

Socialnämnden

Svar på kommunrevisionens granskning av handläggningen inom barn och ungdomsvård

Förslag till beslut

Socialförvaltningens förslag antas som socialnämndens svar på kommunrevisionens granskning av handläggningen inom barn och ungdomsvård.

Sammanfattning

Revisionen har haft i uppdrag att granska kommunens handläggning inom barn och ungdomsvård med syfte att säkerställa nämndens arbete med såväl utredningar som kompetens för att klarlägga situationer där barn och ungdomar kan fara illa. Revisionen har därför genomfört granskningen med inriktning på handläggningsrutiner och kompetens inom myndighetsutövningen barn och unga. Granskningen har resulterat i flera rekommendationer som socialnämnden ska yttra sig kring senast 20 oktober 2023. Revisionens rekommendationer till nämnden är:

- Revidera nämndens mål så att de inte står i strid med gällande lagstiftning.
- Utforma ett systematiskt arbetssätt för att följa upp och säkerställa att handläggning sker i enlighet med fastställda rutiner.
- Utforma ett systematiskt arbetssätt för att följa upp och säkerställa att beslut fattas i enlighet med fastställd delegationsordning.
- Säkerställ att iakttaga brister vid egenkontroll och avvikelshantering dokumenteras och följs upp i utvecklingsarbetet.
- Säkerställ att lagens skyndsamhetskrav gällande såväl förhandsbedömningar som utredningar efterföljs.

Yttrande

Socialnämnden har fått möjlighet att yttra sig kring revisionens granskning av nämndens handläggning inom barn och ungdomsvård.

Socialtjänsten är i förändring nationellt och i Eskilstuna, för att på bästa möjliga sätt möta invånarna på ett förebyggande och lättillgängligt sätt. Socialförvaltningen går i takt med de förändringar som är på intågande och gör bland annat justeringar i organisationen för att anpassa den inför kommande förändringar i socialtjänstlagstiftningen. Socialförvaltningen har en ambition att bidra till att socialtjänsten utvecklas både i Eskilstuna kommun och nationellt. Några exempel på

förändringar som har gjorts är att inrätta ett nytt område för förebyggande arbete – en första linjens socialtjänst, barnrättsresan pågår och insatser genomlysas i syfte att ge personer stöd med beprövade metoder. Socialförvaltningens kvalitetsledningssystem är på plats för att följa upp både löpande arbete och utvecklingsarbeten och de kunskaper som framkommer från bland annat granskningar leder till förbättringsarbete. Uppföljningar tas om hand och används som kunskap för att förändra arbetssätt till det bättre.

Inflödet av anmälningar avseende barn och unga har, under året och tidigare år, varit högt och hanteringen för att möta dessa behov är en utmaning för förvaltningen. Under år 2022 inkom nästan 8 900 anmälningar gällande flickor och pojkar i åldern 0-17 år och av dessa inleddes 6 700 förhandsbedömningar. Motsvarande siffror för januari – aug 2023 var drygt 5 400 anmälningar och av dessa inleddes drygt 4 300 förhandsbedömningar. Antal pågående utredningar under 2022 uppgick till nästan 3 000. Under januari – aug 2023 har det pågått närmare 2 500 utredningar.

Nedan följer nämndens kommentarer och åtgärder kring revisionens rekommendationer.

Avseende rekommendationen att *revidera nämndens mål så att de inte står i strid med gällande lagstiftning* kommer förvaltningen se över styrkortet inför 2024 och lämna eventuella förslag på ändring till nämnden. Givetvis är huvudmålet att nå både utredningstidernas och förhandsbedömningarnas lagkrav, men förvaltningen har valt att ange ett delmål på kort sikt som är förankrat i verksamheternas nuläge. Inflödet har under en längre period varit högt och påverkat handläggningstiderna. Trots långa handläggningstider vill nämnden understryka att det i alla ärenden görs omedelbara bedömningar kring innehållet i anmälningar. De utmaningar som socialtjänsten står inför innebär även att ett hundraprocentigt mål kräver ett mångårigt strategiskt arbete kring medarbetarfrågor.

Socialnämnden arbetar med ständiga förbättringar i syfte att *utforma ett systematiskt arbetssätt för att följa upp och säkerställa att handläggning sker i enlighet med fastställda rutiner*. Sedan hösten 2022 har nämnden arbetat med ett intensivt åtgärdsarbete kring arbetssituationen för medarbetare och chefer inom myndighetsutövningen för barn och unga. Åtgärderna har handlat om att möta och hantera både inflödet och att säkerställa en kvalitativ och korrekt myndighetsutövning utifrån det ansträngda läget som varit på utredningsenheterna för barn och familj. Under detta arbete har flera förbättringsområden identifierats och kommer att finnas med i förvaltningens fortsatta utvecklingsarbete. Trots ett högt ärendeflöde är bedömningen att förvaltningen kunnat arbeta med beslutad implementering och förändrat arbetssätt, som bland annat gäller matchning av insatser, uppföljningsarbete samt utveckling av samverkan mellan våra myndighets- och resursverksamheter.

För att tydliggöra förvaltningens arbete med rättssäkerhet och förmåga att erbjuda rätt stöd på rätt nivå till rätt kostnad för brukaren i fokus, har arbetet med riktlinjer fortgått. Dialoger sker löpande kring förbättringsarbete och förvaltningen fortsätter att arbeta för att bli mer medarbetardriven genom att bland annat utbilda nyckelpersoner i förbättringsledning och utveckla synpunktshanteringen. Nämnden har utvecklat

avvikelsehanteringen med syftet att den sker systematiskt och nära verksamheten. Andra åtgärder har varit att stärka teamledarna i deras roller, säkra att ärendeuppföljningar sker på ett systematiskt sätt samt ge förutsättningar för att ha rättssäker handläggning och utredningar med god kvalitet. Arbetet med ärendeuppföljningar är under implementering och ska genomföras med samtliga socialsekreterare en gång per månad, uppföljningarna dokumenteras och sammanställs till enhetscheferna. Seniora socialsekreterare är rekryterade, vars roll är en förlängning av teamledarens arbetsuppgifter, för att rusta socialsekreterare i yrkesrollen inklusive att säkerställa att handläggning sker i enlighet med fastställda rutiner och gällande lagstiftning i vardagen. Under 2023 har ett introduktionsprogram av nyanställda socialsekreterare framarbetats och *Yrkesresan* pågår gemensamt med andra kommuner.

