



Stockholms
stad

Bilaga - Egenkontroller

Kvalitetsberättelse 2021
Socialtjänst och fritid

Egenkontroller 2021 – Socialtjänst och fritid

Nedan presenteras de egenkontroller som genomförts inom avdelningen i sin helhet som hör till de tre kvalitetsområdena som varit i fokus. Egenkontrollerna nedan presenteras sammanfattande i kvalitetsberättelsen 2021.

Tabell 1 – Genomförda egenkontroller inom kvalitetsområde *en rättssäker och säker verksamhet* (A), *ett gott bemötande* (D) samt *rätt till delaktighet, självbestämmande och integritet* (E)

Kvalitetsområde	Kontrollmål	Vad mäts/metod
En rättssäker och säker verksamhet	I. 1 God kvalitet i dokumentationen	I.1.2. Aktgranskning (EKB inom Barn/Ungdom): Andel barn där genomförandeplan upprättats samt andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats. Uppdelat på kön.
		I.1.3. Aktgranskning (EKB inom Barn/Ungdom): Andel barn där individuppföljning skett systematiskt samt andel uppföljningar som beaktat personliga utgifter. Uppdelat på kön.
		I.1.4. Aktgranskning av dokumentation - stickprov utifrån granskningsmall
		I.1.5. Granskning av dokumentation inom utförarverksamhet enligt framtagen checklista med tillhörande frågor: 1. Finns beslut för god man/förvaltare tillgängligt? 2. Genomförandeplan är upprättad?/ Uppföljning 3. Finns utsedd stödperson för varje brukare? 4. Finns Ställföreträdande stödperson? 5. Förs Löpande journalanteckningar? 6. Är eventuella arbetsanteckningar sammanfattade enligt rutin?

	I. 2 Utredningstider	I.2.1. Utredningstiden på avslutade utredningar enligt 11 kap. 1 § SoL gällande barn (ej faderskapsutredningar och/eller yttranden) på Barn- och Ungdomsenheten uppdelat på kön. Uttag från verksamhetssystemet.
		I.2.2. Aktgranskning (Barn/Ungdom): Stickprov Vid utredningar längre än 4 månader - finns förlängningsbeslut (och vilka är skälen till förlängning).
		I.2.3. Utredningstiden på avslutade utredningar på Vuxenenheten (missbruk) uppdelat på kön. Uttag från verksamhetssystemet
	I.3 Kommunikering	I.3.1. Aktgranskning (barn/ungdom): Stickprov - Har kommunikering skett i laga ordning. Uppdelat på kön.
Ett gott bemötande	L. 1. Medborgaren/brukaren ska få ett gott bemötande	L.1.1. Frågor om bemötande i brukarenkäter
	L.2. Diskriminering	L.2.1. Frågor om diskriminering i brukarenkäter
Rätt till delaktighet, självbestämmande och integritet	M. 1. Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	M.1.1. Frågor om delaktighet i brukarenkäter
		M.1.2. Aktgranskning (Alla enheter förutom f-stöd): Antal upprättade genomförandeplaner i pågående insats. Uppdelat på kön.
		M.1.3. Aktgranskning (F-stöd): Antal upprättade förändringsplaner inom tre månader från första kontakt. Uppdelat på kön.

God kvalitet i dokumentationen

Kontrollmål	Vad mäts/metod
A. God kvalitet i dokumentationen	Aktgranskning (EKB inom barn/ungdom) Andel barn där genomförandeplan upprättats samt andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats.

Metod

Under perioden 1 januari-31 oktober 2021 har totalt 17 ensamkommande barn, på enheten för barn och unga, varit aktuella genom placering på särskilda boenden såsom HVB eller stödboende. Samtliga av dessa ärenden har granskats manuellt genom Stockholm stads verksamhetssystem (Sociala system – Paraplyet) för att få svar på andel barn där genomförandeplan upprättats samt andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats. Endast den digitala akten har granskats vilket medför att det kan finnas genomförandeplaner i den fysiska akten som inte importerats i den digitala akten. Ensamkommande barn som är placerade i jour- eller familjehem inkluderas inte i granskningen.

Resultat

Tabell 1 och 2 visar resultatet för de totalt 10 ensamkommande barn som varit placerade i särskilda boenden under granskningsperioden. Tabellen visar den totala andelen med upprättade genomförandeplaner samt fördelat på kön.

Tabell 1. Andel med upprättade genomförandeplaner.

Totalt antal barn placerade i särskilda boenden	Andel upprättade genomförandeplaner
10	2 (20%)

Tabell 2. Andel med upprättade genomförandeplaner fördelat på kön.

Kön	Antal barn placerade i särskilda boenden	Andel upprättade genomförandeplaner
Flickor	2	0 (0 %)
Pojkar	8	2 (25%)

Tabell 3 visar resultatet av andelen genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats.

Tabell 3. Andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats.

Antal barn placerade i särskilda boenden	Andel upprättade genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats
10	0 (0 %)

Diskussion/analys

Granskningen visar att det saknas upprättade genomförandeplaner i den digitala akten i nästan samtliga fall. Dock visar granskningen att vårdplaner är upprättade i samtliga ärenden utom ett. Anledningen till att genomförandeplaner inte har upprättats i så många fall torde ha följande orsaker. En genomförandeplan är en konkretisering av vårdplanen och utgår således från vårdplanens innehåll. Handläggare kan mot bakgrund av hög arbetsbelastning ha gjort en prioritering i sina arbetsuppgifter och därmed prioriterat att upprätta en vårdplan, vilket är det primära vid en dygnet-runt placering. Handläggare kan även ha mottagit en genomförandeplan från vårdgivaren och inte importerat denna i den digitala akten utan endast lagt dokumentet i den fysiska akten. Ytterligare en förklaring kan vara att handläggare saknat kunskap om att även en genomförandeplan ska upprättas som ett komplement till vårdplanen.

Eftersom genomförandeplaner saknas i en övervägande del av ärendena så har heller inte personliga utgifter beaktats i dessa. Resultatet visar således att personliga utgifter inte har beaktats i genomförandeplaner där ensamkommande barn varit placerade i särskilda boenden. Uppgifter om hur personliga utgifter har beaktats kan ha dokumenterats i journal och genom övriga biståndsbeslut där ensamkommande barn beviljats bistånd för personliga utgifter.

Granskaren vill påtala att det saknas stadsgemensamma riktlinjer avseende belopp eller vilka typer av personliga utgifter de ensamkommande barnen har rätt till. Det saknas även riktlinjer kring hur personliga utgifter ska redovisas och följas upp för ensamkommande barn. Under granskningen ställdes frågan centralt i Stockholm stad och i EKB-nätverk om hur andra stadsdelar hanterar frågan med personliga utgifter för ensamkommande barn. Det framkom att vissa stadsdelar hittat egna lösningar på hur personliga utgifter ska handläggas och dokumenteras exempelvis har vissa tagit fram en bilaga till vårdgivaravtalet med uppgifter om personliga utgifter.

Utifrån resultatet av egenkontrollen har följande åtgärder vidtagits på enheten för barn och unga. Rutin har tagits fram för ensamkommande barn avseende upprättande av genomförandeplan med beaktan av personliga utgifter. Rutinens syfte är att skapa en försäkran om att ensamkommande barn placerade i särskilda boenden skall ha likvärdig tillgång till ersättning för personliga utgifter som andra placerade barn och unga. Syftet med rutinen är vidare att säkerställa att individen följs upp på ett systematiskt sätt och att personliga utgifter beaktas vid dessa uppföljningar. Ensamkommande barn med placering i särskilt boende skall ha en genomförandeplan där personliga utgifter särskilt redovisas. Rutin har även tagits fram för digitalisering av samtliga dokument och inkommen information

gällande alla ärenden på enheten för barn och unga. All information i ett ärende, inklusive samtliga dokument såsom genomförandeplan, skall finnas i den digitala akten.

Kontrollmål	Vad mäts/metod
A. God kvalitet i dokumentationen	Andel ensamkommande barn där individuppföljning skett systematiskt samt andel uppföljningar som beaktat personliga utgifter.

Metod

Under perioden 1 januari-31 oktober 2021 har totalt 17 ensamkommande barn, på enheten för barn och unga, varit aktuella genom placering på särskilda boenden såsom HVB eller stödboende. 10 av dessa ärenden har granskats manuellt genom Stockholm stads verksamhetssystem (Sociala system – Paraplyet). Detta för att få svar på andel barn där individuppföljning skett systematiskt samt andel uppföljningar som beaktat personliga utgifter. Begreppet systematisk individuppföljning kan tolkas på olika sätt och inbegripa olika moment för att anses som systematisk. I nuvarande granskning har granskaren valt att bestämma systematisk individuppföljning till ärenden där det genomförts ett övervägande av vården samt beslut från social delegation om fortsatt vård eller i vissa fall journalanteckningar där det framgår att uppföljning gjorts. Ensamkommande barn som varit placerade i jour- eller familjehem inkluderas inte i granskningen.

Resultat

Tabell 1 och 2 visar resultatet för de totalt 10 ensamkommande barn som varit placerade i särskilda boenden under granskningsperioden. Tabellerna visar både den totala andelen där individuppföljning skett systematiskt samt fördelat på kön.

Tabell 1. Total andel där systematisk individuppföljning skett.

Totalt antal barn placerade i särskilda boenden	Andel systematiska individuppföljningar
10	10 (100%)

Tabell 2. Andel där systematisk individuppföljning skett fördelat på kön.

Kön	Antal barn placerade i särskilda boenden	Andel systematiska individuppföljningar
Flickor	2	2 (100%)
Pojkar	8	8 (100 %)

Tabell 3 visar resultatet för de totalt 17 ensamkommande barn som varit placerade i särskilda boenden under granskningsperioden. Tabellen visar resultatet av andelen uppföljningar som beaktat personliga utgifter.

Tabell 3. Andel individuppföljningar där personliga utgifter beaktats.

Antal barn placerade i särskilda boenden	Andelen uppföljningar som beaktat personliga utgifter
10	0 (0 %)

Diskussion/analys

Hur uppföljning av barn placerade i dygnet-runt vård skall genomföras styrs av lag samt riktlinjer från Socialstyrelsen. Begreppet systematisk uppföljning torde därmed innebära att uppföljning görs i enlighet med strukturen för BBIC som bygger lag och gällande riktlinjer. Uppföljningen skall då beröra samtliga områden i vårdplan och genomförandeplan. I begreppet systematisk uppföljning ingår även att uppföljningar ska göras med ett kontinuerligt tidsintervall. I nuvarande granskning valdes dock följande indikatorer för att kontrollera om en systematisk uppföljning genomförts; Att vården har övervägts och beslut har tagits på social delegation om fortsatt vård och i vissa fall journalanteckningar där det framgår att uppföljning gjorts. Dessa tre indikatorer valdes för att avgränsa granskningen till konkret dokumentation som är mätbar. Diskussion kan föras huruvida resultatet därför blir missvisande till viss del då begreppet systematisk uppföljning i sin rätta bemärkelse skall innebära fler faktorer som inte har granskats i nuvarande kontroll.

Granskningen visar att uppföljning av ensamkommande barns vård skett i samtliga granskade ärenden.

