

Kvalitetsberättelse 2023

Avdelning socialtjänst och
fritid

stockholm.se

Kvalitetsberättelse 2023

Mars 2024

Dnr: BRO 2024/160

Bromma stadsdelsförvaltning, Avdelning socialtjänst och fritid

Kontaktperson: Marie Svärd och Frida Samuelsson,
verksamhetscontroller

Sammanfattning

Analyser av verksamheternas resultat, avvikelser och klagomål utgör underlag för utveckling och förbättringar inom samtliga verksamheter. Det systematiska kvalitetsarbetet utvecklas genom ökad delaktighet bland medarbetare i verksamhetsplanering och uppföljning. Medarbetarnas kunskap ska tas till vara i analys av resultat och i utveckling av verksamheten.

Den sammanfattande bedömningen av avdelningens kvalitet inom de tre fokusområdena, *Rättssäker och säker verksamhet (A)*, *Delaktighet, självbestämmande och integritet (E)* samt *Effektiva och samordnade processer (H)* är att det finns flera goda resultat. Det har även identifierats utvecklingsområden inom samtliga områden.

Sammantaget pekar resultaten från denna kvalitetsberättelse mot att ett fortsatt fokus för granskning och utveckling 2024 bör vara inom området rättssäker och säker verksamhet. Det är även av stor vikt att de olika enheterna inom avdelningen fortsätter utveckla arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet gällande exempelvis riskanalyser, egenkontroller, rutiner och avvikelserapportering för att förbättra kvaliteten.

Bedömningen är att avdelningens enheter i huvudsak arbetar systematiskt med kvalitetsarbete. Visst behov av utveckling föreligger inom avdelningen och utvecklingsbehoven skiljer sig mellan enheterna.

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Inledning	5
Syfte.....	7
Tre fokusområden 2023	7
Egenkontroller	7
Rättssäker och säker verksamhet (A)	8
Delaktighet, självbestämmande och integritet (E)	22
Effektiva och samordnade processer (H).	28
Avvikelser	32
Lex Sarah	32
Övriga avvikelser	34
Klagomål och synpunkter	36
Sammanfattning av resultat	38
Tillsyn.....	40
Risikanalyser.....	43
Rutiner och processer.....	44
Övrigt kvalitetsarbete	45
Stockholms stads kvalitetsutmärkelse 2023.....	45
Verksamhetsuppföljningar i egen regi	46
Analys och sammanfattande bedömning	47
Sammanfattande bedömning och utvecklingsområden	47

Inledning

Avdelning socialtjänst och fritid i Bromma stadsdelsförvaltning ska bedriva en verksamhet som är av god kvalitet. Arbetet ska ske utifrån lagstiftning, förordningar, föreskrifter, allmänna råd, Stockholms stads kommunfullmäktiges inriktningsmål, mål för avdelningen, stadsdelsnämndens mål, indikatorer och aktiviteter, Stockholms stads kvalitetsprogram samt avdelningens fastslagna styrdokument gällande det systematiska kvalitetsarbetet.

Analyser av verksamheternas resultat, avvikelser och klagomål utgör underlag för utveckling och förbättringar inom samtliga verksamheter. Det systematiska kvalitetsarbetet utvecklas genom ökad delaktighet bland medarbetare i verksamhetsplanering och uppföljning. Medarbetarnas kunskap ska tas till vara i analys av resultat och i utveckling av verksamheten. För att kunna bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och nå uppställda mål ska avdelningen kunna möta kompetensförsörjningens utmaningar både på kort och lång sikt. Om personalomsättningen är stor, särskilt bland chefer och andra nyckelpersoner, försvåras det systematiska kvalitetsarbetet.

Det fastslagna styrdokumentet om ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet reglerar hur god kvalitet ska uppnås inom avdelningen. Styrdokumentet ska även vara ett stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Syftet är att skapa en lärande organisation med en struktur för att arbeta med förbättring och ständig utveckling. Genom det systematiska arbetet kvalitetssäkras avdelningens enheter, något som ökar förutsättningarna för att invånarna får ta del av en verksamhet av god kvalitet.

Begreppet kvalitet, så som det definierats av Socialstyrelsen¹, innebär att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.² God kvalitet i socialtjänstens verksamhet kan således beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål i lagar, förordningar och föreskrifter som har beslutats. I avdelning socialtjänst och fritids styrdokument *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, definieras god kvalitet utifrån åtta områden som verksamheternas arbete ska kännetecknas av. För att säkerställa en god kvalitet är det viktigt att våra invånare får och möter:

¹ 3 kap. 3 § Socialtjänstlagen

² 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9

- A. en rättssäker och säker verksamhet,
- B. en individanpassad verksamhet,
- C. en tillgänglig verksamhet,
- D. ett gott bemötande,
- E. rätt till delaktighet, självbestämmande och integritet,
- F. en kunskapsbaserad verksamhet som hjälper,
- G. personal med rätt kompetens och
- H. effektiva och samordnade processer.

Det löpande systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras och följas upp. Dokumentationens ska utgöra underlag för avdelningens årliga kvalitetsberättelse.

Syfte

Syftet med årets kvalitetsberättelse är att ge en samlad bild av kvaliteten inom avdelning Socialtjänst och fritid under 2023. Den årliga kvalitetsberättelsen ska även 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. Av kvalitetsberättelsen ska det även framgå vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som uppnåtts.

Tre fokusområden 2023

Utifrån den sammanfattande bedömningen från föregående års kvalitetsberättelse beslutades i avdelningens ledningsgrupp att fokusområden för uppföljning 2023 skulle utgöras av följande kvalitetsområden; *Rättssäker och säker verksamhet* (A), *Delaktighet, självbestämmande och integritet* (E) samt *Effektiva och samordnade processer* (H). De resultat och analyser som presenteras utgår således från dessa tre områden tillsammans med en sammanfattning av årets arbetssätt och uppföljningar avseende "Avvikelser", "Tillsyn", "Riskanalyser", "Rutiner och processer" samt "Övrigt kvalitetsarbete".

Egenkontroller

Följande resultat presenteras främst med utgångspunkt i de egenkontroller som genomförts inom avdelningen som hör till de tre kvalitetsområdena. Egenkontrollerna som skulle genomföras under 2023 beslutades i avdelningens ledningsgrupp. Olika typer av metoder har använts för att erhålla resultat och mer information om kontrollmål, mätindikator, metod samt resultat redovisas i tabell under respektive kvalitetsområde nedan samt i redovisning av egenkontrollernas resultat.

Rättssäker och säker verksamhet (A)

För att säkerställa en god kvalitet ska vår verksamhet utföras på ett rättssäkert sätt enligt gällande regelverk, riktlinjer och rutiner. När vi fattar beslut, genomför och följer upp insatser, behandling, vård eller omsorg ska detta dokumenteras på ett enkelt och begripligt sätt. Vår verksamhet ska även vara trygg och säker. Följande egenkontroller har genomförts inom kvalitetsområdet *Rättssäker och säker verksamhet*.

Tabell 1. Egenkontroller som genomförts utifrån kvalitetsområde A.

Kontrollmål		Vad mäts/Metod
A. Rättssäker och säker verksamhet	A. 1 God kvalitet i dokumentationen	A.1.1. Följer dokumentationen socialstyrelsens föreskrifter?
		A.1.2. Finns dokumentation enligt föreskrifter och rutiner? (utförarverksamhet LSS)
		A.1.3 Har verksamheten tagit emot uppdraget i sociala system och har en stödperson/behandlare blivit utsedd?
		A.1.4. Överensstämmer motiveringen i förhandsbedömningar (barn och unga) med gällande rutiner och rättspraxis?
	A. 2 Utredningstider	A.2.1. Har nya ärenden blivit utredda skyndsamt (enligt rutin)?
		A.2.2. Vid inkommen orosanmälan (vuxna) - Görs förhandsbedömning skyndsamt enligt rutin?
		A.2.3. Vid inkommen orosanmälan (barn och unga) - Färdigställs förhandsbedömning inom 14 dagar?

	A.3 Medborgarens/brukarens s rätt till lika bedömning	A.3.1. Används utredningsinstrumentet ASI (Addiction Severity Index) i nya utredningar?
	A.4 Informationssäkerhet	A.4.1 Följs regler gällande hantering av dokument med sekretesskänsliga uppgifter?
	A.5 Felaktiga utbetalningar	A.5.1. Hur många anmälningar om felaktiga utbetalningar har inkommit?

Sammanfattning av erhållna resultat

A.1 God kvalitet i dokumentationen

Egenkontroller avseende god kvalitet i dokumentationen genomfördes inom samtliga enheter inom avdelningen.

A.1.1. Följer dokumentationen socialstyrelsens föreskrifter?

Enligt SOSFS 2014:5 ska dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL och LSS bland annat vara tillräcklig, väsentlig och korrekt (lättbegriplig, saklig och objektiv). Enligt rekommendation från stadens revisorer ska förvaltningen säkerställa att egenkontroll av personakter gör systematiskt. En avdelningsövergripande granskningsmall finns till stöd som utgår från dessa principer/begrepp.

Enheten för arbete och försörjning

Inom enheten för arbete och försörjning har granskningen visat på förbättringsmöjligheter inom samtliga områden. Kontrollen gjordes på totalt 7 ärenden, 4 kvinnor och 3 män. I samtliga ärenden fanns journalanteckningar. Granskningen har gjorts utifrån en av avdelningen framtagen mall för egenkontroll där enheten bedömer om dokumentationen är kortfattad, tillräcklig, nödvändig, saklig och visar på kontinuitet. Enheten bedömer att dokumentationen i de granskade journalerna håller en god kvalitet men att det finns förbättringsmöjligheter inom samtliga punkter. Urvalet är för litet för att kunna dra några generella slutsatser. De största avvikelserna gäller frågor kring om dokumentationen är tillräcklig och nödvändig. Under våren 2024 kommer ledningen tillsammans med handläggarna att genomföra en kollegiegranskning med fokus på de olika områdena i syfte att öka kunskapen kring dokumentation och förbättra kvalitén i handläggning av ekonomiskt bistånd.

Enheten för vuxna

Totalt har 161 ärenden granskats, varav 94 inom gruppen för funktionsnedsättning, 34 inom gruppen för beroende och 33 inom gruppen för socialpsykiatri. Vid aktgranskningen har medarbetare fått granska journalanteckningar i slumpmässigt utvalda ärenden och svara på en Esmaker-enkät om hur de upplever dokumentationen.

Dokumentationen i form av journalanteckningar har i huvudsak varit tillräcklig, väsentlig, ändamålsenlig samt saklig/objektiv. Ett fåtal avvikelser har identifierats. Flera av de avvikelser som förekommit i egenkontrollen bedöms vara så pass få att de inte kräver specifika åtgärder.

En åtgärd som kommer genomföras är att resultatet återrapporteras till hela enheten vid APT. I samband med detta kommer enheten att prata om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (2014:5) samt diskutera hur vi bör dokumentera. Förhoppningen är att en sådan återkoppling leder till ökad kunskap om dokumentation samt att det i förlängningen leder till ökade resultat vid en ny egenkontroll.

