



Stockholms
stad

Kvalitetsberättelse 2022

Avdelning socialtjänst och
fritid

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

Kvalitetsberättelse 2022
Mars 2023

Dnr: BRO 2023/33
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, men också flera goda exempel.

Sammantaget pekar resultaten från denna kvalitetsberättelse mot att fortsatt fokus för granskning och utveckling 2023 bör vara inom området rättssäker och säker verksamhet. Det är även av stor vikt att de olika enheterna inom avdelningen fortsätter utveckla arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet gällande exempelvis riskanalyser, egenkontroller, rutiner och avvikelserapportering för att förbättra kvaliteten i verksamheterna.

Den sammanfattande bedömningen av hur avdelningens enheter arbetar systematiskt med kvalitetsarbete är att det i huvudsak fungerar väl. Samtliga enheter bedöms ha utökat systematiken i kvalitetsarbetet vilket kan ha påverkats av att alla enheter under året haft en metodutvecklare eller verksamhetsutvecklare med ett konkret uppdrag att driva och utveckla kvalitetsarbetet inom respektive enhet. Visst behov av utveckling föreligger inom avdelningen och utvecklingsbehoven skiljer sig mellan enheterna.

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	5
Syfte	7
Tre fokusområden 2022	7
Resultat	7
En rättssäker och säker verksamhet (A)	8
Ett gott bemötande (D)	17
Rätt till delaktighet, självbestämmande och integritet (E).....	19
Avvikelser	29
Lex Sarah	29
Övriga avvikelser	31
Klagomål och synpunkter	33
Sammanfattning av resultat	35
Tillsyn	37
Risکانalyser	40
Rutiner och processer	43
Övrigt kvalitetsarbete	47
Analys och sammanfattande bedömning	50
Sammanfattande bedömning och utvecklingsområden	50

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.

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 2022. 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 2022

Utifrån den sammanfattande bedömningen från föregående års kvalitetsberättelse beslutades i avdelningens ledningsgrupp att fokusområden för kvalitetberättelsen 2022 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”, ”Riskanalyser”, ”Rutiner och processer” samt ”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*.

Tabell 1. Egenkontroller som genomförts utifrån kvalitetsområde A.

	Kontrollmål	Vad mäts/Metod
A. Rättssäker och säker verksamhet	A. 1 God kvalitet i dokumentationen	A.1.1. Aktgranskning (Barn/Ungdom): Vid anmälan/aktualisering - stickprov huruvida en skyddsbedömning gjorts på barnet/den unge. Uppdelat på kön.
		A.1.2. Aktgranskning: Andel ensamkommande barn där genomförandeplan upprättats samt andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats. Uppdelat på kön.
		A.1.3. Aktgranskning: Andel ensamkommande barn där individuppföljning skett systematiskt samt andel uppföljningar som beaktat personliga utgifter. Uppdelat på kön.
		A.1.4. Aktgranskning av dokumentation - stickprov utifrån granskningsmall
		A.1.5. Granskning av dokumentation inom utförarverksamhet (LSS) enligt framtagen checklista med tillhörande frågor: 1. Finns beslut för god man/förvaltare tillgängligt? 2. Genomförandeplan är upprättad?/ Uppföljning 3. Finns utsedd stödperson för varje brukare? 4. Finns Ställföreträdande stödperson? 5. Förs Löpande journalanteckningar? 6. Är eventuella arbetsanteckningar sammanfattade enligt rutin?
	A. 2 Utredningstider	A.2.1. Utredningstiden på avslutade utredningar enligt 11 kap. 1 § SoL gällande barn (ej faderskapsutredningar och/eller

		ytranden) på enheten för barn och unga.
		A.2.2. Aktgranskning (Barn/Ungdom): Vid utredningar längre än 4 månader - finns förlängningsbeslut?
		A.2.3. Utredningstiden på avslutade utredningar på Vuxenenheten (beroende). Uppdelat på kön.

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.

A.1.1. Aktgranskning: Vid anmälan/aktualisering - stickprov huruvida en skyddsbedömning gjorts på barnet/den unge. Uppdelat på kön.

Egenkontrollen som har genomförts är att undersöka att skyddsbedömningar görs i inkomna orosanmälningar/ansökningar till mottagningsgruppen inom enheten för barn och unga samt om skyddsbedömningen genomförs skyndsamt.

Totalt 20 ärenden, 10 pojkar och 10 flickor, kontrollerades. I samtliga 20 ärenden hade skyddsbedömning gjorts. I 18 av 20 ärenden hade skyddsbedömning gjorts inom 24 h. I 2 av 20 ärenden hade skyddsbedömning gjorts inom 48 h respektive 4 dagar efter inkommen orosanmälan. Det framkommer inte orsak i ärendena till varför skyddsbedömningen inte har gjorts inom 24 h. Resultaten skiljer sig inte mellan könen då skyddsbedömning finns i samtliga ärenden.

A.1.2. Aktgranskning - Andel ensamkommande barn (EKB) där genomförandeplan upprättats samt andel genomförandeplaner där personliga utgifter beaktats. Uppdelat på kön.

A.1.3. Aktgranskning – Andel ensamkommande barn där individuppföljning skett systematiskt samt andel uppföljningar som beaktat personliga utgifter. Uppdelat på kön.

Bakgrunden till egenkontrollerna gällande ensamkommande barns personliga utgifter är att det framkommer som en förbättringsåtgärd i Revisionskontorets årsrapport för Bromma från 2017. Då resultaten av tidigare års egenkontroller visat på brister har egenkontroller kvarstått.

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

10 barn/unga har ingått i 2022 års granskning. Det fanns biståndsbeslut i samtliga ärenden kring personliga utgifter. De brister som framkommer i resultaten av årets kontroller är att det saknas genomförandeplaner i vissa kontrollerade ärenden samt att genomförandeplanerna som har upprättats bedöms som bristfälliga. Vidare bedöms uppföljningen av den unges situation/vård brista då det saknas systematiska individuppföljningar i samtliga ärenden. Orsaken till resultaten kan vara avsaknad av kunskap kring hur vården kring ensamkommande barn ska genomföras och följas upp enligt rutin, exempelvis kring genomförandeplan och individuppföljningar. Därför behöver resultaten ses över

tillsammans med ansvariga biträdande enhetschefer för socialsekreterare som handlägger ensamkommande barn-ärenden för att vidta eventuella kompetenshöjande åtgärder.

A.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

60 ärenden har ingått i egenkontrollen som berör enheten för vuxna (stöd och service till personer med funktionsnedsättning, socialpsykiatri och beroende). Överlag visar denna granskning på goda resultat. Den löpande dokumentationen har varit tillräcklig, väsentlig, saklig/objektiv och respektfull. Vidare bedöms den löpande dokumentationen överlag beskriva händelsekedjor som gett en aktuell bild av den enskildes situation.

Den avvikelser som har funnits avser information som förekommit i journalanteckningar som inte avsett den enskilde men då det avser så pass få ärenden bedöms det inte vara en avvikelse som behöver åtgärdas. I vissa fall har information om andra än den enskilde varit av vikt i ärendet.

Enheten för arbete och försörjning

Inom enheten för arbete och försörjning har granskningen visat på förbättringsmöjligheter inom samtliga områden. Kontrollen gjordes på totalt 20 ärenden varav 10 män och 10 kvinnor. Av 180

kontrollenheter har avvikelser identifierats 69 gånger. För att säkerställa att den löpande dokumentationen följer socialstyrelsens föreskrifter om dokumentation (SOSFS 2014:5) kommer metodutvecklare under hösten 2022 genomföra en kollegiegranskning med fokus på områdena tillräcklig och nödvändigt. Andra åtgärder som vidtas är fortsatt arbete med och genomgångar av enhetens tjänstekartor och där till hörande rutiner för att dessa ska förankras arbetsgruppen. Samtliga medarbetare på enheten har därför fått tillgång till samarbetsytan ”Kvalitetsledningssystem” där tjänstekartor och rutiner ligger.