Granskningen avseende andelen systematiska uppföljningar som beaktat personliga utgifter visar att det saknas i samtliga fall. Resultatet påvisar således att personliga utgifter inte beaktats vid någon uppföljning av ensamkommande barn med placering i särskilt boende. Granskaren vill påtala att det saknas stadsgemensamma riktlinjer avseende belopp eller vilka typer av personliga utgifter de ensamkommande barnen har rätt till. Det saknas även riktlinjer kring hur personliga utgifter ska redovisas och följas upp för ensamkommande barn. Under granskningen ställdes frågan centralt i Stockholm stad och i EKB-nätverk om hur andra stadsdelar hanterar frågan med personliga utgifter för ensamkommande barn. Det framkom att vissa stadsdelar hittat egna lösningar på hur personliga utgifter ska handläggas och dokumenteras exempelvis har vissa tagit fram en bilaga till vårdgivaravtalet med uppgifter om personliga utgifter.

Utifrån resultatet av egenkontrollen har följande åtgärder vidtagits på enheten för barn och unga. Rutin har tagits fram för ensamkommande barn avseende upprättande av genomförandeplan med beaktan av personliga utgifter. Rutinens syfte är att skapa en försäkran om att ensamkommande barn placerade i särskilda boenden skall ha likvärdig tillgång till ersättning för personliga utgifter som andra placerade barn och unga. Syftet med rutinen är vidare att säkerställa att individen följs upp på ett systematiskt sätt och att personliga utgifter beaktas vid dessa uppföljningar. Ensamkommande barn med placering i särskilt boende skall ha en genomförandeplan där personliga utgifter särskilt redovisas.

Kontrollmål	Mätindikator	Vad mäts/metod
God kvalitet i dokumentationen	Aktgranskning av dokumentation	Stickprov utifrån granskningsmall

Syfte

Enligt rekommendation från stadens revisorer säkerställa att egenkontroll av personakter gör systematiskt. Egenkontrollen utförs enligt SOSFS 2011:9 och har som syfte att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

Frågeställning

Är dokumentationen i personakterna tillräcklig, väsentlig och saklig enligt vad som framkommer i SOSFS 2014:5?

Metod

Uppgifterna är hämtat från sociala systemet Paraplyet, fasta rapporter; aktuella utredningar; per handläggare. Ett urval gjordes utifrån ca 10 % av antal ärenden som var aktuella på gruppen under oktober, november och december. 60 ärenden valdes slumpvis ut av biträdande enhetschef, 5 ärenden från varje handläggare. Biträdande enhetschef har följt mallen för granskning av dokumentation inom myndighetsutövning.

Resultat

Av de 60 granskade journalerna var 22 kvinnor och 38 män. I de granskade journalerna framkommer det att handläggarna väsentligt journalfört utifrån ärendet omfattning i alla granskade ärenden. Journalanteckningarna har varit kortfattade, sakliga, objektiva och respektfulla. Det framgår att de flesta journaler har en aktuell händelsekedja och det finns en aktuell bild av den enskildes situation I 3 ärenden har det varit kortare glapp i händelsekedjan. I alla journaler har det delvis förts kontinuerliga journalanteckningar beroende på ärendets karaktär och beslutsperiod.

Jämförelse med föregående mätning

Ingen tidigare granskning är gjord.

Diskussion/analys

Överlag håller journalerna hög standard. De innehåller inga kränkande formuleringar och är sakliga och objektiva. De flesta journalerna innehåller aktuell händelsekedja och det går att följa ärendets gång. (byte av handläggare, stress etc)

Det finns en tydlig koppling mellan journaler och beslut som fattats. I många av de granskade journalerna har journalanteckningarna längre tidsspann är var 14 dag vilket har naturliga förklaringar är att insatser är pågående och fungerar bra. Inom gruppen funktionsnedsättning förekommer ofta halvårs, årsbeslut eller tillsvidarebeslut med tydliga uppdrag och genomförandeplaner och är insatsen välfungerande sker ingen kontakt mellan biståndshandläggare och brukare/företrädare förutom vid uppföljningstillfället.

Kontrollmål	Mätindikator	Vad mäts/metod
God kvalitet i dokumentationen	Aktgranskning av dokumentation	Granskning av dokumentation utifrån granskningsmall (SoL) socialpsykiatri och missbruk

Syfte

Enligt rekommendation från stadens revisorer säkerställa att egenkontroll av personakter gör systematiskt. Egenkontrollen utförs enligt SOSFS 2011:9 och har som syfte att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

Frågeställning

Är dokumentationen i personakterna tillräcklig, väsentlig och saklig enligt vad som framkommer i SOSFS 2014:5?

Metod

Uppgifterna är hämtat från sociala systemet Paraplyet, fasta rapporter; aktuella utredningar; per handläggare. Ett urval gjordes utifrån ca 10 % av antal ärenden som den 2021-10-08 var aktuella på grupperna vilket betyder tio journaler från missbruksgruppen (underlag 89) och 25 journaler från socialpsykiatrigruppen (underlag 242). Biträdande enhetschef valde slumpvis ut två ärenden per handläggare på missbruksgruppen och fem ärenden per handläggare på socialpsykiatrigruppen. Biträdande enhetschef har följt mallen för granskning av dokumentation inom myndighetsutövning.

Resultat

Missbruksgruppen

Av de tio granskade journalerna var fem kvinnor och fem män. I de tio granskade journalerna framkommer det att handläggarna väsentligt journalfört utifrån ärendet omfattning. I två fall är journalanteckningarna delvis långa. Förövrigt är journalerna sakliga, objektiva och de är respektfulla. Det framgår av alla journaler aktuell händelsekedja och det finns en aktuell bild av den enskildes situation. I alla journaler framgår aktuella beslut som stämmer med dokument i dokumenthanteraren. Det framgår tydligt i alla journaler om det finns samtycke och företrädare för klienten. I sju av journalerna har det delvis förts kontinuerligt journalanteckningar minst varannan vecka. I tre av journalerna har journalanteckningarna fört kontinuerligt minst var 14 dag i utredningsfas i ärendet. Det förekommer att e-post är direkt inklippta i journalanteckningarna.

Socialpsykiatrigruppen

Av de 25 granskade journalerna var 15 kvinnor och tio män. I de 25 granskade journalerna framkommer det att handläggarna väsentligt journalfört utifrån ärendet omfattning förutom i ett fall. I tre journaler är journalanteckningarna delvis långa. Förövrigt är journalerna sakliga,

objektiva och de är respektfulla. Det framgår av alla journaler aktuell händelsekedja och det finns en aktuell bild av den enskildes situation. I alla journaler förutom fem framgår aktuella beslut som stämmer med dokument i dokumenthanteraren. Det framgår tydligt i alla journaler om det finns samtycke och företrädare för klienten. I tre journaler har det förts kontinuerliga journalanteckningar minst varannan vecka. I 16 journaler har det inte förts kontinuerliga journalanteckningar och sex journaler har det delvis förts kontinuerliga journalanteckningar. Det förekommer att e-post är direkt inklippta i journalanteckningarna.

Jämförelse med föregående mätning

Ingen tidigare granskning är gjord.

Diskussion/analys

Överlag håller journalerna hög standard. De innehåller inga kränkande formuleringar och är sakliga och objektiva. Journalerna innehåller aktuell händelsekedja och det går att följa ärendets gång. Det finns en tydlig koppling mellan journaler och beslut som fattats. I många av socialpsykiatrins journaler har journalanteckningarna längre tidsspann är var 14 dag vilket har naturliga förklaringar är att insatser är pågående och fungerar bra. Inom socialpsykiatri förkommer ofta halvårs eller årsbeslut med tydliga uppdrag och genomförandeplaner och är insatsen välfungerande sker ingen kontakt mellan biståndshandläggare och klient förutom vid uppföljningstillfället. Biträdande enhetschef har efter att ha genomförts på APT påmint handläggare om att inte kopiera in e-post direkt i journalerna. Detta kommer följas upp kontinuerligt.

Kontrollmål	Mätindikator	Vad mäts/metod
God kvalitet i dokumentationen	Aktgranskning av dokumentation	Stickprov utifrån granskningsmall _ Arbete och försörjning

Syfte

Enligt rekommendation från stadens revisorer säkerställa att egenkontroll av personakter gör systematiskt. Egenkontrollen utförs enligt SOSFS 2011:9 och har som syfte att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

Frågeställning

Är dokumentationen i personakterna tillräcklig, väsentlig och saklig enligt vad som framkommer i SOSFS 2014:5?

Metod

Metoden som används för egenkontrollen är slumpmässigt utvalda stickprover av pågående utredningar på enheten för arbete försörjning, två utredningar valdes per handläggare. Uppgifterna är hämtade från Paraplyet.

Resultat

Alla ärenden som granskats är aktuella på enheten för arbete och försörjning. Enheten har totalt 509 pågående utredningar och uppföljningar, granskning gjordes i 20 av dessa. Granskningen gjordes i ärenden gällande ekonomiskt bistånd, uppföljning av felaktiga utbetalningar av ekonomiskt bistånd samt utredningar och förhandsbedömningar gällande relationsvåld. Av totalt 20 ärenden var 10 män och 10 kvinnor, samtliga ensamstående. I samtliga ärenden fanns journalanteckningar. Granskningen har gjorts utifrån en av avdelningen framtagen mall för egenkontroll bestående av frågor med svarsalternativ ja, nej och delvis. Resultatet presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Siffrorna i tabellen motsvarar antal svar per fråga och svarsalternativ

	Ja	Nej	Delvis
<i>Tillräckligt</i>			
Kortfattat	13	6	1
Tillräckligt	13	4	3
<i>Väsentligt</i>			
Nödvändigt	11	2	7
Avser annan		20	

Korrekt			
Lättbegripligt	17	2	1
Sakligt	17	3	
Omdömen	15	5	
Övrigt			
Kontinuerligt	17	2	1
Går att följa	17	1	2
Totalt	120	45	15
Man	59	24	7
Kvinna	61	21	8

Jämställdhetsanalys

Kontrollen gjordes på om totalt 20 ärenden varav 10 män och 10 kvinnor. Resultatet skiljer sig mellan könen med 6 kontrollenheten av sammanlagt 180. Då resultaten mellan könen i relation till de totala kontrollenheterna är liten skulle man kunna dra slutsatsen att dokumentationen inte utförs på olika sätt beroende på kön. Dock är urvalet inte tillräckligt stort för att det med säkerhet går att säga att så är fallet.

Diskussion/analys

De största avvikelserna gäller frågor kring om dokumentationen är kortfattad, tillräcklig, nödvändig och fri från omdömen.

Kortfattad

I sju av 20 journaler var dokumentationen inte eller delvis inte kortfattad. I vissa ärenden kunde man se att detta var återkommande genom journalen och i andra ärenden var det enstaka journaler som inte var kortfattade. Huruvida det är av god kvalitet eller ej att en journalanteckning är kortfattad går först att avgöra om det som står i anteckningen är nödvändigt och tillräckligt. Det vill säga, det finns inget egenvärde i att en journalanteckning ska vara varken lång eller kort

Tillräckligt

I sju av 20 journaler var informationen inte tillräcklig. Det kunde bland annat handla om att det saknades lättillgänglig information som gjorde att det var svårt att skapa sig en helhetsuppfattning kring klientens situation. Information som saknades kunde bland annat handla om diagnos/nedsättning vid sjukskrivning, planering med vården/vuxenenheten eller vilka krav som ställts på klienten för att vara berättigad ekonomiskt bistånd.