Enheten för barn och unga

20 ärenden har granskats varav 10 pojkar och 10 flickor. Urvalet motsvarar 4,4 % av enhetens pågående ärenden. I samtliga ärenden fanns journalanteckningar. Granskningen har gjorts utifrån avdelningen framtagen mall för egenkontroll bestående av frågor med svarsalternativ, ja, nej och delvis.

Avvikelser har identifierats inom frågorna om dokumentationen är kortfattad, avser annan person, är lättbegriplig och går att följa. De avvikelser och brister som upptäcktes vid kontrollen kan delvis bero på en kunskapsbrist gällande dokumentation och hur journalanteckningar bör skrivas för att de enkelt ska kunna följas av annan professionell aktör eller klient.

I jämförelse med tidigare egenkontroll bedöms kvaliteten på dokumentationen förbättrats. Det är enklare att följa journalerna, informationen som framkommer bedöms vara tillräcklig och det går att följa ärendena genom att endast läsa journalerna. För att fortsatt hålla god kvalitet i dokumentationen kommer en workshop hållas för samtliga socialsekreterare på enheten kring förbättrad

dokumentation utifrån material enheten har fått från Sveriges kommuner och regioner (SKR). Detta syftar till att effektivisera dokumentationen så att socialsekreterare kan skriva kortfattade journaler men som samtidigt innehåller väsentlig information. Vid introduktion i som nyanställd socialsekreterare sker även genomgång med enhetens mentor kring journalföring och vad som ska inte respektive inte ingå i en journal. Detta har hållits under hela 2023 vilket även bedöms ha påverkat kvaliteten till det bättre.

Resursenheten

Bromma arbetsmarknadscenter

Granskningen har genomförts vid två tillfällen under våren. Egenkontrollen gjordes av medarbetare i verksamheten enligt Resursenhetens mall för egenkontroll av social dokumentation. Ett slumpmässigt urval av ärenden har gjorts.

Verksamheten bedömer att de följer socialstyrelsens föreskrifter gällande social dokumentation men det finns vissa utvecklingsområden. Det största utvecklingsområdet är regelbundenheten i dokumentationen.

De brister som finns gällande social dokumentation inom sysselsättningsverksamheten bedöms främst bero på svårigheter att hantera stadens sociala system. Samt brist på dokumentationstid då arbetsinstruktörer har sin största arbetstid inom dem praktiska verkstäderna. Nya arbetssätt har setts över och flera arbetsinstruktörer involveras i dokumentationen för samtliga ärenden.

Bromma boende- och stödinsatser

20 ärenden har valts ut slumpmässigt för granskningen. Tio stycken från Bromma boendestöd och tio stycken från Bromma försöks- och träningslägenheter.

Verksamheten bedömer att de följer Socialstyrelsens föreskrifter gällande dokumentation och att den är av god kvalitet. Det har dock identifierats brister och områden som behöver prioriteras.

Dokumentationen behöver i högre grad formulera arbetet mot uppsatta mål, specificera när i tid och rum insatserna ska utföras och hur verksamheten följer upp måluppfyllelse tillsammans med brukaren. Verksamheten ser styrkor kring att journalanteckningarna helt följer socialstyrelsens föreskrifter avseende begreppen; korrekta, väsentliga, sakliga och ändamålsenliga. I majoriteten av de granskade ärendena (70 %) så ger den löpande dokumentationen en aktuell bild av den enskilde. I 70 % av ärendena går det att utläsa hur man arbetar mot målen

Verksamheten har identifierat utvecklingsområden utifrån att 10 % av de granskade ärendena hade brister i dokumentationen. Ett annat utvecklingsområde är att löpande följa upp delmål i dokumentationen och bedömning i vilken utsträckning målen har nåtts. Brister i dokumentationen beror främst på att medarbetarna är fältförlagda med begränsad dokumentationstid men också delvis på grund av viss kunskapsbrist. Att förflytta granskningen till medarbetarnivå skulle öka möjligheten till både inläring och kompetensutveckling kring social dokumentation hos medarbetarna. Förutsättningar att skapa dokumentation som följer socialstyrelsens föreskrifter är redan skapade med schemalagd dokumentationstid, varför fokus på att systematiskt följa upp dokumentationen kommer att prioriteras under kommande verksamhetsår.

Långskeppets socialpsykiatriska boende

Granskning har skett vid två tillfällen under 2023 och gjordes av medarbetare i verksamheten enligt Resursenhetens mall för egenkontroll av social dokumentation. Medarbetares delaktighet i uppföljningen leder till inläring och ökade kunskaper kring social dokumentation.

Verksamheten följer socialstyrelsens föreskrifter gällande social dokumentation men det finns vissa brister och utvecklingsmöjligheter. Diskussioner har förts gällande vad som är väsentligt och etiskt korrekt att dokumentera. Det största utvecklingsområdet för medarbetarna på Långskeppet är att dokumentera utifrån genomförandeplanen, det vill säga beskriva hur man arbetar mot de uppsatta målen och hur verksamheten följer upp tillsammans med den boende. Bristerna gällande social dokumentation bedöms beror på kunskapsbrist och till viss av svårigheter att hantera stadens sociala system.

Bromma förebyggande och behandling (familjebehandling)

Medarbetare har granskat alla sina uppdrag i sociala system vid ett tillfälle under året. Granskning av dokumentationen har innefattat kontroll av punkterna; Närvarande, tema för samtalet, beslut, nästa steg, ny tid och vid ärendets avslut en sammanfattning. Resultatet presenteras inte närmre men det framkommer att dokumentationen bedöms vara av god kvalitet. Medarbetarna uttryckte att det var positivt för dem själva att ha en genomgång samt att diskutera resultaten med varandra.

A.1.2. Finns dokumentation enligt föreskrifter och rutiner? (utförare LSS)

Enheten för personligt stöd granskar tertialvis dokumentation inom verksamheterna utifrån frågeställningarna nedan;

1. Finns beslut för god man/förvaltare tillgängligt?
2. Är genomförandeplan upprättad?
3. Finns utsedd stödperson för varje brukare?
4. Finns ställföreträdande stödperson?
5. Förs löpande journalanteckningar?
6. Är eventuella arbetsanteckningar sammanfattade enligt rutin?

Enheten för personligt stöd har beslut om god man/förvaltare tillgängligt för samtliga brukare på grupp- och servicebostäder. På enhetens dagliga verksamhet finns inte beslut om god man/förvaltare tillgänglig.

Genomförandeplaner finns för samtliga brukare inom verksamheterna förutom i två fall. Det är många genomförandeplaner inom enheten som inte är uppdaterade eller uppföljda vare sig med brukare eller med beställare. En anledning är att beställarna inte alltid gör/hinner med årliga uppföljningar för alla brukare. Utifrån en fortsatt samverkan med enheten för vuxna är förhoppningarna att fler gemensamma uppföljningar görs jämfört med 2023. En annan anledning är att medarbetarna brister att regelbundet följa upp genomförandeplanen. Stödpersonerna behöver ta ett större ansvar och initiativ till att lyfta frågan om att ändra genomförandeplaner i och med att den är ett levande verktyg. Genomförandeplanen ska ändras utifrån behov, önskemål, uppnådda eller förändrade mål och delmål.

Enheten för personligt stöd arbetar med KOMPASS, vilket inkluderar genomförandeplaner och dokumentation för att höja kvaliteten. Arbetet med möjlighetsanalyser är tänkt att komplettera genomförandeplanen.

Samtliga verksamheter har en utsedd stödperson. Ställföreträdande stödperson finns dock bara på fem av sex granskade verksamheter. Den verksamhet som skiljer sig från övriga är Bromma dagliga verksamhet som inte har officiella ställföreträdande stödpersoner. På daglig verksamhet täcker medarbetarna upp för varandra i stödpersonskapet om ordinarie stödperson inte är på plats.

Stickprov har gjorts på sex av enhetens verksamheter gällande arbetsanteckningar. I hälften av de sex verksamheterna är arbetsanteckningarna sammanfattade i journalanteckningar enligt rutin. Avvikelser har identifierats inom några av verksamheterna gällande att det finns en viss fördröjning och att dokumentationen inte alltid sker inom 14 dagar. Samtliga brister har eller ska åtgärdas under tertial 1 2024.

A.1.3 Har verksamheten tagit emot uppdraget i sociala system och har en stödperson/behandlare blivit utsedd?

Resursenheten

Bromma arbetsmarknadscenter

Granskningen har genomförts vid två tillfällen under våren. Egenkontrollen gjordes av medarbetare i verksamheten enligt Resursenheten mall för egenkontroll av social dokumentation. Ett slumpmässigt urval av ärenden har gjorts.

Uppdrag bedöms tas emot enligt gällande rutiner och verksamheten arbetar för att säkerställa att en genomförandeplan upprättas inom gällande tidsram. Det största utvecklingsområdet för medarbetarna inom sysselsättningen är att upprätta genomförandeplaner enligt gällande tidsram. Samtliga deltagare har en arbetsinstruktör/arbetskonsulent kopplat till sitt ärende utifrån sin planering/schema för aktiviteter.

Bromma boende och stödinsatser

Uppdrag tas emot enligt gällande rutiner och verksamheten har under året arbetat för att säkerställa att genomförandeplan upprättas inom gällande tidsram. Då det finns två kontaktpersoner i varje ärende finns goda möjligheter att upprätta dokumentation enligt gällande föreskrifter. Det största utvecklingsområdet för medarbetarna är att upprätta genomförandeplan inom ram för utsatt tid. Endast i 45 % av ärendena har genomförandeplan upprättats inom 15 dagar från senaste beställning.

Långskeppets socialpsykiatriska boende

Uppdrag tas emot enligt gällande rutiner och verksamheten har under året arbetat för att säkerställa att en genomförandeplan upprättas inom gällande tidsram. Alla boende har två utsedda stödpersoner.

Bromma förebyggande och behandling (familjebehandling)

Medarbetare har granskat alla sina uppdrag i sociala system vid ett tillfälle under året. Granskningen innefattade att kontrollera om uppdrag funnits, om genomförandeplan funnits och om genomförandeplanen blivit stängd efter 6 veckor. En brist som uppmärksammats är att genomförandeplanen inte alltid blir stängd. Familjebehandlarna ska påminna socialsekreteraren att stänga denna då det gått 6 veckor men ibland missas detta och ibland har ärendet inte stängts trots påminnelse. Detta är ett utvecklingsområde som beställare och myndighet tillsammans ska se över.

A.1.4. Överensstämmer motiveringen i förhandsbedömningar (barn och unga) med gällande rutiner och rättspraxis? (BOU)

Syftet med egenkontrollen är att säkerställa att motiveringen i de förhandsbedömningar som har genomförts av enhetens mottagningsgrupp följer gällande rutiner och rättspraxis. 16 förhandsbedömningar inom mottagningsgruppen har granskats.