A.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?
3. Finns utsedd stödperson för varje brukare?
4. Finns Ställföreträdande stödperson?
5. Förs Löpande journalanteckningar?
6. Är eventuella arbetsanteckningar sammanfattade enligt rutin?

Enheten för personligt stöd ser att vissa verksamheterna brister i att begära in registerutdrag om ställföreträdare. Enheten kommer under 2023 att arbeta med att registerutdrag om ställföreträdare ska finnas tillgängligt på verksamheten genom information till verksamheterna samt att regelbundet följa upp detta i samband med egenkontrollerna som ska ske 3 gånger per år.

Genomförandeplaner finns i alla ärenden. En brist är dock att flertalet inte är uppdaterade eller uppföljda, varken med brukaren eller med beställarna. Enheten ser en brist i att personalen/stödpersonerna inte regelbundet följer upp aktuell

genomförandeplan. Genomförandeplanen ska vara ett levande verktyg och förändras efter behov, önskemål, uppnådda eller förändrade mål och delmål. Enheten för personligt stöd har under ett antal år arbetat med KOMPASS vilket inkluderar genomförandeplaner och dokumentation för att höja kvaliteten i arbetet på verksamheterna. I denna metod ingår även att ta fram möjlighetsanalyser (MA) för brukarna där verksamheten arbetar utifrån önskade lägen. MA är ett bra verktyg och kompletterar genomförandeplanen. Enheten har dock haft en utmaning i att få medarbetarna att förstå och kunna arbeta med båda dessa viktiga verktyg parallellt. De verksamheter där det funnits brister i kvalitetsarbetet har även ett samband med att samma verksamheter haft har omsättning av chefer under vissa perioder. En annan bidragande orsak är även hög frånvaro bland ordinarie personal samt viss personalomsättning.

Journalanteckningar förs löpande i alla ärenden. Alla verksamheter har gått igenom dokumentationsrutiner med medarbetarna samt vikten av den röda tråden i journalen. Enheten har även under de senaste åren haft regelbundna utbildningar i dokumentation. Trots denna utbildningsinsats brister det i kunskap om var journalanteckning och arbetsanteckning är och hur det ska dokumenteras. Biträdande enhetschef enskilda samtal med stödpersonen har tidigare och kommer även under 2023 innehålla bland annat rutiner om dokumentation och uppföljning av dokumentation samt den röda tråden i dokumentationen. Verksamheterna arbetar regelbundet med dokumentation. Trots utbildning, information om rutiner med mera behöver enheten utveckla dokumentationen ytterligare för att höja kvaliteten.

Utredningstider

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

av förlängningsbeslut och skälen till dessa vid utredningar längre än fyra månader granskades också inom enheten för barn och unga.

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

A.2.2 Aktgranskning förlängningsbeslut vid utredningar längre än 4 månader.

På enheten för barn och unga har granskning genomförts avseende utredningar som överstigit den lagstadgade utredningstiden om maximalt fyra månader. De ärenden som granskats är de utredningar som avslutats under perioderna 1 maj 2022 till och med 31 augusti 2022 samt 1 september till och med 22 november 2022.

Under perioden 1 maj 2022 till och med 31 augusti 2022 har enheten för barn och unga avslutat 191 utredningar. Av 191 utredningar har totalt 37 utredningar överskridit den lagstadgade tiden om 4 månader (19 %). Av de 37 utredningar som har överskridit en utredningstid på 4 månader har totalt 10 utredningar ett förlängningsbeslut. Huvudorsaken till förlängningsbesluten är att ny oro/information har inkommit i ärenden eller att socialtjänsten avvaktar viktig information som kan komma att påverka utredningen så som från skola, tingsrätt eller missbruksutredning på en förälder.

Resultaten liknar föregående års resultat gällande fördelningen mellan arbetsgrupperna, där ungdomsgruppen har flest utredningar som inte färdigställs inom fyra månader.

Under perioden 1 september – 22 november 2022 har 124 utredningar avslutats på enheten för barn och unga. Av totalt 124 utredningar har 47 utredningar överskridit den lagstadgade tiden om 4 månader (38 %).

Av de 47 utredningar som har överskridit en lagstadgad tid om 4 månader har totalt 10 utredningar ett förlängningsbeslut.

Huvudorsaken till förlängningsbesluten är att ny oro/information har inkommit i ärenden eller att socialtjänsten avvaktar viktig information som kan komma att påverka utredningen så som från skola, psykiatri alternativt att ett barnsamtal inte har hunnit äga rum.

Störst ökning mellan kontrollperioderna har skett inom ungdomsgruppen (från 29 % till 55 %) samt syskongruppen (0,3 % till 28 %).

Personalomsättning, behov av tydligare introduktion och ledarskap har analyserats vara möjliga orsaker till antalet försenade utredningstider. En introduktionsplan reviderades och togs fram under hösten och har använts för samtliga nyanställda som har påbörjat tjänst som socialsekreterare under hösten. Vidare har två biträdande chefstjänster i perioder varit vakanta under året, vilka har tillträtt sina tjänster i september och november. Detta möjliggör ett tydligare ledarskap för samtliga anställda. Sammanfattningsvis är utredningstider ett utvecklingsområde för enheten som behöver arbetas kring under 2023. Fortsatta åtgärder behöver ses över på enhetsnivå.

A.2.3 Utredningstiden på avslutade utredningar. Uppdelat på kön.

På enheten för vuxna har granskning genomförts avseende utredningstider inom beroende, socialpsykiatri och funktionsnedsättning. I 7 § Förvaltningslagen (FL) anges att en utredning ska genomföras så snabbt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts. Syftet med egenkontrollen är att undersöka om utredningar färdigställts inom lagstadgad tid eller enligt de rutiner och riktlinjer som finns. Totalt 20 utredningar

ingick i denna kontroll – funktionsnedsättning barn och vuxna (10), socialpsykiatri (6) samt beroende (4).

Tabell 2. Antal utredningar som avslutats inom lagstadgad tid eller enligt de rutiner och riktlinjer som finns.

Grupp	Ja		Nej	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Funktionsnedsättning - Barn och Vuxna	5	5	-	-
Socialpsykiatri	3	1	1	1
Beroende	1	2	-	1
Totalt	8	8	2	2

Denna egenkontroll visar att de flesta utredningarna avslutas inom fastställd utredningstid enligt de rutiner och riktlinjer som finns. De utredningar som inte avslutades inom fastställd utredningstid verkar snarare ha berott på att handläggaren inte avslutat utredningen i paraplysystemet. Detta trots att handläggare haft de rättsliga förutsättningarna att kunna göra. Vidare tyder det på att handläggare varit flexibla när de gjort dessa individuella anpassningar utifrån brukare och målgrupp.

I övrigt kvarstår samma analysgrund som vid tidigare egenkontroller nämligen att målgruppen har en sammansättning av faktorer som ökar komplexiteten inte minst pga. samsjuklighet. Det ställer högre krav på samordning, både internt och externt, för handläggare. Dessa faktorer påverkar även brukarnas förmåga att medverka till utredning.

Enhetens handläggare behöver fortsatt säkerställa att utredningar avslutas inom fastställd utredningstid och särskilt i de ärenden där brukaren i fråga inte medverkar till utredningens slutförande. Detta utesluter dock inte att handläggarna fortsatt ska arbeta aktivt för att komma i kontakt med brukarna däremot behöver det göras med utgångspunkt i den fastställda utredningstiden. Att avsluta en

utredning utan insats innebär inte att en person inte kan återaktualiseras vid senare tillfälle i samband med ansökan eller anmälan.

