



Stockholms
stad

Kvalitetsberättelse 2021

Avdelning socialtjänst och
fritid

stockholm.se

Kvalitetsberättelse 2021
Mars 2022

Dnr: BRO 2022/101
Bromma stadsdelsförvaltning, Avdelning socialtjänst och fritid
Kontaktperson: Anne Menes 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)*, *bemötande (D)* samt *delaktighet, självbestämmande och integritet (E)*, är att det finns förbättringsmöjligheter inom samtliga områden. Sammantaget pekar resultaten från denna kvalitetsberättelse mot att fortsatt fokus för granskning och utveckling 2022 bör vara inom området rättssäker och säker verksamhet. Det är även av stor vikt att de olika enheterna inom avdelningen arbetar mer med det systematiska kvalitetsarbetet gällande exempelvis egenkontroller och avvikelserapportering för att förbättra kvaliteten i verksamheterna. Enheternas arbete med riskanalyser samt processer och rutiner utifrån SOSFS 2011:9 bör inkluderas och följas upp i kvalitetsberättelsen för 2022, då även dessa områden är viktiga för att förebygga att kvalitetsbrister uppstår i verksamheterna.

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	5
Syfte	7
Tre fokusområden 2021	7
Resultat	7
En rättssäker och säker verksamhet (A)	8
Sammanfattning av erhållna resultat	9
Ett gott bemötande (D)	19
Sammanfattning av erhållna resultat	19
Rätt till delaktighet, självbestämmande och integritet (E)	23
Sammanfattning av resultat	24
Avvikelse	32
Lex Sarah	32
Övriga avvikelser	34
Klagomål och synpunkter	37
Sammanfattning av resultat	39
Tillsyn	40
Sammanfattning av resultat	42
Övrigt kvalitetsarbete	43
Analys och sammanfattande bedömning	45
Sammanfattande bedömning och utvecklingsområden	45
Bilagor	51

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 samt fastslaget styrdokument gällande det systematiska kvalitetsarbetet (dnr 251-15-1.2.1).

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 ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, har stadsdelsnämnden valt att definiera god kvalitet utifrån åtta områden som medarbetarnas arbete ska kännetecknas av. För att säkerställa en god kvalitet är det viktigt att våra invånare får och möter:

- 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. Dokumentationerna ska utgöra underlag för avdelningens årliga kvalitetsberättelse.

¹ 3 kap. 3 § Socialtjänstlagen

² 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9

Syfte

Syftet med årets kvalitetsberättelse är att ge en samlad bild av kvaliteten inom avdelning Socialtjänst och fritid under 2021. 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 2021

Utifrån den sammanfattande bedömningen från föregående års kvalitetsberättelse beslutades i avdelningens ledningsgrupp att fokusområden för kvalitetberättelsen 2021 skulle utgöras av följande kvalitetsområden; *en rättssäker och säker verksamhet (A)*, *ett gott bemötande (D)* samt *rätt till delaktighet, självbestämmande och integritet (E)*. Följande resultat och analys utgår således endast från dessa tre områden tillsammans med ”Avvikelser”, ”Tillsyn” och ”Övrigt kvalitetsarbete”. Detta i syfte att utveckla, förbättra och förenkla kvalitetsarbetet på lokal nivå.

Resultat

Följande resultat presenteras främst med utgångspunkt i de egenkontroller som genomförts inom avdelningen som hör till de tre kvalitetsområdena. Olika typer av metoder har använts för att erhålla resultat och mer information om metod för respektive kontrollmål och mätindikator hittas i tabell nedan samt i bifogade egenkontroller.

En rättssäker och säker verksamhet (A)

Följande egenkontroller har genomförts inom kvalitetsområdet *En rättssäker och säker verksamhet*.

	Kontrollmål	Vad mäts/Metod
I. Rättssäker och säker verksamhet	I. 1 God kvalitet i dokumentationen	I.1.2. Aktgranskning: Andel ensamkommande barn där genomförandeplan upprättats samt andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats.
		I.1.3. Aktgranskning: Andel ensamkommande barn där individuppföljning skett systematiskt samt andel uppföljningar som beaktat personliga utgifter.
		I.1.4. Aktgranskning av dokumentation - stickprov utifrån granskningsmall
		I.1.5. Granskning av dokumentation inom utförarverksamhet (LSS) enligt framtagna checklistor 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

		I.2.2. Aktgranskning (Barn/Ungdom): Vid utredningar längre än 4 månader - finns förlängningsbeslut?
		I.2.3. Utredningstiden på avslutade utredningar på Vuxenenheten (missbruk)
	I.3 Kommunicering	I.3.1. Aktgranskning (barn/ungdom): Stickprov - Har kommunikering skett i laga ordning.

Sammanfattning av erhållna resultat

God kvalitet i dokumentationen

Egenkontroller avseende god kvalitet i dokumentationen har genomförts inom enheten för barn och unga, enheten för vuxna, enheten för arbete och försörjning samt Enheten för personligt stöd.

I.1.2. Aktgranskning - Andel ensamkommande barn där genomförandeplan upprättats samt andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats

Bakgrunden till egenkontroller gällande ensamkommande barns personliga utgifter är att det framkommer som en förbättringsåtgärd i Revisionskontorets årsrapport för Bromma från 2017.

Granskningen visar att det saknas upprättande genomförandeplaner i den digitala akten i nästan samtliga fall. Två av tio ungdomar hade en genomförandeplan i den digitala akten. Dock visar granskningen att vårdplaner är upprättade i samtliga ärenden utom ett.

Anledningen till att genomförandeplaner inte har upprättats i så många fall kan ha flera orsaker. En genomförandeplan är en konkretisering av vårdplanen och utgår således från vårdplanens innehåll. En prioritering kan ha lett till upprättande av 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.

Det saknas vidare 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.

Granskningen föregående år visade på liknande resultat och åtgärder som vidtagits var bland annat att 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. 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.

1.1.3. Aktgranskning – Andel ensamkommande barn där individuppföljning skett systematiskt samt andel uppföljningar som beaktat personliga utgifter.

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. Resultatet är detsamma som vid granskningen 2020. Som nämnts saknas det 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. Utifrån resultatet av egenkontrollen har dialog återupptagits med staden/andra stadsdelar gällande hanteringen av personliga utgifter och rutin har tagits fram på enheten för barn och unga för ensamkommande barn avseende upprättande av genomförandeplan med beaktan av personliga utgifter.