Under våren 2023 har huvudprocesskartan förändrats för att på ett bättre sätt tillgängliggöra handböcker och kunskapsstöd från Socialstyrelsen, kommunens riktlinjer, interna rutiner och checklistor. Under hösten kommer en genomlysning göras av interna rutiner där mängden och användarvänligheten ses över utifrån synpunktsinhämtning från medarbetare.

Socialnämnden är medveten om att det i att *utforma ett systematiskt arbetsätt för att följa upp och säkerställa att beslut fattas i enlighet med fastställd delegationsordning* och därför finns åtgärder planerade. En åtgärd är att tillsammans med enhetscheferna inom myndighetsenheterna ha dialog om delegationsordningens innehåll och ärendegång vid bland annat tillförordnande. Förvaltningens ambition är att revidera delegationsordningen systematiskt vid givna tillfällen under året. I samband med det ska eventuella förändringar utifrån tillförordnande ses över och implementeringen ska säkerställas. Däremot vill nämnden framhålla att de förordnanden som har identifierats, har gjorts utifrån goda grunder och att enhetschefen haft mandat att göra dessa. Socialsekreterarna som har tilldelats utökad delegation har noga valts ut utifrån erfarenhet och kunskap. Som nyanställd socialsekreterare ges information om delegationsordningen.

Sedan årsskiftet 2021/2022 finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9 antaget av socialnämnden för att bland annat *säkerställa att iakttagna brister vid egenkontroll och avvikelsehantering dokumenteras och följs upp i utvecklingsarbetet*. Ledningssystemet är ett levande arbetssätt som ständigt utvecklas utifrån identifierade utvecklingsområden och för år 2022 finns även en kvalitetsberättelse för att synliggöra och dokumentera framkomna utvecklingsområden och resultat. I rutinerna för aktgranskningen finns en struktur för hur dokumentation och uppföljning av åtgärder ska ske men nämnden ser ett utvecklingsområde i att följa upp åtgärderna under efterföljande år. Avvikelsehanteringen har utvecklats och används som underlag för ständiga förbättringar både inom enheterna och förvaltningen.

Som det beskrivs inledningsvis är socialförvaltningen i förändring och skapar just nu en första linjens socialtjänst för att *Säkerställa att lagens skyndsambetskrav gällande såväl förhandsbedömningar som utredningar efterföljs*. Under föreliggande granskning har revisionen påtalat brister där förvaltningen under närmare granskning upptäckt att tre ärenden handlar om felregistreringar i verksamhetssystemet. De tre

skyddsbedömningar som inte genomförts skyndsamt eller uteblivit är ärenden där skyddsbedömningar inte är lagkrav, eftersom de skulle hanterats som *"Information på annat sätt"*. Vidare granskade ärenden är också av karaktär att de kunnat prioriteras ned efter den omedelbara skyddsbedömningen som gjorts eller att ett möte av naturliga anledningar behövs skjutas på, på grund av att familjen haft förhinder. Nämnden vidhåller dock att det krävs förändringar för att säkerställa lagens skyndsamhetskrav fortsättningsvis. Arbetsätt behöver justeras för att hantera handlingar snabbare, mer korrekt och hantera skyddsbedömning, förhandsbedömning och ärenden med få utredningsaktiviteter redan i första linjens socialtjänst. Denna förflyttning innebär att förvaltningen går från ett rent myndighetsutövande till mer myndighetsförebyggande arbete, för att kunna hantera större mängder inom lagens ram, men också ge de ärenden som behöver mer uppmärksamhet och tid. Workshop med fokus skyddsbedömningar har genomförts under våren 2023 och vidare stöd av senior socialsekreterare finns. Ett nytt fördelningssystem mellan mottagande enheter och utredningsenheter har tagits fram som innebär noll till sju dagar från inledd utredning till första kontakt med utredningsenhet – beroende på skyddsbehov. Vidare har stödjande dokument för mer eller mindre omfattande utredning tagits fram och är under implementering. Som tidigare beskrivits är även en systematisk ärendeuppföljning på individ-, team-, enhetsnivå under implementering. Syftet med systematiken är bland annat att förebygga att utredningar blir sena genom planering och prioritering tillsammans med teamledare.

Socialtjänsten har därtill en nationell utmaning avseende bemanning och kompetensförsörjning och detta påverkar såklart förutsättningarna att uppnå rådande lagkrav. För att hantera utmaningen har socialförvaltningen inlett samrekrytering till myndighetsenheterna, vilket innebär att sökande matchas utifrån kompetens och intresse och lediga tjänster. Som löpande beskrivits i föreliggande yttrande har nämnden flera pågående åtgärder och kommande förbättringsområden vilket ger kraft till att fortsätta arbetet strategiskt såväl som i vardagen för verksamhet.

Till sist vill förvaltningen tillägga att en kulturförflyttning pågår och som består av lärande arbetsätt och medarbetardriven utveckling i syfte att ge kraft till förändringsarbetet.