Sammanfattningsvis visar resultatet att det finns en tydlig motivering i samtliga ärenden om att inte inleda utredning. Bedömningarna är motiverade med hänvisning till att barn och unga exempelvis har andra stödkontakter, att barnet/den unge är skyddad från eventuellt våld alternativt att det inte framkommer någon oro i samtal med vårdnadshavare. Det finns även tydliga motiveringar till beslut om att inte hålla i barnsamtal under förhandsbedömningen. Mottagningsgruppen kan behöva se över barnsamtal samt hur de i förhandsbedömningar arbetar för att delaktiggöra barn. I majoriteten av de granskade förhandsbedömningarna har inte barnsamtal ägt rum, vilket kan ses som en brist i delaktiggörandet av barn i de beslut som fattas. Dock kan det även i vissa ärenden bedömas vara för barnets bästa att inte barnsamtal ägt rum.

Vidare har kontakt med vårdnadshavare inte tagits i ungefär hälften av de granskade förhandsbedömningarna. Informationsbrev om socialtjänsten och hur man kommer i kontakt har skickats ut i samtliga granskade ärenden. Det kan dock ses som behövligt att ta kontakt med vårdnadshavare kring inkommen orosanmälan för att ta del av vårdnadshavarens perspektiv. Vissa vårdnadshavare kan ha svårigheter till att ta stödkontakter på egen hand, genom att socialtjänsten tar kontakt med de föräldrarna skulle det eventuellt kunna underlätta för föräldrarna att få information om socialtjänsten samt ansöka om stöd. Det kan ses som en brist att endast skicka ut informationsbrev med anledning av risk att "tappa" vissa familjer där stödbehov finns. Sammantaget är det tydligt motiverat i de förhandsbedömningarna varför kontakt inte tas med vårdnadshavare.

Resultatet behöver återrapporteras till mottagningsgruppen och eventuella rutiner kring delaktiggörandet av familjer i förhandsbedömningsprocessen kan behöva ses över. Dock visar resultatet sammanfattningsvis att tydliga motiveringar till beslut om att inte inleda utredning finns i samtliga förhandsbedömningar. Inga ytterligare åtgärder bedöms därför vara nödvändiga.

A.2 Utredningstider

Egenkontroller avseende utredningstider genomfördes inom enheten för barn och unga och enheten för vuxna (beroende).

A.2.1. Har nya ärenden blivit utredda skyndsamt (enligt rutin)?

Enheten för vuxna

Resultatet visar att 47 % av ärendena som granskats har utretts inom fastställd utredningstid, vilket är en förbättring av resultatet jämfört med året innan då resultatet var 32 %. Socialpsykiatrien har vid denna mätning fått högre resultat jämfört med tidigare mätning, samtidigt som funktionsnedsättning och beroende har fått lägre resultat. Vid föregående mätning var urvalet litet. 13 ärenden och kan varit för litet för att spegla hur det ser ut på helheten. Denna egenkontroll omfattade granskning av 60 ärenden (20 per verksamhetsområde). Jämförelsen bör därför tolkas med försiktighet.

Andel kvinnor som fått sitt ärende utrett inom fastställd utredningstid är 66 %. Andel män som fått sitt ärende utrett inom fastställd utredningstid är 29 %. En anledning till könsskillnaderna i resultatet är att det i gruppen funktionsnedsättning och beroende är fler män i urvalet. Det är också inom dessa grupper flest personer inte fått sitt ärende utrett inom fastställd utredningstid. Det kan därmed delvis bero på inom vilken grupp ärendet utretts snarare än vilken könstillhörighet personen har. Inom gruppen för funktionsnedsättning är det främst utredningar enligt SoL som inte utretts inom fastställd utredningstid (1 månad). I urvalet framgår att det är flest män som sökt insatser enligt SoL. Resultatet kan därmed delvis bero på vilken insats personen har sökt enligt vilket lagrum snarare än vilken könstillhörighet personen har. Det bedöms vara för litet urval för att kunna göra någon mer generell analys.

Resultaten visar att det förekommer avvikelser bland ärenden främst inom grupperna för funktionsnedsättning och beroende i form av ansökningar som inte blivit utredda inom fastställd utredningstid. En anledning till längre utredningstid kan vara att kravet på

kommunicering stärkts. Att kommunicera ett ärende innan beslut innebär att utredningstiden förlängs. Chefsvakans och flera nyanställda på samma gång nämns som andra möjliga orsaker som kan ha påverkat resultatet.

Egenkontrollen har vidare identifierat utvecklingsområden och åtgärder inom enheten gällande rutinen för att avvisa/avskriva ärenden, att utredning ska inledas utan dröjsmål i sociala system och dokumentation som kan förbättras.

Enheten för barn och unga

Kontrollen har genomförts tre gånger under året. En lista på antal avslutade utredningar under tre perioder har inhämtats från sociala system. Utifrån listan har en sammanställning gjorts på antal utredningar som överskrider den lagstadgade tiden om fyra månader samt antal utredningar med förlängningsbeslut och orsak till överskriden utredningstid. Detta har gjorts genom att gå igenom varje ärende med överskriden utredningstid.

- I mätning för perioden 1 januari – 31 mars, avslutades totalt 203 utredningar varav 60 utredningar (30 %) hade överskridit lagstadgad utredningstid om 4 månader.
- I mätning för perioden 1 april – 30 juni, avslutades totalt 182 utredningar varav 36 utredningar överskridit den lagstadgade tiden om 4 månader (20 %).
- I mätning för perioden 1 juli – 30 september, avslutades totalt 203 utredningar varav 24 utredningar överskridit den lagstadgade tiden om 4 månader (12 %).

Sammanfattningsvis är utredningstider ett utvecklingsområde för enheten för barn och unga som behöver arbetas vidare med, dock har enheten ett tydligt förbättrat resultat under de tre mätningarna under året. Det förbättrade resultatet kan förklaras av bland annat en bättre struktur kring ärendeutdelning, konsulter har tagits in för att avlasta socialsekreterare och för att komma i fas samt workshop kring dokumentation utifrån material framtaget av Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Enheten för arbete och försörjning

Enheten har undersökt huruvida relationsvårdsteamets förhandsbedömningar överstiger 21 dagar samt att analysera eventuella orsaker och samband i de ärenden där tider överskrids. Av de 212 ärendena, där det är aktuellt att göra en förhandsbedömning inom 21 dagar, hade detta gjorts i 207 ärenden (98 %). I fem ärenden (2 %) har tiden överstigit 21 dagar. Andel ärenden där

tiden för förhandsbedömning överstiger 21 dagar är låg och har succesivt sjunkit sedan mätningen påbörjades. Nu görs en bedömning inom tidsangivelsen i 98 % av alla ärenden.

Det är angeläget att fortsättningsvis arbeta för att alla klienter ska få en förhandsbedömning inom tidsperioden, och säkerställa att det goda resultatet från året mätning bibehålls.

A.2.2. Vid inkommen orosanmälan (vuxen) - Görs förhandsbedömning skyndsamt enligt rutin?

Enheten för vuxna

Frågan om nämnden ska inleda en utredning eller inte måste avgöras från fall till fall vid en så kallad förhandsbedömning. En förhandsbedömning får inte dra ut på tiden eftersom en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL ska inledas utan dröjsmål. Det finns inga bestämmelser i lagstiftningen som anger hur lång tid en förhandsbedömning som gäller vuxna får ta innan nämnden beslutar att inleda eller inte inleda en utredning. Med hänsyn till rättssäkerheten för den vuxna är det dock viktigt att förhandsbedömningen inte drar ut på tiden. Underlag har inhämtats från sociala system och urvalet består av inkomna anmälningar under 2023-08-20 – 2023-10-20. De granskade orosanmälningarna avser 33 män och 14 kvinnor. Överlag visar resultatet på att kontakt tas skyndsamt vid inkommen orosanmälan. I majoriteten av de ärenden som kunnat granskas har en första åtgärd skett inom fyra dagar. I de ärenden där en första hantering dröjde 14 respektive 21 dagar saknas dokumentation som förklarar varför. Åtgärdstiden kan bero på att andra mer akuta anmälningar eller ärenden prioriterats. Avvikelser har uppmärksamats främst i tre ärenden. Återkoppling av denna egenkontroll till gruppen för beroende och socialpsykiatri planerades eftersom dessa grupper främst berörts i egenkontrollen. Det är också främst inom beroende som förhandsbedömningar görs regelbundet. Gruppen för funktionsnedsättning kommer också att ta del av resultatet. Återkoppling bedöms leda till ökad kunskap hos medarbetare och fortsatt gott resultat av hanteringen av förhandsbedömningar.

A.2.3. Vid inkommen orosanmälan (barn och unga) - Färdigställs förhandsbedömning inom 14 dagar?

Syftet med egenkontrollen är att sammanställa antalet inkomna anmälningar/ansökningar och antalet förhandsbedömningar som har överskridit lagstadgad tid om 14 dagar. En lista har hämtats från sociala system för samtliga inkomna anmälningar/ansökningar under fyra tillfällen 2023. Flera av de inkomna anmälningarna/ansökningarna har kontrollerats i

mottagningsgruppens egen statistikfil där de registrerar samtliga ärenden. Utifrån listorna har samtliga ärenden gått igenom för att få fram totala antalet förhandsbedömningar som har överskridit lagstadgad tid om 14 dagar.

Tabell 2. Resultat överskridna förhandsbedömningar

Resultat av egenkontroll			
Månad	Totalt antal inkomna anmälningar/ansökningar	Totalt antal överskridna förhandsbedömningar	Andel överskridna förhandsbedömningar
Januari	122	23	19 %
Februari	147	36	24 %
Mars	174	132	76 %
September	170	0	0 %

Försenade förhandsbedömningar kan innebära risker i form av att familjer inte får kontakt i tid med enheten, att oron för barnet är förhöjt när utredning inletts alternativt att motivationen hos familjer att få stöd sjunker ju längre tid det går för kontakten. Resultaten förbättras markant under året till följd av olika åtgärder och omständigheter. En handlingsplan togs fram i mottagningsgruppen som bland annat avsåg att hantera de förhandsbedömningar som varit försenade. Den stora andel försenade förhandsbedömningar som förelåg i början av året berodde dels på ett högt ärendeflöde i kombination med brist på personal. Gruppen har under våren 2023 haft hög korttidsfrånvaro bland medarbetare som har påverkat att akuta ärenden i första hand har behövt prioriteras och att gruppen har hamnat efter med vissa av förhandsbedömningarna. Arbetsgruppen har fått en ny biträdande enhetschef från och med september och gruppen har ett antal nya socialsekreterare och frånvaro i gruppen har minskat.

A.3 Medborgarens/brukarens rätt till lika bedömning

A.3.1. Används utredningsinstrumentet ASI (Addiction Severity Index) i nya utredningar?

Enheten för vuxna

Syftet med denna egenkontroll är att säkerställa att utredningsinstrumentet ASI används i nya utredningar inom gruppen för beroende inom Enheten för vuxna.

