



Stockholms
stad

Kvalitetsberättelse 2020

[stockholm.se](https://www.stockholm.se)

Kvalitetsberättelse 2020
Mars 2021

Dnr: BRO 2021/111

Utgivningsdatum: 2021-04-29

Utgivare: Bromma stadsdelsförvaltning, Avdelning socialtjänst och fritid

Kontaktperson: Amela Brkovic, verksamhetscontroller

Sammanfattning

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 på många plan. Sammantaget pekar resultaten från denna kvalitetsberättelse mot att liknande egenkontroller som genomfördes under 2020 bör fortsatt genomföras under 2021.

Fokus för kvalitetsarbetet 2021 bör främst vara inom *rättssäkerhet och säkerhet* och *delaktighet*. Det är även angeläget att de olika enheterna blir bättre på att identifiera och rapportera avvikelser, det är av oerhörd betydelse att detta kvalitetshöjande arbete ses över och att enhetschefer och medarbetare blir mer delaktiga.

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	5
Syfte	6
Tre fokusområden 2020	6
Resultat	7
En rättssäker och säker verksamhet (A)	7
Avvikelser	29
Lex Sarah	29
Övriga avvikelser	30
Klagomål och synpunkter	32
Sammanfattning av erhållna resultat	33
Tillsyn	34
Sammanfattning av erhållna resultat	35
Övrigt kvalitetsarbete	37
Analys och sammanfattande bedömning	39
Rättssäker och säker verksamhet	39
Bemötande	40
Delaktighet, självbestämmande och integritet	40
Sammanfattande bedömning och utvecklingsområden	41

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).

Det fastslagna styrdokumentet om ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet reglerar hur god kvalitet ska uppnås. Den 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 att arbeta systematiskt kvalitetssäkras de olika enheter inom avdelningen vilket ökar förutsättningarna för att medborgarna får ta del av en verksamhet av god kvalitet.

All verksamhet inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.¹Själva begreppet kvalitet, så som det definierats av Socialstyrelsen, innebär att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.²God kvalitet i socialtjänstens verksamhet kan således beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål i lagar, förordningar och föreskrifter som har beslutats. Stadsdelsnämnden i Bromma har, inom avdelning Socialtjänst och fritid, valt att sammanställa god kvalitet i åtta områden som medarbetarnas arbete ska kännetecknas av. För att säkerställa en god kvalitet är det viktigt att våra medborgare får och möter:

- A. en rättssäker och säker verksamhet,
- B. en individanpassad verksamhet,

¹ 3 kap. 3 § Socialtjänstlagen

² 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9

- 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. Dokumentationen ska utgöra underlag för avdelningens årliga kvalitetsberättelse.

Syfte

Syftet med årets kvalitetsberättelse är att ge en samlad bild av kvaliteten inom avdelning Socialtjänst och fritid under 2020. 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. Det är uppföljningsplanen 2020 (egenkontroller) för god kvalitet som utgör underlag för kvalitetsberättelsen.

Tre fokusområden 2020

Utifrån senaste kvalitetsberättelsen från 2016 och den sammanfattande bedömningen beslutades att fokusområden för kvalitetberättelsen gällande skulle utgöras av rättssäker och säker verksamhet (A), bemötande (D) samt delaktighet, självbestämmande och integritet (E). Följande resultat och analys utgår således endast från dessa tre områden tillsammans med ”Avvikelse”, ”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 tre fokusområdena och tillika kännetecknen för kvalitet samt utifrån uppföljningsplanen. Olika typer av metoder har använts för att erhålla resultat och mer information om metod för respektive kontrollmål och mätindikator hittas i rutan ”Vad mäts/metod” (se även bilaga).

En rättssäker och säker verksamhet (A)

Följande kontrollmål och mätindikatorer omfattas hitintills av detta kännetecken för god kvalitet:

Område	Vad mäts	Enhet
A. God kvalitet i dokumentationen	Aktgranskning (Barn/Ungdom): Vid anmälan/aktualisering - stickprov huruvida en skyddsbedömning gjorts på barnet/den unge.	Mottagning (BoU)
	Aktgranskning (EKB inom Barn/Ungdom): Andel barn där genomförandeplan upprättats samt andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats (del 1). Andel barn där individuppföljning skett systematiskt samt andel uppföljningar som beaktat personliga utgifter (del 2).	BoU Ungdom
A. Utredningstider	Utredningstiden på avslutade utredningar enligt 11 kap. 1 § SoL gällande barn (ej faderskapsutredningar) på Barn- och Ungdomsenheten. /Uttag från verksamhetssystemet.	BoU - paraply
A. Kommunicering	Aktgranskning (Barn/Ungdom): Stickprov Vid utredningar längre än 4 månader - finns förlängningsbeslut (och vilka är skälen till förlängning).	BoU
	Utredningstiden på avslutade utredningar på Vuxenenheten (missbruk) uppdelat på kön. /Uttag från verksamhetssystemet	Vuxen – missbruk
A. Kommunicering	Aktgranskning (barn/ungdom): Stickprov - Har kommunikering skett i laga ordning.	BoU

Sammanfattning av erhållna resultat

God kvalitet i dokumentationen

Egenkontroller avseende god kvalitet i dokumentationen genomfördes inom Enheten för mottagning (barn och unga) och Enheten för barn och unga.

Enheten för mottagning (barn och unga)

Inom Enheten för mottagning gjordes en kontroll av inkomna anmälningar/aktualisering för att undersöka huruvida en skyddsbedömning hade gjorts på barnet/den unge. Samtliga förhandsbedömningar förvaras i fysiska pärmar i arkiv under tre år. Urvalet i egenkontrollen avser 20 % av inkomna orosanmälningar som mottagningen hade hanterat under oktober månad 2020.

Resultaten visar att samtliga granskade anmälningar/aktualiseringar hade genomförda skyddsbedömningar. Däremot säger resultaten inget om kvaliteten i bedömningarna och är en egenkontroll som skulle kunna utvecklas. När en bedömning dessutom sträcker sig över tid är det oftast inte tillräckligt att enbart göra en skyddsbedömning utan då kan denna behöva utvecklas och formuleras som en skyddsplanering.

Enheten för barn och unga

Inom Enheten för barn och unga (ensamkommande) granskades andel upprättade genomförandeplan och andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats (del 1). Granskningen avser ensamkommande barn som varit aktuella under perioden 1 januari-31 oktober 2020 genom placering på särskilda boenden såsom HVB eller stödboende. Resultaten från del 1 visar att totalt 22 ensamkommande barn var placerade i särskilda boenden.

Andel med upprättade genomförandeplaner fördelat på kön.

Kön	Antal barn placerade i särskilda boenden	Andel upprättade genomförandeplaner
Flickor	4	0 (0 %)
Pojkar	18	3 (16,67%)

Andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats.

Antal barn placerade i särskilda boenden	Andel upprättade genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats
22	0 (0 %)

Resultaten från del 1 visar också att det saknades genomförandeplaner i den digitala akten i nästan samtliga fall. Dock fanns vårdplaner upprättade i samtliga ärenden utom ett.