I.1.4. Aktgranskning av dokumentation - stickprov utifrån granskningsmall

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 har använts vid följande egenkontroll inom avdelningen som utgår från dessa principer/begrepp.

Enheten för vuxna

Inom funktionsnedsättning har granskaren bedömt att resultaten visar på att dokumentationen generellt håller god kvalitet. De innehåller inga kränkande formuleringar och är sakliga och objektiva. De flesta 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 de granskade journalerna har journalanteckningarna längre tidsspann än 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.

Inom socialpsykiatri och missbruk gör granskaren bedömningen att dokumentationen överlag håller god kvalitet. De innehåller inga kränkande formuleringar och är sakliga och objektiva och det går att följa ärendets gång. Likt område funktionsnedsättning är det vanligt förekommande att det är längre tidsspann är 14 dagar mellan anteckningarna vilket kan förklaras genom att det ofta förekommer halvårs eller årsbeslut med tydliga uppdrag och genomförandeplaner och är insatsen välfungerande sker ingen kontakt mellan biståndshandläggare och klient förutom vid uppföljningstillfället. Enheten har efter granskning i arbetsgruppsmöten påmint medarbetare om att inte kopiera in e-post direkt i journalerna, vilket också kommer följas upp kontinuerligt.

Enheten för arbete och försörjning

Inom enheten för arbete och försörjning har granskningen visat på förbättringsmöjligheter inom samtliga områden. De avvikelser och brister som upptäcktes vid kontrollen kan antas bero på en kunskapsbrist i arbetsgruppen gällande dokumentation.

Avvikelse och bristerna kan också antas bero på en viss diskrepans gällande vad som är en subjektiv uppfattning och vad som är saklig information.

För att fortsatt säkerställa att den löpande dokumentationen följer SOSFS 2014:5 har enheten under hösten 2021 haft en

genomgång/utbildning i dokumentation för samtliga medarbetare. Andra åtgärder som vidtagits är fortsatt arbete med och genomgångar av enhetens tjänstekartor och enhetens rutiner för att dessa ska förankras i arbetsgruppen. Behörigheter till samarbetsytan, där avdelningen samlar sitt kvalitetsledningssystem har setts över så alla har tillgång till sidan.

1.1.5. 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.

I.2 Utredningstider

Egenkontroller avseende utredningstider genomfördes inom enheten för barn och unga och enheten för vuxna (missbruk). Förekomsten av förlängningsbeslut och skälen till dessa vid utredningar längre än fyra månader granskades också inom enheten för barn och unga.

I.2.1 Utredningstiden på avslutade utredningar enligt 11 kap. 1 § SoL gällande barn

På enheten för barn och unga har granskning genomförts avseende utredningar som överstigit den lagstadgade utredningstiden om maximalt fyra månader.

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

Tabell 1. Utredningstid barn- respektive ungdomsgruppen 1 januari till 31 oktober 2021

Utredningstid	Antal barngruppen	Andel i procent barngruppen	Antal ungdomsgruppen	Andel i procent
0-4 mån	238	85%	168	71,5%
5-8 mån	42	15%	65	27,7%
Längre än 8 månader	0	0	2	0,8%

Vid föregående års granskning överskred ca var femte utredning i barngruppen och var tredje utredning i ungdomsgruppen den lagstadgade tiden. 2021 års resultat liknar föregående års resultat.

Sammanfattningsvis bedöms resultaten gällande långa utredningstider ha påverkats av hög sjukfrånvaro och personalomsättning som lett till personalbrist på enheten.

Som åtgärd för att minska arbetsbelastningen har en organisationsförändring genomförts 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.

1.2.2 Aktgranskning förlängningsbeslut vid utredningar längre än 4 månader.

Granskningen avser att påvisa huruvida de utredningar som överstiger fyra månader i barn- och ungdomsärenden innefattar beslut om förlängning av utredningstiden.

Tabell 2. Förlängningsbeslut *barn-* respektive *ungdomsgruppen* 1 januari till 31 oktober 2021

Arbetsgrupp	Antal utredningar längre än 4 månader	Antal förlängningsbeslut	Utredningar som pågått längre än fyra månader med förlängningsbeslut i procent
Barngruppen	42	11	26,19 %
Ungdomsgruppen	67	14	20,89 %

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 analys 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.

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.

1.2.3 Utredningstiden på avslutade utredningar (missbruk)

På enheten för vuxna (handläggning av ärenden med missbruk) har granskning genomförts avseende utredningar som överstigit två månader.

Utredningar inom socialtjänsten som gäller vuxna utförs med stöd av 11 kap 1 § SoL eller 7 § LVM. I 11 kap 1 § SoL anges att socialnämnden utan dröjsmål ska inleda utredning när något kommit till nämndens kännedom genom ansökan eller på annat sätt och som kan ge anledning till någon åtgärd från nämnden. Syftet med utredningen är att få fram ett allsidigt underlag för att avslå

eller bevilja en ansökan, att vidta åtgärder. SoL anger inte att utredningen ska avslutas eller genomföras på ett visst sätt eller, när det gäller vuxna, inom en viss tid. I 7 § Förvaltningslagen (FL) anges dock att en utredning ska genomföras så snabbt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts.

78 utredningar har slutförts under perioden 2021-01-01 och 2021-11-24. Av dessa är 23 kvinnor och 55 män. 63 utredningar har slutförts inom två månader. 15 utredningar har överstigit två månader utredningstid. Vid jämförelse med resultatet 2020 har antalet utredningar ökat med nästan 40 %. Vid mätningen förra året var det 38 % av utredningarna som översteg 2 månader, vid årets mätning blev resultatet 19 %, vilket innebär en förbättring. Arbetsgruppen följer rutinen för utredningsförfarande samt har ökat sitt uppsökande- och motivationsarbete vilket lett till ett bättre resultat i årets egenkontroll.

Det finns flera anledningar till att 19 % av utredningarna på missbruksgruppen överstiger två månader. Missbruksgruppens målgrupp är komplex och många av dem som är aktuella på gruppen lider av samsjuklighet och utredningen kräver samordning av flera insatser (t ex beroendevård, psykiatri, andra grupper inom socialtjänsten samt externa utförare). För att kunna göra en korrekt bedömning krävs i många fall fyra till sex besök samt i många fall SIP (samordnad individuell planering) eller uppstart och bedömning från beroendevården vilket gör att utredningstiden ökar. En annan anledning till att utredningstiden överstiger två månader är att en del uteblir från besök och kan vara svåra att nå. Medarbetarna bedriver ett uppsökande och ett motivationsarbete för att personen ska slutföra sin ansökan vilket gör att utredningstiden kan överstigas.