Ett gott bemötande (D)

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

Tabell 3. Egenkontroller som genomförts inom kvalitetsområde D

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

Sammanfattning av erhållna resultat

Egenkontrollen har granskat resultat från brukarundersökningen 2022 avseende Hur brukare inom bostad med särskild service och daglig verksamhet i egen regi upplever sig bemötta av personal samt upplevelse av diskriminering.

Frågorna som ställts i brukarundersökningen som granskats är;

Blir du väl bemött av personalen?

Upplever du att personalen diskriminerat dig?

D.1.1. Frågor om bemötande i brukarenkäter samt

D.2.1. Frågor om diskriminering i brukarenkäter

*Blir du väl bemött av personalen?***Tabell 4.** Andel som upplever gott bemötande av personal uppdelat på insats

Blir du väl bemött av personalen?	Daglig verksamhet 2022 % (2021 %)	Gruppbo- stads- 2022 % (2021 %)	Servicebo- stads- 2022 % (2021 %)
Ja	94 % (91 %)	92 % (79 %)	71 % (50 %)
Ibland	6 % (6 %)	6 % (20 %)	29 % (50 %)
Nej	0 % (0 %)	2 % (2 %)	0 % (0 %)

På Brommas dagliga verksamhet har en övervägande andel av brukarna uppgett att de blir väl bemötta av personalen (94 % svarar ja), något fler än staden i övrigt (92 %).

Majoriteten av brukarna i gruppbo- stads- uppger att de blir väl bemötta av personal. Resultaten ligger något högre än stadens resultat. Resultaten har ökat markant från föregående års mätning.

Svarsfrekvensen har varit låg för brukare i servicebo- stads-, endast sju brukare har besvarat brukarundersökningen. Av dessa uppgav fem *Ja* och två *Ibland* på frågan om hen blir väl bemött av personalen. Resultatet är något lägre än staden generellt, men högre än föregående års mätning.

*Upplever du att personalen diskriminerat dig?***Tabell 5.** Andel som upplevt diskriminering av personal uppdelat på insats

Upplever du att personalen diskriminerat dig?	Daglig verksamhet 2022 % (2021 %)	Gruppbo- stads- 2022 % (2021 %)	Servicebo- stads- 2022 % (2021 %)
Ja	6 % (17 %)	4 % (10 %)	0 % (0 %)
Ibland	12 % (3 %)	11 % (31 %)	43 % (33 %)
Nej	83 % (79 %)	85 % (60 %)	57 % (67 %)

Resultaten har förbättrats från föregående år gällande frågan om diskriminering för brukare i daglig verksamhet och gruppbostad. För servicebostad har resultaten försämrats lite från föregående år, men då det är få svarande så är skillnaderna marginella.

Tidigare analyser kring resultat av brukarundersökningen och frågan om diskriminering har varit att personer med funktionsnedsättning kan ha svårt att uppfatta begreppets innebörd och att begreppet kan uppfattas olika, vilket kan påverka brukarnas svar på frågan. 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. 2021 fortsatte inte dialogen i samma omfattning kring ordets betydelse som under år 2020 vilket resulterade i ett försämrat resultat i brukarundersökningen. Ett arbete för att förstå resultaten samt utöka dialogen om begrepp har pågått under 2022, och nu visas förbättrade resultat igen gällande frågan om diskriminering.

Könsskillnaderna är mycket små gällande upplevelsen av bemötande och diskriminering.

Rätt till delaktighet, självbestämmande och integritet (E)

Följande egenkontroller har genomförts inom kvalitetsområdet *Rätt till delaktighet, självbestämmande och integritet*.

Tabell 6. Egenkontroller som genomförts inom kvalitetsområde E

E. Delaktighet, självbestämmande och integritet	E. 1. Delaktighet i frågor som rör det egna ärendet	E.1.1. Frågor om delaktighet i brukarenkäter
		E.1.2. Aktgranskning (Enheten för vuxna): Antal upprättade genomförandeplaner i pågående insats. Uppdelat på kön.
		E.1.3. Aktgranskning (Försörjningsstöd): Antal upprättade förändringsplaner inom tre månader från första kontakt. Uppdelat på kön.
	E.2. Barns rätt att komma till tals	E.2.1. Aktgranskning: Undersöka andel omprövningar/överväganden i pågående ärenden (placerade barn) där handläggare träffat barnet. Uppdelat på kön.
		E.2.2. Aktgranskning : Undersöka om det är dokumenterat i förhandsbedömningar där barnet har kommit till tals i avslutade utredningar. Uppdelat på kön.
		E.2.3 Aktgranskning: Undersöka om det är dokumenterat i utredningar att barn är delaktiga under hela utredningstiden.

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 2022 avseende brukare med psykiska funktionsnedsättningar som bor i bostad med särskild service enligt SoL.

E.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).

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 Långskeppets socialpsykiatriska boende) och resultaten är hämtade från rapporten gruppboende egen regi - Bromma. Resultatet för de sju brukare som svarat på enkäten visar att 80 % av brukarna är nöjda, dvs de har svarat att påståendet stämmer helt eller stämmer ganska bra, gällande påstående om möjligheten att påverka hus stödet ska utföras. 20 % har svarat varken eller. Resultatet är högre än staden generellt, och något högre än Brommas resultat föregående år då 78 % sade sig vara nöjda.

83 % upplever att personalen frågar på vilket sätt hen vill ha stöd medan 17 % svarar *varken eller*. Resultatet är även här något lägre än förra året men högre än staden generellt.

Verksamheten fortsätter att utveckla bemötande och metoder för att bibehålla och/eller öka andelen positiva svar. Ett utvecklingsområde

är tydligare genomförandeplaner där det är tydligt vad och hur vi ska följa upp insatsen tillsammans med den boende. Under 2023 kommer verksamheten arbeta med att öka kunskapen kring att skriva genomförandeplaner både då det gäller medarbetare och boende. Verksamheten arbetar för att brukarna ska vara delaktiga i upprättande och revidering av genomförandeplan och ges möjlighet att påverka stödet.

Fråga 21 och 22 berör upplevelsen av delaktighet i val av boende (berör främst beställarenheten) och resultaten är hämtade från rapporten Gruppboende Bromma 2022.

Resultaten visar att 50 % upplever att de haft möjlighet att välja vilket boende de ska bo på medan 13 % svarat varken eller och 38 % är inte nöjda (påståenden stämmer inte allts, stämmer ganska dåligt). Resultaten för 2022 är sämre än 2021 både vad gäller brukare som är nöjda och de som inte är det. Nöjdheten 2022 för stadsdelsnämnden ligger också något lägre än staden generellt.

Resultaten visar att 57 % upplever att de har fått information om möjligheten att välja boende och 43 % upplever att de inte fått informationen. Resultaten visar en försämring från 2021 och är något sämre än staden generellt.

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 gruppbestäder 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 2023.

Möjligheten att kunna byta/flytta till annan gruppbestad är begränsad och kan innebära långa väntetider med hänsyn till hur

bostadsmarknaden ser ut, alltså att tillgången till gruppboende är begränsad. En uppstart av rutingrupp inom enheten för vuxna som avser verksamhetsområde/arbetsgrupp socialpsykiatri har skett under 2022. Inom ramen för rutingruppen ses över tjänstekarta och tillhörande rutiner över och i samband med detta arbete ska särskilt uppmärksammas och säkerställas att brukare får information om att de kan välja boende, inte bara när de beviljas särskild bostad enligt SoL men även vid uppföljningar, även om det kan innebära väntetid på att få plats på ett nytt/annat boende.

E.1.2. Aktgranskning - Upprättade genomförandeplaner

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

Enheten för vuxna

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.