Nödvändigt

I nio av 20 journaler var dokumentation inte eller delvis inte nödvändig. Främst handlade det om inklistrade mailkonversationer som innehöll information som inte var relevant eller nödvändig i ärendet och därmed inte tillförde något i utredningen. Det kunde också handla om information kring hur telefonsamtal avslutades eller detaljer kring korrigeringar som handläggaren gjort i Paraplyet. I journalerna fanns också daterad information som inte längre var aktuell, detta kunde bland annat bero på att man istället för att skriva en ny bedömning om rätt till bistånd använde sig av bedömning från tidigare månad och på så sätt fick med information som inte längre var relevant. Det kunde även gälla förhandsbedömningar där det, innan utredning inletts, dokumenteras resultat av utredningsåtgärder, information som inte är nödvändig för att bedöma huruvida utredning ska inledas eller ej.

Sakligt/Omdömen

I fem av 20 journaler fanns anteckningar som innehöll omdömen och i tre av 20 journaler fanns dokumentation som inte var saklig.

De journaler som innehöll omdömen handlade enbart om bedömningar om rätt till ekonomiskt bistånd. I dessa bedömningar fanns omdömen som att klienten ”gjort sitt bästa” eller ”sitt yttersta” och att personen därmed var berättigad bistånd. I bedömningarna fanns heller ingen förklaring kring vad handläggaren menade med begreppen. Omdömena är i sig inte kränkande för den enskilde men kan bli problematiska ut ett rättssäkerhetsperspektiv då en handläggares uppfattning av en klients ”bästa” kan skilja sig från en annan handläggares uppfattning om detsamma. I dokumentation som innehöll information som inte var saklig framgick bland annat att klienten var ”arg” eller ”upprörd”, något som kan uppfattas som påstående från handläggaren och inte som saklig information. Det fanns även journalanteckningar där det var oklart var information kom från eller vem som uppfattat eller påstått det som stod antecknat. Exempel på detta är bland annat en formulering som löd att klienten inte ”orkade” arbeta heltid.

Sammanband

I de fall vi kunde se sammanband mellan att en journalanteckning inte var kortfattad och att innehållet inte var nödvändigt kunde det bland annat handla om inklistrade mail med information som inte var relevant för att driva utredningen framåt eller på annat sätt påverkade bedömning eller beslutfattande i ärendet. Det kunde även handla om att man skrivit av lång text från inkommen handling som inte heller var av vikt varken för den enskilde eller för ärendet i övrigt. I detta sammanhang kan en journalföring som inte är kortfattad och som innehåller irrelevant information försvåra handläggningen i ärendet då det blir mer information att bearbeta och sälla i för handläggaren. Den kan även vara ett hinder i tillgängligheten för den enskild då en lång journal med oväsentlig information kan göra det svårare för den enskilde att förstå vad som är av vikt i utredning och bedömning kring rätten till ekonomiskt bistånd.

Orsak

De avvikelser och brister som upptäcktes vid kontrollen kan antas bero på en kunskapsbrist i arbetsgruppen gällande dokumentation. Avvikelserna och bristerna kan också antas bero på en viss diskrepans gällande vad som är en subjektiv uppfattning och vad som är saklig information.

Åtgärd

Enligt SOSFS 2014:5 ska löpande i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL bland annat vara:

- Tillräcklig för ärendets omfattning (ej vara tomt mer än en månad)
- Väsentlig (endast det som gäller den enskilde eller som är av vikt för den enskilde)
- Saklig/objektiv

Samtliga ovanstående punkten är enligt ovan redogörelse förbättringsområden på enheten för arbete och försörjning. För att fortsatt säkerställa att den löpande dokumentationen följer SOSFS 2014:5 kommer enhetschef under hösten 2021 ha en kortare utbildning för samtliga medarbetare på enheten i dokumentation. Andra åtgärder som vidtas är fortsatt arbete med och genomgångar av enhetens tjänstekartor och där till hörande rutiner för att dessa ska förankras arbetsgruppen. Samtliga medarbetare på enheten har därför fått tillgång till samarbetsytan "Kvalitetsledningssystem" där tjänstekartor och rutiner ligger.

Kontrollmål	Mätindikator	Vad mäts/metod
God kvalitet i dokumentationen	Granskning av dokumentation utifrån frågeställningar	Enheten för personligt stöd

I.1.5. Granskning av dokumentation inom utförarverksamhet

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

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

Verksamheternas biträdande enhetschef dokumenterar egenkontrollerna i månadsrapport där även andra egenkontroller ingår. Då antalet brukare inom verksamheterna är få så finns möjlighet att gå igenom samtliga personakter för kontroll. Vid identifierade brister i en brukares dokumentation lyfts detta i kommande verksamhetsmöte samt med berörd stödperson.

Dokumentation är ständigt i behov av utveckling och förbättring inom utförarverksamheterna. En dialog förs regelbundet gällande hur medarbetare ska dokumentera för att hitta en bra balans mellan att inte dokumentera för mycket och inte för lite (tillräckligt), samt hur man ska uttrycka sig gällande faktiska omständigheter och icke-värderande. Enheten för personligt stöd har under hösten 2021 även följt upp enhetsövergripande vid flera tillfällen utifrån ”den röda tråden” mellan inkommen beställning och upprättande av genomförandeplan vilket fortsatt är ett utvecklingsområde samt att verksamheterna behöver arbeta med samsyn kring begrepp kopplat till dokumentation.

Utredningstider

Kontrollmål	Vad mäts/metod
A. Utredningstider	Utredningstiden på avslutade utredningar enligt 11 kap. 1 § SoL gällande barn på enheten för barn och unga. (ej faderskapsutredningar)

Metod

På enheten för barn och unga har samtliga utredningstider granskats under perioden 1 januari till 31 oktober 2021. Granskningen avser utredningar enligt 11 kap. 1 § SoL gällande barn och unga 0-17 år. Faderskapsutredningar har exkluderats från granskningen.

Ett utdrag från Stockholm stads verksamhetssystem (Sociala system – Paraplyet) visade samtliga utredningstider på enheten under perioden. Utredningstiderna delades in i två ålderskategorier, barn 0-11 år samt ungdom 12-17 år.

Under perioden 1 januari – 31 oktober 2021 har totalt 515 utredningar avslutats. 280 avslutade utredningar var barn 0-11 år och 235 var ungdom 12-17 år. I resultatet presenteras utredningstiderna i hela månader enligt följande; 0-4 mån, 5-8 mån, längre än 8 mån. Andel i procent presenteras avrundat till heltal.

Resultat – Barn 0-11 år

Tabell 1 visar resultatet för utredningstiderna (totalt 280 utredningar) avslutade från 1 januari till 31 oktober.

Tabell 1. Utredningstid *barn 0 – 12 år* 1 januari till 31 oktober 2021, tot. 280 stycken.

Utredningstid	Pojkar	Flickor	Tot. antal	Andel i procent
0-4 mån	238	85%	238	85%
5-8 mån	24	18	42	15%
Längre än 8 månader	0	0	0	0

Resultat – Ungdom 12-17 år

Tabell 2 visar resultatet för utredningstiderna (totalt 235 utredningar) avslutade från 1 januari till 31 oktober.

Tabell 7. Utredningstid ungdom 12-17 år 1 januari till 31 oktober 2021, tot. 235 stycken.

Utredningstid	Pojkar	Flickor	Tot. antal	Andel i procent
0-4 mån	98	70	168	71,5%
5-8 mån	27	38	65	27,7%
Längre än 8 månader	1	1	2	0,8%

Diskussion/analys

Resultatet av granskningen visar utredningstiderna på enheten för utredningar som avslutats under granskningsperioden 1 januari till 31 oktober 2021. Resultatet tar inte hänsyn till om det finns giltiga skäl samt beslut om förlängning av utredningen. Det ska dock framhållas att beslut om att förlänga en utredning ska enligt lagstiftaren användas restriktivt. I förarbeten till socialtjänstlagen, Prop. 1996/97:124 s. 180, framkommer att en utredning endast får förlängas om det finns särskilda skäl. I ett utlåtande från Justitieombudsmannen, JO 2018/19 s. 498, framhålls att socialnämnden i undantagsfall kan fatta beslut om att förlänga utredningstiden. Som exempel framhålls att om det i slutet av en barnavårdsutredning framkommer nya uppgifter som kan påverka bedömningen finns det skäl att överväga om utredningstiden behöver förlängas. Således kan en utredning förlängas endast under vissa omständigheter och beslut om detta ska fattas restriktivt. Huvudregeln är att en utredning rörande barn och unga skall avslutas inom den lagstadgade tiden om maximalt fyra månader.

Resultatet visar att utredningstiderna i flera fall överskridit den lagstadgade tiden om maximalt fyra månader. Då det handlar om en stor del av utredningarna i både barn- och ungdomsgruppen torde flera utredningar sakna giltiga skäl för förlängning. Resultatet visar också på en skillnad mellan barn- och ungdomsgruppens utredningstider. I ungdomsgruppen påvisas en relativt stor andel utredningar som överskridit fyra månader. I barngruppen är andelen utredningar som inte slutförts inom fyra månader mindre. Sett över hela granskningsperioden har 15 % av utredningarna i barngruppen samt 28,5 % av utredningarna i ungdomsgruppen överskridit fyra månader. Resultatet är en förbättring från föregående år men visar ändå att utredningstiderna i stor omfattning inte hålls i enlighet med lagstiftarens intention.

Det svaga resultatet bedöms främst vara en konsekvens av en hög personalomsättning bland medarbetare och chefer under året. En följd av detta har varit att tjänster stått vakanta under längre perioder vilket inneburit en högre arbetsbelastning och därmed minskade möjligheter att slutföra utredningar inom lagstadgad tid. En annan bidragande faktor bedöms den sjukfrånvaro kopplad till pandemin som i perioder har varit högre än i normalläge.

Sammanfattningsvis bedöms sjukfrånvaro och personalomsättning ha lett till personalbrist på enheten som påverkat utredningstiderna i en negativ riktning.

Som åtgärd för att minska arbetsbelastningen på handläggarna i ungdomsgruppen tillsattes följande åtgärder under granskningsperioden. En organisationsförändring genomfördes under året i syfte att utöka det verksamhetsnära chefsstödet. Fyra biträdande enhetschefer utökades

till fem och två utredningsgrupper delades upp i tre. En konsultchef tillsattes på enhetschefstjänsten strax efter att den blev vakant och en mentor visstidsanställdes för att ge medarbetarna operativt stöd i syfte att säkerställa rättssäkerheten. Två medarbetare visstidsanställdes under perioder för att stärka upp i personalgrupperna. Ledningsgruppen på enheten för barn och unga avser att månatligen följa upp utredningstiderna under 2022. Detta för att ha uppsikt över situationen och kunna tillsätta åtgärder vid behov. Ledningsgruppen ska genom dessa uppföljningar säkerställa att utredningstiderna hålls inom lagstadgad tid då detta är en tydlig indikator på att åtgärder behöver vidtas.

Kontrollmål	Vad mäts/metod
A. Utredningstider	Aktgranskning (Barn/Ungdom): Stickprov Vid utredningar längre än 4 månader - finns förlängningsbeslut (och vilka är skälen till förlängning).