ASI (Addiction Severity Index) är en standardiserad bedömningsmetod i intervjuform avsedd för användning i missbruks- och beroendeverksamhet. Huvudsyftet är att kartlägga den enskildes problemsituation. Den finns i två varianter, en grundintervju (ASI Grund) och en uppföljningsintervju (ASI Uppföljning). Metoden är framtagen och utvecklad av Socialstyrelsen.

Enligt Socialstyrelsen ska en ny ASI Grund göras med tvåårsintervall. Socialstyrelsens rekommendationer har diskuterats inom Stockholm stad på stadens ASI-nätverk som sammankallas av Socialförvaltningen. Slutsatsen av dessa diskussioner har varit att fem år ses som ett rimligt intervall att genomföra ASI Grund på förutsatt att situationen är relativt oförändrad.

Uppgifter har inhämtats från sociala system över samtliga pågående ärenden i beroendegruppen datumet 2023-07-05 och urvalet består av 76 personer. Egenkontrollen avser att mäta om det har genomförts en ASI grund inom de senaste fem åren, och i så fall hur många procent som är genomförda alternativt om det saknas ASI och om dessa då finns registrerade som bortfall. Resultatet visar att det i 51 av 76 ärenden finns en ASI Grund registrerad de senaste fem åren, varav ett är registrerat som ett bortfall. I 25 ärenden saknas en ASI Grund.

Sammanfattningsvis tyder resultatet på att personer med beroende är en komplex målgrupp där det ibland krävs akutstyrda insatser som behöver prioriteras. Personer med beroendeproblematik har ofta en samsjuklighet som också påverkar deras förmåga att fullt ut delta i den kartläggning och utredning som ASI innebär. Med detta i åtanke kan resultaten i egenkontrollen tolkas på så sätt att medborgarens/brukarens rätt till lika bedömning genom utredningsinstrumentet ASI tillgodoses i relativt hög utsträckning. Resultatet tyder samtidigt på att enheten för vuxna behöver upprätta rutiner och arbetssätt för ASI.

A.4 Informationssäkerhet

A.4.1 Följs regler gällande hantering av dokument med sekretesskänsliga uppgifter?

Enheten för personligt stöd

Enheten för personligt stöd skulle enligt planeringen genomfört en egenkontroll i form av okulär besiktning kring informationssäkerhet i verksamheterna. Enheten har under året istället fokuserat på

kunskapshöjande insatser kring informationssäkerhet för medarbetarna. Workshops har skett under 2023 för medarbetare i GDPR och informationshantering och först under 2024 kommer okulära besiktningar att genomföras. Workshops har anordnats vid nio tillfällen under 2023 och 83 medarbetare har deltagit. Innehåll vid workshops har varit;

- Vad är GDPR och skillnad gentemot PuL
- Vilka rättigheter och skyldigheter har man utifrån GDPR?
- Vilket ansvar åligger oss utifrån GDPR och sekretess?
- Hur ska vi hantera känslig information, icke känslig information och sekretesshandlingar?
- Vad är viktigt att tänka på i kommunikationsvägar på våra kontor och hur vi hanterar vår e-post utifrån GDPR?
- Vad är viktigt att tänka på utifrån hur våra kontor ser ut för att säkra våra verksamheter utifrån GDPR?

A.5 Felaktiga utbetalningar

Egenkontroll avseende felaktiga utbetalningar har genomförts inom enheten för arbete och försörjning. Inom enheten finns en särskild handläggare för felaktiga utbetalningar.

A.5.1. Hur många anmälningar om felaktiga utbetalningar har inkommit?

Enheten för arbete och försörjning

Årsmålet på 10 anmälningar om felaktiga utbetalningar (FUT) är uppnått. Under året har 16 FUT-anmälningar gjorts, varav 3 anmälningar är avskrivna och 2 har ej lett till utredning. Inget ärende har lett till en polisanmälan. Totalt är 22 FUT-ärenden aktuella under året. Majoriteten av ärenden är aktualiserade på grund av klientens agerande, men i två av fallen beror den felaktiga utbetalningen på bristande inkomstkontroller.

FUT-anmälningarna har successivt ökat. Det beror bland annat på att FUT-handläggaren har uppmanat handläggare att ta direktkontakt med FUT-handläggaren vid misstanke om felaktiga utbetalningar, i syfte att göra en genomgång och bedömning av ärendet. Under våren 2024 planeras att FUT-handläggaren ska hålla en FUT-utbildning för nyanställda.

Delaktighet, självbestämmande och integritet (E)

För att säkerställa en god kvalitet ska vår verksamhet säkerställa den enskildes delaktighet och dennes rätt att fatta egna beslut. Vi ska särskilt beakta och tänka på detta när den enskilde är ett barn. Alla ska bli hörda, sedda och bekräftade i kontakten med oss. Vår verksamhet ska även respektera den enskildes integritet vilket innebär att vi respekterar den enskildes rätt till sin person. Följande egenkontroller har genomförts inom kvalitetsområdet *Delaktighet, självbestämmande och integritet*.

Tabell 3. Egenkontroller som genomförts inom kvalitetsområde E

	Kontrollmål	Vad mäts/Metod
E. Delaktighet, självbestämmande och integritet	E.1 Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	E.1.1. Har brukaren fått information om kommunalt bostadstillägg (KBF) vid erbjudande om särskilt boende enligt SoL och LSS?
	E.1 Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	E.1.2. Har brukaren varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen?
	E.1 Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	E.1.3. Hur är brukarens upplevelse av delaktighet och bemötande inom enheten för arbete och försörjning?
	E.1 Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	E.1.5 Finns förändringsplaner upprättade i aktuella ärenden?
	E.1 Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	E.1.6 Varför slutar medborgare ansöka om ekonomiskt bistånd? (avslutsorsaker)
	E.2 Självbestämmande	E. 2. 1 Hur är brukarnas upplevelse av självbestämmande inom gruppboendestäder, serviceboendestäder och daglig verksamhet i egen regi?
	E.4 Barnets rätt att komma till tals	E.4.1. Vid omprövningar/övervägande (placerade barn); har handläggaren träffat barnet?

	E.4 Barnets rätt att komma till tals	E.4.2. Har barnsamtal genomförts samt dokumenterats under utredningen (barn från 4 år och uppåt)?
--	--------------------------------------	---

Sammanfattning av erhållna resultat

E.1 Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet

Egenkontroller avseende delaktighet i frågor som rör det egna ärendet genomfördes inom Resursenheten, enheten för vuxna samt enheten för arbete och försörjning.

E.1.1. Har brukaren fått information om kommunalt bostadstillägg (KBF) vid erbjudande om särskilt boende enligt SoL och LSS?

Enheten för vuxna

Syftet med egenkontrollen är att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får information om kommunalt bostadsbidrag (KBF) vid erbjudande om särskilt boende enligt SoL och LSS, för att ingen ska tacka nej till erbjuden plats på grund av hög hyra. Totalt har 12 brukare fått erbjudande om särskilt boende enligt SoL eller LSS, varav 11 brukare har fått information om KBF vid erbjudandet. Resultatet visar på att handläggare har kunskap om att KBF kan vara en förutsättning för att brukare ska ges möjlighet till en ändamålsenlig bostad. Resultatet visar även att det finns en risk för att informationen missas vid för hög arbetsbelastning. Den avvikelse som funnits är så pass låg att det inte kräver vidare åtgärder.

E.1.2. Har brukaren varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen?

Resursenheten

Bromma arbetsmarknadscenter

Granskningen har genomförts vid två tillfällen. Båda tillfällen har varit under våren. Egenkontrollen gjordes av medarbetare i verksamheten enligt Resursenheten mall för egenkontroll av social dokumentation. Ett slumpmässigt urval av ärenden har gjorts. Deltagarna på Bromma Arbetsmarknadscenter är delaktiga i att upprätta sina genomförandeplaner

Bromma boende och stödinsatser

Majoriteten av brukarna har varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen.

Långskeppet

De flesta boende på Långskeppet är delaktiga i hela eller delar av processen att upprätta en genomförandeplan. Alla har möjlighet och erbjuds/motiveras att delta.

E.1.3. Hur är brukarens upplevelse av delaktighet och bemötande inom enheten för arbete och försörjning?

Enheten för arbete och försörjning

Under november skickades en brukarenkät till 346 biståndsmottagare i syfte att öka brukarinflytandet och få underlag till den fortsatta utvecklingen av enhetens arbetssätt och metoder. En fjärdedel av klienterna besvarade enkäten och könsfördelning var jämn. Knappt 6 av 10 klienter har haft ekonomiskt bistånd längre än 10 månader. Drygt hälften av klienterna anser att socialsekreteraren frågar efter deras synpunkter på hur situationen skulle kunna förändras, och 43 procent anser att de har kunnat påverka mycket/ganska mycket vilken typ av hjälp som socialtjänsten gett. På frågan om en bedömning av enhetens sammantagna stöd, anger 64 procent av klienterna att de är mycket/ganska nöjd med det stöd de fått. Ett arbete kommer nu att göras för att analysera resultatet och utifrån det planera för förändrade arbetssätt utifrån resultatet.

E.1.5 Finns förändringsplaner upprättade i aktuella ärenden?

Enheten för arbete och försörjning

Förändringsplaner ska upprättas i ärenden gällande ekonomiskt bistånd. Förändringsplanen är ett instrument som används för att tydliggöra de förändringar som ska till för att klienten ska nå självförsörjning samt vilka krav som ställs på klienten för att denne ska vara berättigad ekonomiskt bistånd. Syftet med egenkontrollen är att följa utvecklingen av genomförda förändringsplaner i ärenden, där det är lämpligt.

Sammanställningen visar att 199 av 275 klienter, det vill säga 72,4 % har en aktuell förändringsplan. Könsskillnaderna är marginella. Resultatet innebär en ökning från föregående mätning då 56 % hade en förändringsplan. Under 2022 gick biträdande enhetschef, metodutvecklare och två socialsekreterare en utbildning i implementering av arbetssätt och ett nytt sätt att arbeta kring

förändringsplanerna påbörjades i januari 2023. Arbetet har intensifierats under hösten 2023 genom att involvera medarbetarna i arbete med förändringsplaner, arbetet bedöms ha lett till förbättrade resultat.

E.1.6 Varför slutar medborgare ansöka om ekonomiskt bistånd? (avslutsorsaker)

Enheten för arbete och försörjning

Enligt enhetens rutin framkommer att när en utredning/ärende avslutas ska anledningen till detta registreras i sociala system. Det är därför av vikt att utreda varför klienten inte längre ansöker om ekonomiskt bistånd. För att utreda anledningen till att en person slutat att ansöka om ekonomiskt bistånd och för att säkerställa att behovet inte kvarstår bör socialsekreteraren göra ett kontaktförsök innan ärenden avslutas. Kontaktförsöket kan vara via telefon eller brev och ska dokumenteras i journalen.