Urvalet som rör funktionsnedsättning och socialpsykiatri omfattar totalt 132 beslut. Dessa beslut avser insatser som gäller fr.o.m. oktober 2022. Resultaten visar att 43 % (godkänt och justerad) av dessa insatser har en godkänd genomförandeplan och 57 % har ingen färdig genomförandeplan (ej genomförandeplan, preliminär och under bearbetning).

Urvalet som gäller beroende omfattar totalt 15 insatsbeslut vars beslutsdatum infaller under september och/eller oktober 2022. Resultaten visar att 33 % (arkiverad och godkänd) av insatserna har

en godkänd genomförandeplan. Resterande 66 % (saknas, under bearbetning) saknar en slutförd genomförandeplan.

Resultaten baserat på urvalet ger en indikation på hur lägesbilden av aktuella genomförandeplaner ser ut överlag inom enhetens pågående ärenden.

Det är svårt att redogöra för orsakerna som lett till att det saknas slutförda genomförandeplaner i de insatsbeslut som omfattas av denna mätning. Genomförandeplaner upprättas av de utförare som fått en beställning från enheten för vuxna. Orsaker kan vara att brukarnas funktionsnedsättning eller klienternas beroendeproblematik ibland kan skapa utmaningar eller hinder för utförare att slutföra genomförandeplaner inom fastställda tidsramar. Det kan exempelvis innebära att det krävs flera möten med brukare och klienter för att slutföra en genomförandeplan.

Enheten ska säkerställa att utföraren inkommer med en genomförandeplan och att denna överensstämmer med den beställning som skickats. Resultaten visar att medarbetare inom enheten inte har följt enhetens rutin om genomförandeplaner som skapats i syfte att säkerställa att det finns aktuella genomförandeplaner i ärenden med pågående insatser.

Sammanfattningsvis behöver enheten för vuxna fortsatt arbeta med att säkerställa att genomförandeplaner upprättas och görs inom rätt tid. Genomförandeplaner är ett verktyg för att främja brukarnas delaktighet och trygghet vid utformning av insats och utförande av insats.

E.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.

Kontrollen har gjorts genom en genomgång av samtliga ärenden remitterade från mottagningsgruppen till utredningsgruppen inom enheten för arbete och försörjning under perioden 220101-220930.

Av totalt 84 klienter som har remitterats från mottagningsgruppen till utredningsgruppen har 70 fått en förändringsplan inom tre månader, en procentandel om 83 %. 2021 års resultat visade att det fanns förändringsplaner i ca 52 % av alla ärenden där det ansågs lämpligt vilket innebär att resultaten förbättrats.

Under 2023 kommer anledning till att förändringsplan ej upprättats inom tre månader registreras varför analys kring detta ökar chansen till ett förbättrat resultat vid nästa egenkontroll.

Barns rätt att komma till tals

E.2.1 Omprövningar/överväganden i pågående ärenden (placerade barn) där handläggare träffat barnet

Egenkontrollen har genomförts inom enheten för barn och unga. Syftet med egenkontrollen är att undersöka om handläggaren träffar placerade barn inför omprövning/överväganden av vården. I totalt 14 av 20 ärenden (70 %) har handläggaren träffat barnet för

uppföljning och barnsamtal. Det är alltså i majoriteten av ärendena där handläggaren har träffat barnet. Detta bedöms vara av betydelse inför att vården för ett placerat barn ska övervägas alternativt omprövas. Totalt 6 av de 14 ärendena var pojkar och 8 var flickor. Barnets uppfattning och inställning till vården fanns med i samtliga överväganden/omprövningar.

I de 6 ärenden där handläggaren inte har träffat barnet framkommer ändå barnets uppfattning/inställning till vården i omprövningen/övervägandet. Handläggaren har i vissa av ärendena följt upp med barnet per telefon, dock saknas det information i vissa ärenden vilket samtal med barnet informationen i övervägandet/omprövningen är baserat på. Det kan delvis innebära att handläggaren har pratat med barnet i någon form men missat att journalföra informationen.

Resultatet av egenkontrollen kommer att återkopplas till berörda chefer samt till socialsekreterare för att undersöka vilka åtgärder som behöver vidtas för att antalet uppföljningar som sker genom att träffa barnet ska öka. Exempel är att det behöver tas fram en rutin alternativt checklista för vad som ska göras inför att ett övervägande/omprövningar ska äga rum.

E.2.2. Aktgranskning: Barn har kommit till tals i förhandsbedömningar

Egenkontroll har genomförts inom enheten för barn och unga (mottagningsgruppen) för att mäta om barnsamtal har genomförts och dokumenterats i förhandsbedömningar i avslutade utredningar.

Av de 15 förhandsbedömningar som är med i urvalet för egenkontrollen har barnsamtal genomförts i 5 förhandsbedömningar. Samtliga barnsamtal har dokumenterats.

I de 10 förhandsbedömningar där barnsamtal inte genomfördes under förhandsbedömningens gång saknas det motivering i totalt 5 förhandsbedömningar. I 2 av 10 förhandsbedömningar avser det en ansökan där utredning inleds direkt, varav barnsamtal inte äger rum. I 2 av 10 förhandsbedömningar finns oro för våld och det går inte att planera in ett barnsamtal under förhandsbedömningens gång med hänsyn till barnets bästa. I 1 av 10 förhandsbedömningar motiveras avsaknad av barnsamtal under förhandsbedömningen med att barnet kommer att få möjlighet att komma till tals under utredningens gång.

I majoriteten av kontrollerade förhandsbedömningar har barnsamtal genomförts och dokumenterats alternativt att det har motiverats varför barnsamtal bedöms inte kunnat genomföras. Det är av vikt att det dokumenteras i samtliga förhandsbedömningar varför barnsamtal inte äger rum för att inneha ett barnperspektiv även under förhandsbedömningens gång. Risken för att barnsamtal inte äger rum under förhandsbedömningen blir att barnet får svårare att begripa utredningsprocessen och varför utredning har inletts hos socialtjänsten. Enheten ska ta fram en rutin kring barnsamtal under förhandsbedömningar, när det bedöms vara relevant, samt att det bör dokumenteras i samtliga förhandsbedömningar varför barnsamtal inte har ägt rum.

E.2.3 Aktgranskning: Barn är delaktiga under hela utredningstiden

Barns delaktighet under utredningstiden riskerar att mattas ut över tid. Syftet med egenkontrollen är därför att undersöka barns delaktighet under hela utredningstiden inom enheten för barn och ungas utredningsgrupper. Urvalet har bestått i 15 ärenden som granskats utifrån följande frågeställningar:

- Har barnsamtal ägt rum i ärendet?

- Hur många barnsamtal har ägt rum?
- Är det motiverat varför barnsamtal inte har ägt rum?
- Har barnet delaktiggjorts i utredningen på annat sätt?
- Har barnet fått återkoppling av utredningen?

I 10 ärenden av totalt 15 kontrollerade ärenden har barnsamtal ägt rum. I 3 ärenden har barn fått återkoppling kring utredningen. I 5 ärenden har barnets perspektiv inhämtats på annat sätt genom referenssamtal med bland annat skola. I majoriteten av ärendena har barnsamtal ägt rum minst 1 gång under utredningens gång (67 %) varav det i 2 ärenden av totalt 15 ärenden (13 %) har ägt rum fler än 1 barnsamtal under utredningens gång. Risken med att endast 1 barnsamtal äger rum är att barnets bästa samt perspektiv riskeras att inte tas i beaktande i den utsträckning som kan finnas behov av i förhållande till oron för barnet. Vidare blir barnets delaktighet inte genomgående under utredningens gång.

I 3 av totalt 15 ärenden (20 %) har barnet fått återkoppling kring utredningen. Detta är ett lågt resultat kopplat till att barns delaktighet ska finnas med under hela utredningens gång. Vidare saknas det information i 2 ärenden där barnet är över 15 år om beslutsunderlaget har kommunicerats till barnet. Återkoppling bedöms vara en väsentlig del av att upprätthålla barns delaktighet.