Metod

På enheten för barn och unga har granskning genomförts avseende utredningar som överstigit den lagstadgade utredningstiden om maximalt fyra månader. Granskningen avser att påvisa huruvida de utredningar som överstiger fyra månader innefattar beslut om förlängning av utredningstiden. Granskningen har gjorts på tidsperioden 1 januari till 31 oktober 2021. Faderskapsutredningar har exkluderats från granskningen.

Utdrag från Stockholm stads verksamhetssystem (Sociala system – Paraplyet) visade samtliga utredningstider på enheten under perioden. De utredningstider som överskridit den lagstadgade utredningstiden om 4 månader delades in i två ålderskategorier, barn 0-11 år samt ungdom 12-17 år. Varje ärenden granskades för att undersöka om beslut fattats om förlängning av utredningstiden.

Under perioden 1 januari – 31 oktober 2021 har totalt 515 utredningar avslutats på enheten. 109 utredningar överskridit den lagstadgade utredningstiden om fyra månader, 42 utredningar var barn 0-11 år och 67 utredningar var ungdom 12-17 år.

Resultat – Barn 0-11 år

Tabell 1 och 2 visar resultatet för barngruppen. Tabell 1 visar utredningstiderna i barngruppen för utredningar som avslutats under 1 januari till 31 oktober 2020. Tabell 2 visar hur många utredningar som överstigit fyra månader och som har ett beslut om förlängning av utredningstiden.

Tabell 1. Utredningstid barngruppen 1 januari till 31 oktober 2021, tot. 280 stycken.

Utredningstid	Tot. antal	Andel i procent
0-4 mån	238	85%
5-8 mån	42	15%
Längre än 8 månader	0	0

Tabell 2. Förlängningsbeslut barngruppen 1 januari till 31 oktober 2021

Antal utredningar längre än 4 månader	Antal förlängningsbeslut	Utredningar som pågått längre än fyra månader med förlängningsbeslut i procent
42	11	26,19

Tabell 4. Utredningstid *ungdomsgruppen* 1 januari till 31 oktober 2020, tot. 235 stycken.

Utredningstid	Tot. antal	Andel i procent
0-4 mån	168	71,5%
5-8 mån	65	27,7%
Längre än 8 månader	2	0,8%

Tabell 5. Förlängningsbeslut *ungdomsgruppen* 1 januari till 31 oktober 2021.

Antal utredningar längre än 4 månader	Antal förlängningsbeslut	Utredningar som pågått längre än fyra månader med förlängningsbeslut i procent
67	14	20,89

Diskussion/analys

Resultatet av granskningen visar att det i hög grad saknas beslut om förlängd utredningstid både i barn- och ungdomsgruppen. I barngruppen har endast 26,19 % av de utredningar som pågått längre än fyra månader ett förlängningsbeslut och i ungdomsgruppen är motsvarande siffra 20,89 %. En tolkning av resultatet är att de utredningar som pågått längre än fyra månader som inte har ett beslut om förlängd utredningstid saknar giltiga skäl för ett sådant beslut. Att förlänga utredningstiden är enligt lagstiftaren ett beslut som ska användas restriktivt och i enskilda fall. I förarbeten till socialtjänstlagen, Prop. 1996/97:124 s. 180, framkommer att en utredning endast får förlängas om det finns särskilda skäl. En förlängning av utredningstiden kan bli aktuell i sådana fall då t.ex. en barnpsykiatrisk utredning eller en polisutredning i ett fall av övergrepp mot barn, inte kan slutföras inom den föreskrivna tiden. I ett utlåtande från Justitieombudsmannen, JO 2018/19 s. 498, framhålls att socialnämnden i undantagsfall kan fatta beslut om att förlänga utredningstiden. Som exempel framhålls att om det i slutet av en barnavårdsutredning framkommer nya uppgifter som kan påverka bedömningen finns det skäl att överväga om utredningstiden behöver förlängas. Således kan resultatet tolkas så att merparten av de utredningar som pågått längre än fyra månader och inte har förlängningsbeslut saknar giltiga skäl för förlängning.

Ledningsgruppen på enheten för barn och unga kommer kontinuerligt att följa upp utredningstider och förlängningsbeslut två gånger per termin under 2022. Ledningsgruppen ska genom dessa uppföljningar säkerställa att utredningstiderna hålls inom lagstadgad tid alternativt att beslut om förlängd utredningstid tas i de utredningar då det finns skäl för detta. Biträdande enhetschefer kommer också att informera och arbeta med sina respektive arbetsgrupper gällande på vilka grunder en utredning kan förlängas så att det blir känt hos medarbetarna.

Kommunicering

Kontrollmål	Vad mäts/metod
A. Kommunicering	Aktgranskning (barn/ungdom): Stickprov - Har kommunikering skett i laga ordning.

Metod

På enheten för barn och unga har granskning genomförts i barn- och ungdomsgruppen avseende om kommunicering av beslutsunderlag skett i laga ordning efter avslutad utredning enligt 11 kap. 1 § SoL gällande barn och unga. Granskningen har gjorts på tidsperioden 1 januari till 31 oktober 2021. Faderskapsutredningar har exkluderats från granskningen.

Ett utdrag gjordes från Stockholm stads verksamhetssystem (Sociala system – Paraplyet) för att ta fram samtliga utredningar som avslutats under granskningsperioden. Samtliga avslutade utredningar sammanställdes i Excel uppdelat på de två olika arbetsgrupperna. Granskaren valde sedan att numrera utredningarna i tidsordning. Var tionde utredning valdes ut som ett stickprov och sammanställdes i ytterligare ett Excel dokument. Dessa utvalda utredningar granskades sedan manuellt. Granskaren kontrollerade journal och dokument hanteraren i den digitala akten för att se om det fanns dokumentation gällande om och hur kommuniceringen gjorts avseende beslutsunderlaget.

Under perioden 1 januari – 31 oktober 2021 har totalt 515 utredningar avslutats i barn- och ungdomsgruppen. Fördelning 280 utredningar i barngruppen och 235 utredningar i ungdomsgruppen. Det betyder att 28 respektive 24 ärenden granskats i aktuell kontroll. Granskningen har inte tagit hänsyn till om utredningen skett inom lagstadgad tid om maximalt fyra månader, om utredningen förlängts genom beslut om förlängd utredningstid eller om utredningen försenats och därmed överskridit fyra månader. Granskningen tar endast hänsyn till om kommunicering skett och dokumenterats vid beslut om avslutad utredning.

Resultat

Tabell 1 visar resultatet för barngruppen om kommunicering skett och dokumenterats i samband med avslutad utredning. Med ”rätt tid” avses att utredningen har kommunicerats direkt i anslutning till beslut om att avsluta utredningen.

Tabell 1. Kommunicering, barngruppen, totalt 28 granskade ärenden.

Kommunicering	Antal	Andel i procent
<i>Kommunicering har skett i rätt tid och dokumenterats.</i>	25	89
<i>Kommunicering har skett och dokumenterats, dock med försening (3-5 veckor efter avslutad utredning).</i>	2	7
<i>Dokumentation saknas helt om att kommunicering ska ha skett.</i>	1	4

Tabell 2 visar resultatet för ungdomsgruppen om kommunikering skett och dokumenterats i samband med avslutad utredning. Med ”rätt tid” avses att utredningen har kommunicerats direkt i anslutning till beslut om att avsluta utredningen.

Tabell 2. Kommunicering, *ungdomsgruppen*, totalt 24 granskade ärenden.

Kommunicering	Antal	Andel i procent
<i>Kommunicering har skett i rätt tid och dokumenterats.</i>	14	58,3
<i>Kommunicering har skett och dokumenterats, dock med försening (3-5 veckor efter avslutad utredning).</i>	4	16,7
<i>Dokumentation saknas helt om att kommunikering ska ha skett.</i>	6	25

Diskussion/analys

Resultatet av granskningen visar att det finns fall då det saknas dokumentation om att kommunikering av beslutsunderlag ska ha skett i samband med avslutad utredning. Barngruppen visar ett bättre resultat jämfört med ungdomsgruppen. Barngruppen saknar dokumentation av kommunikering i 4 % av fallen medan ungdomsgruppens motsvarande siffra är 25 %.

Med anledning av resultatet för denna egenkontroll kommer biträdande enhetschefer framöver att följa upp att kommunikering sker i rätt tid samt att den dokumenteras.

Ett gott bemötande

Brukaren ska få ett gott bemötande & Diskriminering

Kontrollmål	Vad mäts/metod
L. 1. Medborgaren/brukaren ska få ett gott bemötande	L.1.1. Frågor om bemötande i brukarenkäter
L.2. Diskriminering	L.2.1. Frågor om diskriminering i brukarenkäter

Syfte

Syftet med egenkontrollen är att belysa brukarnas upplevelse av bemötande från medarbetare i Bromma samt identifiera utvecklingsbehov.

Frågeställning

Hur brukare inom bostad med särskild service och daglig verksamhet upplever sig bemötta av personal, biståndshandläggare samt upplevelse av diskriminering.

Metod

Uppgifterna har hämtats från resultaten av 2021 års brukarenkäter. Urvalet som gjorts är svar från brukare med insatserna daglig verksamhet och bostad med särskild service enligt LSS i egen regi;

Stadsdelsrapport, Egen regi, Daglig verksamhet, Bromma

Stadsdelsrapport, Egen regi, Gruppboende, Bromma

Stadsdelsrapport, Egen regi, Servicebostad, Bromma

Resultat

I Verksamhetsberättelse 2021 har även frågor om bemötande och diskriminering följts upp.

Svaret på indikatorn om bemötande ska mäta hur väl den svarande tycker att de blir bemötta av stadens personal. De frågor i den stadsgemensamma brukarundersökningen som ger svar på denna fråga är: "Blir du väl bemött av personalen? (daglig verksamhet)", "Blir du väl bemött av personalen? (gruppboende)", "Blir du väl bemött av personalen? (servicebostad)". Resultatet för året blev 88 % (en procentenhet lägre än föregående år).

Indikatorn om diskriminering mäter andelen brukare inom gruppboende, servicebostad och daglig verksamhet som INTE har upplevt diskriminering. Resultatet för 2021 blev 79 % vilket är en minskning från föregående år då utfallet var 94 %.

I denna egenkontroll granskas frågorna mer utifrån erhållet resultat och uppdelat per insats samt inkluderar frågan om bemötande kopplat till biståndshandläggaren.

På enheten för personligt stöd i Brommas regi, har brukare med insatserna daglig verksamhet enligt LSS och bostad med särskild service enligt LSS i egen regi fått svara på brukarenkäten under 2021. Svarsfrekvensen för Brommas dagliga verksamhet var 81 % (38 st),

gruppbo­städer 90 % (62 st) och servicebo­städer 43 % (6 st). Flera frågor i brukarenkäten kan kopplas till bemötande på ett eller annat sätt, men frågorna som ställts i brukarenkäten som granskas i denna egenkontroll är;

Blir du väl bemött av personalen?

Blev du väl bemött av biståndshandläggaren?

Upplever du att personalen diskriminerat dig?