I.3 Kommunikering

Egenkontroll avseende kommunikering genomfördes inom Enheten för barn och unga.

I.3.1. Aktgranskning - Kommunikering inom enheten för barn och unga

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

Tabell 3 visar resultatet för barngruppen 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 4 visar detsamma gällande ungdomsgruppen. Tabellerna visar även skillnaden från föregående år då samma egenkontroll genomfördes.

Tabell 3- Kommunikering, *barngruppen*, totalt 28 granskade ärenden.

Kommunicering	Andel i procent 2021	Andel i procent 2020
Kommunicering har skett i rätt tid och dokumenterats.	89	83,87
Kommunicering har skett och dokumenterats, dock med försening (3-5 veckor efter avslutad utredning).	7	9,68
Dokumentation saknas helt om att kommunikering ska ha skett.	4	6,45

Tabell 4 - Kommunikering, *ungdomsgruppen*, totalt 24 granskade ärenden.

Kommunicering	Andel i procent 2021	Andel i procent 2020
Kommunicering har skett i rätt tid och dokumenterats.	58,3	57,14
Kommunicering har skett och dokumenterats, dock med försening (3-5 veckor efter avslutad utredning).	16,7	0
Dokumentation saknas helt om att kommunikering ska ha skett.	25	42,86

Resultaten visar att barngruppen saknar dokumentation av kommunikering i 4 % av fallen (föregående år 6,45 %) medan ungdomsgruppens motsvarande siffra är 25 % (föregående år 42,86). Resultaten visar på förbättringar från föregående år men att det fortsatt föreligger utvecklingsbehov och biträdande enhetschefer kommer framöver att följa upp att kommunikering sker i rätt tid samt att den dokumenteras.

Ett gott bemötande (D)

Följande egenkontroller har genomförts inom kvalitetsområdet *Ett gott bemötande*.

	Kontrollmål	Vad mäts/Metod
L. 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

Sammanfattning av erhållna resultat

Egenkontrollen har granskat resultat från brukarundersökningen 2021 avseende Hur brukare inom bostad med särskild service och daglig verksamhet i egen regi upplever sig bemötta av personal, biståndshandläggare samt upplevelse av diskriminering.

Frågorna som ställts i brukarundersökningen som granskats är;

Blir du väl bemött av personalen?

Blev du väl bemött av biståndshandläggaren?

Upplever du att personalen diskriminerat dig?

L.1.1. Frågor om bemötande i brukarenkäter samt L.2.1.

Frågor om diskriminering i brukarenkäter

Blir du väl bemött av personalen?

Tabell 5. Resultat av svar från brukarundersökning – fråga om bemötande

Blir du väl bemött av personalen?	Daglig verksamhet 2021 % (2020 %)	Gruppbostad 2021 % (2020 %)	Servicebostad 2021 % (saknas jämförelse 2020)
Ja	91 % (93 %)	79 % (82 %)	50 %
Ibland	6 % (7 %)	20 % (16 %)	50 %
Nej	3 % (0 %)	2 % (2 %)	0 %

På Brommas dagliga verksamhet har en övervägande andel av brukarna uppgett att de blir väl bemötta av personalen, lika många som i staden i övrigt (91 %).

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

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.

Indikator om bemötande har ingått i enhetens förändringsledning och är grunden för arbetet i verksamheterna. Resultaten i årets

brukarundersökning är i huvudsak positiva och i linje med staden generellt. Personalomsättning samt påverkan av pandemin kan ha påverkat resultaten negativt, då det förra året fanns mindre tid till dialog kring bemötande-planer. Ordet bemötande kan också upplevas som ett abstrakt och svårt ord på svenska och kommunikation kan ha en tydlig koppling till bemötande.

Blev du väl bemött av biståndshandläggaren?

Tabell 6. Resultat av svar från brukarundersökning – fråga om bemötande (biståndshandläggaren)

Blev du väl bemött av biståndshandläggaren	Daglig verksamhet 2021 % (saknas jämförelse 2020)	Gruppbostad 2021 % (saknas jämförelse 2020)	Servicebostad 2021 % (saknas jämförelse 2020)
Ja	92 %	48 %	-
Ibland	8 %	25 %	-
Nej	0 %	28 %	-

Endast en mindre andel av de som besvarat enkäterna har besvarat frågorna gällande biståndshandläggarens bemötande. Ca 35 % av brukare i daglig verksamhet som svarat på enkäten har besvarat denna fråga. De svar som lämnats är positiva och högre än staden generellt. För brukare i gruppbostad som besvarat enkäten har ca 65 % svarat på frågan om biståndshandläggaren. I jämförelse med stadens resultat ligger Bromma här istället lågt och det finns behov av förbättring. Det är för få av brukare i servicebostad som besvarat frågan och resultat saknas därför.

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, 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 gruppbostad jämfört med daglig verksamhet. Det är färre i gruppbostad som upplever ett gott bemötande från handläggare. Orsaker till resultaten kring frågan om bemötande 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. 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.

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.

Upplever du att personalen diskriminerat dig?

Tabell 7. Resultat av svar från brukarundersökning – fråga om bemötande (biståndshandläggaren)

Upplever du att personalen diskriminerat dig?	Daglig verksamhet 2021 % (2020 %)	Gruppbostad 2021 % (2020 %)	Servicebostad 2021 % (saknas jämförelse 2020)
Ja	17 % (4 %)	10 % (12 %)	0 %
Ibland	3 % (0 %)	31 % (0 %)	33 %
Nej	79 % (96 %)	60 % (88 %)	67 %

Resultaten har försämrats från föregående år gällande frågan om diskriminering för brukare i daglig verksamhet och gruppbostad. För servicebostad saknas jämförande resultat från föregående år, men i jämförelse med staden och resultatet från Bromma 2019 kan resultatet anses var lågt även för servicebostad.

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. Främsta orsaken till det försämrade resultatet bedöms vara att verksamheterna inte fortsatt dialogen i samma omfattning kring ordets betydelse som under år 2020. Ett arbete för att förstå resultaten samt utöka dialogen om begrepp ska göras under 2022.