Under 2023 registrerades 286 avslutsorsaker, varav 11,5 % avser *Börjat arbeta* och 4,2 % avser *Börjat studera*. Avslutsorsaken *Beviljats någon form av ersättning* (A-kassa, pension/äldreförsörjningsstöd, sjukersättning etc.) är 13,2 %. I 38,1 % är avslutsorsaken *Okänd*.

E.2 Självbestämmande

E. 2. 1 Hur är brukarnas upplevelse av självbestämmande inom gruppboheter, serviceboheter och daglig verksamhet i egen regi?

Enheten för personligt stöd

Resultat och analys utgår från stadens brukarenkät som genomfördes under hösten 2023. Resultatet nedan baseras på stadsdelsrapporten för egen regi för respektive insats (daglig verksamhet, gruppbohet och servicebohet). Frågan som ställs är ”Får du bestämma om saker som är viktiga för dig i din dagliga verksamhet?” eller ”Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?”.

Daglig verksamhet

Svarsfrekvensen inom Brommas dagliga verksamhet i egen regi var 66 % att jämföra med staden där utfallet var 57 %.

Andelen personer som upplever att de kan påverka insatsens utformning 2023 har ökat och andelen som upplever att de kan

påverka insatsens utformning är 92 % (stadens genomsnittliga resultat är 80 %). Utfallet är 8 procentenheter bättre än 2022 då resultatet var 80 %. Andelen män som upplever att de kan påverka insatsens utformning är 81 % och för kvinnor 100 %.

Gruppbostad

Svarsfrekvensen inom Brommas gruppbostad i egen regi var 83 % att jämföra med staden där utfallet var 62 %.

Andelen personer som upplever att de kan påverka insatsens utformning 2023 är 84 % (stadens genomsnittliga resultat är 82 %). Andelen som upplever att de kan påverka insatsens utformning har minskat med två procentenheter från 2022. Andelen män som upplever att de kan påverka insatsens utformning är 81 % och för kvinnor 88 %.

Servicebostad

Svarsfrekvensen inom Brommas servicebostäder i egen regi, var 30 % att jämföra med staden där utfallet var 50 %.

Andelen personer som upplever att de kan påverka insatsens utformning 2023 är 71 % (stadens genomsnittliga resultat är 80 %). Andelen som upplever att de kan påverka insatsens utformning har minskat från 2022 då resultatet var 100 %. Resultat per kön redovisas inte på grund av för få svar.

Sammanfattning

Brommas resultat är goda när det gäller daglig verksamhet och gruppbostad. Det finns dock könsskillnader som behöver analyseras vidare inom enheten då kvinnor är mer nöjda än män. Inom servicebostäderna är svarsfrekvensen låg och resultatet likaså vilket kan ha påverkats av en omfattande flytt av en av de två verksamheterna under hösten. Några brukare väljer aktivt att inte svara. Några vill svara på egen hand utan frågeassistenternas stöd, och här har personal inte kunnat följa upp om brukarna faktiskt besvarade brukarundersökningen. Här behövs ett arbete göras för att öka svarsfrekvensen för att få ett resultat som speglar helheten. Vidare behöver arbete fortsätta för att brukare ska känna självbestämmande i verksamheterna.

Begreppen självständighet och delaktighet är viktiga parametrar i det arbete som sker ute i personal-grupperna i och med Pedagogiskt Ramverk samt KOMPASS. En förhoppning finns om att detta stärker vikten av att alla som bor och deltar inom enhetens verksamheter får ytterligare känsla av självbestämmande och

delaktighet. Enheten säkrar arbetsmetoder och processer via genomförandeplaner, möjlighetsanalyser, boendemöten, individuella planeringar samt många fler tillfällen, såväl direkt i vardag som i planering.

E.4 Barnets rätt att komma till tals

E.4.1. Vid omprövningar/övervägande (placerade barn); har handläggaren träffat barnet?

Egenkontrollen har genomförts vid två tillfällen under året, juli och oktober. Urvalet har bestått i 20 ärenden vid respektive mätning, tio flickor och tio pojkar. Majoriteten av ärendena avser familjehemsplacerade barn. Det är den senaste omprövningen/övervägandet under året som har kontrollerats. Resultatet visar att socialsekreterare i majoriteten av ärenden har träffat barn inför att en omprövning/övervägande ska ske (i 16 respektive 15 av de 20 granskade ärendena). Det kan finnas omständigheter som påverkar möjligheten för socialsekreterare att träffa barnen, exempelvis att de rymmer från sin placering eller är placerade långt utanför Stockholm vilket inte alltid möjliggör regelbundna fysiska träffar med barnet.

Det som behöver undersökas vidare är om dokumentation i journalen missas ibland. Detta då barnens uppfattning och inställning till vården framkommer i andra dokument i samtliga ärenden. En workshop har ägt rum i oktober gällande barns delaktighet vid nyplacering, omplacering och hemflytt. Detta för att öka barns delaktighet vid placering och uppföljning samt för att öka kompetens kring vad som ska följas upp och vad som är av vikt att dokumentera. Samtliga socialsekreterare i utredargrupperna och familjevårdsgruppen deltog i workshopen. En rutin har även tagits fram avseende omprövning/övervägande där det framkommer att uppföljning med barnet ska göras och dokumenteras. Då resultatet dock visar på att i majoriteten av ärendena har socialsekreterare träffat barnet samt att flera åtgärder vidtagits under året kopplat till barns delaktighet under placering behöver inga ytterligare åtgärder vidtas i nuläget.

E.4.2. Har barnsamtal genomförts samt dokumenterats under utredningen (barn från 4 år och uppåt)?

Barns delaktighet under utredningstiden riskerar att mattas ut över tid. Syftet med egenkontrollen är därför att undersöka om barnsamtal äger rum under utredningen. En lista har inhämtats från sociala system med samtliga avslutade utredningar under år 2023.

Ett stickprov har gjorts på totalt 15 ärenden, 5 utredningar per utredargrupp på enheten.

Resultatet i egenkontrollen visar att barnsamtal äger rum i majoriteten av ärendena (14 av 15) och att socialsekreterarna träffar barnen för samtal både på socialkontoret och vid hembesök. I det fall som barnsamtal inte skett har en bedömning gjorts att det är olämpligt på grund av barnets funktionsnedsättning. Resultatet visar på en ökning från föregående år då 10 av 15 barnsamtal skett. Enheten har under året gjort ett kvalitetsarbete för att öka kvaliteten i ärenden, bland annat har workshops ägt rum under hösten kring barns delaktighet. Enheten har också en mentor som arbetar halvtid samt under våren och början av hösten har enheten haft en förstärkande socialsekreterare från förstärkningsteamet. Detta kan ha påverkat den ökade kvaliteten i ärendena.

Effektiva och samordnade processer (H).

För att säkerställa en god kvalitet ska vår verksamheterna utnyttja tillgängliga resurser på det mest effektiva och bästa sättet för att uppnå uppsatta mål. Utifrån en helhetssyn, och för den enskildes bästa, samverkar och samordnar vi våra processer externt och internt när vi mottar, utreder, beslutar, beställer, genomför och/eller avslutar ärenden och insatser, behandlingar, vård eller omsorg. Följande egenkontroller har genomförts inom kvalitetsområdet *Effektiva och samordnade processer*.

Tabell 4. Egenkontroller som genomförts inom kvalitetsområde H

	Kontrollmål	Vad mäts/Metod
H. Effektiva och samordnade processer	H.1 En fungerande process gällande avvikelshantering	H.1.1 Lyfts inkomna avvikelser och lex Sarah vid APT enligt rutin?
	H.2 En fungerande process gällande klagomål/synpunkter	H.2.1 Har rutinen gällande synpunkter och klagomål förankrats inom arbetsgrupperna under 2023?
	H.3 En samordnad process vid ärendeöverflyttning	H.3.1 Används checklistan från mottagning till utredning (för att säkerställa att alla utredningsåtgärder vidtagits)?
	H.4 Samverkan	H.4.1 Andel ärenden där samverkan skett

	H.4 Samverkan	H.4.2 Har uppföljning av beviljad insats genomförts tillsammans? utförare/beställare.
--	---------------	---

H.1 En fungerande process gällande avvikelshantering

H.1.1 Lyfts inkomna avvikelser och lex Sarah vid APT enligt rutin?

I Brommas rutin gällande lex Sarah framkommer att händelser enligt lex Sarah ska följas upp på arbetsplatsträff (APT). Enligt Brommas rutin kring avvikelserapportering ska chef presentera inkomna avvikelser och åtgärden på nästkommande APT.

Resultatet visar att inkomna avvikelser och lex Sarah lyfts på APT/verksamhetsmöten. Det har inte gjorts systematiskt, vilket kan bero på att det saknats i APT-årshjulet och i dagordningsmallen som HR tagit fram. Det kommer att lyftas in i dagordningsmallen under ”verksamhetsfrågor”. Enheterna behöver lyfta inkomna avvikelser och lex Sarah vid APT-möte, och de månader som det inte inkommit avvikelser kan det också vara av vikt att diskutera varför rapportering inte skett.

H.2.1 Har rutinen gällande synpunkter och klagomål förankrats inom arbetsgrupperna under 2023?

I tidigare kvalitetsberättelse har hanteringen av synpunkter och klagomål bedömts vara ett utvecklingsområde inom avdelningen. Därför beslutades att alla enheter ska förankra rutinen i sina arbetsgrupper för att säkra kunskapen om rutinen och att verksamhetscontroller genom en egenkontroll ska följa upp att detta gjorts.

Resultatet visar att samtliga enheter har förankrat rutinen vid APT/verksamhetsmöte. Det är av vikt att enheterna fortsätter förankra denna och andra rutiner systematiskt i verksamheten samt vid introduktion av nyanställda.

H.3.1 Används checklistan från mottagning till utredning (för att säkerställa att alla utredningsåtgärder vidtagits)?

Enheten för arbete och försörjning

För att säkerställa kvalitet i utredningar om rätt till bistånd samt att förebygga felaktiga utbetalningar har enheten utvecklat en checklista. I checklistan framkommer samtliga moment som ska

utredas för att rätten till bistånd ska kunna bedömas. Syftet med kontrollen är att säkerställa att checklistan används. Av samtliga sju ärenden som remitterats under april månad har checklistan använts i samtliga ärenden. Arbetsmomentet är ett förankrat arbetssätt. Vid eventuell kommande uppföljning kring arbetssättet skulle kvaliteten av de ifyllda listorna kunnat undersökas för att ge ytterligare underlag.

H.4.1 Andel ärenden där samverkan skett

Enheten för vuxna

Syftet med denna egenkontroll är att mäta andelen ärenden inom enheten där samverkan skett. Med ärenden avses här enskilda som är samtidigt aktuella vid andra grupper eller enheter inom avdelning socialtjänst och fritid (myndighetsutövning). Med samverkan avses alla möten där handläggare har samarbetat/informerat och träffat klienten tillsammans samt dokumenterat detta. Granskningen har genomförts genom att handläggare har registrerat uppgifter i en statistikfil vid tre tillfällen under 2023 där två frågor besvarats.