Enheten bedömer det föreligger behov av systematiska egenkontroller framöver för att mäta barns delaktighet samt öka andelen barn som är delaktiga under utredningens gång.

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 utträttar 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 verksamheterna använder sig av den information som kommer fram vid en utredning för att förebygga och förhindra eventuella risker och brister. Under 2022 inkom 29

lex Sarah rapporter varav 28 inom egen regi och en från enskild regi och i 26 ärenden inleddes utredning. Under 2021 inkom 17 lex Sarah-rapporter och utredning inleddes i 16 av dessa. Sedan 2016 har det skett en jämn ökning i antal inkomna lex Sarah rapporter inom den egna verksamheten (tabell 10). En av orsakerna till detta kan vara att digitala lex Sarah-utbildningar återkommande erbjuds till nyanställda samt till personal som inte tidigare har fått information om lex Sarah, eller som önskar en uppfräschning.

Tabell 7. Antal inkomna rapporter och inledda utredningar enligt lex Sarah

	Inkomna rapporter egen regi	Inledda utredningar egen regi	Inkomna rapporter enskild regi	Inledda utredningar enskild regi
2015	10	7	0	0
2016	0	0	7	7
2019	26	25	2	2
2020	14	12	1	1
2021	17	16	0	0
2022	28	26	1	1

Tabell 8. Rapporterad händelse utifrån inkomna rapporter 2022

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

Rapporterna har framförallt handlat om missförhållanden och påtaglig risk för missförhållande utifrån brister inom rättssäkerhet vid handläggning och genomförande inom enheten för barn och unga samt brister i genomförande i insats inom LSS (tabell 8).

Övriga avvikelser

Antalet inrapporterade övriga avvikelser fortsätter att öka och under 2022 rapporterades totalt för avdelningen 1342 avvikelser. Av dessa rapporterades enheten för personligt stöd 1108 avvikelser, 177 avvikelser från enheten för barn och ungdom, 28 från enheten för arbete och försörjning, 18 resursenheten och 7 enheten för vuxna. Detta är att jämföra med de 219 övriga avvikelser som rapporterades in under 2021, 112 avvikelser år 2020 och 35 avvikelser 2016. Den största orsaken antalet förändringar av inrapporterade avvikelser är att enheten för personligt stöd har ändrat sina rutiner från att varje verksamhet har sparat sina avvikelser lokalt till att dessa har sammanställts på enhetsnivå. Även Resursenheten och enheten för vuxna har rapporterat in avvikelser, från noll inrapporterade tidigare år.

Tabell 9. Antal inkomna övriga avvikelser per enhet under 2022.

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

Under 2021 genomfördes organisationsförändringar inom avdelningen, vilket medförde att tidigare tabeller inte var användbara. Inför arbetet med kvalitetsberättelse 2021 skapades därför nya tabeller i tillägg till tabell för 2020 och 2015/2016.

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 flest avvikelser har inkommit inom kvalitetsområdet ”en individanpassad verksamhet”. En orsak till detta är de avvikelser som har gjorts inom utförarverksamheten. Inom myndighet är det fortfarande inom kvalitetsområdet *En rättssäker och säker verksamhet* som flest avvikelser avser och framförallt avser att barnavårdsutredningar inte har genomförts inom lagstadgad tid. En förändring som kan ses under 2022 är att alla enheter inom avdelningen har rapporterat avvikelser. Antalet avvikelser skiljer sig märkbart mellan enheterna. 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 10. Andel avvikelser utifrån respektive kvalitetsområde

Kvalitetsområde	Andel 2016	Andel 2020	Andel 2021	Andel 2022
En rättssäker och säker verksamhet (A)	95 %	85 %	98 %	2 %
En individanpassad verksamhet (B)	0 %	0 %	0 %	98 %
En tillgänglig verksamhet (C)	3 %	15 %	0 %	0 %
Ett gott bemötande (D)	0 %	0 %	0 %	0 %
Delaktighet, självbestämmande och integritet (E)	0 %	0 %	0 %	0 %
En kunskapsbaserad verksamhet som hjälper (F)	0 %	0 %	0 %	0 %
Personal med rätt kompetens (G)	1 %	0 %	0 %	0 %
Effektiva och samordnade processer (H)	1 %	0 %	2 %	0 %
Totalt	100 %	100 %	100 %	100 %

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. Totalt för avdelningen inkom under 2022 171 positiva synpunkter och 128 klagomål. Flest inkom till avdelningens utförarenheter, endast 15 klagomål har mottagits av avdelningens myndighetsenheter och inga positiva synpunkter. Myndighetsenheterna har i och med de fåtal synpunkter och klagomål som mottagits identifierat synpunkt- och klagomålshanteringen som ett utvecklingsområde, att i högre grad ta emot och hantera både positiva synpunkter och klagomål som ett verktyg för att systematiskt utvärdera och förbättra verksamheten. Klagomål inom myndighetsenheterna berör i de flesta fall missnöje kring handläggningen. Inom utförarverksamheterna finns de flesta, både positiva och negativa, inom områdena tillgänglighet, bemötande, information och insatsens innehåll. Klagomål som inkommit gällande insatsens innehåll har bland annat handlat om då aktiviteter inte genomförts i

tid, eller att verksamheterna inte genomfört rutiner/ omvårdnad i tillräckligt gott utförande. Det har även handlat om missnöje kring förändrade arbetssätt och utbud i aktiviteter till följd av organisationsförändringar.

Tabell 11. Antal inkomna klagomål 2015-2022

Typ av klagomål	2015	2016	2020	2021	2022
Tillgänglighet	4	11	17	12	22
Bemötande	11	12	22	18	13
Kompetens	4	5	4	4	10
Kontinuitet	4	0	6	4	8
Information	5	3	13	17	14
Handläggning	23	11	12	19	10
Insatsens innehåll	5	5	57	2	35
Annat	11	34	9	12	16
Totalt	67	81	140	88	128

Antalet positiva synpunkter och beröm som inkommit har ökat från föregående år. Exempel på positiva synpunkter inom utförarverksamheter gäller information under pandemin, och fältverksamheten som får uppskattning från ungdomar och föräldrar.

Tabell 12. Antal inkomna positiva synpunkter

Typ av synpunkt	2015	2016	2020	2021	2022
Tillgänglighet	15	9	15	17	29
Bemötande	41	17	40	27	30
Kompetens	14	14	29	14	16
Kontinuitet	4	0	8	1	2
Information	9	3	15	11	32
Handläggning	17	10	1	12	0
Insatsens innehåll	35	5	43	23	55
Annat	0	58	25	2	7
Totalt	135	116	176	107	171

Arbetet med synpunkter och klagomål är ett utvecklingsområde inom avdelningen och enheternas arbete skiljer sig åt. De förvaltningsövergripande rutinerna behöver förankras inom enheterna. Arbetet har påbörjats under 2022 och kommer att fortgå under 2023.

Sammanfattning av resultat

Syftet med att sammanställa avvikelser, klagomål och synpunkter är att upptäcka mönster eller tendenser som tyder på brister i verksamhetens kvalitet och som innebär att exempelvis rutiner eller arbetssätt kan behöva ändras. Verksamhetscontroller har under 2022 erbjudit utbildningar löpande till nyanställda och medarbetare som önskat uppfräschning av kunskaper inom området, samt uppdaterat rutiner och mallar. Detta är också troligtvis en orsak till att antalet avvikelser ökat. Ett utvecklingsområde som kvarstår är hur enheterna har tagit tillvara på resultaten av synpunkter och klagomål och hur synliggöra detta i det fortsatta kvalitetsarbetet inom avdelningen. De flesta lex Sarah rapporter har inkommit från verksamhetsområdena barn och unga (myndighet) samt funktionsnedsättning (utförare). Att dessa verksamhetsområden har fler rapporterade missförhållanden kan bero på att de i högre grad rapporterar bristerna som identifierats.