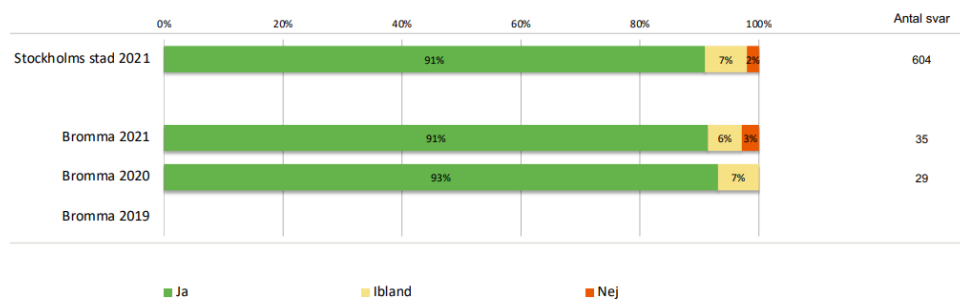
Blir du väl bemött av personalen?

Daglig verksamhet

Majoriteten av brukarna uppger att de blir väl bemötta av personalen i daglig verksamhet.

Resultat per fråga över tid

Blir du väl bemött av personalen?

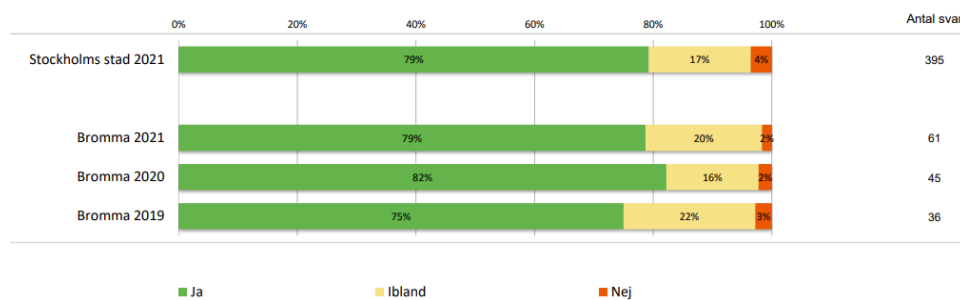


Gruppbo­stad

Majoriteten av brukarna i gruppbo­stad uppger att de blir väl bemötta av personal. Resultaten är i linje med stadens resultat.

Resultat per fråga över tid

Blir du väl bemött av personalen?

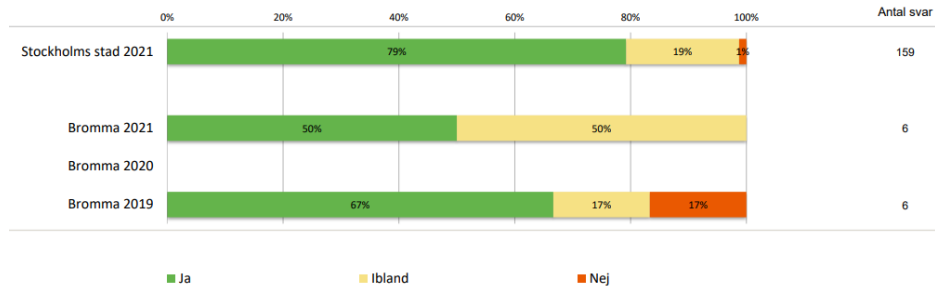


Servicebostad

Svarsfrekvensen har varit låg för brukare i servicebostad, endast sex brukare har besvarat brukarundersökningen. Av dessa uppgav tre *Ja* och tre *Ibland* på frågan om hen blir väl bemött av personalen. Resultatet är lägre än staden generellt.

Resultat per fråga över tid

Blir du väl bemött av personalen?



Blev du väl bemött av biståndshandläggaren?

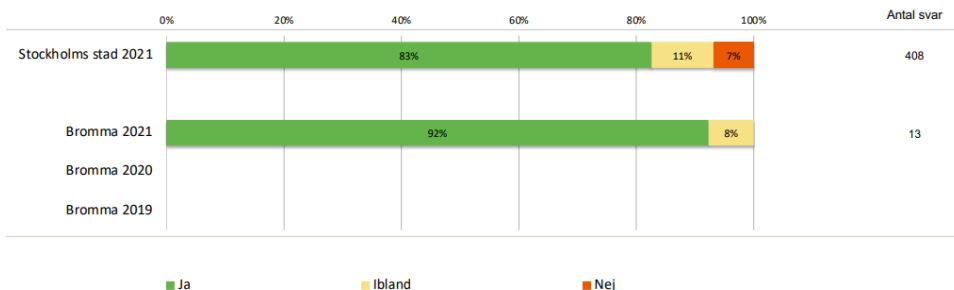
Daglig verksamhet

Alla i daglig verksamhet, egen regi, som besvarat frågan svarar *Ja* eller *Ibland* på frågan om de blivit väl bemötta av handläggaren.

Anmärkningsvärt dock är att endast en mindre andel av de som besvarat enkäterna har besvarat frågorna gällande biståndshandläggarens bemötande (13 av 38).

Resultat per fråga över tid

Blev du väl bemött av biståndshandläggaren?

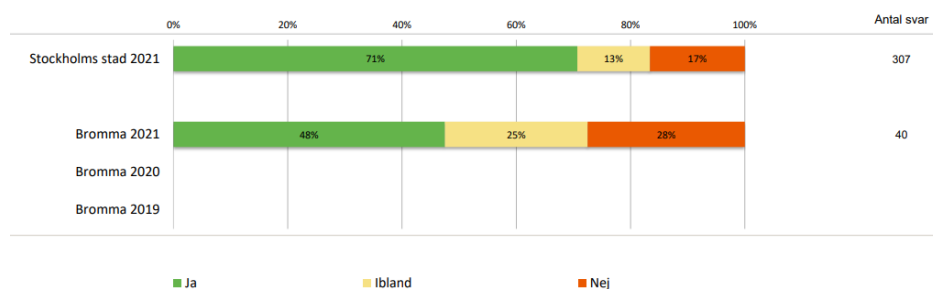


Gruppbofastad

Resultaten visar på behov av förbättring gällande bemötande. I jämförelse med stadens resultat ligger Bromma lågt. I staden svarar 84 % *Ja* eller *Ibland* och i Bromma 73 %. Även för brukare i gruppbofastad (likt daglig verksamhet) svarar inte alla på frågan. Ca 35 % av de som deltagit i brukarundersökningen har inte besvarat denna fråga.

Resultat per fråga över tid

Blev du väl bemött av biståndshandläggaren?



Servicebostad

Det är inte tillräckligt många som besvarat frågan inom servicebostad för att få ett resultat.

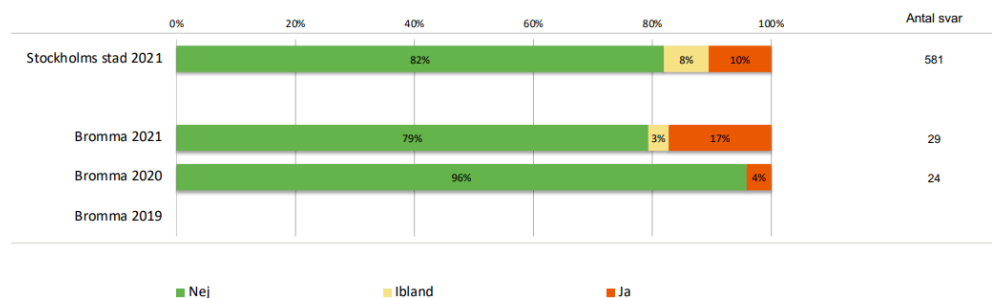
Upplever du att personalen diskriminerat dig?

Daglig verksamhet

Resultaten har försämrats från föregående år gällande frågan om diskriminering för brukare i daglig verksamhet. Från att 96 % svarade *Nej* på frågan 2020 till 79 % 2021.

Resultat per fråga över tid

Upplever du att personalen diskriminerat dig?

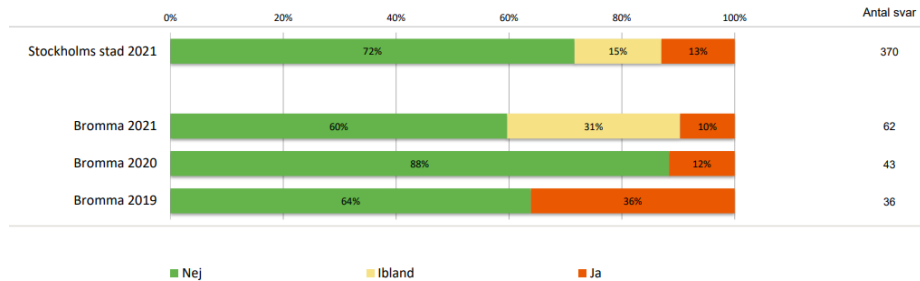


Gruppbofastad

Resultaten har försämrats från föregående år gällande frågan om diskriminering för brukare i gruppbofastad. Från att 88 % svarade *Nej* på frågan 2020 till 60 % 2021.

Resultat per fråga över tid

Upplever du att personalen diskriminerat dig?

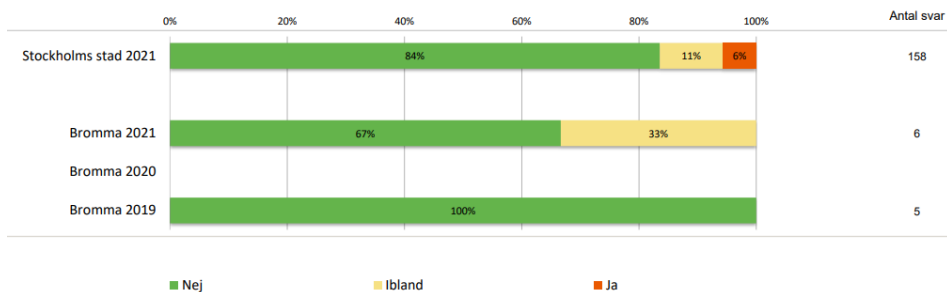


Servicebostad

Av de sex brukare som besvarat brukarundersökningen uppger 4 att de inte upplevt att personalen diskriminerat dem, medan två uppger *Ibland*. Det finns inget resultat från föregående år, men jämförelse med staden och resultatet från Bromma 2019 kan resultatet anses var lågt.

Resultat per fråga över tid

Upplever du att personalen diskriminerat dig?



Jämställdhetsanalys

Könsskillnaderna i svaren gällande frågan om personalens bemötande är marginella. Män är något mer nöjda än kvinnorna. Hur det kommer sig att män/ kvinnor upplever en skillnad i bemötande är svårt att förklara. Verksamheternas fokus har handlat om individ och bemötande, ej kopplat till kön. Möjligen kan en orsak vara att en andel utav målgruppen inte känner sig tillhöra män eller kvinnor och här kommer verksamheten utveckla ett arbete, då det här finns bemötande frågor som kan utvecklas.

Det är fler kvinnliga brukare i daglig verksamhet som upplever sig diskriminerade av personal än män. 36 % av kvinnorna uppger *Ja* eller *Delvis* på frågan, medan för männen är det 7 % som uttrycker *Ja* eller *Delvis*. I indikatorns resultat i verksamhetsberättelsen framkommer att könsskillnader finns även för brukare i bostad meds särskild service. Varför kvinnliga boende upplever diskriminering i högre grad än manliga ska undersökas framöver. Det är färre män boende i verksamheterna i förhållande till kvinnor. Medarbetargrupperna i stort har fler

kvinnor än män. I jämställdhetsarbetet och vid till exempel rekrytering ser vi löpande över denna aspekt.

För frågan om biståndshandläggarens bemötande finns inget könsuppdelat resultat presenterat i rapporten. Det saknas även könsuppdelat resultat gällande frågan om diskriminering.