Anledningen till att genomförandeplaner inte hade upprättats i så många kan bero på att handläggare pga. hög arbetsbelastning 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. 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. Utifrån resultaten av egenkontrollen har enheten tagit fram rutiner i december 2020 för ensamkommande barn avseende upprättande av genomförandeplan med beaktan av personliga utgifter. Rutin har även tagits fram för digitalisering av samtliga dokument och inkommen information gällande alla ärenden på enheten för barn och unga.

I del 2 granskades andel barn där individuppföljning skett systematiskt och andel uppföljningar som beaktat personliga utgifter. Granskningen avser ensamkommande barn som varit aktuella under perioden 1 januari-31 oktober 2020 genom placering på särskilda boenden såsom HVB eller stödboende.

Total andel där systematisk individuppföljning skett.

Totalt antal barn placerade i särskilda boenden	Andel systematiska individuppföljningar
22	18 (82 %)

Andel där systematisk individuppföljning skett fördelat på kön.

Kön	Antal barn placerade i särskilda boenden	Andel systematiska individuppföljningar
Flickor	4	3 (75 %)
Pojkar	18	15 (83 %)

Andel individuppföljningar där personliga utgifter beaktats.

Antal barn placerade i särskilda boenden	Andelen uppföljningar som beaktat personliga utgifter
22	0 (0 %)

Resultaten från del 2 visar att uppföljning av ensamkommande barns vård skett i relativt hög utsträckning utifrån de indikatorer som mätts. Däremot har det upptäckts brister avseende uppföljningar av ensamkommande barn placerade i särskilda boenden.

Uppföljningarna har inte skett på ett grundligt och systematiskt sätt enligt gällande riktlinjer och rutiner. Orsakerna till dessa brister är bland annat personalbrist och hög arbetsbelastning. Resultaten visar också att andelen systematiska uppföljningar som beaktat personliga utgifter saknades i samtliga fall. Det saknas stadsgemensamma riktlinjer saknas avseende belopp eller vilka typer av personliga utgifter de ensamkommande barnen har rätt till. Enheten har tagit fram rutin för ensamkommande barn avseende upprättande av genomförandeplan med beaktan av personliga utgifter.

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.

Enheten för vuxna (missbruk)

Inom Enheten för vuxna granskades utredningstiden på avslutade utredningar inom missbruk. Granskningen har genomförts via räkneslagningar och av slumpmässig aktgranskning av utredningar som överstiger två månader. Resultaten visar att totalt 47 utredningar hade slutförts under perioden 1 januari 2020 till 27 november 2020, varav 13 utredningar avser kvinnor och 34 avser män. 29 utredningar hade slutförts inom två månader men 18 utredningar hade överstigit två månadsgränsen för utredningstid. Anledningarna till att 38 % av utredningarna överstiger två månader beror på en komplex målgrupp och att flera av de aktuella klienterna lider av samsjuklighet vilket kräver samordning av flera interna och externa insatser. Dessutom kräver en utredningsperiod flera besök och SIP (samordnad individuell plan) i många fall vilket kan vara en utmaning för målgruppen som vanligtvis uteblir från besök och kan vara svåra att nå. Utöver detta visar granskningen att utredningstiden ofta överstiger två månader när det gäller ansökningar om försökslägenhet där det vanligtvis krävs att klienten får sin ekonomi utredd via stadsdelens budget- och skuldrådgivare vilken kan fördröja ett avslut av utredning.

Enheten för barn och unga

På Enheten för barn och unga har granskning genomförts avseende utredningstider på utredningar avslutade enligt 11 kap. 1 § SoL. Granskningen har gjorts på tidsperioden 1 januari till 31 oktober 2020 och faderskapsutredningar har exkluderats från granskningen. Under perioden 1 januari – 31 oktober 2020 hade totalt 460 utredningar avslutats i barn- och ungdomsgruppen med fördelning 313 stycken i barngruppen och 147 stycken i ungdomsgruppen. I egenkontrollen presenterades resultat för hela tidsperioden och från två utvalda månader, april och oktober, i syfte att upptäcka eventuella skillnader mellan vår och höst. Ungefär 78 % av utredningarna inom barngruppen pågick i 4 månader eller längre (se nedan).

Kvalitetsberättelse 2020

12 (44)

Utredningstid *barngruppen* 1 januari till 31 oktober 2020, tot. 313 stycken.

Utredningstid	Antal	Andel i procent
<i>Kortare än 2 veckor</i>	6	1,92
<i>1 månad</i>	2	0,64
<i>2 månader</i>	16	5,11
<i>3 månader</i>	40	12,78
<i>4 månader</i>	181	57,83
<i>5-8 månader</i>	68	21,73
<i>Längre än 8 månader</i>	0	0

Ungefär 63 % av utredningarna inom ungdomsgruppen pågick i 4 månader eller längre (se nedan).

Utredningstid *ungdomsgruppen* 1 januari till 31 oktober 2020, tot. 147 stycken.

Utredningstid	Antal	Procent
Kortare än 2 veckor	8	5,44
1 månad	8	5,44
2 månader	11	7,48
3 månader	9	6,12
4 månader	56	38,10
5-8 månader	53	36,05
Längre än 8 månader	2	1,36

Resultaten visar att utredningstiderna i flera fall överskridit den lagstadgade tiden om maximalt fyra månader. 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. Då det handlar om en stor del av utredningarna i både barn- och ungdomsgruppen finns anledning tro att flera utredningar saknar giltiga skäl för förlängning. Var femte utredning i barngruppen och var tredje utredning i ungdomsgruppen överskrider den lagstadgade tiden. Resultaten visar därmed att utredningstiderna i stor omfattning inte hålls i enlighet med lagstiftarens intention. Inom barngruppen hade andelen utredningar som överskridit fyra månader minskat markant från våren till hösten vilket är en förbättring. Resultaten för barngruppens utredningstider kan till viss del ha en koppling till pandemins påverkan på verksamheten men också att inflödet av nya ärenden till

barngruppen varit ojämnt under granskningsperioden. Under april till juni hade barngruppen ett ovanligt högt inflöde av nya ärenden utöver den personalbrist som påtalats tidigare. Ungdomsgruppens resultat för utredningstider skiljer sig från barngruppens resultat. När resultatet avseende utredningstider jämförs mellan april och oktober inom ungdomsgruppen framkommer det att utredningar som avslutades inom rätt tid minskade från april till oktober, tvärt emot barngruppens resultat som avsevärt förbättrar sina utredningstider. Ungdomsgruppen har liksom barngruppen påverkats negativt av pandemin och att verksamheten behövde göra flera anpassningar. Gruppen har haft en viss sjukfrånvaro pga. pandemin men framförallt en hög sjukfrånvaro under hela granskningsperioden som är kopplad till annat.

Mot bakgrund av dessa resultat hade enheten anställt två vikarier som arbetade under hela semesterperioden och en visstidsanställning tillsattes under oktober månad för att skriftligt sammanställa utredningar. I november 2020 anställdes en socionomkonsult från bemanningsföretag till ungdomssituationen för att avhjälpa situationen och avlasta ordinarie handläggare. Ledningen för enheten planerar att kontinuerligt följa upp arbetsbelastningen och utredningstiderna två gånger per termin under 2021 för att säkerställa att dessa hålls inom lagstadgad tid.

Inom Enheten för barn och unga gjordes även en granskning om utredningar längre än 4 månader hade förlängningsbeslut samt vilka skäl som angett till förlängning. Granskningen gjordes på tidsperioden 1 januari till 31 oktober 2020. Inom barngruppen förlängdes fler än hälften av utredningarna i väntan på polisutredning (se nedan).