Tidigare år har flest avvikelser omfattat kvalitetsområdet ”rättssäkerhet och säkerhet” och merparten av dessa avvikelser inkom från enheten för barn och ungdoms mottagningsgrupp och avsåg att förhandsbedömningarna inte färdigställdes inom 14 dagar på grund av arbetsbelastning. Flest avvikelser under 2022 avser kvalitetsområde ”en individanpassad verksamhet”, och inkommer från enheten för personligt stöd. En orsak till de många avvikelser gällande en individanpassad verksamhet är den höga frånvaron av ordinarie personal under året. Många vikarier fick hoppa in och ofta med kort varsel. Det kan ha medfört att brukarna inte fått det stöd

de haft behov av samt att många individuella aktiviteter ställdes in. Vid personalbrist, och framför allt ordinarie personal, har en konsekvens varit att individanpassningen till viss del har fått stå åt sidan då verksamheten varit tvungen att prioritera basbehoven hos de boende.

Inom myndighet är det fortfarande inom kvalitetsområdet ”en rättssäker och säker verksamhet” som de flesta avvikelserna avser. Avvikelserna handlar om att barnavårdsutredningar inte har kunnat färdigställas inom lagstadgad tid, på grund av arbetsbelastning eller personalbrist.

Ett fortsatt utvecklingsområde är att analysera och föreslå åtgärder för att komma till rätta med avvikelserna.

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 2022 har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en tillsyn av placerade barns delaktighet under utredningen. Justitieombudsmannen (JO) har vid två tillfällen begärt yttrande från nämnden utifrån klagomål som inkommit till dem. Ett ärende berörde handläggning av försörjningsstöd och ett ärende berörde om nämnden beaktat nationella minoriteters rätt till språk och ursprung i ett barnärende.

Tillsyn genomförd av IVO inom enheten för barn och unga

Under våren och hösten 2022 har enheten för barn och unga varit föremål för ny och även uppföljande tillsyn av IVO. Tillsynen består av intervjuer med barn som omplacerats eller vars vård har avslutats och att barnet flyttat hem med eller utan insatser från socialtjänsten. Granskningen består av en egengranskning av dokumentation genomförd av socialtjänsten, samt en enkätundersökning riktad till de socialsekreterare som handlagt ärendena. Metodutvecklare på enheten ansvarar för att samordna tillsynen samt delge/följa upp eventuella kvalitetsbrister bland annat kopplat till barns delaktighet. IVO har ännu inte fattat beslut i ärendet.

Riksdagens ombudsmäns (JO) tillsyn

I en anmälan till JO klagade en enskild på Bromma stadsdelsnämnd i Stockholms kommun och förde bland annat fram att hen i augusti 2020 hade ansökt om försörjningsstöd för september 2020, men fått ett beslut i ärendet först sex månader senare. I granskning av ärendet identifieras att flera brister skett under utredningen som ägde rum under 2020. Vid tidpunkten förelåg personalomsättning av chefer vilket kan vara en orsak till det inträffade. I övrigt identifieras inte några systematiska brister i organisationen som bedöms ha påverkat hanteringen i det enskilda ärendet. Rutiner har funnits men inte följts. Bromma stadsdelsnämnd kritiseras av JO i ett svar på yttrandet som inkom 2022 för den bristfälliga handläggningen av ansökan om ekonomiskt bistånd (dnr BRO 2021/253). Handläggningstiden uppgick till fyra och en halv månad och tycks ha varit passiv under i princip hela den tiden. Av nämndens remissvar framgår att det saknas journalanteckningar i ärendet. Det finns dock inget som tyder på att nämnden vidtog några särskilda handläggningsåtgärder efter det inledande mötet. Några sådana har heller inte beskrivits i remissvaret.

JO begärde nämndens yttrande gällande en enskild som i en anmälan klagat på att nämnden inte tillgodosett barnets rätt till sitt språk och kultur i samband med placering enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU (dnr BRO 2022/292). Nämnden ombads särskilt redogöra för vilka åtgärder som myndigheten vidtagit när det gäller barnens rätt att få behålla sitt språk och sin kultur och hur detta har tillgodosett under omhändertagandet. Förvaltningen svarar i yttrandet att nämnden har beaktat barnens rätt till sitt språk och ursprung genom att anmäla barnen till modersmålsundervisning utifrån moderns önskemål om att barnen ska ha tillgång till det finska språket. Under beredningen av remissvaret, har det dock uppmärksamrats att det saknas lokala rutiner för att mer konkret dokumentera vilka önskemål om tillgång

till kultur, språk och ursprung som det finns vid familjehemsplaceringar utanför det egna hemmet och nätverket, något som nämnden kommer att arbeta vidare med. JO har ännu inte inkommit med beslut i ärendet efter nämndens svar på anmälan.

Risکانالyser

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

Syftet med riskanalyser är att förebygga att kvalitetsbrister sker genom att vidta åtgärder innan kvalitetsbristen uppstår. Inom avdelningen har det inte funnits ett enhetligt sätt för att dokumentera genomförda riskanalyser utifrån kvalitet. Avdelningen har dock påbörjat användandet av ledningssystemet ILS för att arbeta med kvalitetsarbete i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). I ILS ingår att genomföra och dokumentera riskanalyser. Enheterna har kommit olika långt i implementeringen av att använda ILS för arbete med kvalitetsprocessen.

I föregående års kvalitetsberättelse rekommenderades att en uppföljning av om enheterna arbetar systematiskt med riskanalyser ska inkluderas i 2022 års kvalitetsberättelse. Information om arbetssätt samt utvecklingsbehov har inhämtats från respektive enhet och redovisas sammanfattat nedan.

Enheten för arbete och försörjning

Enheten arbetar aktivt i ILS under 2022 (SOSFS-modulen). I detta arbete ingår att genomföra riskanalyser. Inga behov av utveckling har lyfts.

Enheten för barn och unga

Enheten uppger att riskanalyser genomförts och dokumenterats tertialvis.

Enheten för vuxna

Enheten för vuxna har vi genomfört löpande riskanalyser under 2022 för att förebygga kvalitetsbrister. Riskanalyserna har inte systematiserats på så vis att de sker utefter en bestämd frekvens utan har istället genomförts i samband med resultat från egenkontroller, avvikelser och/eller lex Sarah men även genom chefernas observation av arbetssätt inom grupperna.

Utvecklingsbehov och risker har därefter diskuterats inom ramen för enhetens ledningsgruppsmöten. Återkoppling gällande genomförda egenkontroller, inkomna avvikelser och lex Sarah är punkter på dagordningen för enhetens ledningsgrupp, som sker varje vecka, där eventuella kvalitetsbrister eller utvecklingsområden kan uppmärksammas och åtgärdas. Dokumentationen har således skett inom ramen för minnesanteckningar från ledningsgruppsmöten.

Under 2023 ska arbetet med fortlöpande riskanalyser systematiseras då enheten planerar att, i samband med varje tertialrapportering, genomföra riskanalys där vi ska väga samman alla egenkontroller, avvikelser, lex Sarah, synpunkter och klagomål samt övriga observationer. Riskanalysen ska dokumenteras i en framtagna mall. Riskanalyser kommer genomföras oftare om behov uppstår.

Enheten för personligt stöd

Enheten genomför riskanalyser löpande samt vid behov. Rutinen är att enheten reviderar riskanalyserna två gånger per år, och oftare vid behov. Enheten ser ett fortsatt utvecklingsbehov kring att implementera kvalitetsledningssystemet ute i verksamheterna och

bland medarbetare. Arbetet sker ute på verksamheternas möten i och med att alla är delaktiga under punkten kvalitetsledningssystem; månadsrapportering. I enhetens månadsrapport finns alla led med som har en koppling till kvalitetsledningssystem och förbättringsarbete, inkluderat arbete med riskanalyser.