Bilagor

Socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
Kvalitetsberättelse för året 2022 Socialförvaltningen i Eskilstuna kommun
Rutin för hantering av avvikelser i enskilda ärenden
Rutin för egenkontroll – aktgranskning

SOCIALFÖRVALTNINGEN

Elisabeth Kantór
Förvaltningschef

Beslutet skickas till:
Revisorerna Eskilstuna kommun
Kommunstyrelsen Eskilstuna kommun



**Eskilstuna
kommun**

Dokumentnamn
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Giltig fr.o.m.
2022-03-09

Revideras datum
2023-03-09

Version
3.4

Diarienummer
SOCN/2022:31

Sidor
0(13)

Godkänd av
processägare
Lina Simola

Processförvaltare

Melina Blidfält

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

För process: Tillgodose behovet av vård och sociala tjänster Tillgodose behovet av kvalitetsutveckling

För förvaltning:

Dokument-ID: ETUNA2-4235-3912



Innehållsförteckning

1. Socialförvaltningens kvalitetsarbete.....	2
1.1 Definition av kvalitet	2
1.2 Medarbetares medverkan i kvalitetsarbetet	2
1.3 Dataskyddsförordning (GDPR) och systematisk uppföljning	2
1.4 Socialförvaltningens ledningssystem.....	4
1.5 Socialförvaltningens verksamhetsområde	4
2. Processer och rutiner	4
2.1 Socialförvaltningens huvudprocesskarta	5
3. Samverkan	5
4. Systematiskt förbättringsarbete	6
4.1 PUFF-snurrar för kvalitetsutveckling.....	6
4.2 Riskförebyggande arbete, riskanalyser och riskbedömningar.....	7
4.3 Internkontroll.....	7
4.4 Synpunkter och klagomål	7
4.5 Avvikelser.....	8
4.6 Lex Sarah.....	9
4.7 Egenkontroll	9
4.7.1 Egenkontroll i form av granskning av journal och akter	9
4.7.2 Egenkontroll genom tillsyn av externa och interna utförare.....	9
4.7.3 Placeringsstöd med systematisk kvalitetsuppföljning av utförare.....	10
4.7.4 Brukarundersökning	10
4.7.5 Jämföra oss med andra - öppna jämförelser	10
5. Sammanställning och analys.....	11
5.1 Förbättrande åtgärder	11
5.2 Styrkort och indikatorer	11
6. Kvalitetsberättelse	12

1. Socialförvaltningens kvalitetsarbete

Enligt socialtjänstlagen (2001:453) ska socialtjänstens verksamhet och insatser bedrivas med god kvalitet. Det handlar exempelvis om att verksamheten ska följa lagstiftningen och att de personer som socialtjänsten har kontakt med får det stöd som de behöver. Detta förutsätter att medarbetare har lämplig utbildning och erfarenhet, en välfungerande organisation och arbetsledning.

Rättssäkerhet, tillgänglighet, ett respektfullt bemötande och den enskildes delaktighet är också viktiga faktorer. Ett genomtänkt arbetssätt samt uppföljning och utvärdering av olika insatser behöver ske systematiskt.

Socialnämnden ska ha rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamhet rörande barn och unga och vuxna.

Vidare ska det finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet avser socialnämndens verksamhetsområde.

1.1 Definition av kvalitet

Kvalitet definieras som förmågan att möta och helst överträffa brukarnas behov, krav och förväntningar. Kvalitets- och verksamhetsutveckling syftar till att skapa värde för dem verksamheten är till för, direkt i kärnverksamheten och indirekt genom lednings- och stödprocesser.

1.2 Medarbetares medverkan i kvalitetsarbetet

Alla medarbetare på socialtjänsten är skyldiga till att upprätthålla god kvalitet i det dagliga arbetet och i varje möte med våra brukare. Detta innebär exempelvis;

- att barnrättsperspektivet särskilt beaktas
- att brukaren anser sig bli bemött med respekt
- att brukaren får och anser sig få tillräcklig information och rättssäkerhet garanteras
- att brukaren anser att insatserna utformas efter hens behov och så långt som möjligt i samråd
- att insatserna utformas så att de inriktas på att frigöra och utveckla brukarens egna resurser.

Rättssäkerhet upprätthålls genom den enskildes samtycke och delaktighet, information, dokumentation, kommunikering och sekretess.

1.3 Dataskyddsförordning (GDPR) och systematisk uppföljning

För att kunna uppfylla kraven på att systematiskt utveckla kvaliteten i verksamheten är det i många fall nödvändigt att behandla personuppgifter. För arbetet med systematisk uppföljning inom socialtjänsten finns stöd i nationell rätt i de kompletterande bestämmelserna i lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förordning (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPUF.

Krav och regelverk för behandling av personuppgifter. Jämfört med tidigare regelverk ställer Dataskyddsförordningen tydligare krav på tekniska och organisatoriska åtgärder vilket innebär att dessa ska utformas utifrån kraven på inbyggt dataskydd och dataskydd som standard. Kraven handlar om

- att personuppgifter får inte behandlas i onödan
- att lämplig säkerhet ska säkerställas för personuppgifterna
- att dataskydd ska vara inbyggt
- att ha dataskydd som standard
- att den registrerades rättigheter ska tillgodoses.

Utöver dessa krav finns flera allmänna krav på dataskydd, exempelvis

- skyldighet att informera den registrerade (artiklarna 12–14)
- krav på säkerhet vid behandling av personuppgifter (artikel 32)
- krav på konsekvensbedömningar i vissa fall (artikel 35)

för mer information se Socialstyrelsens [Informationsblad om vissa juridiska aspekter på systematisk uppföljning i socialtjänsten och EU:s dataskyddsförordning](#)

Nivåer för individer, verksamheter och grupper. När det gäller systematisk uppföljning på individnivå inom socialtjänsten så sker behandling av personuppgifter med stöd i, SoLPUL och 3 kap. 3 § socialtjänstlagen. För att göra en uppföljning på verksamhetsnivå kan det under en tid behöva ske dokumentation i ärenden eller per individ för att senare kunna sammanställa resultaten och analysera dem. Socialtjänstens krav på kvalitetsarbete innebär också uppföljningar ur ett större perspektiv och individdata kan därför behöva aggregeras till gruppnivå för ökad förståelse eller för att möjliggöra analyser ur ett grupperspektiv.