Kvalitetsberättelse 2020

14 (44)

Skäl för beslut om förlängd utredningstid, *barngruppen* 1 januari till 31 oktober 2020. Totalt 9 beslut.

Angivna skäl	Antal	Andel i procent
<i>Avvaktan polisutredning</i>	5	55,56
<i>Avvaktan SIP möte</i>	0	0
<i>Avvaktan BUP utredning</i>	0	0
<i>Ny inkommen information som kan påverka bedömningen</i>	2	22,22
<i>Tillräcklig information har ej kunnat inhämtas under utredningstiden</i>	0	0
<i>Angivna skäl saknas</i>	2	22,22

Inom ungdomsgruppen förlängdes ungefär lika många utredningar på grund av pågående polisutredning och nyinkommen information som kunnat påverka bedömningen och därmed orsakat en fördröjning av utredningstiden.

Skäl för beslut om förlängd utredningstid, *ungdomsgruppen* 1 januari till 31 oktober 2020. Totalt 14 beslut.

Angivna skäl	Antal	Andel i procent
<i>Avvaktan polisutredning</i>	5	35,71
<i>Avvaktan SIP möte</i>	1	7,14
<i>Avvaktan BUP utredning</i>	1	7,14
<i>Ny inkommen information som kan påverka bedömningen</i>	5	35,71
<i>Tillräcklig information har ej kunnat inhämtas under utredningstiden</i>	1	7,14
<i>Angivna skäl saknas</i>	1	7,14

Tyvär visar resultaten från granskningen att det i hög grad saknades beslut om förlängd utredningstid i både barn- och ungdomsgruppen. I barngruppen hade endast 13,24 % av de utredningar som pågått längre än fyra månader ett förlängningsbeslut och i ungdomsgruppen var motsvarande siffra 25,45 %. 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. De ärenden som faktiskt hade beslut om förlängd utredningstid hade också

giltiga skäl i de allra flesta fall. Mot bakgrund av dessa resultat planerar enhetens ledning att kontinuerligt följa upp utredningstider och förlängningsbeslut två gånger per termin under 2021.

Kommunicering

Egenkontroll avseende kommunikering genomfördes inom Enheten för barn och unga.

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 gjordes på tidsperioden 1 januari till 31 oktober 2020 (exkluderat faderskapsutredningar). Totalt 460 utredningar hade avslutats i barn- och ungdomsgruppen med fördelningen 313 utredningar i barngruppen och 147 utredningar i ungdomsgruppen. Det innebar att 31 respektive 14 ärenden granskades. Inom barngruppen har det i en övervägande del av beslutsunderlagen skett kommunikering i laga ordning (se nedan).

Kommunicering, *barngruppen*, totalt 31 granskade ärenden.

Kommunicering	Antal	Andel i procent
<i>Kommunicering har skett i rätt tid och dokumenterats.</i>	26	83,87
<i>Kommunicering har skett och dokumenterats, dock med försening (3-5 veckor efter avslutad utredning).</i>	3	9,68
<i>Dokumentation saknas helt om att kommunikering ska ha skett.</i>	2	6,45

Ungdomsgruppen skiljer sig från barngruppen där en betydligt mindre andel beslutsunderlag kommunicerats i rätt tid.

Tabell 2. Kommunikering, *ungdomsgruppen*, totalt 14 granskade ärenden.

Kommunicering	Antal	Andel i procent
<i>Kommunicering har skett i rätt tid och dokumenterats.</i>	8	57,14
<i>Kommunicering har skett och dokumenterats, dock med försening (3-5 veckor efter avslutad utredning).</i>	0	0
<i>Dokumentation saknas helt om att kommunikering ska ha skett.</i>	6	42,86

Resultaten visade 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. I barngruppen framkom dock att 9,68 % av de granskade ärendena hade kommunicerats först ett par veckor efter avslutad utredning. Att beslutsunderlag ska kommuniceras vid avslutad utredning är en del av en vedertagen rutin och en av de grundläggande arbetsuppgifterna inom myndighetsutövning. I kontrollen konstateras att beslutsunderlagen troligtvis hade kommunicerats men att handläggare snarare brustit i sin dokumentationsskyldighet. Även detta planerar enhetens ledning att följa upp framöver.

Ett gott bemötande (D)

Följande kontrollmål och mätindikatorer omfattas hitintills av detta kännetecken för god kvalitet:

Område	Vad mäts	Enhet
D. Medborgaren/ brukaren ska få ett gott bemötande	Frågor om bemötande i brukarenkäter	Personligt stöd Brukarenkät DV & BSS
D. Diskriminering	Frågor om diskriminering i brukarenkäter	Personligt stöd Brukarenkät DV & BSS

Sammanfattning av erhållna resultat

Det är Stadsledningskontoret som har i uppdrag att samordna brukarundersökningar i staden. Webbenkäten togs fram med hjälp av Enkätfabriken AB och var anpassad för målgruppen med bildstöd och uppläsning för att underlätta för brukarna att delta. Även brukarstödjare har i möjligaste mån använts för att hjälpa brukarna att delta. På Enheten för personligt stöd har brukare med

insatserna daglig verksamhet enligt LSS och bostad med särskild service enligt LSS fått svara på brukarenkäten under 2020.

Gott bemötande

Abrahamsbergs dagliga verksamhet

Resultaten från stadens brukarundersökning visar att totalt hade 18 brukare av 22 deltagit vilket gav en svarsfrekvens om 82 %.

Ungefär 47 % var kvinnor och 53 % män.

Svarsalternativ	Blir du väl bemött av personalen?
Ja	93 %
Ibland	7 %
Nej	-

Källa: Rapport från Enkätfabriken

På Abrahamsbergs dagliga verksamhet har en övervägande andel uppgett att de blir väl bemötta av personalen vilket är något fler nöjda brukare än staden i övrigt (91 % som svarade ja).

Gruppboväder i Brommas egen regi

Resultaten från stadens brukarundersökning visar att majoriteten av brukarna inom Brommas gruppboväder upplever att de blir väl bemötta av personalen. Däremot är resultaten sämre inom Ibsengatans gruppboväder och Kulla Gulla gruppboväder.

Andel positiva

Enhet	Blir du väl bemött av personalen?
Bromma Nyängens gruppboväder	100 %
Bromma Kvarnviken gruppboväder	83 %
Fredsforsens gruppboväder	83 %
Annedals gruppboväder	100 %
Kulla Gulla gruppboväder	80 %
Bromma Ibsengatan gruppboväder	67 %
Bromma Söderberga Gruppboväder 68:an	100 %

Källa: Sammanställning i Excel från SLK

Diskriminering

Abrahamsbergs dagliga verksamhet

Resultaten från stadens brukarundersökning visar att totalt hade 18 brukare av 22 deltagit vilket gav en svarsfrekvens om 82 %.

Ungefär 47 % var kvinnor och 53 % män.

Svarsalternativ	Upplever du att personalen diskriminerat dig?
Nej	89 %
Ja	11 %

Källa: Rapport från Enkätfabriken

På Abrahamsbergs dagliga verksamhet har en övervägande andel uppgett att de blir väl bemötta av personalen vilket är något färre nöjda brukare än staden i övrigt (91 % som svarade nej).