Resursenheten

Resursenheten utför egenkontroller enligt SOSFS 2011:9 utifrån en upprättad egenkontrollplan. Under 2022 påbörjades ett arbete med att systematisera dessa egenkontroller ytterligare. Enhetens Metodutvecklare är stödfunktion till enhetens chefer i detta arbete. Enhetens genomförda egenkontroller dokumenteras i mall för dokumentation av egenkontroll och sparas i gruppdisk samt på samarbetsyta för systematiskt kvalitetsarbete i Bromma, Socialtjänst och fritid. Utöver detta utförs riskanalyser inför verksamhetsförändringar samt riskanalyser gällande brukare då nya beställningar inkommer. 2023 kommer egenkontroller läggas in i ILS där riskanalyser ingår som en del i processen.

Rutiner och processer

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

I föregående års kvalitetsberättelse rekommenderades att en uppföljning av om enheterna arbetar systematiskt med rutiner och processer ska inkluderas i 2022 års kvalitetsberättelse. Information om arbetssätt samt utvecklingsbehov har inhämtats från respektive enhet och redovisas sammanfattat nedan.

Enheten för arbete och försörjning

Behovet av rutiner identifieras på olika nivåer och det är metodutvecklaren som har huvudansvar för att upprätta de rutiner som saknas. Enheten har en uppföljningsfil över alla rutin- och informationsdokument där det framkommer när innehållet behöver följas upp, det är metodutvecklarens ansvar att se till att alla rutiner uppdateras kontinuerligt. Alla rutiner och informationsdokument har sammanställts i tjänstekartor som redogör för hela utredningsprocessen, både vad det gäller ekonomiskt bistånd och relationsvård. Alla nyanställda får en genomgång av enhetens tjänstekartor med olika fokus beroende på vad den nyanställde ska arbeta med, det är metodutvecklarens ansvar att hålla i genomgångarna av tjänstekartorna. Arbetssättet har fungerat väl inom enheten, dock

har enheten som utvecklingsområde att involvera hela arbetsgruppen, både vad det gäller kvalitetsarbete och i arbetet med verksamhetsplanen.

Enheten för barn och unga

Samtliga av enhetens rutiner finns i en excelfil tillgängliga för hela enhetens medarbetare där det framkommer när rutinen är beslutad och när den senast är reviderad. Metodutvecklare på enheten ansvarar för att se över att rutiner revideras tillsammans med enhetens ledningsgrupp, vid behov görs medarbetare delaktiga i upprättandet av nya rutiner alternativt revidering av rutiner. Vid revidering av rutin där medarbetare inte har delaktiggjorts har biträdande enhetschef ansvar att informera om revideringen av rutinen till respektive grupp. Arbetssättet kring rutiner har fungerat bra, det finns även planering för 2023 avseende hur medarbetare ska delaktiggöras i enhetens olika processer då det under 2022 uppmärksammats ett utvecklingsbehov. Vidare kommer enhetens metodutvecklare bjudas in kontinuerligt under årets gång till gruppmöten för att ge information om resultat av egenkontroller och ha gemensam dialog kring egenkontrollerna.

Enheten för vuxna

Enheten har upprättat rutingrupper inom respektive verksamhetsområde, funktionsnedsättning (barn och vuxna), beroende samt socialpsykiatri. Rutingrupperna har i uppdrag just nu att gå igenom befintliga tjänstekartor med tillhörande rutiner. Under 2023 kommer enheten även att arbeta med olika fokusområden fokusgrupper har skapats inom områdena samsjuklighet, motiverande samtal (MI), barnrätt och våld i nära relation. Inom ramen för fokusgrupperna (som består av representanter från alla verksamhetsområden inom enheten) kommer vi att fortsatt utveckla arbetssätt samt kompetens vilket i sig även kan leda till revidering av enhetens tjänstekartor och rutiner. Enheten har inte hunnit arbeta inom rutingrupperna under en längre tid och fokusgrupperna befinner sig i

uppstartläge varför det är svårt att redan nu utvärdera dessa tillvägagångssätt men än så länge (vad gäller rutingrupperna) har det fungerat väl och flera revideringar samt tillkomst av nya rutiner har skett.

Enheten för personligt stöd

Enheten arbetar löpande med att implementera kvalitetsledningssystemet ute i verksamheterna och bland medarbetare. Arbetet sker ute på verksamheternas möten i och med att alla är delaktiga under punkten kvalitetsledningssystem; månadsrapportering. I vår månadsrapport finns alla led med som har en koppling till kvalitetsledningssystem och förbättringsarbete. På enhetsövergripande nivå upprättar och reviderar enheten rutiner och processer minst en gång per år samt vid behov. Detta arbete sker i en arbetsgrupp där verksamhetsutvecklare är sammankallande, där är uppdraget även att titta på hur enheten ska få kvalitetsledningssystemet att i praktiken bli lättillgängligt och tillämpningsbart för medarbetare, det är en utmaning inom enhetens verksamheter.

Arbete med kvalitetsledningssystemets alla delar sker utifrån såväl huvudprocess (tjänstekarta) men även kopplat till andra processer exempelvis samverkan med LSS-hälsan samt myndighet. Enhetens pärmstrukturer ses över för att tydliggöra och säkerställa en enhetlig information.

Resursenheten

Enhetens metodutvecklare har i uppdrag att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet inom enheten, detta sker i tät samverkan med enhetens ledningsgrupp. Ledningsgruppen har tider avsatta för workshop varannan vecka då diskussioner förs och egenkontroller planeras. Metodutvecklare ansvarar för planering av dessa tillfällen i samråd med enhetschef.

Enhetens Metodutvecklare har tillsammans med biträdande enhetschefer under 2022 påbörjat ett arbete med att upprätta, revidera och förankra rutiner och processer verksamheterna, i samband med detta upprättas tjänstekartor som färdigställs vartefter. Detta arbete kommer att fortgå under 2023.

Övrigt kvalitetsarbete

En verksamhet, enheten för arbete och försörjning, har deltagit i Stockholms stads kvalitetsutmärkelse för 2022. Fyra verksamhetsuppföljningar har genomförts inom bostad med särskild service i egen regi.

Kvalitetsutmärkelse 2022

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

De styrkor som lyftes fram var bland annat enheten strukturerade uppföljnings- och utvärderingsmetoder som finns väl etablerade inom enheten. Ett av enhetens utvecklingsområden var att tydliggöra den röda tråden i målkedjan för enhetens årsmål.

Enheten kommer att ställa upp i Kvalitetsutmärkelsen även 2023 då det varit ett bra sätt att fortsätta arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet och ett roligt sätt att göra hela arbetsgruppen delaktig i det arbetet.

Verksamhetsuppföljningar i egen regi

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

- Boendestödet i Bromma
- Bromma avlösning/ledsagning/personlig assistans

- Prästgårdens gruppbostad
- Blackebergsbackens gruppbostad

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 januari 2023 (dnr BRO 2022/462).

Den samlade bedömningen av de genomförda verksamhetsuppföljningarna är att verksamheterna bedriver en god och säker verksamhet, med visst behov av utveckling. Det kvarstår en del åtgärder gällande framtagande av rutiner, vilka ska färdigställas under 2023 års första tertial.

Gemensamt för uppföljningarna har varit att de ofta kan redogöra för arbetssätten muntligen, men att det tidvis saknas skriftliga rutiner. Skriftliga rutiner är viktiga för att tydliggöra förväntat arbetssätt/aktiviteter för att uppnå en god kvalitet i utförandet, samt tydliggöra ansvarsfördelningen i utförandet. Saknas skriftliga rutiner som är förankrade finns en risk att medarbetare gör på olika sätt och att kvaliteten skiljer sig i utförandet.