Könsuppdelade resultat redovisas ej för servicebostad 2021 på grund av för få svar.

Diskussion/analys

Bemötande av personal

Möjliga orsaker till resultaten gällande bemötande av personal i utförarverksamheterna kan dels vara att "bemötande" kan upplevas som ett abstrakt och svårt ord på svenska. Kommunikationsbrister mellan personal och brukare kan förekomma och kan påverka resultaten. Personalomsättning samt påverkan av pandemin kan ha påverkat resultaten, då det förra året fanns mindre tid till dialog kring bemötande-planer. Under vår och sommar 2021 har dialoger kring bemötande varit centrala i olika forum, dock i olika omfattning beroende på verksamhet.

Indikator om bemötande har ingått i enhetens förändringsledning och är grunden för arbetet i verksamheterna. Enheten arbetar aktivt med synsätt och arbetssätt genom arbetsmetod KOMPASS. Att varje enskild medarbetare inom Enheten, oavsett roll och uppdrag, gör medvetna val när vi kliver in på arbetsplatsen. Valen handlar om hur vi bemöter och vilket perspektiv vi väljer att ha när vi arbetar med och för de vi finns till för. Verksamheternas fokus är att ha ett salutogent förhållningssätt där individen enbart har förmågor och möjligheter och vi är dess möjliggörare. Här är att "möta individen" helt centralt och ett gott bemötande är grunden i att skapa relationer och påbörja utveckling med fokus på hälsa.

Varje boende ska ha en individuellt utformad bemötandeplan som samtlig personal alltid ska ha i åtanke, vid varje möte med personen. Arbetet fortsätter 2022.

Gällande Brommas dagliga verksamhet är arbetet med bemötande en ständigt aktuell fråga inom verksamheten. Utifrån brukarundersökningen 2021 svarar 91% att de alltid får ett gott bemötande.

Bemötande av biståndshandläggare

Enheten för vuxna arbetar med fokus att alla personer som kommer i kontakt med verksamheten ska uppleva ett gott bemötande. Årets resultat visar att enheten för vuxna, gruppen funktionsnedsättning dock behöver arbeta vidare med frågan. Resultatet av undersökningen visar att det är färre brukare som svarat på frågorna kring bemötande av handläggare än resterande frågor i undersökningen. Det är svårt att analysera varför det är färre brukare som svarat på frågan kring bemötande från biståndshandläggare än de andra frågorna i undersökningen. Detta behöver undersökas vidare vad som kan ha påverkat att färre har valt att svara på frågan och hur det kan motverkas i årets undersökning.

Det finns en skillnad i svar när det gäller bemötande från handläggare då frågan är ställd till brukare i gruppboendestad jämfört med daglig verksamhet. Alla i daglig verksamhet, egen regi,

som besvarat frågan svarar Ja eller Ibland på frågan om de blivit väl bemötta av handläggaren. I gruppbestad är siffran 73% som svarat Ja eller Ibland. Möjliga orsaker till att det är färre i gruppbestad som upplever ett gott bemötande från handläggare kan vara att "bemötande" kan upplevas som ett abstrakt och svårt ord och att frågan tolkats olika hos olika brukare. Andra möjliga orsaker kan vara att brukarna inte vet vem deras handläggare är. Under året har det varit hög personalomsättning i arbetsgruppen vilket kan ha påverkat upplevelsen av bemötande trots att enheten för vuxna alltid strävar efter att alla brukare ska ha god kännedom om vem deras handläggare är och rutiner finns inför avslutad tjänst samt vid påbörjad tjänst när det kommer till information till brukare, det arbetet fortsätter under 2022. En annan orsak som eventuellt kan ha påverkat resultatet är fortsatta digitala möten på grund av pandemin och att brukarna inte kunnat träffa sin handläggare på plats.

Enheten för vuxna för statistik på inkomna synpunkter och klagomål som inkommit till enheten och under 2021 har resultatet inte visat några klagomål som berör bemötande dock visar resultat från brukarundersökningen att det finns brukare som inte uppfattar bemötandet som gott vilket tyder på att det finns behov av fortsatt arbete med bemötande. Under 2021 har innebörden av ett gott bemötande och vad ordet innebär diskuteras kontinuerligt inom arbetsgruppen vid bland annat APT vilket behöver fortsätta även under 2022. Dessutom behöver frågan undersökas ytterligare för att få bättre svar på vad det är inom bemötande som brukarna som svarat "ibland" eller "nej" tycker brister kring bemötande för att bättre kunna ändra våra arbetssätt och förbättra vårt bemötande.

Upplevelse av diskriminering

Enheten för personligt stöd arbetade aktivt under år 2020 med att säkra att de som svarar på brukarenkät har samma förståelse av ordet diskriminering som vi som ställer frågan. Det är inte givet och det är inte enkelt att säkra, dock gav arbetet resultat då Enheten förra året i sin helhet nådde upp till års-mål vilket vi inte gjorde under år 2021.

Under år 2021 har enheten arbetat med annat fokus utifrån brukar-enkät och då tyvärr tappat åter utifrån resultat nu försämrats igen. Främsta orsaken bedöms vara att verksamheterna inte fortsatt dialogen kring ordets betydelse som under år 2020.

Verksamheterna har under år 2021 fortsatt arbetet med att försöka säkra metod och arbetssätt i process brukarenkät genom alternativa kommunikationssätt som tydligare motsvarar individens behov. Detta bland annat genom fortsatt dialog på verksamhetsmöten kring föregående års resultat samt genom att använda detta som ett led i ett förbättringsarbete. Vi har även valt att arbeta med delar av frågor i brukarenkät som ett led i det förändringsarbete som sker inom Enheten, även här med fokus på Individens Behov i Centrum. En ytterligare del i arbetssätt är att stödpersoner använder tid med brukare till att anpassa kommunikationssätt för att få förståelse för ord och begrepp, och att verksamhetsnära chef och stödperson tättare följer upp detta även individuellt.

En större andel i brukarundersökningen avseende boende-verksamheter, jämfört med i fjol, har trots detta svarat att de ibland upplever sig vara diskriminerade. Verksamheterna kommer att ha som en stor prioritering att under våren söka förståelse för vad det beror på, samt varför kvinnliga boende upplever i högre grad diskriminering än manliga.

Vi har få män boende i verksamheterna i förhållande till kvinnor. Medarbetargrupperna i stort har fler kvinnor än män. I vårt jämställdhetsarbete och vid till exempel rekrytering ser vi löpande över denna aspekt.

När det gäller Brommas dagliga verksamhet visar svaret på ett lägre resultat där flera personer uttrycker att de upplever sig diskriminerade. Verksamheterna pratar kontinuerligt runt diskriminering med brukarna och vad begreppet innebär utifrån de 7 olika diskrimineringsgrunderna. Försöker hitta synonymer samt ha dialog, både enskilt och i grupp, med arbetstagarna för att finna deras egna upplevelser/ord som lättare och enklare kan förklara begreppet.

Rätt till delaktighet, självbestämmande och integritet

Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet

Kontrollmål	Mätindikator	Vad mäts/metod
Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	Frågor om delaktighet i brukarenkäter	Personer med psykiska funktionsnedsättnings upplevelse av delaktighet

Syfte

Syftet med egenkontrollen är att genom svaren i brukarundersökningen titta på hur brukare med psykiska funktionsnedsättningar som bor i bostad med särskild service enligt SoL upplever sig vara delaktiga i frågor rörande det egna ärendet.

Metod

Sveriges kommuner och regioner (SKR) genomför årligen en nationell brukarundersökning inom verksamhetsområdet funktionsnedsättning. Brukarundersökningen har skickats till brukare som har beviljats insatsen gruppboende enligt socialtjänstlagen (verksamhetskoderna 1911 och 1912) och som utförs inom privat eller egen regi. Egenkontrollen baseras på resultaten i brukarundersökningen för följande påståenden för att mäta upplevelsen av delaktighet;

4. Jag har inflytande över hur det stöd eller den assistans jag får utförs
5. Personalen frågar på vilket sätt jag vill ha stöd eller assistans
21. Jag har själv haft möjlighet att välja vilket boende jag ska bo på
22. Jag har fått information om möjligheten att välja boende

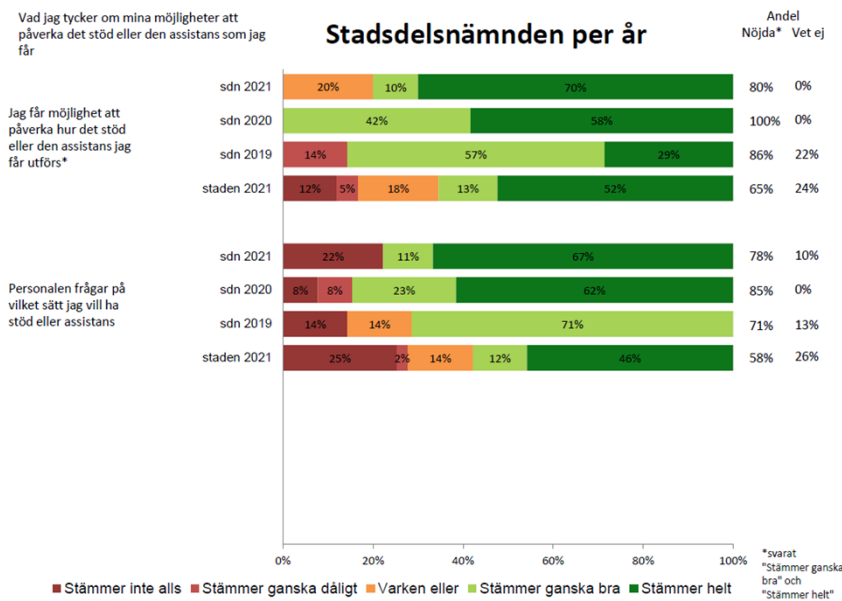
Resultat

Totalt för Bromma stadsdelsnämnd inkom 10 svar vilket ger en svarsprocent på 67 %. I Bromma stadsdelsnämnd inkom 90 % av svaren från egen regi och 10 % från privata utförare.

Fråga 4 och 5 berör upplevelsen av delaktighet i utförandet av insats (berör främst utförarverksamheten)

4. *Jag har inflytande över hur det stöd eller den assistans jag får utförs*
5. *Personalen frågar på vilket sätt jag vill ha stöd eller assistans*

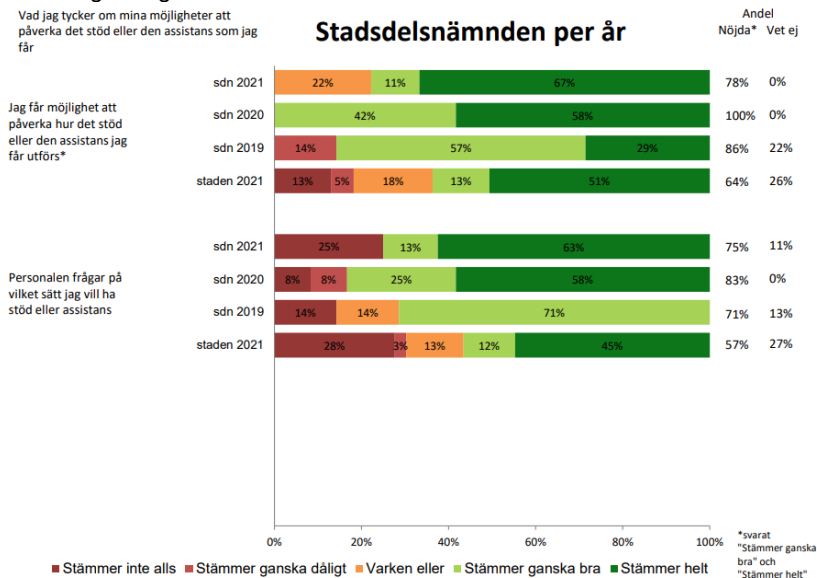
Resultat egen regi och privata utförare:



Resultatet för samtliga 10 brukare som svarat på enkäten visar att 80 % av brukarna är nöjda, dvs de har svarat att påståendet stämmer helt eller stämmer ganska bra, gällande påstående om möjligheten att påverka hus stödet ska utföras. 20 % har svarat varken eller. Resultatet är högre än staden generellt, men lägre än föregående år då 100% sade sig vara nöjda.