Gruppbofästäder i Brommas egen regi

Resultaten från stadens brukarundersökning visar att de allra flesta brukare inom Brommas gruppbofästäder inte upplever att personalen har diskriminerat. Annedals gruppbofästad var den enda verksamheten som uppvisade lite sämre resultat än de övriga.

Andel positiva

Enhet	Upplever du att personalen diskriminerat dig?
Bromma Nyängens gruppbofästad	100 %
Bromma Kvarnviken gruppbofästad	100 %
Fredsforsens gruppbofästad	
Annedals gruppbofästad	80 %
Kulla Gulla gruppbofästad	100 %
Bromma Ibsengatan gruppbofästad	100 %
Bromma Söderberga Gruppbofästad 68:an	100 %

Delaktighet, självbestämmande och integritet**(E).**

Följande kontrollmål och mätindikatorer omfattas hitintills av detta kännetecken för god kvalitet:

Område**Vad mäts****Enhet**

E. Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	Frågor om delaktighet i brukarenkäter: 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	Vuxen/Resursenheten - Soc.psyk
	Aktgranskning (Alla enheter förutom f-stöd): Antal upprättade genomförandeplaner i pågående insats	BoU & Vuxen (förutom FöS)
	Aktgranskning (F-stöd): Antal upprättade förändringsplaner	Vuxen - FÖS

Sammanfattning av erhållna 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 och Enheten för vuxna (ekonomiskt bistånd, funktionsnedsättning, missbruk och socialpsykiatri). Resursenhetens resultat om delaktighet redovisas utifrån genomförd brukarundersökning 2020 avseende verksamheter inom Brommas egen regi för sysselsättning, gruppboende och boendestöd.

Brukarundersökningar inom socialpsykiatri

Det är Stadsledningskontoret i Stockholms stad som har i uppdrag att samordna brukarundersökningar i staden. Webbenkäten togs fram med hjälp av Enkätfabriken AB. Resultaten som presenteras nedan avser är uppdelade efter frågor i brukarenkäten som endast rör delaktighet.

Västerorts aktivitetscenter (VAC)

Undersökningen riktades till personer som vid undersökningstillfället hade beslut om sysselsättning enligt SoL från Bromma stadsdelsnämnd inom vår egen sysselsättningsverksamhet, Västerorts aktivitetscenter. Totalt inkom

Kvalitetsberättelse 2020

20 (44)

40 svar vilket ger en svarsfrekvens på 56 % och det var fler kvinnor än män som svarade 2020. Tidigare år har det varit tvärtom vilket illustreras av tabellen nedan.

	Man	Kvinna
Staden 2020	42 %	58 %
VAC 2020	40 %	60 %
VAC 2019	50 %	50 %
VAC 2018	58 %	42 %

Källa: rapport från Enkätfabriken

Resultaten visar att 97 % är nöjda (brukare som svarat ”stämmer ganska bra” och ”stämmer helt”) med det inflytande över hur det stödet eller assistansen på sysselsättningsverksamheten utförs under 2020. Andel nöjda var 90 % när brukarundersökningen genomfördes 2019 och 84 % under 2018, vilket visar att andel nöjda har ökat jämfört med tidigare år. Andel nöjda inom vår egen sysselsättningsverksamhet ligger högre än stadens resultat 2020.

Jag har inflytande över hur det stöd eller den assistans jag får på min sysselsättningsverksamhet utförs

	Staden 2020	VAC 2020	VAC 2019	VAC 2018
Stämmer inte alls	2 %	-	2 %	7 %
Stämmer ganska dåligt	3 %	-	-	3 %
Varken eller	6 %	3 %	8 %	7 %
Stämmer ganska bra	30 %	37 %	45 %	21 %
Stämmer helt	59 %	61 %	45 %	62 %

Källa: Rapport från Enkätfabriken

På frågan om personalen frågar på vilket sätt brukaren vill ha stöd eller assistans var andel nöjda 85 % (brukare som svarat ”stämmer ganska bra” och ”stämmer helt”) under 2020 vilket är en liten

minskning från 2019. Andel nöjda under var 86 % under 2019 och 77 % under 2018. Andel nöjda inom vår egen sysselsättningsverksamhet ligger något över stadens resultat 2020 i denna fråga.

Personalen frågar på vilket sätt jag vill ha stöd eller assistans

	Staden 2020	VAC 2020	VAC 2019	VAC 2018
Stämmer inte alls	4 %	-	4 %	3 %
Stämmer ganska dåligt	2 %	3 %	2 %	5 %
Varken eller	11 %	13 %	8 %	15 %
Stämmer ganska bra	27 %	41 %	42 %	19 %
Stämmer helt	56 %	44 %	44 %	58 %

Källa: Rapport från Enkätfabriken

Långskeppets socialpsykiatriska boende (LB)

Undersökningen riktades till personer som vid

undersökningstillfället hade beslut om gruppboende enligt SoL från Bromma stadsdelsnämnd och resultaten nedan avser personer med beslut om insats från Långskeppets socialpsykiatriska boende.

Totalt inkom 14 svar vilket ger en svarsfrekvens på 61 % och det var fler män än kvinnor som svarade 2020.

	Man	Kvinna
Staden 2020	52 %	48 %
LB 2020	57 %	43 %
LB 2019	70 %	30 %
LB 2018	-	-

Källa: Rapport från Enkätfabriken

Resultaten visar att 93 % är nöjda (brukare som svarat ”stämmer ganska bra” och ”stämmer helt”) med det inflytande över hur det stödet eller assistansen på Långskeppet utfördes under 2020. Andel nöjda var 88 % när brukarundersökningen genomfördes 2019 vilket

visar att andel nöjda har ökat. Andel nöjda inom Långskeppet ligger högre än stadens resultat 2020.

Jag har inflytande över hur det stöd eller den assistans jag får på min sysselsättningsverksamhet utförs

	Staden 2020	LB 2020	LB 2019	LB 2018
Stämmer inte alls	9 %	7 %	-	-
Stämmer ganska dåligt	10 %	-	13 %	-
Varken eller	6 %	-	-	-
Stämmer ganska bra	36 %	36 %	63 %	-
Stämmer helt	39 %	57 %	25 %	-

Källa: Rapport från Enkätfabriken

På frågan om personalen frågar på vilket sätt brukaren vill ha stöd eller assistans var andel nöjda 92 % (brukare som svarat ”stämmer ganska bra” och ”stämmer helt”) under 2020 vilket är en ökning från 2019. Andel nöjda under var 88 % under 2019. Samtidigt är andel nöjda inom Långskeppet fler jämfört med stadens resultat för 2020 i denna fråga.

Personalen frågar på vilket sätt jag vill ha stöd eller assistans

	Staden 2020	LB 2020	LB 2019	LB 2018
Stämmer inte alls	14 %	8 %	13 %	-
Stämmer ganska dåligt	10 %	-	-	-
Varken eller	14 %	-	13 %	-
Stämmer ganska bra	23 %	23 %	75 %	-
Stämmer helt	40 %	69 %	-	-

Källa: Rapport från Enkätfabriken

På frågan om brukaren själv haft möjlighet att välja vilket boende hen ska på var andel nöjda 79 % (brukare som svarat ”stämmer ganska bra” och ”stämmer helt”) under 2020 vilket är en stor förbättring från 2019 då andel nöjda låg på 44 %. Andel nöjda inom Långskeppet är högre än stadens resultat för 2020 i denna fråga.