Bedömning av nödvändighet av personuppgifter. Oavsett på vilken nivå personuppgiften ska behandlas krävs det innan en sammanställning eller analys genomförs att en bedömning görs om det anses vara nödvändigt med personuppgifter i sammanställningen eller analysen för att en behandling ska vara tillåten där. En sådan bedömning ska göras innan behandlingen sker och bedömningen bör dokumenteras.

Om socialtjänsten vill samarbeta med andra nämnder aktörer för att bedriva systematisk uppföljning?

Hänsyn behöver tas både till sekretess och regelverk kring personuppgifter. Eftersom det råder sekretess för uppgifter hos socialtjänsten med stöd av 26 kap. 1 § lag om (2009:400) offentlighets- och sekretess, OSL, kan uppgifter inte lämnas ut till annan om det inte finns en sekretessbrytande bestämmelse som gör det möjligt.

Om uppgifterna i stället är avidentifierade och inte längre går att hänföra till en viss individ så går däremot uppgifterna att lämna ut eftersom det inte längre finns någon enskild som kan anses lida men av att uppgifterna lämnas ut. Om uppgifterna inte längre går att hänföra till en enskild individ så är de inte heller personuppgifter.

Du kan läsa mer här om arbetet med [Dataskyddsförordningen \(GDPR\)](#) och [informationssäkerhet](#) inom Eskilstuna kommun.

1.4 Socialförvaltningens ledningssystem

Verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten för att säkra god kvalitet. Utgångspunkten för ledningssystemet är [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS \(2011:9\)](#). I ledningssystemet ska det framgå hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Ledningssystemet består av följande delar:

- Processer och rutiner, samt anvisningar och andra styrande/stödjande dokument
- Samverkan
- Systematiskt förbättringsarbete¹

1.5 Socialförvaltningens verksamhetsområde

Eskilstuna kommunkoncern har en processstyrd organisation som har målet att arbeta över förvaltnings- och enhetsgränser. Detta gör vi för att underlätta för brukare som ofta behöver ha kontakt med flera enheter i kommunkoncernen för att tillgodose sina behov. Nästan all kommunal verksamhet utförs i form av processer, oavsett om de är tydliggjorda för oss eller inte. [Här](#) finns mer information om kommunens processstyrning.

Process för planering och uppföljning av nämndens arbete (VP). Nämnden tar varje år fram en verksamhetsplan som innehåller fokus, åtaganden och budget för kommande år. Grunden för denna plan är fullmäktiges årsplan, kommunens vision samt 4-åriga strategiska mål och processmål. Hänsyn tas också till förändringar i lagstiftning och i annan statlig styrning, till verksamhetens utveckling samt till aktuella, mer långsiktiga, kommunala planer.

Verksamhetsplanen bygger till stor del på åtaganden där några kommer från kommunens årsplan och ett antal tas fram av nämnden. Detta utifrån samhällsupdraget bästa möjliga insats utifrån bedömt behov, till nytta för medborgaren. Nämndens åtaganden ska bidra till att uppnå de strategiska målen samt säkra drift och löpande utveckling av den egna verksamheten. Nämndens verksamhetsplan bryts ner till lokala planer för varje enhet. Både de lokala planerna och nämndens verksamhetsplan följs sedan upp tre gånger årligen genom två delårsrapporter och en verksamhetsberättelse för helåret.

2. Processer och rutiner

Som komplement till kommunkoncernens organisation behöver socialförvaltningen beskriva hur arbetet utförs i verksamheten genom processer, riktlinjer, anvisningar och rutiner. Dessa beskrivningar ska utformas från lagstiftning och andra krav som åligger socialtjänstens verksamheter, samt ska bidra till att säkra verksamhetens kvalitet genom att beskriva arbetsgångens olika delar och hur de utförs.

Process är ett flöde av repetitiva aktiviteter som spänner över större områden. Processen ska vara värdeskapande för brukaren och hjälper oss när vi ska arbeta på ett enat sätt för att ge en likvärdig socialtjänst. Här kan du läsa

¹ SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2020)

kommunövergripande [om processer](#). Du kan även läsa vidare i [anvisning och rutin för att leda och styra processer](#) som beskriver hur Eskilstuna kommun valt att arbeta med processer.

Riktlinje är styrande dokument som ska säkerställa rättssäkerhet och likvärdig, enhetlig biståndsbedömning.

Anvisning är en samling av rutiner i ett dokument som rör ett visst sakområde inom myndighetsutövning och verkställande av insats.

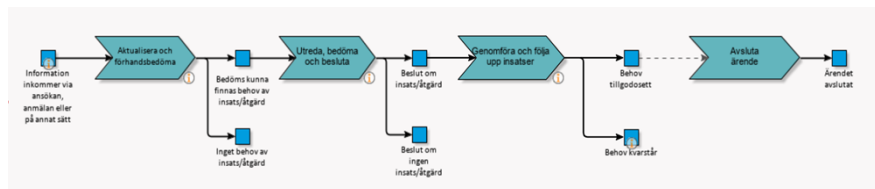
Rutin eller aktivitetsflöde är en detaljerad beskrivning på hur en specifik arbetsuppgift ska utföras och skrivs enligt given mall i processbiblioteket.

I socialförvaltningens [anvisning för styrande och stödjande dokument](#) beskrivs utförligare hur förvaltningen arbetar för att utveckla rutiner, arbetssätt, arbetsfördelning och hur de beslutas. Samtliga beslutade riktlinjer, anvisningar och rutiner finns i [Processbiblioteket](#).