Tabell 5. Andel ärenden där samverkan skett

Arbetsgrupp	Aktuella	Samverkat	Andel
Funktionsnedsättning	48	36	75 %
Socialpsykiatri	68	38	56 %
Beroende	43	31	74 %
Totalt	159	105	66 %

Med ett resultat på 66 % har enheten nått uppsatt mål för 2023 som var på 50 %. Resultatet indikerar på att medarbetare inom enheten för vuxna samverkar i de ärenden där det är nödvändigt. Enheten har under 2023 arbetat med samverkan inom enheten genom att biträdande enhetschefer tagit fram en ny rutin för samverkan inom enheten. Denna har presenterats vid APT två tillfällen under året. Enheten har under även börjat ha gemensamma APT för hela enheten. Medarbetare upplever att samverkan och ansvarsfördelningen förtydligats. Enheten har även utvecklat samverkan med andra enheter under året.

Enheten för vuxna har ett högt antal personer som är samsjuka. Dessa ärenden är i regel mer komplexa och ställer högre krav på samverkan för att, i enlighet med förhållningssätten i Stockholms stads kvalitetsprogram, ha en helhetssyn med Stockholmnarnas fokus. Sammantaget ger egenkontrollen en indikation på att

Enheten för vuxna arbetar effektivt och samordnat för att säkerställa god kvalitet för de vi möter.

H.4.2 Har uppföljning av beviljad insats genomförts tillsammans? utförare/beställare.

Egenkontrollen har utförts av enheten för personligt stöd för att undersöka om uppföljning av beviljad insats har genomförts mellan utförare och beställare.

Stickproven har genomförts och visar att alla brukare inte haft fysiska uppföljningar under 2023. På två servicebostäder hade sex av 20 brukare en uppföljning. På de sex av gruppbofastäderna som kontrollerats var det 19 brukare av 31 som inte haft en fysisk uppföljning. Daglig verksamhet hade 40 uppföljningar under 2023.

Enheterna kommer fortsätta boka in löpande samverkansmöten under 2024 för att säkra kvaliteten.

Avvikelser

De insatser som socialtjänsten erbjuder ska vara av god kvalitet. Avvikelse rör händelser som avviker från gällande rutiner, lag, förordning, kvalitetsmål och/eller samverkansrutiner. Det vill säga att om en verksamhet inte når upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och beslut, föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera och utreda. Exempel på avvikelser kan vara avsaknad eller brist i dokumentation (journal/utredning), brister i arbetsrutiner och otillräcklig kompetens eller dåliga lokaler eller utrustning. Att identifiera och analysera fel och brister samt återföra dessa erfarenheter i verksamheten är en väsentlig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Effektiva rutiner för avvikelserapportering är nödvändigt för att systematiskt förbättra verksamheterna och säkra en god kvalitet i organisationen. Utan en ändamålsenlig avvikelserapportering kan organisationen och dess medarbetare inte lära sig av sina misstag. Följande resultat berör lex Sarah, övriga avvikelser och klagomål/synpunkter.

Lex Sarah

Bestämmelserna om lex Sarah innebär att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS samt vid Statens institutionsstyrelse, ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Den som fullgör uppgiften enligt ovan ska rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden i verksamheten. En lex Sarah utredning inleds efter att en rapport om missförhållanden inkommit och ska identifiera eventuella brister i organisationen och dess bakomliggande orsaker. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Det är viktigt att komma till rätta med brister i verksamheten och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer. Det är av stor vikt att verksamheterna använder sig av den information som kommer fram vid en utredning för att förebygga och förhindra att missförhållandet sker igen.

Tabell 6. Antal inkomna rapporter och inledda utredningar enligt lex Sarah

	Inkomna rapporter egen regi	Inledda utredningar egen regi	Inkomna rapporter enskild regi	Inledda utredningar enskild regi
2020	14	12	1	1
2021	17	16	0	0
2022	28	26	1	1
2023	20	18	0	0

Under 2023 inkom 20 lex Sarah rapporter varav samtliga inom egen regi. I 18 ärenden inleddes utredning. Sedan 2016 har det skett en jämn ökning i antal inkomna lex Sarah rapporter inom den egna verksamheten, emellertid stack 2019 och 2022 ut med ett högre antal rapporter. Under 2023 har det skett en minskning av rapporter inom enheten för barn och unga, vilket kan ha sin förklaring i att de har en stabilare arbetssituation med ett riktat fokus på systematiskt kvalitetsarbete och därmed uppnått en högre rättssäkerhet. Det har även skett en lägre minskning inom funktionsnedsättning och beroende. För att motverka risk för underrapportering av missförhållanden erbjuds regelbundet utbildningar för medarbetare och chefer gällande skyldigheterna att rapportera missförhållanden och avdelningens lokala rutiner.

Tabell 7. Rapporterad händelse utifrån inkomna rapporter 2023. (Parantes år 2022)

	Funktionsnedsättning	Barn och unga	Beroende	Socialpsykiatri	Ekonomiskt bistånd	Totalt
Psykiska övergrepp						0 (0)
Fysiska övergrepp						0 (0)
Brister i bemötande	1 (1)					1 (1)
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	2 (2)	9 (13)	0 (1)	1 (2)	2 (2)	14 (20)
Brister i utförande av insats	2 (5)			1 (0)		3 (5)
Sexuella övergrepp						0 (0)
Ekonomiska övergrepp	1 (0)					1 (0)
Brister i fysisk miljö, utrustning eller teknik			1 (0)			1 (0)
Annat	0 (1)		0 (2)			0 (3)
Totalt	6 (9)	9 (13)	1 (3)	2 (2)	2 (0)	20 (29)

Av de 20 lex Sarah-rapporter som inkommit under 2023 handlar 14 av dessa om brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande, tre berör brister i utförande av insats, en berör ekonomiska övergrepp, en berör brister i bemötande och en berör teknik. Nio av rapporterna har upprättats inom enheten för barn och unga, fyra inom enheten för vuxna, fyra inom enheten för personligt stöd, två inom enheten för arbete och försörjning och en inom resursenheten.

Tre av utredningarna utmynnade i påtaglig risk för missförhållande gällande brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande. Sju beslut fattades om missförhållanden gällande brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande och en om brister i bemötande. Två utredningar bedömdes handla om allvarliga missförhållanden och anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Den ena handlade om ekonomiskt övergrepp och den andra om brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande. För resterande inkomna rapporter bedömdes att det inte handlade om ett missförhållande, eller så inleddes inte utredning.

Enheterna sammanställer tertialvis inkomna avvikelser och lex Sarah i en framtagna mall för analys och översyn av åtgärder. Syftet med att sammanställa inkomna avvikelser är att se över mönster och tendenser som indikerar brister i verksamheten som behöver åtgärdas. Det är av vikt att kvalitetsbrister som sker leder till verksamhetsutveckling och för att förebygga att liknande brister sker igen.

Fem utbildningstillfällen har erbjudits till chefer och medarbetare inom avdelningen under året kring avdelningens rutiner gällande avvikelserapportering och lex Sarah. Syftet med utbildningarna är att säkra alla medarbetare och chefers kunskaper om skyldigheterna att rapportera och åtgärda brister som sker och med det bidra till en god kvalitet i verksamheterna.

Övriga avvikelser

Antalet inrapporterade övriga avvikelser ökade markant under 2022, då rapporterades totalt för avdelningen 1342 avvikelser. Av dessa rapporterades enheten för personligt stöd 1108. Den största orsaken till ökningen var att enheten för personligt ändrat sina rutiner från att varje verksamhet sparat sina avvikelser lokalt till att dessa har sammanställts på enhetsnivå. Antalet inrapporterade avvikelser för 2023 är totalt för avdelningen 465 stycken, den stora skillnaden mot föregående år är att enheten för personligt stöd endast rapporterat 200 stycken. Förklaringen till den stora minskningen av avvikelser inom enheten för personligt stöd är att verksamheterna då räknade

avvikelse på ett annat sätt men nu har det tydliggjorts vad en avvikelse är och hur den ska rapporteras.

Enheten för personligt stöd ser dock ett mörkertal av avvikelser som kan ha flera förklaringar. Det kan bero på att vissa avvikelser inte rapporteras korrekt, att medarbetarna åtgärdar situationen utan att rapportera incidenten som en avvikelse. Det kan i vissa fall bero på kunskapsbrister samt en lojalitet gentemot kollegor. Enheten kommer att göra en riktad insats under 2024 för utbilda medarbetare i avvikelshantering, samt arbeta för en samsyn kring rapportering, analyser, åtgärder och återkoppling. Enheten för barn och unga har en ökning med 32 avvikelser och de flesta rapporterades under första halvan av 2023. Övriga enheter har rapporterat avvikelser i ungefär samma omfattning som föregående år.

Tabell 8. Antal inkomna övriga avvikelser per enhet under 2023.

Enhet	2020	2021	2022	2023
Enheten för vuxna	0	0	7	9
Enheten för barn och unga	0	193	177	209
Enheten för arbete och försörjning	112	22	28	27
Enheten för Personligt stöd	0	1	1108	200
Resursenheten	0	0	18	20
Totalt	112	219	1342	465

En rapporterad händelse kan röra flera kvalitetsområden och flera avvikelser kan vara rapporterade i samma rapport, samt beröra fler enskilda. En sammanställning av avvikelserna med utgångspunkt i de åtta kvalitetsområdena visar att flesta avvikelser hamnar inom kvalitetsområdet *En rättssäker och säker verksamhet*. Oftast rapporteras det från avdelningens myndighetsenheter. Inom enheten för barn och unga avsågs det försenade förhandsbedömningar, att utredningar överskridit lagstadgad tid samt att verksamheten brustit i förhandsbedömning eller utredning. Enheten har tagits fram åtgärdsplaner, rutiner och checklistor, vilket har bidragit till att enhetens avvikelseanmälan minskade under tertiäl 2 och 3.

För enheten för personligt stöd handlar avvikelserna främst om kvalitetsområde *En tillgänglig verksamhet* med 104 inrapporteringar. Det handlar främst om bristfällig bemanning, vilket påverkat brukarna negativt eftersom de inte kunnat erbjudas

önskade insatser och aktiviteter. Enheten har startat ett bemanningsteam för att komma tillrätta med bemanningen samt för att öka kontinuiteten.

Tabell 9. Andel avvikelser utifrån respektive kvalitetsområde

Kvalitetsområde	Andel 2020	Andel 2021	Andel 2022	Andel 2023
En rättssäker och säker verksamhet (A)	85 %	98 %	2 %	54 %
En individanpassad verksamhet (B)	0 %	0 %	98 %	4 %
En tillgänglig verksamhet (C)	15 %	0 %	0 %	23 %
Ett gott bemötande (D)	0 %	0 %	0 %	4 %
Delaktighet, självbestämmande och integritet (E)	0 %	0 %	0 %	3 %
En kunskapsbaserad verksamhet som hjälper (F)	0 %	0 %	0 %	1 %
Personal med rätt kompetens (G)	0 %	0 %	0 %	4 %
Effektiva och samordnade processer (H)	0 %	2 %	0 %	7 %
Totalt	100 %	100 %	100 %	100 %

Det är viktigt att avdelningens rutin för avvikelse är känd, implementerad och att det finns en likställighet inom avdelningens enheter kring arbetet med avvikelser. Det är av vikt att enheterna fortsätter med att systematiskt förankra rutiner och att det även görs vid introduktion av nyanställda. Enheterna behöver lyfta inkomna avvikelser och lex Sarah samt åtgärder som planeras vid APT-möte/verksamhetsmöte.