Rätt till delaktighet, självbestämmande och integritet (E)

Följande egenkontroller har genomförts inom kvalitetsområdet.

M. Delaktighet,	M. 1. Delaktighet i	M.1.1. Frågor om delaktighet i brukarenkäter
------------------------	----------------------------	---

	frågor som rör det egna ärendet	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.

Sammanfattning av resultat

Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet

Egenkontroller avseende delaktighet i frågor som rör det egna ärendet genomfördes inom enheten för barn och unga, enheten för vuxna samt enheten för arbete och försörjning. Resursenhetens resultat om delaktighet redovisas utifrån genomförd brukarundersökning 2021 avseende brukare med psykiska funktionsnedsättningar som bor i bostad med särskild service enligt SoL.

M.1.1. Frågor om delaktighet i brukarenkäter

Egenkontrollen baserat på svaren i brukarundersökningen ser över hur brukare med psykiska funktionsnedsättningar som bor i bostad med särskild service enligt SoL upplever sig vara delaktiga i frågor rörande det egna ärendet, och berör frågor som både är kopplade till utföraren (boendet) samt beställaren (myndighet). I Bromma stadsdelsnämnd inkom 90 % av svaren från egen regi och 10 % från privata utförare.

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

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

En orsak till resultaten kan vara att brukare haft svårare att ha inflytande över sina stödinsatser under pandemin och tiden då smittspridningen i samhället var stor och smittskyddsåtgärder vidtogs fick stöd anpassas utifrån fler faktorer än enskildas vilja och önskemål. Verksamheten arbetar för att brukarna ska vara delaktiga och ges möjlighet att påverka stödet. 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 vid uppföljning av genomförandeplan. Brukaren ges möjlighet att berätta om sina önskemål och behov i olika moment, på vilket sätt stödet skulle ges och när.

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

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 %.

Resultaten av svaren på frågorna 21 och 22 som rör delaktighet i val av boende framkommer det att det finns förbättringsmöjligheter. De flesta brukarna har bott på sina gruppboendestäder en längre tid och det finns inga tydliga rutiner att vid uppföljning informera om valfrihet. Enheten kommer arbeta med frågan delaktighet och valfrihet och skapa tydligare 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 otydligt vad som egentligen menas med frågorna. Detta kan vara en orsak till aktuella resultat.

M.1.2. Aktgranskning - Upprättade genomförandeplaner

Granskningar gällande antal upprättade genomförandeplaner har genomförts inom enheten för barn och unga och enheten för vuxna.

Enheten för barn och unga

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.

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.

Tabell 7. Andel med upprättade genomförandeplaner

	Antal barn med insats i form av dygnet-runt-vård	Andel upprättade genomförandeplaner
Barngruppen	3	33 % (1)
Ungdomsgruppen	11	9 % (1)

Resultatet visar att det saknas upprättade genomförandeplaner i en stor andel av ärendena avseende barn och unga med placering i dygnet-runt-vård. Resultatet från föregående år visade även då på att det saknades i majoriteten av ärendena. Det låga resultatet kan bero på att genomförandeplanen inkommit i fysisk form och inte importerats till den digitala akt som granskats. 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. 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.

Enheten för vuxna

Funktionsnedsättning

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. Enheten för vuxna skickar beställningen till vald utförare. Utföraren ska sedan upprätta genomförandeplanen tillsammans med den enskilde som dokumenteras i Parasol/Paraplyet.

Av 88 brukare saknar 12 brukare inrapporterad genomförandeplan eller har en genomförandeplan under bearbetning.

Tabell 8. Andel med upprättade genomförandeplaner - funktionsnedsättning

Antal brukare som fått nytt beslut om insats 2021 SoL/LSS	Antal upprättade genomförandeplaner	Andel upprättade genomförandeplaner
88	76	86 %

Resultatet av kontrollen av genomförandeplan visar på att det fortfarande finns utvecklingsområden i verksamheten, både på myndighetssidan och utförarsidan. Enheten för vuxna, funktionsnedsättningsgruppen, behöver i ökad grad 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 myndighetsidan 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 pandemin. Att andel ärenden där det saknas genomförandeplaner i bostäder med särskild service enligt 9 § 9 LSS har ökat kan till viss del förklaras av att det vid tillfället statistik samlades in var många nya placeringar och en genomförandeplan inte hunnit inkomma, det är annars en insats som vid tidigare års granskning haft hög andel genomförandeplaner.

Socialpsykiatri och missbruk

Antal genomförandeplaner i pågående insatser inom socialpsykiatri och missbruk har granskats inom enheten för vuxna. Urvalet var alla brukare som fått nytt beslut om insats enligt SoL under 2021 inom missbruk och socialpsykiatri.

Tabell 9. Andel med upprättade genomförandeplaner – socialpsykiatri och missbruk

	Antal brukare som fått nytt beslut om insats 2021	Antal upprättade genomförandeplaner	Andel upprättade genomförandeplaner
Socialpsykiatri	23	21	91 %
Missbruk (öppenvård)	47	38	80 %
Missbruk (boendeinsats)	71	38	53,5 %

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. Orsaker till att vissa saknas kan förklaras i att 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.

Utifrån resultatet konstateras dock 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. 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.

M.1.3. Aktgranskning - Upprättade förändringsplaner

En granskning har genomförts inom enheten för arbete och försörjning gällande om förändringsplaner upprättats inom tre månader från första kontakt.

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.

Resultatet visar att det finns förändringsplaner i ca 52 % av alla ärenden 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 har under hösten 2021 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.

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 kvalitetsarbetet. Effektiva rutiner för avvikelserapportering är nödvändigt för att systematiskt förbättra verksamheterna och ökad rättssäkerhet i en organisation. 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 brister i organisationen. Syftet är, i första hand, att komma tillrätta med de missförhållanden man upptäckt genom att återföra erfarenheterna in i verksamheten. Därför är det av stor vikt att enheterna använder sig av den information som kommer fram vid en utredning för att förebygga och förhindra eventuella risker och brister. Under 2021 inkom 17

lex Sarah rapporter och 16 lex Sarah utredningar öppnades inom Socialtjänst och fritid (egen verksamhet). Sedan 2015 har det skett en ökning i antal inkomna lex Sarah rapporter inom den egna verksamheten (tabell 10).