2.1 Socialförvaltningens huvudprocesskarta

Socialförvaltningen i Eskilstuna har valt att arbeta utifrån en huvudprocesskarta. En sammanslagning av två huvudprocesser, *Ge vård och stöd till barn och unga* och *Ge vård och stöd till vuxna*. Syftet är att visa ärendegången för brukare som är barn, unga vuxna och vuxna och heter [Ge vård och stöd till barn och vuxna](#).

Kartan visar flödet från att en brukare aktualiseras hos socialförvaltningens myndighetsutövande enheter, till avslut av ärende. Kartan beskriver inte hur brukare kan komma i kontakt med socialförvaltningens förebyggande verksamheter. Varje steg är en *aktivitet* och finns beskrivet i anvisningar och rutiner, (huvudprocesskartan nedan är klickbar).



3. Samverkan

Arbetet med processer utgår från brukarens behov och många gånger behöver hen stöd från flera förvaltningar samtidigt. Därför är det viktigt att identifiera samverkansbehov internt, mellan förvaltningar och externt i processer och beskriva detta i rutiner eller överenskommelser.

För att bidra till processområdet tillsammans med andra förvaltningar ingår socialförvaltningen i processteam och processutvecklingsgrupp.

Hur samverkan sker beror naturligtvis på vad syftet med samverkan är. Samverkan kan ibland vara problematiskt eftersom olika verksamheter har olika uppdrag och ansvar. Förutsättningarna för en fungerande samverkan är:

- att allas yrkesroller och ansvar är tydliga

- att man hyser respekt för varandras kompetens
- att parterna har gemensamma och tydliga mål
- att det finns samsyn, struktur och styrning.²

Samverkansavtal, överenskommelser och liknande beskrivningar hittar du på socialförvaltningens interportal, [Socialförvaltningens samverkan med andra interna och externa huvudmän](#).

Här hittar du även gällande avtal, riktlinjer och överenskommelser mellan kommuner i Sörmland och regionen, [Samverkanswebben](#).

Om samverkan inte fungerar? Ibland fungerar inte samverkan utefter brukarens behov. Detta ska rapporteras och utredas. Under rubriken avvikelser finns mer stöd för gällande arbetsätt.

4. Systematiskt förbättringsarbete

Förvaltningens systematiska förbättringsarbete ska leda till ökad kunskap om vilka områden som förvaltningen behöver utveckla för att säkerställa kvalitet och utveckla förvaltningens verksamheter.

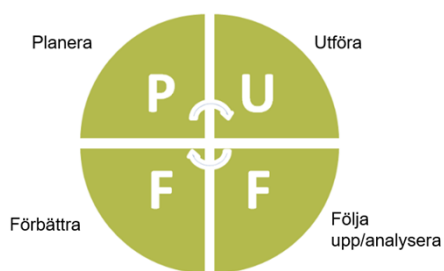
Arbetet innebär genomförda riskanalyser, internkontroller, egenkontroller, mottagna synpunkter och klagomål, sammanställning av avvikelser, lex Sarah och sammanställning av analyser kring mönster och trender.

Dialog och utbyten av erfarenheter inom nämndens verksamheter kring det systematiska förbättringsarbetet pågår i verksamheterna med syfte att bibehålla initiativ till ständig förbättring och kvalitetssäkring.

Systematiskt förbättringsarbete utgår från PUFF-snurren samt genom fasta uppföljningar och analyser som under årets gång genomförs.

4.1 PUFF-snurren för kvalitetsutveckling

Förslag på koncerngemensam kvalitets- och verksamhetsutvecklingsprocess med tillhörande riktlinje är under framtagande. Kvalitetsarbetet utgår från PUFF-snurren (se nedan).



² Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Stockholm: Myndigheten för skolutveckling och Socialstyrelsen; 2007.

4.2 Riskförebyggande arbete, riskanalyser och riskbedömningar

Riskanalyser för socialförvaltningen är framåtblickande och identifierar risker som skulle innebära att vi inte lever upp till lagar, regler, krav och mål som vi bör.

Riskidentifiering skapar möjligheter för verksamhetsplanering. För att uppnå de mål som verksamheten satt upp behöver riskidentifieringar göras löpande. Genom riskidentifiering synliggörs de risker som ligger i vägen för att uppnå målen i verksamheten som då kan minimeras eller elimineras. I samband med riskidentifiering görs en bedömning av sannolikhet och konsekvens som ger ett riskvärde.

En riskidentifiering och bedömning är också grunden för nämndens interna styrning och kontroll (internkontrollplan) där nämnden prioriterar de risker som behöver kontrolleras under kommande verksamhetsår.

Riskidentifiering vid nya verksamhetsförändringar. Inför förändringar görs alltid risk och konsekvensanalyser på ett strukturerat sätt för att fånga upp både risker kopplade till arbetsmiljö och hälsa men även för att identifiera risker som skulle leda till att förvaltningen inte kan utföra socialtjänst på ett rättssäkert sätt.

4.3 Internkontroll

Intern styrning och kontroll handlar om ordning och reda och internkontrollarbetet omfattar alla system, processer och arbetsrutiner och verksamhetsansvariga ska på en rimlig nivå säkerställa:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten.
- Efterlevnad av lagar, styrdokument och beslut.
- Säkra tillgångar och förhindra förluster.
- Förebygga, upptäcka och korrigera fel och brister.

Intern styrning och kontroll grundar sig på en riskidentifiering och en befintlig bruttorisklista. Dessa omfattar risker som identifierats vid verksamhetsplanering- och uppföljning, avvikelserarbete och Lex Sarah, egenkontroller samt synpunkter och klagomål. Alla risker som identifierats dokumenteras och beaktas i planeringsprocessen för kommande verksamhetsår.

Internkontrollplan. De risker som bedöms vara mest aktuella att kontrollera prioriteras till internkontrollplan för kommande år. Kontroller genomförs och uppföljning av dessa görs till nämnden vid delårsrapportering och verksamhetsberättelse då även eventuella åtgärder presenteras och följs upp.