Klagomål och synpunkter

En viktig del i att utveckla kvaliteten i socialtjänstens verksamheter är att få veta vad som är bra och framför allt vad som kan bli bättre. Inkomna synpunkter och klagomål från brukare/klienter och deras närstående är ett viktigt instrument i arbetet. Totalt för avdelningen inkom 180 positiva synpunkter och 138 klagomål. De flesta synpunkter och klagomål har tagits emot av utförarenheterna. Återkoppling har getts till den som lämnat klagomålet så snart det varit möjligt. Inkomna klagomål har tagits upp på mötesforum med medarbetare och även lyft i ledningsgrupperna. Vid behov har åtgärder genomförts för att situationen inte ska upprepas.

Tabell 10. Antal inkomna klagomål 2020-2023

Typ av klagomål	2020	2021	2022	2023
Tillgänglighet	17	12	22	15
Bemötande	22	18	13	34
Kompetens	4	4	10	17
Kontinuitet	6	4	8	1
Information	13	17	14	15
Handläggning	12	19	10	23
Insatsens innehåll	57	2	35	16
Annat	9	12	16	17
Totalt	140	88	128	138

138 klagomål har inkommit inom avdelningen, vilket är något fler från föregående år. *Bemötande* är det område där flest klagomål berör. En tredjedel av klagomålen gäller myndighetsenheterna, vilket är en ökning från föregående år. Troligen handlar det om att enheterna blivit bättre på att inhämta klagomål, vilket är positivt. Inom myndighetsenheterna avser klagomålen främst tillgänglighet och bemötande men även handläggning, kompetens och information.

Inom utförarverksamheterna handlar de flesta klagomålen om tillgänglighet, bemötande, information och insatsens innehåll. Klagomålen är av skiftade karaktär kring insatsen, aktiviteter, måltider och bemötande

Tabell 11. Antal inkomna positiva synpunkter

Typ av synpunkt	2020	2021	2022	2023
Tillgänglighet	15	17	29	25
Bemötande	40	27	30	22
Kompetens	29	14	16	15
Kontinuitet	8	1	2	3
Information	15	11	32	12
Handläggning	1	12	0	1
Insatsens innehåll	43	23	55	95
Annat	25	2	7	7
Totalt	176	107	171	180

Antalet positiva synpunkter och beröm har ökat något från föregående år. 180 positiva synpunkter har inkommit och drygt hälften handlar om insatsens innehåll. Inom myndighetsenheterna handlar de positiva synpunkterna främst om bemötande och kompetens.

Myndighetsenheterna har inom vissa enheter fått ett ökat antal mottagna klagomål. Det är fortfarande ett utvecklingsområde för avdelningen, att i högre grad ta emot och hantera både positiva synpunkter och klagomål som ett verktyg för att systematiskt utvärdera och förbättra verksamheten. De förvaltningsövergripande rutinerna behöver regelbundet förankras inom enheterna för att få en likställighet i hantering. Under 2024 kommer de förvaltningsövergripande rutinerna gällande synpunkter och klagomål ses över.

Sammanfattning av resultat

Under 2023 inkom 20 lex Sarah rapporter varav samtliga inom egen regi. I 18 ärenden inleddes utredning. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Det är viktigt att komma till rätta med brister i verksamheten och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer. Det är av stor vikt att verksamheterna använder sig av den information som kommer fram vid en utredning för att förebygga och förhindra eventuella risker.

Syftet med att sammanställa avvikelser, klagomål och synpunkter är att upptäcka mönster eller tendenser som tyder på brister i verksamhetens kvalitet och som innebär att exempelvis rutiner eller arbetssätt kan behöva ändras. Verksamhetscontroller har under 2023 erbjudit utbildningar löpande till chefer och medarbetare som har behov av en genomgång av rutinerna och att öka sina kunskaper inom området.

Tidigare år och även i år har flest avvikelser omfattat kvalitetsområdet en rättssäker och säker verksamhet och merparten av dessa avvikelser inkom från enheten för barn och ungas mottagningsgrupp och avsåg att förhandsbedömningarna inte färdigställdes inom 14 dagar på grund av arbetsbelastning. Inom enheten för barn och unga har arbetssituationen stabiliserats och det har gjorts ett kvalitetsarbete, vilket har bidragit till att enhetens avvikelse rapporterande minskade under tertiäl 2 och tertiäl 3.

För enheten för personligt stöd handlar avvikelserna främst om kvalitetsområde *En tillgänglig verksamhet* med 104 inrapporteringar. Det handlar främst om bristfällig bemanningen, vilket påverkat brukarna negativt eftersom de inte kunnat erbjudas önskade insatser och aktiviteter. Enheten har startat ett bemanningsteam för att komma tillrätta med bemanningen samt för att öka kontinuiteten.

Ett fortsatt utvecklingsområde är att analysera och föreslå åtgärder för att komma till rätta med avvikelserna. I de verksamheter där avvikelserapporteringen är låg behöver ett arbete göras för att öka rapporteringen. Utan rapportering av de brister som sker kan enheten inte utvecklas och bristerna riskerar istället att återupprepas.

Tillsyn

Syftet med tillsyn är att upptäcka och påtala brister som kan påverka säkerheten för enskilda. Avsikten är också att kontrollera att avdelningen uppfyller de lagstadgade kraven och upprätthåller en god kvalitet. En viktig del i tillsynen är att ta tillvara och sprida kunskap. Tillsyn kan bl.a. göras av IVO, socialinspektörer, funktionshinderinspektörer och kommunens revisorer.

Tillsyn av IVO inom enheten för barn och unga

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har genomfört en tillsyn av nämnden under 2022 avseende placerade barns delaktighet inför beslut om omplacering till annat boende eller vid hemflytt. Fokus för tillsynen var att granska hur nämnden gör placerade barn mellan 7 och 17 år delaktiga inför beslut om omplacering till annat boende eller beslut om att barnet ska flytta hem till sina föräldrar (hemflytt). IVO har vid bedömningen granskat om barnets rätt att vara delaktig tillvaratagits utifrån följande:

- barnets rätt till relevant information,
- barnets möjlighet att uttrycka åsikter och
- om barnets åsikter har tillmätts betydelse.

IVO överlämnade 2023 redovisning av tillsynen. De konstaterade att nämnden brister i att tillvarata barns rätt att vara delaktiga vid beslut om omplacering eller hemflytt. IVO konstaterar efter att nämnden redovisat åtgärder för att komma till rätta med den påtalade bristen att åtgärderna bedöms vara adekvata. IVO menar emellertid att det är för tidigt att avgöra om åtgärderna kommer att få avsedd och tillräcklig effekt. IVO påtalade att huvudmannens ansvar att följa upp åtgärdernas effekt.

Enheten för barn och unga har under 2023 genomfört egenkontroll gällande barns delaktighet i samband med omprövningar/övervägningar (E.4.1). Resultaten från årets egenkontroller är att socialsekreterare under 2023 i majoriteten av ärendena har träffat barnet inför att en omprövning ska ske.

Riksdagens ombudsmäns (JO) tillsyn

JO begärde nämndens yttrande gällande en enskild som i en anmälan klagat på att nämnden inte tillgodosett barnets rätt till sitt språk och kultur i samband med placering enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Förvaltningen

svarar i yttrandet att nämnden har beaktat barnens rätt till sitt språk och ursprung genom att anmäla barnen till modersmålsundervisning utifrån moderns önskemål om att barnen ska ha tillgång till det finska språket. Under beredningen av remissvaret, har det dock uppmärksammats att det saknas lokala rutiner för att mer konkret dokumentera vilka önskemål om tillgång till kultur, språk och ursprung som det finns vid familjehemsplaceringar utanför det egna hemmet och nätverket.

Justitieombudsmannen ger Bromma stadsdelsnämnd kritik under 2023 och menar att nämnden borde under den aktuella perioden varit mer aktiv för att på olika sätt ge barnen stöd att behålla kontakten med sitt kulturella ursprung samt bevara och utveckla sitt finska språk. Nämnden förtjänar kritik för att den inte har vidtagit tillräckliga åtgärder i den delen.

Kvalitetsgranskning av boendestöd inom socialpsykiatri

Stockholms stads funktionshinderinspektörer har granskat kvalitet i biståndsbedömda insatsen boendestöd som handläggs enligt socialtjänstlagen (SoL). Granskningen genomfördes utifrån en granskningsmodell baserad på kvalitetsområden framtagna av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och regioner (SKR). Aktuell kvalitetsgranskning avsåg boendestöd enligt SoL för personer inom verksamhetsområde socialpsykiatri. Den har genomförts i stadsdelsförvaltningarna Bromma, Enskede-Årsta-Vantör, Skärholmen och Enheten för hemlösa vid socialförvaltningen.

Granskningen visade på styrkor i utredningarna där det i flera utredningar framgår intressen, resurser och eventuella önskemål. Det redogörs även för den enskildes bakgrund och historia. Bedömningen är att detta sammantaget bidrar till en helhetsbild. Samtycken och sekretessmedgivanden framgår tydligt i flera ärenden i informationsrutan i Paraplyet.

De utvecklingsområden som framgår är att säkerställa löpande journalföring och att genomförandeplanen inkommer och stämmer överens med beställningen. Arbete med genomförandeplanen är en del av (systematisk) uppföljning. Det behövs en långsiktig planering för den enskilde. Vidare behöver det säkerställas att samtycken och sekretessmedgivanden är aktuella och vem eller vilka som sekretesseftergiften omfattar. Rutiner för arbete med våld i nära relation behöver tas fram.

Övrig tillsyn

Enheten för personligt stöd har haft tillsyn från revisionskontoret gällande kontinuitetsplaner med fokus på krisplaner och avbrott av sociala systemet. Bedömningen var att det fanns rutiner för både korta och längre avbrott. Det har även gjorts miljöinspektioner på två gruppbofasta där verksamheterna fick revidera städrutiner och var i övrigt godkända. Två brandtillsyn från Stockholms brandförsvär där verksamheten bedömdes bedriva ett systematiskt brandskyddsarbete på god nivå.

Risikanalyser

I avdelningens styrdokument för systematiskt kvalitetsarbete framkommer att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa och som medför brister i verksamhetens kvalitet. I riskanalysen bedöms sannolikheter för olika oönskade händelser och dess konsekvenser. Riskanalysen görs fortlöpande och dokumenteras.