Tabell 10. Inkomna lex Sarah rapporter och öppnade utredningar

	Inkomna lex Sarah rapporter		Öppnade lex Sarah utredningar	
	Egen verksamhet	Enskild regi	Egen verksamhet	Enskild regi
2015	10	0	7	0
2016	0	7	0	7
2019	26	2	25	2
2020	14	1	12	1
2021	17	0	16	0

Tabell 11. Rapporterad händelse utifrån inkomna lex Sarah rapporter under 2021

	Funktionsnedsättning	Barn och unga	Missbruk	Socialpsykiatri	Ekonomiskt bistånd	SUMMA
Psykiska övergrepp						
Fysiska övergrepp						
Brister i bemötande	1					1
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande		7	1		4	12
Brister i utförande av insats	2			1	1	4
Sexuella övergrepp						
Ekonomiska övergrepp						
Brister i fysisk miljö, utrustning eller teknik						
Annat						
SUMMA	3	7	1	1	5	17

Under 2021 inkom totalt 17 lex Sarah rapporter till förvaltningen varav samtliga avser egen verksamhet och ingen rör privat regi. Rapporterna har framförallt handlat om missförhållanden och påtaglig risk för missförhållande avseende brister inom rättssäkerhet vid handläggning och genomförande (tabell 11). Upprättade lex Sarah rapporter har förekommit inom alla verksamhetsområden men majoriteten av rapporterna gäller myndighetsutövning inom barn och unga samt arbete och försörjning. Att dessa verksamhetsområden har fler rapporterade missförhållanden kan bero på att de i högre grad rapporterar bristerna som identifierats.

Övriga avvikelser

Antalet avvikelser har fortsatt att öka och under 2021 rapporterades 219 övriga avvikelser inom avdelningen. År 2020 inrapporterades totalt 112 avvikelser och 2016 inrapporterades 35 övriga avvikelser. Avdelningen har genomfört organisationsförändringar vilket innebär att tidigare tabeller inte riktigt är användbara. En ny tabell för 2021 har därför skapats, i tillägg till tabell för 2020 och 2015/2016. Under 2021 inkom flest avvikelser från barn- och ungdomsenhetens mottagningsgrupp, med 170 inrapporterade avvikelser.

Tabell 12 Inkomna övriga avvikelser per enhet under 2021

Enhet	Antal	Andel
Enheten för vuxna	0	0 %
Enheten för barn och unga	193	90 %
Enheten för arbete och försörjning	22	10 %
Enheten för Personligt stöd	1	0 %
Resursenheten	0	0 %
Totalt	219	100 %

Tabell 13. Inkomna övriga avvikelser per enhet under 2020

Enhet	Antal	Andel
Enheten för vuxna	0	0 %
Enheten för barn och unga	0	0 %
Enheten för mottagning	112	100 %
Enheten för personligt stöd	0	0 %
Resursenheten	0	0 %
Enheten för arbete och försörjning	0	0 %
Totalt	112	100 %

Antalet inkomna övriga avvikelser var högt även under 2015 men sjönk kraftigt under 2016.

Tabell 14. Inkomna övriga avvikelser per enhet under år 2015, 2016

Enhet	2015	2015	2016	2016
	Antal	Procent	Antal	Procent
Arbete och försörjning	0	0	0	0
Barnenheten	2	1,50 %	0	0
Ungdomsenheten	0	0	0	0
Familjerätt/Familjevård inkl. Kontaktverksamheten	0	0	0	0
Enheten för ensamkommande barn & unga	0	0	0	0
Vuxnenheten	0	0	1	3 %
Enheten för bistånd till personer med funktionsnedsättning	138	96,50%	32	91 %
Enheten för personligt stöd	0	0	0	0
Resursenheten (BRV)	3	2 %	2	6 %
Totalt	143	100 %	35	100 %

En rapporterad händelse kan innebära att en avvikelse från flera kvalitetsområden och flera avvikelser kan vara rapporterade i en

och samma rapport, samt beröra flera olika enskilda. En sammanställning av de gjorda övriga avvikelserna med utgångspunkt i de åtta kvalitetsområdena visar att kvalitetsområdet ”en rättssäker och säker verksamhet” fortfarande avser högst andel brukare, vilket följer samma mönster som både år 2016 och 2020 (se tabell 12). En stor minskning av avvikelser ses inom kvalitetsområde ”en tillgänglig verksamhet”. Coronapandemin kan tänkas vara en bidragande orsak till att tillgängligheten upplevdes att minska under 2020. Även år 2016 avsåg en låg andel avvikelser kvalitetsområdet. Antalet avvikelser skiljer sig märkbart mellan enheterna. Två enheter har inte rapporterat några avvikelser under 2021. Enheten för bistånd till personer med funktionsnedsättning rapporterade 138 avvikelser 2015, vilket minskade till 32 året därpå. Sedan 2020 har enheten tillhört enheten vuxna, som både år 2020 och 2021 har rapporterat noll avvikelser. Det är viktigt att avdelningens rutin för avvikelse är känd, implementerad och att det finns en likställighet inom avdelningens enheter kring arbetet med avvikelser. En brist som har framkommit är att några enheter skriver avvikelser, men att sammanställning, analys och åtgärder som ska följa på de inkomna avvikelserna behöver förbättras.

Tabell 15. Andel som berörts av avvikelse från de olika kvalitetsområdena

Kvalitetsområde	Andel 2016	Andel 2020	Andel 2021
En rättssäker och säker verksamhet (A)	95 %	85 %	98 %
En individanpassad verksamhet (B)	0 %	0 %	0 %
En tillgänglig verksamhet (C)	3 %	15 %	0 %
Ett gott bemötande (D)	0 %	0 %	0 %
Delaktighet, självbestämmande och integritet (E)	0 %	0 %	0 %
En kunskapsbaserad verksamhet som hjälper (F)	0 %	0 %	0 %
Personal med rätt kompetens (G)	1 %	0 %	0 %
Effektiva och samordnade processer (H)	1 %	0 %	2 %
Totalt	100 %	100 %	100 %

Tabell 16. Orsak till avvikelser enligt de inkomna rapporterna

Orsak	Andel 2016	Andel 2020	Andel 2021
Tidsbrist	50 %	0 %	0 %
Brist på kommunikation	0 %	0 %	0 %
Brist på samverkan	2,50 %	0 %	0 %
Brist på information	2,50 %	4 %	0 %
Personalbrist	5 %	13 %	3 %
Arbetsbelastning	27,50%	77 %	85 %
Brist på rutiner	5 %	0 %	1 %
Övrigt	7,50 %	7 %	10 %
Totalt	100 %	100 %	100 %

Den vanligaste förekommande avvikelserna var förhandsbedömningar gällande barn och unga som inte färdigställts inom 14 dagar. Inom enheten för arbete och försörjning avser avvikelserna ej avstämde ärenden. Den absolut vanligaste orsaken till avvikelserna var arbetsbelastning följt av övrigt. Kategorin övrigt avser bland annat bemötande.

