer upp om nämnden eller bolaget har genomfört åtgärder för att följa revisorernas rekommendationer.

Fördjupade granskningar rapporteras i sin helhet i enskilda rapporter som publiceras på [Stadsrevisionens hemsida](#). För varje nämnd och bolag skrivs dessutom en årsrapport som sammanfattar det gångna årets granskning och ger de förtroendevalda revisorerna underlag för sin ansvarsprövning utifrån kommunallagen.