I uppföljningen av verksamheterna finns också mer långsiktiga utvecklingsområden att arbeta vidare med. Det handlar exempelvis om att förbättra dokumentationen i journaler och genomförandeplanen. Brukarens delaktighet kan ofta synliggöras i dokumentationen i högre grad. Systematisera egenkontroller av rutiner samt riskanalyser ur ett kvalitetsperspektiv kan förbättras.

Hinder för att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet som uttryckts under uppföljningarna har varit bland annat att det varit en ansträngd situation inom utförarverksamheterna, särskilt inom enheten för personligt stöd. Det handlar om svårigheter med

kompetensförsörjningen inom verksamheterna - bemanningsfrågor och att rekrytera personal med adekvat utbildning. Arbete kring bemanning upptar mycket av ledningens tid. Det har även varit en ökad personalomsättning bland de biträdande cheferna inom enheten. Pandemin följt av nya utmaningar har begränsat möjligheten att arbeta mer systematiskt med kvalitet och förbättringsarbete.

Enheten för personligt stöd har under året anställt en verksamhetsutvecklare och Resursenheten en metodutvecklare för att kunna arbeta mer fokuserat kring det systematiska kvalitetsarbetet. Ett utvecklings- och kvalitetsforum har börjat träffas regelbundet inom avdelning socialtjänst och fritid med metodutvecklare, verksamhetsutvecklare och verksamhetscontrollers för att kunna diskutera frågor kring avdelningens kvalitetsarbete och struktur tillsammans, och dela goda exempel.

ILS kvalitetsledningssystem

Arbetet fortgår med att digitalisera ett kvalitetsledningssystem inom ramen för stadens integrerade ledningssystem, ILS. Det digitala systemet har gemensamma huvudprocesser och delprocesser i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) inom hela socialtjänsten, inklusive äldreomsorgen. Respektive avdelning och enheter skapar därefter egna arbetssätt 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. Under 2022 har enheten för barn och unga, enheten för vuxna och enheten för arbete och försörjning implementerat kvalitetssystemet och enheten för personligt stöd och resursenheten påbörjat arbetet.

Analys och sammanfattande bedömning

Syftet med denna kvalitetsberättelse är att ge en samlad bild av kvaliteten inom avdelning Socialtjänst och fritid under 2022 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 2022 inom de tre fokusområdena är att det både finns goda resultat samt förbättringsmöjligheter. Nedan listas några av avdelningens goda exempel och utvecklingsområden utifrån genomförda egenkontroller.

Goda exempel

- Flera planerade åtgärder har tillkommit till följd av egenkontroller inom dokumentation (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).
- En övervägande andel av brukarna har uppgett att de blir väl bemötta av personalen inom daglig verksamhet och bostäder med särskild service (LSS) och resultaten har ökat sedan 2021 (D).

- Andelen brukare som i brukarundersökning uppger att de blivit diskriminerade (LSS) har minskat (D).
- Upplevelsen av delaktighet i utförandet av insats, bostad med särskild service SoL, har ökat (E).
- Andelen förändringsplaner som upprättats inom enheten för arbete och försörjning har ökat markant sedan föregående år (E)
- Placerade barns uppfattning och inställning till vården fanns med i samtliga överväganden/omprövningar (E).

Utvecklingsområden

- Skyndsamma skyddsbedömningar ska alltid göras när orosanmälningar gällande barn och unga inkommer (A).
- Det finns fortsatt behov av att öka andelen genomförandeplaner i ärenden gällande ensamkommande barn. Kvaliteten i de aktuella genomförandeplanerna behöver öka och personliga utgifter ska beaktas och dokumenteras vid uppföljning (A).
- Andelen utredningar inom barn och unga som överskrider lagstadgad utredningstid behöver minska (A).
- De lagstadgade, och i övrigt beslutade, utredningstiderna måste hållas, framförallt avseende barn och unga men även vuxna med beroendeproblematik (A).
- Andelen upprättade genomförandeplaner behöver öka inom enheten för vuxna (E).
- Dokumentation behöver öka gällande information om när placerade barn uttryckt sin inställning (E).
- Andel barnsamtal i samband med förhandsbedömningar behöver öka och i annat fall ska en motivering alltid finnas dokumenterad (E).

- Barns delaktighet ska finnas med under hela utredningens gång, detta är ett utvecklingsområde och behöver systematiseras (E).
- 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 i huvudsak fungerar väl. Samtliga enheter bedöms ha utökat systematiken i kvalitetsarbetet vilket bedöms ha påverkats av att alla enheter under året haft en metodutvecklare eller verksamhetsutvecklare med ett konkret uppdrag att driva och utveckla kvalitetsarbetet inom respektive enhet. Upprättandet av ett forum där metodutvecklare, verksamhetsutvecklare samt verksamhetscontroller har även påverkat kvalitetsarbetets utveckling positivt och möjliggör till att dela goda exempel och arbeta fram gemensamma arbetsätt inom avdelningen. Visst behov av utveckling föreligger. Inom några enheter behöver avvikelserapportering öka, det skiljer sig över

avdelningen gällande omfattningen av avvikelserapporter.

Avsaknad eller få rapporter bedöms inte handla om att det inte sker kvalitetsbrister, utan att man inte använder avvikelserapportering som ett systematiskt verktyg för att uppmärksamma negativa händelser kopplat till kvalitet. Samtliga enheter inom avdelningen behöver fortsätta utveckla det systematiska kvalitetsarbetet utifrån respektive enhets utvecklingsbehov. Avvikelserapportering, egenkontroller, riskanalyser och rutinarbete behöver ske systematiskt och enligt rutinerna för att identifiera kvalitetsbrister och vidta åtgärder för att utveckla verksamheterna. Systematiskt arbete med riskanalyser är viktigt för att förebygga kvalitetsbrister. Detta arbete bedöms främjas genom gemensam dokumentation då det under 2022 med fortsättning 2023 inkluderas i förvaltningens integrerade ledningssystem (ILS).

Inom socialtjänstens verksamheter finns en utmaning 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 avsatta tider prioriteras.

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 verksamheterna, vilket talar för en ökad kunskap inom vissa enheter om rapporteringsskyldigheten och nyttan av att uppmärksamma och åtgärda brister i verksamheterna.
- En enhet har deltagit i kvalitetsutmärkelsen 2022 vilket lett till en positiv utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet.
- Regelbundna sammanställningar av resultaten från avvikelser samt analys och åtgärder på övergripande nivå (i enlighet med rutin gällande avvikelserapportering) har skett

mer systematiskt inom enheterna i och med nytt arbetssätt och dokumentation i framtagna mall för sammanställning.

Utvecklingsområden

- Arbetet med att ta fram och uppdatera innehållet i avdelningens tjänstekartor (rutiner och processer) måste fortsätta i syfte att säkerställa den övergripande rättssäkerheten.
- Urvalet för granskning i egenkontroller är i vissa fall lågt. Ett större urval kan ge en mer korrekt bild av resultatet.
- Avvikelsesrapportering behöver ske systematiskt inom samtliga enheter.
- För avvikelser som sker systematiskt behöver enheterna ta fram åtgärder och arbetssätt för att eliminera kvalitetsbristerna tillsammans med medarbetare. Analyser kring hur avvikelserna ska leda till förbättring i verksamheten kan öka.
- Synpunkter och klagomål behöver fångas upp, sammanställas och analyseras inom enheterna för att kunna hjälpa verksamheten att utvecklas. Ett utvecklingsområde som kvarstår är hur enheterna har tagit tillvara på resultaten av synpunkter och klagomål och synliggöra detta i det fortsatta kvalitetsarbetet inom 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 2023.