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

	Staden 2020	LB 2020	LB 2019	LB 2018
Stämmer inte alls	21 %	14 %	22 %	-
Stämmer ganska dåligt	6 %	7 %	22 %	-
Varken eller	10 %	-	11 %	-
Stämmer ganska bra	19 %	7 %	22 %	-
Stämmer helt	43 %	71 %	22 %	-

Källa: Rapport från Enkätfabriken

På frågan om brukaren fått information om möjligheten att välja boende var andel nöjda 73 % (brukare som svarat ”stämmer ganska bra” och ”stämmer helt”) under 2020 vilket är en stor förbättring från 2019 då andel nöjda låg på 44 %. Andel nöjda inom Långskeppet är högre än stadens resultat för 2020 i denna fråga.

Jag har fått information om möjligheten att välja boende

	Staden 2020	LB 2020	LB 2019	LB 2018
Stämmer inte alls	28 %	18 %	11 %	-
Stämmer ganska dåligt	4 %	9 %	11 %	-
Varken eller	7 %	-	33 %	-
Stämmer ganska bra	19 %	27 %	22 %	-

Stämmer helt	42 %	45 %	22 %	-
---------------------	------	------	------	---

Källa: Rapport från Enkätfabriken

Boendestödet i Bromma (BS)

Undersökningen riktades till personer som vid

undersökningstillfället hade beslut om boendestöd enligt SoL från Bromma stadsdelsnämnd och resultaten nedan avser personer med beslut om insats från Boendestödet i Bromma. Totalt inkom 54 svar vilket ger en svarsfrekvens på 40 % och det var fler kvinnor än män som svarade 2020.

	Man	Kvinna
Staden 2020	43 %	57 %
BS 2020	48 %	52 %
BS 2019	47 %	53 %
BS 2018	35 %	65 %

Källa: Rapport från Enkätfabriken

Resultaten visar att 83 % är nöjda (brukare som svarat ”stämmer ganska bra” och ”stämmer helt”) med det inflytande över hur det stödet eller assistansen på Boendestödet i Bromma utfördes under 2020 vilket är samma resultat som 2019. Andel nöjda inom Boendestödet i Bromma ligger lite lägre än stadens resultat 2020.

Jag har inflytande över hur det stöd eller den assistans jag får på min sysselsättningsverksamhet utförs

	Staden 2020	LB 2020	LB 2019	LB 2018
Stämmer inte alls	9 %	7 %	-	-
Stämmer ganska dåligt	10 %	-	13 %	-
Varken eller	6 %	-	-	-
Stämmer ganska bra	36 %	36 %	63 %	-
Stämmer helt	39 %	57 %	25 %	-

Källa: Rapport från Enkätfabriken

På frågan om personalen frågar på vilket sätt brukaren vill ha stöd eller assistans var andel nöjda 89 % (brukare som svarat ”stämmer ganska bra” och ”stämmer helt”) under 2020 vilket är en liten minskning från 2019. Andel nöjda under var 91 % under 2019. Samtidigt är andel nöjda inom Boendestödet i Bromma något fler än stadens resultat för 2020 i denna fråga.

Personalen frågar på vilket sätt jag vill ha stöd eller assistans

	Staden 2020	LB 2020	LB 2019	LB 2018
Stämmer inte alls	14 %	8 %	13 %	-
Stämmer ganska dåligt	10 %	-	-	-
Varken eller	14 %	-	13 %	-
Stämmer ganska bra	23 %	23 %	75 %	-
Stämmer helt	40 %	69 %	-	-

Källa: Rapport från Enkätfabriken

Enheten för vuxna (missbruk och socialpsykiatri)

På Enheten för vuxna granskades antal upprättade

genomförandeplaner i pågående insatser inom missbruks- och

socialpsykiatrigruppen. Gruppen missbruk genomförde

granskningen 2020-11-05 och gruppen socialpsykiatri 2020-11-27.

Resultaten inom socialpsykiatri visar att det fanns totalt 298

pågående insatser och i 194 av dessa fanns genomförandeplaner (65

%). Det saknades alltså genomförandeplaner i 104 av insatserna där

52 insatser avsåg boendestöd och 20 insatser avsåg sysselsättning.

Anledningen till att det saknas genomförandeplaner kunde till stor

del tillföras pandemin som påverkat genomförandet av insatserna

under 2020. Dessutom hade vissa insatser förändrats i uppdrag då

klienten ingått i riskgrupp eller inte vågat gå till sin sysselsättning eller träffa sin boendestödjare.

Resultaten inom missbruk visar att det fanns totalt 70 insatser och i 57 av dessa fanns genomförandeplaner (81 %). Det saknades genomförandeplaner i 13 av insatserna. Anledningen till att det saknats genomförandeplaner kan ha berott på att klienten avbrutit insatsen tidigt i processen eller misskött kontakt varför insats avslutats. I flera av fallen var insatserna nya och gällde korta placeringar på stödboenden där genomförandeplan inte prioriterats.

Enheten för vuxna (funktionsnedsättning)

Inom Enheten för vuxna granskades antal upprättade

genomförandeplaner i pågående insatser inom funktionsnedsättning.

Granskningen avsåg aktiva insatser enligt både LSS och SoL.

Resultaten visade att 226 brukare av totalt 714 saknade inrapporterad genomförandeplan eller hade en genomförandeplan under bearbetning (31 %). Det var framförallt inom insatser daglig verksamhet enligt LSS (43 st.), trygghetslarm enligt SoL (33 st.) och korttidsvistelse för barn och ungdomar enligt LSS (25 st.) där det saknades genomförandeplaner. Dessa följdes av insatserna hemtjänst enligt SoL (24), boendestöd enligt SoL (22), särskild bostad enligt LSS (22) och personlig assistans enligt LSS (22). En slutsats som kan dras av resultaten är att det finns utvecklingsområden i verksamheten och att det förekommit brister både på myndighetssidan och utförarsidan. 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. Insatserna daglig verksamhet, hemtjänst och trygghetslarm påverkades av covid-19 genom snabba omställningar samt nedstängning av all daglig verksamhet vilket senare hade lett till ändrat innehåll i insatsen. Verksamheterna hade fokus på att ställa om verksamheterna för att följa rådande rekommendationer.

Enheten för barn och unga
På Enheten för barn och unga granskades andel upprättade genomförandeplaner i pågående insatser inom barn-, ungdom- och familjevårdsgruppen. Granskningen gjordes på tidsperioden 1 januari till 31 oktober 2020. De ärenden som valdes ut för granskning var samtliga ärenden med insatser avseende dygnet-runt-vård för barn och ungdomar exklusive ensamkommande barn (som redan redovisats i annan egenkontroll).

Andel med upprättade genomförandeplaner, *hela enheten för barn och unga*

Totalt antal barn med insats i form av dygnet-runt-vård	Andel upprättade genomförandeplaner
92	36 (39,13 %)

Det var totalt 92 barn och unga som hade haft insats i form av dygnet-runt-vård på hela enheten under granskningsperioden där färre än hälften hade upprättade genomförandeplaner (se ovan).

Andel med upprättade genomförandeplaner, *barngruppen*.