78 % upplever att personalen frågar på vilket sätt hen vill ha stöd medan 22 % inte upplever det. Resultatet är även här något lägre än förra året men högre än staden generellt.

Resultat egen regi:

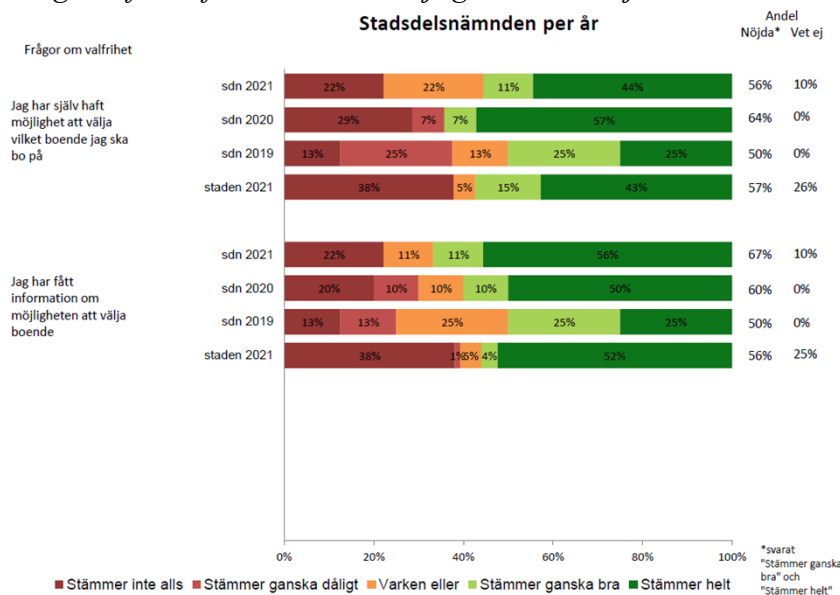


Tittar vi på resultatet för de nio brukare som har sitt beslut verkställt i egen regi så blir resultatet marginellt lägre.

Frågorna 21 och 22 berör upplevelsen av delaktighet i val av boende (berör främst beställarenheten)

21. Jag har själv haft möjlighet att välja vilket boende jag ska bo på

22. Jag har fått information om möjligheten att välja boende



56 % är nöjda och upplever att hen själv haft möjlighet att välja vilket boende hen ska bo på medan 22 % svarar varken eller och 22 % att det inte stämmer alls. Föregående år var 64% nöjda vilket innebär en försämring i år, samtidigt är det färre som är missnöjda i år, 22 % jämfört med 36 % missnöjda föregående år.

67 % är nöjda (upplever det stämmer helt eller ganska bra) att de fått information om möjligheten att välja boende. 22 % svarar att det inte stämmer alls. Jämfört med resultaten för staden som helhet är Brommas brukare mer nöjda, stadens resultat ligger på 56 %.

Jämställdhetsanalys

6 kvinnor och 4 män har besvarat brukarundersökningen. Resultaten uppdelat på kön redovisas inte p.g.a. för få svar. En jämställdhetsanalys blir därför inte möjlig att genomföra.

Diskussion/analys

Resursenhetens analys gällande resultaten för fråga 4 & 5.

Resultaten kan ha påverkats negativt av åtgärder kopplat till pandemin. Brukare har inte haft möjlighet att påverka beslut om karantänsregler på socialpsykiatriska boendet Långskeppet under smittspridningen på enheten i början av 2021. Gemensamhetslokaler, tv-rum och matsalen fick stängas och brukare har istället erbjudits stöd i sin lägenhet (måltider, samvaro, omvårdnad, etc). Ledsagning och aktiviteter uteblev pga smittförebyggande arbete. Stödet gavs utifrån redan bestämda HSL riktlinjer. Brukare hade svårare att ha inflytande över sina stödsatser under tiden då smittspridningen i samhället var stor och smittskyddsåtgärder vidtogs.

Verksamheten arbetar för att brukarna ska vara delaktiga och ges möjlighet att påverka stödet. Stödpersonerna bokar in stödsamtal med sin brukare för att informera om att snart är det dags

för uppföljning av beslut/genomförandeplan. Efter uppföljningen med brukarens handläggare brukar stödpersonen tillsammans med samordnare skriva en uppföljning/utvärdering av den gamla genomförandeplanen. Stödpersonen har en dialog med brukaren och frågar om vilka insatser hen vill fortsätta ha stöd med, vilka insatser/delmål som kan ha uppnåtts eller behöver ändras. Enskilde berättar om sina önskemål och behov i olika moment, på vilket sätt stödet skulle ges och när.

Allting dokumenteras ner och första utkastet på genomförandeplanen läses upp av stödperson till brukare. Ibland behöver vi involvera förvaltare i en dialog om stödinsatser också, vad det gäller ekonomi och inköp. Verksamheten anser att det finns tydligt fördelning mellan ansvarsområden i uppdraget.

När enskilde godkänner genomförandeplan (förvaltaren är med i processen också) godkänns denna i Para SoL och hela arbetsgruppen ta del av.

När en brukare inte vill vara delaktighet i upprättande av genomförandeplanen, skriver personalen den och kopia lämnas alltid till brukare och förvaltaren i en dialog.

Vid analys av svaren på frågorna 21 och 22 som rör delaktighet i val av boende där beställarenheten vid socialpsykiatri är ansvarig framkommer det att det finns förbättringspotential. Generellt har våra brukare bott på sina gruppboendestäder en längre tid och det finns inga tydliga rutiner att vid uppföljning informera om valfrihet. Under pandemin har det utifrån risk för covidsmitta gjorts fler uppföljningar digitalt och dessa möten blir ofta fokuserade på uppföljning av uppdrag och om brukaren vill stanna kvar på boendet och det kan förklara att siffran är lägre i år. Socialpsykiatrigruppen kommer på arbeta med frågan delaktighet och valfrihet och skapa tydliga riktlinjer och rutiner för detta under 2022.

Resultatet på frågorna som ställs gällande om man själv haft möjlighet att välja boende samt om man fått information om möjligheten att välja kan ha påverkats av att många bott på boendet i väldigt många år. Frågorna kan tolkas som att de handlar om de som nyligen beviljats boende, då de ska ge en aktuell bild av delaktighet. De som bott på boende i många år kanske inte kommer ihåg hur det var när hen flyttade till boendet, och det kan bli ottydligt vad som egentligen menas med frågorna.

Kontrollmål	Vad mäts/metod
E. Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet.	Aktgranskning: Antal upprättade genomförandeplaner i pågående insats.

Metod

På enheten för barn och unga har granskning genomförts i barn- och ungdomsgruppen avseende genomförandeplaner i pågående insatser. Granskningen har gjorts på tidsperioden 1 januari till 31 oktober 2021. De ärenden som valdes ut för granskning var ärenden med insatser avseende dygnet-runt-vård för barn och ungdomar. Ensamkommande barn med placering i särskilda boenden har exkluderats från denna granskning då de har granskats i en separat del av årets egenkontroller.

Samtliga barn och ungdomar som är placerade och vårdas i dygnet-runt-vård sammanställs kontinuerligt i en gemensam Excelfil på enheten. Utifrån den filen identifierades hälften av de ärenden som varit aktuella under granskningsperioden 1 januari till 31 oktober 2021. Enhetschef tog ansvar för att granska ärenden manuellt i Stockholm stads verksamhetssystem (Sociala system – Paraplyet).

Granskaren har valt att räkna varje placering som ett ärende. Det betyder att om den unge varit placerad hos två olika vårdgivare under granskningsperioden räknas det som två ärenden. Detta då det ska finnas en vård- och genomförandeplan för varje aktuell placering och vårdform.

Resultat

Tabell 1 visar resultatet för de tre barn som varit aktuella för granskning i barngruppen under granskningsperioden. Resultatet för de barn som överflyttats till familjevårdsgruppen efter placering i familjehem visas i tabell 3.

Tabell 1. Andel med upprättade genomförandeplaner, barngruppen.

Antal barn med insats i form av dygnet-runt-vård Barngruppen	Andel upprättade genomförandeplaner
3	1 (33%)

Tabell 2 visar resultatet för de totalt 26 ungdomar som haft insats i form av dygnet-runt-vård i ungdomsgruppen under granskningsperioden.

Tabell 2. Andel med upprättade genomförandeplaner, *ungdomsgruppen*.

Antal barn med insats i form av dygnet-runt-vård Ungdomsgruppen	Andel upprättade genomförandeplaner
11	1 (9%)

Diskussion/analys

Resultatet visar att det saknas upprättade genomförandeplaner i en stor andel av ärendena avseende barn och unga med placering i dygnet-runt-vård. Enligt 11 kap 3 § SoL ska en vårdplan upprättas för den som vårdas i ett hem för vård eller boende, stödboende eller familjehem. Den som vårdas utanför det egna hemmet ska även ha en upprättad genomförandeplan över hur vården ska genomföras. Genomförandeplanen är således en konkretisering av vårdplanen och har flera syften. Dels så ska genomförandeplanen konkretisera hur vården ska genomföras och dels så är det instrumentet som används för att göra den unge delaktig i sin vård.

Barngruppens resultat avseende totalt tre barn som varit placerade i dygnet-runt-vård under granskningsperioden visar att två av tre barn saknar genomförandeplan.

Ungdomsgruppens resultat visar att av de totalt 11 ärendena har endast ett ärende en upprättad genomförandeplan.

Gällande resultatet i barn- och ungdomsgruppen så kan följande orsaker identifieras som anledning till att genomförandeplan saknas i så många fall. I ungdomsgruppen är mer än hälften av de granskade ungdomarna placerade på institution i någon form t.ex. HVB eller SiS. Handläggaren har det huvudsakliga ansvaret för att en genomförandeplan upprättas, men i de flesta fall när en ungdom placeras på institution så utfärdas genomförandeplanen av vårdgivaren i samarbete med handläggaren och ungdomen. Efter att den är upprättad skickas genomförandeplanen till handläggaren. En anledning till att det saknas genomförandeplaner i den digitala akten kan vara för att den endast lagts i den fysiska akten och inte importerats i dokumentationssystemet. Ytterligare en förklaring kan vara att handläggare i både barn- och ungdomsgruppen saknat kunskap om att även en genomförandeplan ska upprättas som ett komplement till vårdplanen. Det kan även handla om prioriteringar i arbetsuppgifter vid hög arbetsbelastning som varit rådande i både barn- och ungdomsgruppen under granskningsperioden.