Här finns kommunens [anvisning](#) respektive [riktlinje](#) för kommunens arbete med intern styrning och kontroll.

4.4 Synpunkter och klagomål

Enligt 5 kap. 3 § i SOSFS 2011:9 ska värdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från:

- vård- och omsorgstagare och deras närstående
- medarbetare

- vårdgivare
- de som bedriver socialtjänst
- de som bedriver verksamhet inom LSS
- myndigheter och föreningar, andra organisationer och intressenter.

Klagomål kan exempelvis gälla handläggning i ärendet, bemötande eller hur en insats genomförs. Utredning av medarbetarnas, brukarnas och övriga invånarnas synpunkter ska hanteras likvärdigt. Klagomål ska dokumenteras, även om det inte finns något pågående personärende. Klagomål kan även inkomma från IVO.

Klagomål som inte rör part i personärenden kan rapporteras på kommunens hemsida och tas emot av Eskilstuna Direkt via formuläret [Säg vad du tycker](#). Vid oklarhet om en person vill framföra ett klagomål eller inte ska personen tillfrågas. Här finns den kommungemensamma [anvisning och generell rutin för ”säg vad du tycker”](#).

Socialnämndens inställning till synpunkter och klagomål ses som en möjlighet till förbättring. Alla inom socialnämndens verksamheter ska kunna ta emot synpunkter och klagomål. Här kan du läsa mer om socialförvaltningens [Rutin för hantering av synpunkter och klagomål i enskilda ärenden](#).

Ej verkställda beslut. Kommunen är skyldig att rapportera beslut om insats som ej verkställts inom tre månader. Rapportering till IVO sker planerat och enligt [Rutin för rapportering av ej verkställda beslut enligt SoL](#).

4.5 Avvikelser

Att rapportera avvikelser är ett bra sätt att förbättra kvaliteten i verksamheterna, förstå varför det blev fel och på så sätt förebygga att det inte sker igen och lära av misstag. Enligt SOSFS 2011:9 uppstår en avvikelse om en verksamhet inte når upp till kvalitet, inte efterlever krav och mål i föreskrifter eller i beslut. Det uppstår även om personalen inte arbetar i enlighet med processerna och rutinerna.

En identifierad avvikelse ska åtgärdas och ska också leda till att processer och rutiner ses över för att säkra att inträffade avvikelser inte inträffar på nytt.

Varje medarbetare ansvarar för att rapportera avvikelser i verksamheten med fokus på vad det var som inte blev bra för brukaren. Vill du veta mer om hur vi hanterar avvikelser på socialförvaltningen kan du läsa [Rutin för systematisk hantering av avvikelser](#).

För att stödja medarbetare och chefer i att bedöma om en händelse ska rapporteras som missförhållande enligt Lex Sarah eller avvikelse i verksamheten finns en [matris för lex Sarah och avvikelser](#). Händelsen kan initialt och i samband med beslutsfattande analyseras enligt en matris där allvarlighetsgraden i en händelse bedöms samt sannolikheten för att den ska inträffa³.

³ Sveriges kommuner och landsting (SKL) 2011.

4.6 Lex Sarah

Grunden till god kvalitet i socialtjänstens arbete och i enskilda personers insatser bygger på att verksamheten uppmärksammar missförhållanden och risker för missförhållanden. Ett missförhållande skulle kunna vara om enskilda inte får sina behov tillgodosedda eller får vara delaktiga i förändringar som rör deras insatser. Det skulle också kunna leda till ett missförhållande om socialtjänsten inte följer upp hur de tillgodoser de behov som enskilda har fått beslut om insatser för.

Att använda lex Sarah i det systematiska kvalitetsarbetet kan både förbättra kvaliteten i verksamheten och ge effekt för enskilda. Ytterligare information kring arbetssätt hittas i socialförvaltningens [Rutin för Lex Sarah](#)

4.7 Egenkontroll

Egenkontroller innebär att verksamheterna i förvaltningen systematiskt följer upp och utvärderar den egna verksamhetens resultat. Den innebär även att verksamheten kontrollerar att den bedrivs enligt förvaltningens beslutade processer och rutiner och att verksamheten uppnår ställda krav och mål. Enligt (SOSFS 2011:9) så består egenkontrollen av flera delar, exempelvis;

- Jämförelser av verksamhetens resultat med öppna jämförelser, nationella och regionala kvalitetsregister
- Egna jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- Målgruppsundersökningar som exempelvis brukarundersökningar
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- Undersökningar om förhållningssätt och attityder hos personal som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter

Egenkontroller genomförs inom samtliga enheter på socialförvaltningen. Varje år beslutar verksamheterna om vilka egenkontroller som ska genomföras, i syfte att få jämförbara resultat inom områdena.

4.7.1 Egenkontroll i form av granskning av journal och akter

Att systematiskt följa upp enheters arbete för att kontrollera om de når ställda krav enligt de processer och rutiner, samt mål inom handläggning, genomförande och dokumentation, kan göras genom aktgranskning. Resultaten sammanställs i en analys och aktiviteter för att åtgärda brister tas fram för att utveckla verksamheten. Här hittar du mer om arbetet i [Rutin för egenkontroll-aktgranskning](#), [mall för analys](#) och [kontrollfrågor](#).

4.7.2 Egenkontroll genom tillsyn av externa och interna utförare

[Att följa upp verksamheterna är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Utifrån lagkrav ställs samma kvalitetskrav på privata utförare som på egna kommunala verksamheter.⁴

Syftet med att göra uppföljning är att kontrollera att lagar, förordningar och föreskrifter följs. Uppdragen ska utföras enligt de krav som avtalats, att uppsatta mål uppfylls, att den enskilde får vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet. Kunskapen om resultatet bidrar till att utveckla och förbättra kvalitet och effektivitet i verksamheten. Läs vidare i [anvisning för uppföljning och insyn av verksamhet som bedrivs av privata utförare](#), samt [socialnämndens uppföljningsplan](#).