Antal barn med insats i form av dygnet-runt-vård Barngruppen	Andel upprättade genomförandeplaner
7	2 (28,57%)

Andel med upprättade genomförandeplaner, *ungdomsgruppen*.

Antal barn med insats i form av dygnet-runt-vård Ungdomsgruppen	Andel upprättade genomförandeplaner
26	2 (7,69 %)

Resultaten visar att det saknades upprättade genomförandeplaner i en stor andel av ärendena avseende barn och unga med placering i dygnet-runt-vård på enheten. Detta kan dels bero på att mer än hälften av de granskade ärendena avsåg ungdomar placerade på institution i någon form t.ex. HVB eller SiS där institutionen upprättat genomförandeplanen i samarbete med handläggaren och ungdomen. Ytterligare en förklaring kan vara att handläggare i både

barn- och ungdomsgruppen saknat kunskap om att en genomförandeplan ska upprättas som komplement till vårdplanen.

Andel med upprättade genomförandeplaner, familjevårdsgruppen

Totalt antal barn med insats i form av dygnet-runt-vård Familjevårdsgruppen	Andel upprättade genomförandeplaner
59	32 (54,24%)

Familjevårdsgruppens resultat visar att av de 59 familjehemsplacerade barnen hade endast 54,24 % en upprättad genomförandeplan. Fler genomförandeplaner fanns bland ensamkommande familjehemsplacerade barn (67 %) jämfört med barn som familjehemsplacerats p.g.a. sociala skäl och/eller bristande hemförhållanden (48,78%). Under hösten togs en checklista fram på enheten avseende inkommande information och upprättade handlingar i varje enskilt ärende. Checklistan hade enligt de biträdande enhetscheferna förbättrat andelen skapade och upprättade genomförandeplaner sedan den togs i bruk.

Avvikelser

Effektiva rutiner för avvikelserapportering är nödvändigt för förbättringsarbetet och ökad säkerhet 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

En lex Sarah utredning ska ge information och kunskap om brister i organisationen och syftet är, i första hand, att komma tillrätta med de missförhållanden man upptäckt. 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 2020 inkom 14 lex Sarah rapporter och 12 lex Sarah utredningar öppnades inom Socialtjänst och fritid (egen verksamhet). Sedan 2015 har det skett en uppgång i antal inkomna lex Sarah rapporter inom den egna verksamheten (tabell 1).

Tabell 1. 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

Under 2020 inkom totalt 15 lex Sarah rapporter till förvaltningen varav majoriteten avser egen verksamhet. Rapporterna har framförallt handlat om missförhållanden/påtaglig risk för missförhållande avseende brister inom rättssäkerhet vid handläggning och genomförande samt brister i utförandet av insats (tabell 2). Upprättade lex Sarah rapporter har förekommit inom alla verksamhetsområden där en övervägande del gäller områden som riktar sig till vuxna.

Tabell 2. Typ av missförhållande/ påtaglig risk för missförhållande utifrån inkomna lex Sarah rapporter 2020

	Funktionsnedsättning	Barn och unga	Vuxen/ Missbruk	Socialpsykiatri	Ekonomiskt bistånd	SUMMA
Psykiska övergrepp						0
Fysiska övergrepp						0
Brister i bemötande				1		1
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande		4	2	1	1	8
Brister i utförande av insats	4					4
Sexuella övergrepp						0
Ekonomiska övergrepp						0
Brister i fysisk miljö, utrustning eller teknik	1					1
Annat				1		1
SUMMA	5	4	2	3	1	15

Övriga avvikelser

Inom avdelning Socialtjänst och fritid inkom 112 övriga avvikelser under 2020. Uppdelat per enhet hade övriga avvikelser endast inkommit från Enheten för mottagning och en majoritet av dessa rör barn- och unga. Jämfört med 2016 har antalet rapporterade avvikelser ökat kraftigt (se tabell 3 och 4).

Tabell 3. Antal inkomna övriga avvikelser per enhet under 2020

Enhet	2020	
	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 %
Totalt	112	100 %

Tabell 4. Antal inkomna övriga avvikelser per enhet under år 2015 och 2016

Enhet	2015		2016	
	Antal	Andel	Antal	Andel
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
Vuxenenheten	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 innebär oftast en avvikelse från flera kvalitetsområden och flera avvikelser kan vara rapporterade i en och samma rapport samt beröra flera olika brukare. En sammanställning av de inkomna övriga avvikelserna utifrån de åtta kvalitetsområdena under 2020 visar att kvalitetsområdet ”en rättssäker och säker verksamhet” berört högst andel brukare (tabell 5). Observera att tabell 3 inte ger en korrekt helhetsbild då förekommer att en del inkomna avvikelser enbart dokumenterats och hanterats inom enheten. Detta talar för att avdelningen behöver säkerställa att systemet för avvikelshantering fungerar och efterlevs på samma sätt inom avdelningens alla nivåer.

Tabell 5. Andel som berörts av avvikelse från de olika kvalitetsområdena

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

Den vanligaste förekommande avvikelsen var att förhandsbedömningar avseende barn och unga inte kunnat färdigställas inom 14 dagar samt att det inom ekonomiskt bistånd tagit för lång tid från första kontakt till nybesök. Den vanligaste orsaken till avvikelserna, enligt de inkomna rapporterna, var *arbetsbelastning* följt av *personalbrist* (se tabell 6).

Tabell 6. Orsak till avvikelser enligt de inkomna rapporterna

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

Klagomål och synpunkter

En viktig del i hur man identifierar brister är genom brukarna och deras närståendes synpunkter, klagomål och/eller åsikter.

Synpunkter och klagomål är således ett viktigt instrument för att synliggöra bristerna, men även det som fungerar bra, i de olika verksamheterna.

Under 2020 inkom totalt 316 klagomål och synpunkter gällande avdelning Socialtjänst och fritid, vilket är en uppgång jämfört med 2015 och 2016. Uppdelat på klagomål respektive positiva synpunkter inkom det 140 klagomål och 176 positiva synpunkter under 2020. En majoritet av klagomålen gällde *insatsens innehåll* (41 %). En majoritet av de positiva synpunkterna gällde också *insatsens innehåll* (24 %) men även *bemötande* (23 %) som redovisas nedan (se tabell 7 och 8).

Tabell 7. Antal och andel klagomål

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

Tabell 8. Antal och andel positiva synpunkter

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

Sammanfattning av erhållna 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 och personalbrist anges som de vanligaste orsakerna till de uppkomna avvikelserna. Alla inkomna avvikelser har dock inkommit från *Enheten för mottagning* vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser för avdelningen i stort. En av de slutsatser man emellertid kan dra är att avvikelsehanteringen behöver ses över. 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 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 2020 har *en tillsyn* och *en fördjupad granskning* gjorts, båda från revisorerna i Stockholms stad. Revisorerna har återkopplat till avdelningen och de slutliga resultaten kommer att redovisas i den årliga årsrapporten.