En checklista har tagits fram på enheten avseende inkommande information och upprättade handlingar i varje enskilt ärende. Syftet med checklistan är att stärka dokumentationen och upprättandet av nödvändiga handlingar samt förbereda enheten inför införandet av ett nytt dokumentationssystem 2021. Rutin har även tagits fram för digitalisering av samtliga dokument och inkommen information gällande alla ärenden på enheten för barn och unga. All information i ett ärende, inklusive samtliga dokument såsom genomförandeplan, skall finnas i den digitala akten.

Kontrollmål	Mätindikator	Vad mäts/metod
Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	Aktgranskning: Antal upprättade genomförandeplaner i pågående insats.	Andel genomförandeplaner inom funktionsnedsättning

Syfte

Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. En genomförandeplan ska inkomma från utföraren inom 14 dagar från att insatsen verkställts.

Frågeställning

Enheten för vuxna – område funktionsnedsättning vill undersöka hur stor andel av beviljade och verkställda insatser där en aktuell genomförandeplan finns.

Metod

Uppgifterna har hämtats från Paraplyet. Urvalet var alla brukare som fått nytt beslut om insats under 2021 inom funktionsnedsättningsområdet och lagrum SoL samt LSS.

Resultat

Av 88 brukare saknar 12 brukare inrapporterad genomförandeplan eller har en genomförandeplan under bearbetning. Av de 12 som saknade genomförandeplan var det 5 stycken som saknade genomförandeplan för sin dagliga verksamhet enligt 9§10 LSS, 3 bostad med särskild service enligt 9§9 LSS, LSS, 2 trygghetslarm enligt 4kap. 1§ SoL, 2 bostad med särskild service enligt 4 kap. 1§ SoL, 1 bostad med särskild service för barn/ungdom enligt 9§8 LSS.

Av de 76 som har en giltig genomförandeplan var det 54 bostad med särskild service enligt 9§9 LSS, 12 som hade en genomförandeplan för daglig verksamhet enligt 9§10 LSS, 2 boendestöd enligt 4kap. 1§ SoL, 3 trygghetslarm enligt 4 kap 1§ SoL, 1 särskilt boende enligt SoL, 1 hemtjänst enligt 4kap. 1§ SoL, 1 ledsagarservice enligt 9§3 LSS, 1 korttidsvistelse för barn/ungdom enligt 9§6 LSS, 1 korttidsvistelse för vuxna enligt 9§7 LSS.

Jämförelse med föregående mätning

Föregående års gransknings resultat visade att daglig verksamhet enligt 9§10 LSS samt trygghetslarm och hemtjänst enligt 4kap. 1§ enligt SoL var 3 av de insatser där det saknades flest genomförandeplaner. Daglig verksamhet samt hemtjänst och trygghetslarm är insatser som har påverkats av covid-19. I diskussionen från föregående granskning framkom det att det under 2020 varit snabba omställningar samt nedstängning av all daglig verksamhet vilket senare har lätt till ändrat innehåll i insatsen. Brukare hade på grund av nedstängning inte kunnat gå till sin dagliga verksamhet, därefter har verksamheterna haft fokus på att ställa om verksamheterna för att följa rådande rekommendationer. Årets resultat visar att antal genomförandeplaner har ökat. Det är fortfarande daglig verksamhet som har minst antal inrapporterade genomförandeplaner i aktuella ärenden.

Diskussion

Resultatet av kontrollen av genomförandeplan visar på att det fortfarande finns utvecklingsområden i verksamheten. Att det fortfarande saknas 12 aktuella genomförandeplaner i aktuella ärenden visar på att det finns förbättringsområde inom genomförandeplaner både på myndighetssidan och utförarsidan. Utifrån resultatet kan vi konstatera att enheten för vuxna, funktionsnedsättningsgruppen fortfarande behöver bli bättre på att följa rutin för att kontrollera att en genomförandeplan inkommit i tid och komma ihåg att efterfråga genomförandeplan i de ärenden där en genomförandeplan inte inkommit. Genomförandeplanerna är till för att se brukarens delaktighet i det egna ärendet och ett viktigt verktyg för myndighetssidan för att kontrollera att brukaren får det stöd hen har rätt till utifrån beviljad insats och brukarens egen önskemål. Granskningens resultat visar att daglig verksamhet enligt 9§10 LSS samt bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS är de två insatserna där det saknades flest genomförandeplaner. Daglig verksamhet är en av de insatser som fortfarande påverkats av covid-19. Några daglig verksamheter har fortfarande haft restriktioner i verksamheterna och några deltagare har ännu inte återgått helt till sin dagliga verksamhet men årets resultat visar på en klar förbättring av inrapporterade genomförandeplaner jämfört med tidigare år. Årets förbättrade resultat kan tyda på att verksamheterna har kunnat erbjuda brukarna en arbetssituation som kan kopplas till beställningen och de mål som brukaren har med insatsen, färre snabba omställningar kan även ha lett till att verksamheterna kan jobba mer långsiktigt med genomförandeplaner. Att andel ärenden där det saknas genomförandeplaner i boende med särskild service enligt 9 § 9 LSS har ökat kan troligtvis till viss del förklaras med att det vid tillfället av inhämtandet av statistik var många nya placeringar och en genomförandeplan inte hunnit inkomma, det är annars en insats som vid tidigare års granskning haft hög andel genomförandeplaner.

Kontrollmål	Mätindikator	Vad mäts/metod
Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	Aktgranskning: Antal upprättade genomförandeplaner i pågående insats.	Antal upprättade genomförandeplaner i pågående insats på socialpsykiatri och missbruk.

Syfte

Att genom kontroll av statistik i sociala systemet Paraplyet granska antal genomförandeplaner i pågående insatser med syftet att brukaren får delaktighet i frågor som rör det egna ärendet.

Metod

Uppgifterna har hämtats från Paraplyet. Urvalet var alla brukare som fått nytt beslut om insats under 2021 inom missbruk och socialpsykiatriområdet och lagrum SoL.

Resultat

Socialpsykiatrin

Av 23 brukare saknar 2 brukare inrapporterad genomförandeplan eller har en genomförandeplan under bearbetning. Av de 2 som saknade genomförandeplan var det 1 stycken som saknade genomförandeplan sin HVB placering och 1 som har insatsen stödboende via SHIS.

Av de 21 som har en giltig genomförandeplan var det 2 boendestöd enligt 4kap. 1§ SoL, 5 bostad med särskild service enligt SoL 4 kap § 1, 3 försök- och träningslägenhet SoL 4 kap 1§ och 4 kap 2§, 1 hemtjänst enligt 4kap. 1§ SoL, 8 sysselsättning SoL 4 kap 1§, 2 stödboende SoL 4 kap 1§.

Missbruk

Intern öppenvård

Av 47 insatser inom Bromma stadsdels egen öppenvård finns 38 genomförandeplaner. Av de 10 brukare som hade insatsen case manager har alla 8 en genomförandeplan, 2 påbörjade aldrig insatsen. Av de 28 brukare med insatsen strukturerad öppenvård har 23 en genomförandeplan. 5 brukare har ingen genomförandeplan. Av 6 brukare men insatsen träning lägenhet, försökslägenhet och jourlägenhet har 4 en genomförandeplan, insatsen påbörjades inte hos 2 brukare.

Interna och externa vårdgivare (akutboende, stödboende, omvårdnadsboende och HVB)

Under året har 162 stycken haft boendeinsatser enligt kap 4 §1 SoL. 91 av dessa placeringar gäller akutboenden och då inget uppdrag skickas till akutboenden ska heller inga genomförandeplaner inkomma. Av 71 boendeinsatser finns det genomförandeplaner i 38 stycken. I 3 av insatserna som saknade genomförandeplaner avbröt brukaren insatsen inom en vecka. I 15 insatser saknar vårdgivaren uppdrag från handläggarna på missbruksgruppen. 12

av insatserna där genomförandeplan saknas har utförts av Nollpunkten som är en insats som används som förlängd avgiftning och insatsen är därför ofta av kortare art, 15-30 dygn.

Diskussion

Resultatet av kontrollen av genomförandeplan visar på att det finns utvecklingsområden i verksamheten. Att det saknas totalt 53 genomförandeplaner i aktuella ärenden visar på att det har brustit både på myndighetssidan och utförarsidan. Utifrån resultatet kan vi konstatera att enheten för vuxna – missbruk och socialpsykiatrigruppen behöver bli bättre på att följa rutin för att kontrollera att en genomförandeplan inkommit i tid, skriva uppdrag till utförare och komma ihåg att efterfråga genomförandeplan i de ärenden där en genomförandeplan inte inkommit. Genomförandeplanerna är till för att se brukarens delaktighet i det egna ärendet och ett viktigt verktyg för myndighetssidan för att kontrollera att brukaren får det stöd hen har rätt till utifrån beviljad insats och brukarens egen önskemål. Granskningens resultat visar att stödboende enligt kap 4 §1 SoL är den insatsen där det saknades flest genomförandeplaner och ett arbete med grupperna för att upprätta fungerande rutiner och checklistor kommer påbörjas.

Kontrollmål	Mätindikator	Vad mäts/metod
Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	Antal förändringsplaner	Andel förändringsplaner i ärenden där det är lämpligt

Syfte

Förändringsplaner ska upprättas i samtliga 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 kontrollera i hur stor andel av totalt antal ärenden som det finns upprättade förändringsplaner.

Frageställning

I hur stor andel av totalt lämplig ärenden finns det upprättade förändringsplaner?

Metod

Handläggarna har en gemensam fil med listor över sina utredningar där de själva fyller i om det finns en upprättad, aktuell förändringsplan. Förändringsplanen ska vara gjort inom fyra månader för att anses aktuell. Kontrollen har gjorts genom informationen som framkommer i dessa listor. De utredningar där det ej anses lämpligt/nödvändigt med en förändringsplan är ej redovisade i resultatet.

Resultat

	Män	Kvinnor	Total
Utredningar	131	161	292
Förändringsplaner	74	78	152
Procentandel	56	48	52

I tabellen ovan redovisas resultatet av kontrollen. Resultatet visar att det finns förändringsplaner i ca 52 % av alla ärenden där det anses lämpligt.

Jämställdhetsanalys

Av totalt 292 utredningar är 131 män och 161 kvinnor. Skillnaden beror till stor del på att kvinnor alltid är aktägare när utredningen består av ett par bestående av en man och en kvinna. Den könsuppdelade statistiken blir därför något missivande vid denna kontroll då antal manliga klienter är högre än antal utredningar med män som aktägare. Till nästa egenkontroll kommer detta vara åtgärdat. Siffrorna vad det gäller kvinnor stämmer dock men då det ej går att göra någon jämförelse går det heller inte att göra någon analys kring eventuella skillnader mellan könen.

Diskussion/analys

Egenkontrollen visar att det finns förändringsplaner i ca 52 % av enhetens utredningar där det anses lämpligt. Enheten har inte satt upp något mål för hur stor andel av utredningarna som ska ha aktuella förändringsplaner men enligt riktlinjer från staden ska förändringsplaner upprättas i samtliga ärenden där det anses lämpligt. Enheten att under hösten påbörjat ett nytt arbetssätt kring att säkerställa att det finns aktuella förändringsplaner i samtliga ärenden där

det anses lämpligt och resultatet av det nya arbetssättet förväntas höja andelen förändringsplaner under kommande år.