Kommentar [MB1]: Likvärdiga krav på kommunal och privat utförare-promemoria
<https://www.regeringen.se/contentassets/96e33bd7e3e0458bf4f65e8bd5dba8b/likvardiga-krav-pa-mal-och-riktlinjer-for-alla-utforare-av-kommunal-verksamhet.pdf>

4.7.3 Placeringsstöd med systematisk kvalitetsuppföljning av utförare

Systemet Dioevidence används som stöd i att systematisk kvalitetsssäkra och upphandla vård. Systemet stödjer avtals hantering, bidrar till prognoser och statistik, digital signering och fakturagranskning. Systemet bidrar även till systematisk kartläggning av målgrupper, uppföljning samt betygssättning av utförarna och brukarnas upplevelse av insatsen.

Brukarens upplevelse och stöd till handläggare. Uppföljning av brukares upplevelse av vården görs regelbundet i placeringsstödet, under pågående insats med dialogintervjuer, samt vid avslut av insats. Resultatet av vården skattas även av ansvarig handläggare. Socialnämndens indikatorer för uppföljning finns att välja för de olika målgrupperna inom IFO. Indikatorer mäter bland annat vårdplan / genomförandeplan, skola eller sysselsättning, mående, trygghet, bemötande, och delaktighet.

Kunskap om effekt av vården. Samlat resultat bidrar till systemets kostnads - och kvalitetsindex som används till matchningsstöd, val av utförare, granskning och tillsyn. Vidare kan samlat resultat användas till verksamhetsutveckling och förbättringar för både externa och interna vårdgivare/utförare.

4.7.4 Brukarundersökning

För att förstå, förbättra och anpassa socialnämndens verksamheter utifrån brukares behov ska brukare erbjudas att lämna synpunkter, klagomål, genomföra brukarundersökningar och ingå i tjänstedesignprojekt. Socialförvaltningen i Eskilstuna skickar årligen ut en enkät där frågeställningar gällande brukares upplevelser av bemötande, delaktighet, meningsfullhet, upplevd effekt och nöjdhet utifrån interna insatser. Socialförvaltningen beslutar även årligen kring deltagandet i nationella brukarundersökningar, för stöd att genomföra undersökningarna systematisk, se [underlag för samordning av brukarundersökning](#).

⁴ <https://www.regeringen.se/contentassets/96e33bd7e3e0458bf4f65e8bd5dba8b/likvardiga-krav-pa-mal-och-riktlinjer-for-alla-utforare-av-kommunal-verksamhet.pdf>

4.7.5 Jämföra oss med andra - öppna jämförelser

Öppna jämförelser i socialtjänsten är en sammanställning av indikatorer som ska bidra till kvalitetsutveckling i kommunen och ligga till grund för statlig uppföljning och styrning. Öppna jämförelser ger verksamheterna möjlighet att göra jämförelser, lära av andra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.⁵ Denna jämförelse utförs årligen i nära samarbete mellan processteamerna barn, unga och vuxna. För stöd med systematisk samordning av arbetet se [underlag för stöd till samordning av öppna jämförelser](#).

5. Sammanställning och analys

Enligt SOFS (2011:9) ska klagomål och synpunkter samt inkomna rapporter sammanställas och analyseras, för att vi ska se mönster eller trender som indikerar brister i verksamheternas kvalitet. Punkter nedan genererar information som regelbundet ska sammanställas och analyseras.

- Lex Sarah
- Avvikelser
- Klagomål och synpunkter
- Internkontroll
- Egenkontroll
- Brukarundersökning
- Öppna jämförelser

Jämställdhetsperspektiv i analysarbete. En viktig del i analysarbetet är att synliggöra jämställdhetsperspektivet i våra olika verksamheter. Därför ska individbaserade data vara uppdelad på kön där det är möjligt. Perspektivet integreras i befintligt planerings-, uppföljnings- och utvecklingsarbete för att inte vara ett arbete som bedrivs vid sidan av.⁶

Resultatet används som underlag för enhetens lärande och vidareutveckling samt att sammanställningar och analyser görs inom området och på förvaltningsnivå. Se [huvudprocesskarta med kritiska områden](#), sammanställt för stöd utifrån övergripande analys, samt markerar behov av förbättring och kvalitetsutveckling för förvaltningen.

5.1 Förbättrande åtgärder

Enligt SOFS (2011:9) ska resultatet av den systematiska uppföljningen samt sammanställning och analys, visa möjliga behov av förbättrande åtgärder. Beroende på vad som upptäcks utifrån sammanställning och analys ska förbättringsåtgärder tas fram och genomföras, se [tabell för förbättrande åtgärder](#).

Förbättring av processer och rutiner. Om resultatet av den systematiska uppföljningen visar att det finns brister i våra processer och rutiner ska bedömning ske kring vilka förbättringsåtgärder som ska vidtas. Verksamhetsnära åtgärder vidtas direkt.

⁵ Öppna jämförelser (2021), Socialstyrelsen

⁶ Årsplan (2022) för Eskilstuna kommunkoncern, s 30

5.2 Styrkort och indikatorer

Styrkort är ett stöd för att följa upp, kommunicera och löpande styra verksamheten mot uppsatta mål och resultat. Styrkortet ger en överblick över hur förvaltningens prioriterade områden utvecklas och ger stöd i beslutsfattande för att nå en verksamhet i balans.

Förvaltningsledningen beslutar årligen om indikatorer som ska tillhöra styrkortet i samband med verksamhetsplanen för kommande år.