Klagomål och synpunkter

En viktig del i att utveckla kvalitén 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 detta arbete. Under 2021 har avdelningen rapporterat in 107 positiva synpunkter och 88 klagomål. Alla klagomål (där det varit möjligt) har bemötts och kommunicerats med de som framfört dessa och inblandade arbetsgrupper. De synpunkter och klagomål som har framförts har diskuterats och eventuella behov av förbättringar genomförts. Flest klagomål och synpunkter gäller bemötande, handläggning och information. Av de inkomna positiva synpunkterna, avser flest bemötande, insatsens innehåll och tillgänglighet. Ett exempel på synpunkt gällande insatsens innehåll är ett klagomål som från anhörig om att en brukare var fel klädd en varm sommardag.

Tabell 17. Antal och andel klagomål 2021

	2015		2016		2020		2021	
Typ av klagomål	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Tillgänglighet	4	6 %	11	13,50%	17	12 %	12	14 %
Bemötande	11	16,50%	12	15 %	22	16 %	18	21 %
Kompetens	4	6 %	5	6 %	4	3 %	4	4 %
Kontinuitet	4	6 %	0	0 %	6	4 %	4	4 %
Information	5	7,50 %	3	4 %	13	9 %	17	20 %
Handläggning	23	34 %	11	13,50%	12	9 %	19	22 %
Insatsens innehåll	5	7,50 %	5	6 %	57	41 %	2	1 %
Annat	11	16,50%	34	42 %	9	6 %	12	14 %
Totalt	67	100 %	81	100 %	140	100 %	88	100 %

Flest positiva synpunkter har inkommit inom verksamhetsområde funktionsnedsättning med 96 positiva synpunkter, varav 26 inom myndighet och 70 inom utförarverksamheten enheten för personligt stöd. Se tabell 8. Exempel på positiva synpunkter är att anhöriga och gode män upplever att allt har fungerat bra med tanke på pandemin och att deras huvudmän blivit mer tillgodosedda en tidigare.

Arbetet med synpunkter och klagomål är ett utvecklingsområde inom avdelningen och enheternas arbete skiljer sig åt. De förvaltningsövergripande rutinerna behöver förankras inom enheterna. Detta arbete kommer fortgå under 2022.

Tabell 18. Antal och andel positiva synpunkter

Typ av synpunkt	2015		2016		2020		2021	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Tillgänglighet	15	11 %	9	8 %	15	9 %	17	16 %
Bemötande	41	30 %	17	15 %	40	23 %	27	26 %
Kompetens	14	10 %	14	12 %	29	16 %	14	13 %
Kontinuitet	4	3 %	0	0 %	8	5 %	1	1 %
Information	9	7 %	3	2,50 %	15	9 %	11	10 %
Handläggning	17	13 %	10	8,50 %	1	1 %	12	11 %
Insatsens innehåll	35	26 %	5	4 %	43	24 %	23	21 %
Annat	0	0 %	58	50 %	25	14 %	2	2 %
Totalt	135	100 %	116	100 %	176	100 %	107	100 %

Sammanfattning av resultat

Syftet med att sammanställa avvikelser, klagomål och synpunkter är att upptäcka mönster eller tendenser som tyder på brister i verksamhetens kvalitet. Inom avvikelser kan ett förbättringsbehov främst konstateras, i likhet med förgående redovisade år, inom området *rättssäkerhet och säkerhet* där arbetsbelastning anges som den enskilt vanligaste orsaken till avvikelsen. Dock har merparten av dessa avvikelser inkommit från enheten för barn och ungdoms mottagningsgrupp vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser för avdelningen i stort. En av de slutsatser man emellertid kan dra är att avvikelshanteringen behöver ses över. För att avvikelshanteringen ska kunna bli ett användbart verktyg för att hitta kvalitetsbrister är det angeläget att de olika enheterna blir bättre på att identifiera och rapportera avvikelser. Det är därför av oerhörd betydelse att enhetschefer och enskilda medarbetare får stöd, utbildning och kontinuerlig vägledning i detta kvalitetshöjande arbete.

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.

Under 2021 har stadens funktionshinderinspektörer genomfört en kvalitetsgranskning i fyra stadsdelar varav Bromma är en av dem. Granskningen avsåg insatsen daglig verksamhet enligt LSS med en inriktning mot praktik eller arbete. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en tillsyn av vidtagna åtgärder till följd av lex Sarah anmälan vid en gruppbostad enligt LSS.

Funktionshinderinspektörernas kvalitetsgranskning

Granskningen avser beslut fattade under 2019, det vill säga före pandemins utbrott. Ett gemensamt utvecklingsområde för de granskade verksamheterna/stadsdelarna är planering av insats och tydliga och strukturerade beställningar till utföraren. I en beställning där syfte, aktiviteter, delmål och mål framgår ges utföraren förutsättning att skapa en användbar genomförandeplan tillsammans med den enskilde. Att genomförandeplaner stämmer överens med beställningen behöver säkerställas. Dokumenterad uppföljning är ett annat utvecklingsområde där både beställning och genomförandeplan kan användas vid avstämning och planering framåt.

Det finns ett behov av att öka och bibehålla en aktuell kunskap hos handläggarna kring vilka alternativ till daglig verksamhet som finns att tillgå internt såväl som externt. Genom god kännedom kan anpassad och användbar information ges vidare till den enskilde.

Få personer i granskningen är föräldrar till minderåriga barn. Verksamheterna behöver fortsätta implementera rutiner och arbetssätt utifrån stadens reviderade stödmaterial för att säkerställa att barnets situation beskrivs och att barnkonsekvensanalyser görs i ärenden som rör vuxna som är föräldrar till minderåriga barn.