Revision

Revisorernas granskning gäller den interna kontrollen vad gäller köp av huvudverksamhet avseende personlig assistans enligt LSS utförd av externa utförare. Revisorernas sammanfattande bedömning var att den interna kontrollen kring hanteringen av externa utförare av personlig assistans enligt LSS inte är helt tillräcklig. Bedömningen grundade sig på att revisorerna hade identifierat en avsaknad av nyckelkontroller avseende exempelvis systematiska/årliga kontroller för att säkerställa att assistansbolagen har tillstånd från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) och att den enskilde fortfarande är bokförd i stadsdelen/Stockholm stad vid uppföljning av beslut. Revisorerna har också uppmärksammat att hanteringen av extra skyddsvärda personuppgifter är bristande. Revisorerna ser ett behov av att arbeta fram rutin för assistansfusk och oegentligheter hos utförarna.

Fördjupad granskning

Den fördjupade granskning avsåg den interna samverkan inom individ- och familjeomsorgen som innefattade myndighetsutövning inom ekonomiskt bistånd, missbruk och socialpsykiatri. Syftet med granskningen var att bedöma om stadsdelsnämnden har arbetssätt för en god samverkan inom individ- och familjeomsorgen som tillvaratar den enskildes behov. Bakgrunden till denna granskning grundar sig på att förekomsten av mer komplexa ärenden som berör personer med

samsjuklighet ökar inom individ- och familjeomsorgen. Samsjuklighet kan innebära att den enskilde behöver stöd och insatser från flera verksamhetsområden samtidigt. I dessa ärenden är den interna samverkan avgörande för att den enskilde ska få så bra stöd som möjligt. Om samverkan brister finns risk att helhetsperspektiv saknas i bedömningen av den enskildes situation. Även Socialstyrelsen bedömde i sin lägesrapport för individ- och familjeomsorgen 2020 att personer med samsjuklighet är en särskilt utsatt grupp som riskerar att få sämre stöd när samverkan mellan olika aktörer, såväl interna som externa, brister.

Sammantaget bedömde revisionskontoret att stadsdelsnämnden har brister i sina samverkansrutiner och arbetssätt inom individ- och familjeomsorgen. De konstaterade att avsaknad av samverkan kan leda till att den enskildes behov inte tillgodoses. Dokumentationen av pågående samverkan behövde tydliggöras och samverkansrutiner behövde aktualiseras. Slutligen lämnade revisorerna rekommendationer till stadsdelsnämnden att 1) införa en kvalitetssäkring som säkerställer att alla aktuella brukare som finns aktualiserade med insatser inom socialpsykiatri och/eller missbruk har informerats om stöd avseende samsjuklighet, 2) dokumentera samverkan i utredningar i enlighet med stadens riktlinjer för handläggning och att 3) dokumentera i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Sammanfattning av erhållna resultat

För att identifierade problem ska kunna rättas till är det viktigt att tillsynsrapporten diskuteras och görs känd på de berörda enheterna. Utifrån den genomförda tillsynen och fördjupade granskningen kan man konstatera att berörda enheter inom avdelningen behöver genomföra insatser och utveckla rutiner för att främst komma tillrätta med bristerna kopplade till utförande av personlig assistans, intern samverkan samt dokumentation och rutiner kopplade till dessa.

Förbättringsarbetet inom dessa områden har redan påbörjats och enheterna har bl.a. ett pågående uppdrag att upprätta rutingrupper inom respektive verksamhetsområde. Rutingrupperna är en viktig länk i kedjan som utgör avdelningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Övrigt kvalitetsarbete

Ingen av verksamheterna inom avdelningen har deltagit i Kvalitetsutmärkelsen under 2020. Däremot har det gjorts två granskningar inom Enheten för vuxna avseende socialpsykiatri och funktionsnedsättning samt en kartläggning om boendestöd på uppdrag av enhetschefer under 2020. Dessa beskrivs närmare nedan.

Granskning inom socialpsykiatri

Syftet var att granska bedömningar skrivna i DUR – utredningar för att undersöka huruvida dessa ger tillräckligt utförlig och relevant grund för beslut enligt gällande krav och regler för dokumentation samt stadens framtagna riktlinjer. Avgränsningen för granskningen var utredningar inom socialpsykiatri på Enheten för vuxna och inriktade sig enbart på bedömningsdelen i de valda utredningarna (stickprov). Granskningen faller inom ramen för kvalitetsområdet *rättssäker och säker verksamhet (A)*.

Resultaten från granskningen visade att bedömningar inom socialpsykiatri på Enheten för vuxna var överlag bra och var väldigt informativa till sitt innehåll. Däremot framkom vissa brister som visade på behov av utveckling och förbättring. Flera faktorer kan ha bidragit till de brister som upptäcktes i granskningen, exempelvis Covid-19 där uppföljningar och utredningar av insatser inte kunde genomföras på vanligt vis vilket kan ha avspeglats i bedömningarna.

Oavsett bakomliggande faktorer behövde följande brister i dokumentationen åtgärdas i syfte att öka kvaliteten och säkerställa rättssäkra och likvärdiga bedömningar enligt gällande lagstiftning och förordningar, 1) säkerställa att enskilda kommer till tals och att deras uppfattning om sina behov dokumenteras, 2) tydliggöra kopplingen mellan insats och vilka behov som bedöms ligga till

grund för själva insatsen, 3) tydliggöra hur barns behov har beaktats och hur barns rättigheter har påverkats (direkt eller indirekt).

Granskning inom funktionsnedsättning

Syftet var att granska bedömningar skrivna i DUR – utredningar för att undersöka huruvida dessa ger tillräckligt utförlig och relevant grund för beslut enligt gällande krav och regler för dokumentation samt stadens framtagna riktlinjer. Avgränsningen för granskningen var utredningar enligt Socialtjänstlagen inom funktionsnedsättning på Enheten för vuxna (hädanefter benämnt som funk) och inriktade sig enbart på bedömningsdelen i de valda utredningarna (stickprov). Granskningen faller inom ramen för kvalitetsområdet *rättssäker och säker verksamhet (A)*.

Resultaten från granskningen visade att bedömningar inom funk på Enheten för vuxna var överlag bra. Bedömningarnas innehåll överensstämde i stort sett med de krav och regler för dokumentation som ställs enligt SOSFS 2014:5 och stadens anvisningar för DUR. Innehållet i bedömningarna var vanligtvis informativt men det hade framkommit vissa brister som visade på ett behov av utveckling och förbättring. Flera faktorer kan ha bidragit till de brister som upptäcktes i granskningen, inte minst Covid-19 där uppföljningar och utredningar av insatser inte kunnat genomföras på vanligt vis vilket kan ha avspeglats i bedömningarna.

Oavsett bakomliggande faktorer behöver följande brister i dokumentationen åtgärdas i syfte att öka kvaliteten och säkerställa rättssäkra och likvärdiga bedömningar enligt gällande lagstiftning och förordningar, 1) säkerställa att enskilda kommer till tals och att deras uppfattning om sina behov dokumenteras, 2) säkerställa att bedömningar innehåller en avvägning om behov av ansökt insats kunnat tillgodoses på annat sätt, 3) tydliggöra hur barnets behov har beaktats och hur barnets rättigheter påverkas (direkt eller indirekt).

Analys och sammanfattande bedömning

Syftet med denna kvalitetsberättelse är att ge en samlad bild av kvaliteten inom avdelning Socialtjänst och fritid under 2020 med utgångspunkt i de tre fokusområdena *Rättssäkerhet och säker verksamhet, Bemötande* samt *Delaktighet, självbestämmande och integritet*. Genom att analysera resultaten på aggregerad nivå kan, i teorin, mönster och trender upptäckas. Framkommer mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska verksamheten ses över så att den har ändamålsenliga rutiner (och processer) för att kunna säkra sin kvalitet. Följande analys tar sin ansats i de resultat/data som undersökts under 2020 och där *avvikande* resultat/data hittats.