Syftet med riskanalyser är att förebygga att kvalitetsbrister sker genom att vidta åtgärder innan kvalitetsbristen uppstår. Inom avdelningen har det inte funnits ett enhetligt sätt för att dokumentera genomförda riskanalyser utifrån kvalitet. Avdelningen har dock påbörjat användandet av ledningssystemet ILS för att arbeta med kvalitetsarbete i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). I ILS ingår att genomföra och dokumentera riskanalyser. Avdelningen väntar samtidigt på att kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9 ska utvecklas och uppdaterats.

Rutiner och processer

Avdelningen ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra en god kvalitet. En process definieras som en serie aktiviteter som skapar ett resultat som utgör ett mervärde för den enskilde. Andra viktiga kännetecken för en process är att den har en väldefinierad början och slut. I varje process ska vi identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning. Processerna ska beskrivas överskådligt, göras kända och finnas tillgängliga för medarbetarna. För varje aktivitet som identifierats ska en rutin tas fram som beskriver vem som är ansvarig, hur intern och extern samverkan ska se ut, hur aktiviteten ska utföras och hur man säkerställer att medarbetarna arbetar i enlighet med de framtagna och fastställda rutinerna.

Det har uppmärksammats att det finns ett stort behov av att förbättra och strukturera samarbetsytan ”ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Bromma, Socialtjänst och fritid”. Förbättringarna ska syfta till att göra avdelningens och enheternas rutiner och processer lättillgängliga för alla. Detta arbete kommer att påbörjas under 2024.

Övrigt kvalitetsarbete

En verksamhet, enheten för arbete och försörjning, har deltagit i Stockholms stads kvalitetsutmärkelse för 2023. Två verksamhetsuppföljningar har genomförts inom bostad med särskild service i egen regi och en inom socialpsykiatriska boendet.

Stockholms stads kvalitetsutmärkelse 2023

Enheten för arbete och försörjning deltog i Stockholms stads kvalitetsutmärkelse 2022 och 2023. Enheten upplevde att deltagandet var lärorikt och visade på hur mycket bra saker enheten gör men också vad enheten kan utveckla. Arbetsgruppens delaktighet och all beröm och feedback de fick från examinatorerna efter deras platsbesök upplevdes som det mest positiva.

I återföringsrapporten beskriver examinatorerna att enheten arbetar medvetet och systematiskt för att utveckla sin kommunikation i kontakt med målgruppen och för att nå ut till dem som skulle behöva ha kontakt med enhetens medarbetare. Enheten är väl medvetna om att kanalval och anpassningar av språk, tonalitet och tillgänglighetsanpassningar påverkar förutsättningar för kommunikation med målgruppen.

Medarbetarna har ett stort utrymme att påverka enhetens utveckling. Det finns tydliga rutiner för hur medarbetare kan inkomma med förslag på förbättring och har stöd av biträdande enhetscheferna och enhetens metodutvecklare. Samtliga medarbetare har i detalj varit delaktiga i enhetens framtagande av verksamhetsplanen. Bidraget kan med fördel redogöra för biträdande chefers ledarskapsidéer då de har personal, budget och arbetsmiljöansvar för majoriteten av medarbetarna. Enhetens målstruktur kan stärkas ytterligare av att de förväntade resultaten genomgående korrelerade med målet och att vaga begrepp undviks för att undvika tolkning av när målet anses uppnått.

Enheten kommer att ställa upp i Kvalitetsutmärkelsen även 2024 då det varit ett bra sätt att fortsätta arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet och ett roligt sätt att göra hela arbetsgruppen delaktig i det arbetet.

Verksamhetsuppföljningar i egen regi

Verksamhetsuppföljningar inom egen regi är en del av nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheterna. Avdelningen har under året genomfört verksamhetsuppföljning hos följande verksamheter som bedrivs i egen regi:

- Gruppbostad Annedal (LSS)
- Gruppbostad Kulla Gulla (LSS)
- Långskeppet socialpsykiatriska gruppbostad (SoL)

Verksamhetsuppföljningar är ett viktigt verktyg för intern tillsyn över att verksamheterna i egen regi bedrivs i enlighet med uppställda krav och kvalitetsmål. Verksamhetsuppföljningarna redovisas för nämnden i mars 2024 (dnr BRO 2024/60).

Den samlade bedömningen av de genomförda verksamhetsuppföljningarna är att verksamheterna bedriver en god och säker verksamhet men med visst behov av utveckling.

Gemensamt för uppföljningarna har varit att det saknades vissa skriftliga rutiner och en del av rutinerna behövde revideras. Efter komplettering är bedömningen att de täcker de krav som kan ställas på verksamheten.

Hinder för att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet som uttryckts under uppföljningarna har varit bland annat att det varit en ansträngd situation inom utförarverksamheterna, särskilt inom enheten för personligt stöd. Det handlar om svårigheter med kompetensförsörjningen inom verksamheterna. Arbete med schemaläggning, vikarietillsättning och rekrytering upptar mycket av ledningens tid.

Enheten för personligt stöd har en verksamhetsutvecklare och en metodutvecklare som arbetar med att driva det systematiska kvalitetsarbetet. Metodutvecklare deltar i avdelningens utvecklings- och kvalitetsforum för att kunna diskutera frågor kring avdelningens kvalitetsarbete och struktur och dela goda exempel.

Analys och sammanfattande bedömning

Syftet med denna kvalitetsberättelse är att ge en samlad bild av kvaliteten inom avdelning Socialtjänst och fritid under 2023 med utgångspunkt i de tre fokusområdena *Rättssäkerhet och säker verksamhet, Delaktighet, självbestämmande och integritet* (E) samt *Effektiva och samordnade processer* (H). Syftet har även varit att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar.

Sammanfattande bedömning och utvecklingsområden

Resultat av avdelningens kvalitet

Den sammanfattande bedömningen av avdelningens kvalitet 2023 inom de tre fokusområdena är att det både finns många goda resultat och några utvecklingsområden. Nedan listas några av avdelningens goda exempel och utvecklingsområden utifrån avdelningens systematiska kvalitetsarbete och resultat.

Goda exempel

- Arbetssätt ses över och utbildningar på flera olika nivåer sker för att öka avvikelserapporteringen och likställig hantering av dessa.
- Kvalitetsförbättrande åtgärder har vidtagits för att minska kvalitetsbrister i verksamheten, vilket lett till resultat och minskat antal avvikelser inom enheten för barn och unga.
- Flera enheter har inkluderat medarbetare vid genomförandet av egenkontroller vilket varit en bra och uppskattad metod som lett till ökade kunskaper och utvecklande diskussioner.
- Majoriteten av genomförda egenkontroller har lett till identifierade utvecklingsområden och planering för kvalitetsutvecklande åtgärder.
- Kvaliteten på den sociala dokumentationen har förbättrats sedan senaste uppföljning (barn och unga) (A).

- Det finns tydliga motiveringar till beslut om att inte inleda utredning i samtliga förhandsbedömningar gällande barn och unga (A).
- Resultatet har förbättrats inom socialpsykiatrien gällande om nya ärenden blivit utredda skyndsamt (A).
- Kontakter tas skyndsamt vid inkommen orosanmälan gällande vuxna (A).
- Andel ärenden där tiden för förhandsbedömning överstiger 21 dagar är låg och har successivt sjunkit sedan mätningen påbörjades (relationsvård) (A).
- Samtliga förhandsbedömningar (barn och unga) hanteras inom 14 dagar. Resultatet har förbättrats markant under året till följd av olika åtgärder (A).
- Andelen utredningar (barn och unga) som utretts inom lagstadgad tid har ökat successivt under året (A).
- Antalet anmälningar om potentiellt felaktiga utbetalningar har ökat (A).
- Personer med funktionsnedsättning får information om kommunalt bostadstillägg i samband med erbjudande om bostad med särskild service (E).
- Majoriteten av brukarna har varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen (socialpsykiatrien) (E).
- Andelen personer med en förändringsplan har ökat (ekonomiskt bistånd) (E).
- Andelen personer som upplever att de kan påverka insatsens utformning 2023 har ökat inom Brommas dagliga verksamhet (personer med funktionsnedsättning) (E).
- I majoriteten av ärendena har socialsekreterare träffat placerade barn i samband med överväganden/omprövning av placeringen. Flera åtgärder har vidtagits under året kopplat till barns delaktighet under placering (E).

- Barnsamtal äger rum i majoriteten av ärendena (barn och unga) och resultatet har förbättrats från föregående mätning (E).
- Samtliga enheter har förankrat rutinen om synpunkter och klagomål vid APT/verksamhetsmöte (H).
- Nya arbetssätt har utvecklats 2023 kring samverkan i ärenden som är aktuella inom flera grupper inom enheten för vuxna vilket bidragit till ökad samverkan (H).

Utvecklingsområden

- Säkerställa att alla planerade egenkontroller genomförs.
- Resultaten behöver i vissa fall presenteras tydligare för att tydligare kunna visa vad analysen och planering av åtgärder baseras på samt för möjlighet till jämförelser.
- De resultat som presenteras ska i samtliga fall analyseras och en bedömning ska göras om det finns behov av verksamhetsutvecklande åtgärder.
- Könsuppdelade resultat och jämställdhetsanalyser bör inkluderas i fler egenkontroller.
- Urvalet är i några genomförda egenkontroller för litet för att kunna dra några generella slutsatser kring resultatet.
- Arbetssätten för avvikelshantering behöver försätta implementeras. Några verksamheter rapporterar inte avvikelser systematiskt.
- Enheterna behöver lyfta inkomna avvikelser och lex Sarah vid varje APT-möte/verksamhetsmöte.
- Resultatet har försämrats inom funktionsnedsättning och beroende gällande att nya ärenden blivit utredda skyndsamt (A).
- Genomförandeplaner ska i högre grad upprättas inom gällande tidsram efter att en beställning inkommit (socialpsykiatri) (A).

- Andelen personer som upplever att de kan påverka insatsens utformning 2023 har minskat inom Brommas servicebostäder och är lägre än stadens genomsnittliga resultat. Svarsfrekvensen är även låg (E).
- I majoriteten av ärendena har beställare och utförare inte genomfört uppföljning tillsammans (personer med funktionsnedsättning) (H).

Det är av största vikt att enheterna tar tillvara på de utvecklingsbehov som visat sig genom egenkontroller och inkomna avvikelser och vidtar relevanta åtgärder för att förbättra kvaliteten i verksamheterna. En del resultat kan leda till vidare utredning och analys och identifiering av nya granskningar som kan behöva genomföras. Kvalitetsområdet rättssäker och säker verksamhet har resultat från egenkontrollerna 2023 som förbättrats i flera avseenden och sticker här inte längre ut som det kvalitetsområde där flest utvecklingsbehov identifierats. Majoriteten av lex Sarah-ärendena under året berör dock detta kvalitetsområde och bedöms därför behöva vara i fokus för uppföljning även 2024. Vidare finns flera goda exempel från det systematiska kvalitetsarbete som bedrivs inom avdelningens enheter och i de resultat som visar sig från egenkontrollerna.