Tillsyn genomförd av IVO inom gruppbostad (LSS)

IVO genomförde en tillsyn av vidtagna åtgärder till följd av lex Sarah anmälan vid en gruppbostad som drivs i Brommas regi. Händelsen som anmäldes som en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande handlade om att personalen låste en brukares dörr på eftermiddagen så att denne inte kunde komma in i sin lägenhet för att förhindra att brukaren gick och la sig för tidigt på kvällen. IVO bedömer, efter intervjuer med ledning och medarbetare, att Bromma stadsdelsnämnd har genomfört och följt upp de redovisade åtgärderna, säkerställt att åtgärderna fått avsedd effekt samt spridit kunskap om händelserna och åtgärderna i verksamheterna. IVO bedömer att huvudmannen har följt upp vidtagna åtgärder i enlighet med 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Tillsyn genomförd av IVO inom enheten för barn och unga

Tillsyn av stadsdelsnämnden i Bromma inleddes av Inspektionen för vård och omsorg med anledning av klagomål på verksamheten inom barn och unga. Klagomålet handlar om hög personalomsättning och bristande introduktion av nyanställda som får klara sig själva. Anmälaren menar att det leder till inkorrekt och bristfällig dokumentation. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har även följt upp tidigare beslut med brister för år 2020 som rör barn och unga. Dessutom har inspektörerna granskat kronologiska pärmen för första halvåret 2021.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet men påtalar följande brister:

- Nämnden brister när nämnden varit passiv i handläggningen och inte avslutat utredningar skyndsamt eller inom 4 månader.
- Nämnden har inte inlett utredning vid uppgifter om barn som bevittnat våld och/eller själva varit utsatta.

IVO vidtar i nuläget inte några ytterligare åtgärder med anledning av bristerna men kan komma att följa upp beslutet.

Uppföljning av hur nämnden hanterat IVO:s tidigare beslut om brister

IVO bedömer att nämnden har vidtagit åtgärder för att komma till rätta med de svårigheter som nämnden haft med bland annat en hög personalomsättning och återkommande brister i handläggningen av barn och unga. Nämnden har gjort en organisationsförändring och skapat mindre utredningsgrupper med en biträdande enhetschef vardera och genom detta åstadkommit en bättre introduktion av nyanställda och ett bättre stöd till personalen i det dagliga arbetet. Nämnden har också redogjort för hur nämnden hanterar de tillsynsbeslut som IVO lämnar till nämnden. Besluten ligger till grund för det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten.

Sammanfattning av resultat

För att identifierade brister ska kunna rättas till är det viktigt att tillsynsrapporterna diskuteras och görs kända på de berörda enheterna. Utifrån de genomförda tillsynerna/granskningarna kan man konstatera att berörda enheter inom avdelningen behöver genomföra insatser och utveckla rutiner för att främst komma tillrätta med bristerna kopplade till handläggning och uppföljning gällande daglig verksamhet (LSS). I tillsyn framkommer även att

utredningar inom barn och unga behöver avslutas skyndsamt eller inom 4 månader samt att utredningar ska inledas vid uppgifter om barn som bevittnat våld och/eller själva varit utsatta.

Övrigt kvalitetsarbete

Ingen av verksamheterna inom avdelningen har deltagit i Stockholms stads kvalitetsutmärkelse för 2021, däremot har flera medarbetare varit delaktiga som examinatorer. Fem verksamhetsuppföljningar har genomförts inom bostad med särskild service i egen regi.

Verksamhetsuppföljningar i egen regi

Verksamhetsuppföljningar inom egen regi är en del av nämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheterna. Under förra året genomfördes fem verksamhetsuppföljningar inom avdelningen vilka avsåg fyra gruppbestäder (LSS) samt en daglig verksamhet (LSS);

- Abrahamsbergs dagliga verksamhet
- Annedals gruppbestad
- Beckomberga gruppbestad
- Björnsonsgatans servicebestad
- Linabergs servicebestad

Den samlade bedömningen av respektive verksamhetsuppföljning är att verksamheterna till största del bedriver en god och säker verksamhet. Det framkommer vissa behov av förbättringsåtgärder inom verksamheterna som ansvarig chef för verksamheten ska vidta. Verksamhetsuppföljningar är ett viktigt verktyg för intern tillsyn över att verksamheterna i egen regi bedrivs i enlighet med uppställda krav och kvalitetsmål. Verksamhetsuppföljningarna har redovisats för nämnden i december 2021 (dnr BRO 2021/225).

ILS kvalitetsledningssystem

Ett arbete pågår med att digitalisera ett kvalitetsledningssystem inom ramen för stadens integrerade ledningssystem, ILS. Det digitala systemet har gemensamma huvudprocesser och delprocesser i enlighet med SOSF inom hela socialtjänsten, inklusive äldreomsorgen. Respektive avdelning och enheter skapar därefter egna arbetsätt och egenkontroller utifrån lokala förutsättningar och arbetsuppgifter. Syftet med att digitalisera kvalitetsledningssystemet är att skapa ett verktyg som ska underlätta och tydliggöra för chefer att leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten.

Analys och sammanfattande bedömning

Syftet med denna kvalitetsberättelse är att ge en samlad bild av kvaliteten inom avdelning Socialtjänst och fritid under 2021 med utgångspunkt i de tre fokusområdena *Rättssäkerhet och säker verksamhet*, *Bemötande* samt *Delaktighet, självbestämmande och integritet*. 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 2021 inom de tre fokusområdena är att det finns förbättringsmöjligheter på många plan. Utifrån resultaten och analysen kan man även urskilja flera positiva tendenser.

Goda exempel

- Individuppföljningar för ensamkommande barn och unga har skett systematiskt (A)
- Andelen utredningar som slutförts inom två månader har ökat sedan föregående år avseende vuxna med beroendeproblematik. (A)
- Dokumentation inom enheten för vuxna har varit av god kvalitet. Dokumentationen överensstämde i stort sett med de krav och regler för dokumentation som ställs enligt gällande lagar, föreskrifter och riktlinjer. (A)
- När det gäller barn har kommunikering skett i laga ordning i en övervägande del av ärendena och resultaten har förbättrats sedan föregående år (A)

- En övervägande andel av brukarna uppgett att de blir väl bemötta av personalen inom daglig verksamhet och bostäder med särskild service (LSS) (D)
- Majoriteten av brukarna i daglig verksamhet svarar att de blir väl bemötta av biståndshandläggaren (D)
- En majoritet av brukare inom missbruk hade upprättade genomförandeplaner i pågående insatser (E)
- Majoriteten av brukare inom socialpsykiatri upplever delaktighet i boendet (E)