Rättssäker och säker verksamhet

God kvalitet i dokumentationen

Resultaten från egenkontrollerna som genomfördes under 2020

visar på ett antal brister vad gäller god kvalitet i dokumentationen.

Det saknades genomförandeplaner i den digitala akten i nästan samtliga fall avseende barn och unga. I samband med detta så hade inte heller personliga utgifter beaktats för ensamkommande barn placerade i särskilda boenden.

Dessutom upptäcktes brister i de systematiska

individuppföljningarna av ensamkommande barn placerade i särskilda boenden där dessa inte hade skett på ett grundligt och systematiskt sätt enligt gällande riktlinjer och rutiner. Därmed saknades även information om de personliga utgifterna hade beaktats i samtliga fall.

Utredningstider

Resultaten från egenkontrollerna som genomfördes under 2020

visar på ett antal brister som avser långa utredningstider. Ungefär en

tredjedel av utredningarna avseende vuxna med missbruk översteg två månader, en tidsgräns som är uppsatt som kvalitetsgarantin inom Stockholms stad.

Det förekommer även att utredningar avseende barn och unga i flera fall har överskridit den lagstadgade tiden om maximalt fyra månader vilket innebär att utredningstiderna inte hålls i enlighet med lagstiftarens intention. Dessutom kan slutsats dras att dessa utredningar saknade giltiga skäl för förlängning. Resultaten från egenkontrollerna visade också att det i hög grad saknades beslut om förlängd utredningstid i dessa ärenden.

Kommunicering

Resultaten från egenkontrollerna som genomfördes under 2020 visar på brist som gäller kommunikering av beslutsunderlag i ärenden som rör ungdomar. Det var lite mindre än hälften som saknade dokumentation om att kommunikering ska ha skett. Bristen har tagits med här då det är en grundläggande del i myndighetsutövning att dokumentera om och när kommunikering av beslutsunderlag skett.

Bemötande

Resultaten från brukarundersökningarna inom funktionsnedsättning visar att det finns viss brist vad gäller brukarnas upplevelser av gott bemötande framförallt vad gäller vissa gruppboheter i Brommas egen regi. Det är därför angeläget att verksamheterna lär av varandra och utvecklar sitt bemötande. Det gäller särskilt de verksamheter som hade ett sämre resultat och som behöver förbättra detta under året.

Delaktighet, självbestämmande och integritet

Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet

Resultaten från egenkontrollerna som genomfördes under 2020 visar på ett antal brister vad gäller delaktighet i frågor som rör det

egna ärendet. Bland annat har det framkommit att personer med pågående insatser inom socialpsykiatri saknade genomförandeplaner i lite mer än en tredjedel av ärendena. Det gällde framförallt insatserna boendestöd och sysselsättning. Liknande resultat och brister återfinns inom gruppen funktionsnedsättning där det framförallt saknades genomförandeplaner för personer med insatserna daglig verksamhet enligt LSS, trygghetslarm och kortidsvistelse för barn och ungdomar enligt LSS.

Störst brist avseende upprättade genomförandeplaner återfinns bland barn och ungdomar med insats i form av dygnet- runt- vård (exklusive ensamkommande barn). Även familjehemsplacerade barn hade endast lite fler än hälften en upprättad genomförandeplan.

Sammanfattande bedömning och utvecklingsområden

Den sammanfattande bedömningen av avdelningens kvalitet inom de tre fokusområdena är att det finns förbättringsmöjligheter på många plan. Utifrån resultaten och analysen kan man urskilja många positiva tendenser såsom:

- Samtliga granskade anmälningar/aktualiseringar avseende barn och unga hade genomförda skyddsbedömningar.
- Uppföljningar av ensamkommande barns vård har skett i relativt hög utsträckning.
- Trots att andelen utredningar avseende barn och unga överskridit utredningstiden på fyra månader har barngruppen lyckats förbättra sina resultat markant från våren till hösten (2020) vilket tyder på en fortsatt positiv utveckling.
- När det gäller barn har kommunikering skett i laga ordning i en övervägande del av ärendena.

- När det gäller avdelningens dagliga verksamhet är det en övervägande del brukare som upplevde att de fått ett gott bemötande och samtidigt inte blivit diskriminerade av personal.
- När det gäller avdelningens socialpsykiatriska verksamheter (sysselsättning, gruppboende, boendestöd) visar brukarundersökningarna att en stor del av brukarna är nöjda med det stöd de får och inflytande över de insatser om ges.
- En majoritet av klienter inom missbruk hade upprättade genomförandeplaner i pågående insatser.
- Det har skett en uppgång av antalet inkomna klagomål och synpunkter inom avdelningen. Detta talar för att både medarbetare i stor utsträckning informerar brukare/klienter om denna möjlighet och att brukare/klienter i sin tur känner sig trygga med att kunna lämna synpunkter och klagomål till vår förvaltning.
- De övriga interna granskningarna som gjorts inom funktionsnedsättning och socialpsykiatri visar att bedömningar i genomförda utredningar överlag är bra och informativa till sitt innehåll. Bedömningarnas innehåll överensstämde i stort sett med de krav och regler för dokumentation som ställs enligt gällande lagar, föreskrifter och riktlinjer.

Utöver detta går det att se följande utvecklingsområden:

- Arbetet med att ta fram och uppdatera innehållet i avdelningens tjänstekartor (rutiner och processer) måste fortsätta i syfte att säkerställa den övergripande rättssäkerheten.
- Dokumentation i ärenden behöver förbättras och ske kontinuerligt.
- De lagstadgade, och i övrigt beslutade, utredningstiderna måste hållas, framförallt avseende barn och unga men även vuxna med missbruk.
- KommunikERING av utredningar behöver bli bättre och är något som alla enheter inom avdelningen behöver se över.

- De systematiska individuppföljningarna av ensamkommande barn placerade i särskilda boenden behöver förbättras och de personliga utgifterna beaktas.
- Bemötande, självbestämmande och integritet behöver bli bättre och framförallt inom vissa verksamheter.
- 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.
- Antalet rapporterade *övriga* avvikelser behöver generellt sett öka inom hela avdelningen.

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 2021. Mest bekymmersamt bedöms vara utredningstider, genomförandeplaner, genomförandet av systematiska individuppföljningar och personliga utgifter samt kommunikering.

Det är även angeläget att de olika enheterna blir bättre att identifiera och rapportera avvikelser. När avvikelshanteringen inte sker systematiserat och strukturerat kan inte enheterna vidta nödvändiga förbättringsåtgärder för att utveckla kvaliteten. Dessutom behöver avdelningen säkerställa att aktuellt system för avvikelshantering fungerar och efterlevs inom avdelningens olika nivåer. Det är därför av oerhörd betydelse att detta kvalitetshöjande arbete ses över och att enhetschefer och medarbetare blir mer delaktiga.

Bilagor

1. Kvalitetsberättelse 2016
2. Uppföljningsplan 2020 (egenkontroller)
3. Dokumentation från genomförda egenkontroller 2020
4. Rapporter från övrigt kvalitetsarbete