Utvecklingsområden

- De personliga utgifterna behöver beaktas vid individuppföljningarna och i genomförandeplan av ensamkommande barn placerade i särskilda boenden (A)
- Dokumentation i ärenden behöver förbättras och ske mer kontinuerligt (A)
- De lagstadgade, och i övrigt beslutade, utredningstiderna måste hållas, framförallt avseende barn och unga men även vuxna med missbruk. (A)
- Andelen beslut om förlängd utredningstid behöver öka både i barn- och ungdomsgruppen när utredning inte kan slutföras inom lagstadgad utredningstid (A)
- Resultaten gällande kommunikering inom barn- och ungdomsärenden visar på förbättringar från föregående år men att det fortsatt föreligger utvecklingsbehov främst inom ungdomsgruppen (A)
- Utredning ska inledas i samtliga ärenden när barn bevittnat ett utsatts för våld (A)
- Andelen brukare som i brukarundersökning uppger att de blivit diskriminerade behöver minska (D)
- Andelen brukare i gruppboende som upplever sig väl bemötta av biståndshandläggaren behöver öka (D)

- Svarsfrekvensen gällande frågan om biståndshandläggarens bemötande behöver öka (D)
- Socialtjänstens arbete, så långt det är möjligt, ska bygga på den enskildes delaktighet och bristen på upprättade genomförandeplaner behöver uppmärksammas och resultaten förbättras inom samtliga enheter som berörs (E)
- Planering av insats samt tydliga och strukturerade beställningar till utföraren behöver utvecklas, då detta skapar förutsättningar för utföraren att skapa en användbar genomförandeplan tillsammans med brukaren (E)
- Utöver att genomförandeplaner ska upprättas i samtliga ärenden, ska beställaren även säkerställa att genomförandeplanen överensstämmer med beställningen.
- Information till brukare inom socialpsykiatri gällande valfrihet behöver öka (E)

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.

De flesta utvecklingsbehov kan ses inom området rättssäker och säker verksamhet. Det är också inom det område som flest egenkontroller genomförts. Detta område är även det som återfinns i avvikelserapporter, det är inom *brister inom rättssäkerhet vid handläggning och genomförande* som flest brister identifieras och rapporteras.

Avdelningens systematiska kvalitetsarbete

Den sammanfattande bedömningen av hur avdelningens enheter arbetar systematiskt med kvalitetsarbete är att det föreligger behov

av utveckling. Samtliga enheter inom avdelningen behöver arbeta mer systematiskt med de verktyg som finns för systematiskt kvalitetsarbete utifrån avdelningens ledningssystem.

Avvikelse rapportering, egenkontroller, riskanalyser och rutinarbete behöver ske systematiskt och enligt rutinerna för att identifiera kvalitetsbrister och vidta åtgärder för att utveckla verksamheterna. Förankring av rutiner kring avvikelshantering, lex Sarah och synpunkter och klagomål behöver ske regelbundet. Systematiskt arbete med riskanalyser är viktigt för att förebygga kvalitetsbrister. Detta arbete kan underlättas framöver då detta kommer digitaliseras och inkluderas i förvaltningens integrerade ledningssystem (ILS). Detta bör även följas upp i kvalitetsberättelsen 2022 tillsammans med att även se över hur avdelningen arbetar systematiskt med rutiner och processer.

Inom socialtjänstens verksamheter finns utmaningen att prioritera utvecklingsarbete då andra händelser behöver hanteras här och nu. Därav är det av särskild vikt att arbetet med att förbättra kvaliteten systematiseras inom enheterna och att avsätta tider prioriteras. I kvalitetsberättelsen har även goda exempel gällande systematiska kvalitetsarbetet identifierats.

Goda exempel

- Egenkontroller har i flera fall resulterat i att åtgärder för att förbättra kvaliteten planeras inom verksamheterna.
- Antalet avvikelserapporter samt lex Sarah rapporter har ökat inom vissa verksamheter, vilket talar för en ökad kunskap inom vissa enheter om rapporteringsskyldigheten och nyttan av att uppmärksamma brister i verksamheterna.
- En tillsyn från IVO gällande lex Sarah visade på att en utförarverksamhet hade genomfört och följt upp de redovisade åtgärderna, säkerställt att de fått avsedd effekt samt spridit kunskaperna i verksamheten.

Utvecklingsområden

- Arbetet med att ta fram och uppdatera innehållet i avdelningens tjänstekartor (rutiner och processer) måste fortsätta i syfte att säkerställa den övergripande rättssäkerheten. Avdelningens systematiska arbete med rutiner och processer bör följas upp i samband med kvalitetsberättelsen 2022.
- Egenkontrollerna kan i vissa fall presentera de konkreta resultaten i högre grad.
- Urvalet för granskning i egenkontroller är i vissa fall lågt. Ett större urval kan ge en mer korrekt bild av resultatet.
- En regelbunden sammanställning av resultaten från avvikelser samt analys och åtgärder på övergripande nivå (i enlighet med rutin gällande avvikelse rapportering) kan ske mer systematiskt inom enheterna.
- Jämställdhetsanalyserna i egenkontrollerna kan utvecklas och saknas i vissa fall.
- Antalet rapporterade *övriga* avvikelser behöver generellt sett öka inom hela avdelningen. För att avvikelsehanteringen ska kunna bli ett användbart verktyg för att hitta kvalitetsbrister är det angeläget att de olika enheterna blir bättre på att identifiera och rapportera avvikelser.
- Det har skett en minskning av antalet inkomna klagomål och synpunkter inom avdelningen. Synpunkter och klagomål behöver fångas upp, sammanställas och analyseras inom enheterna för att kunna hjälpa verksamheten att utvecklas.

Utifrån denna kvalitetsberättelse och den sammanfattande bedömningen går det att se många positiva tendenser inom avdelning Socialtjänst och fritid. De utvecklingsområden som dock

finns är främst inom *rättssäker och säker verksamhet* och *delaktighet* vilket även bör vara fokus för kvalitetsarbetet 2022.

Bilagor

1. Samlat dokument med genomförda egenkontroller 2021
2. Funktionshinderinspektörernas kvalitetsgranskning
3. Tillsyn genomförd av IVO inom gruppbostad (LSS)
4. Tillsyn genomförd av IVO inom enheten för barn och unga