Under året prövas nyckeltalen och dess hållbarhet, frågan om vi har lämpliga nyckeltal kommer ifrågasättas för att hitta bästa tillvägagångssätt. Synpunkter på styrkortet samlas in under året och underlaget används i förslag för revidering av styrkort till nästkommande år.

Indikatorer (nyckeltal). För att kunna mäta och följa upp våra verksamheter behövs mått som belyser kvaliteten inom olika områden. Indikatorer är ett verktyg för kvalitetsuppföljningar och skall synliggöra förutsättningar och kvaliteten för god vård ur olika perspektiv. Indikatorn skall ange riktning, vara relevant, vara valid, vedertagen, påverkbar och mätbar.⁷

Ambitionen är att samla all viktig verksamhetsinformation i Hypergene, där nyckeltalen utgör en grundpelare, för att förenkla uppföljning och analys för verksamheterna.

Ett exempel på utvecklingsarbete är framtagande av nya indikatorer/nyckeltal för att förbättra uppföljningen av kvalitet och ekonomi avseende den externa heldygsvården.

6. Kvalitetsberättelse

Enligt (2011:9) ska kvalitetsarbetet dokumenteras. En redogörande dokumentation för året sammanfattas i en kvalitetsberättelse utifrån hela verksamhetsområdet. Att alla verksamheters kvalitetsarbete sammanställs i en övergripande berättelse för förvaltningen.

Hur blev det? Berättelsen ska beskrivas så att det går att bedöma hur arbetet med systematiskt kvalitetsarbete bedrivits i verksamheternas olika delar, och hur utveckling uppnåts. Berättelsen ska sedan hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Varje år upprättas en sammanhållen kvalitetsberättelse där det tydligt ska framgå;

- Hur det systematiska kvalitetsarbetet har fortlöpt och utvecklats under föregående kalenderår?
- Vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamheternas kvalitet?
- Vilka resultat som uppnåts?

⁷ Handbok för utveckling av indikatorer (2020), Socialstyrelsen



Dokumentnamn
Socialförvaltningens kvalitetsberättelse 2022.docx

Giltig fr.o.m.
2023-02-10

Revideras datum
2024-01-25

Version
1.0

Diarienummer
[Diarienummer]

Sidor
1(14)

Godkänd av processägare
Lina Simola

Processförvaltare
Melina Blidfält

Kvalitetsberättelse för året 2022

Socialförvaltningen i Eskilstuna kommun

Innehållsförteckning

1. Socialförvaltningens kvalitetsberättelse 2022	3
1.1 Socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	3
1.2 Medarbetares medverkan i kvalitetsarbetet under 2022	3
1.3 Dataskyddsförordning (GDPR) och systematisk uppföljning	4
2. Processer och rutiner	4
3. Samverkan	5
4. Systematiskt förbättringsarbete	6
4.1 Internkontroll	6
4.2 Synpunkter och klagomål	6
4.3 Rapportering till IVO av ej verkställda gynnande beslut enligt SoL	7
4.4 Avvikelser.....	8
4.5 Lex Sarah.....	8
4.7 Egenkontroll	10
4.7.1 Egenkontroll i form av granskning av journal och akter.....	10
4.7.2 Revisioner	11
4.7.3 Brukarundersökningar	11
4.7.4 Jämföra oss med andra - öppna jämförelser	12
4.7.5 Placeringsstöd med systematisk kvalitetsuppföljning av utförare.....	12
5. Sammanställning och analys av trender - ska leda till förbättrande åtgärder	13

1. Socialförvaltningens kvalitetsberättelse 2022

Enligt (SOSFS 2011:9) ska kvalitetsarbetet dokumenteras. En redogörande dokumentation för året sammanfattas i en kvalitetsberättelse för hela förvaltningen.

Kvalitetsberättelse sammanfattas för första gången för året 2022. Under året har förvaltningen arbetat med systematik och aktiviteter inom ramen för Socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Berättelsen är tillgänglig att läsa för den som önskar och innehåller;

- Hur det systematiska kvalitetsarbetet har fortlöpt och utvecklats under föregående kalenderår
- Vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamheternas kvalitet
- Vilka resultat som uppnåtts

1.1 Socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialförvaltningen i Eskilstuna beslutade våren 2022 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete på uppdrag av förvaltningsledning. Ledningssystemet ska ge stöd till verksamheterna att kunna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten för att säkra god kvalitet. I ledningssystemet framgår hur aktiviteter för arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten ska ske. Under året har arbete med att sprida det systematiska kvalitetsarbetet skett inom förvaltningen, detta genom dialoger på enheters arbetsplatsträffar tillsammans med medarbetare. Dialoger har handlat om exempelvis;

- Bedriver du och din verksamhet socialtjänst med god kvalitet?
- Skapar vi värde för våra brukare?
- Ger insatserna tänkt resultat?

Återkoppling från enheter som deltagit är att kvalitet kan uppfattas som ett tungt ämne att arbeta med, men att träffar haft en bra nivå, med diskussionsfrågor om kvalitet som skapat intresse och nöjdhet hos medarbetare för vidare arbete.

Statistik exempelvis gällande handläggningstider hänvisas till styrkort och statistikbilaga i verksamhetsberättelse för 2022.

1.2 Medarbetares medverkan i kvalitetsarbetet under 2022

Medarbetare deltar dagligen i kvalitet och verksamhetsutveckling. I kvalitetsberättelsen redogörs vissa utvecklingsarbeten som skett på övergripande nivå, och medarbetares medverkan i dessa mer utförligt. Medarbetare har bland annat deltagit i;

- Arbetsgrupper exempelvis i skapande av riktlinjer, anvisningar, rutiner, egenkontroller samt delaktighet för inhämtande av åsikter till utvecklingsarbeten.
- Förvaltningsdagar, en heldag och en halvdag
- Forum inom kommunen men även i samverkan med andra kommuner för utbyte av goda exempel.
- Digitala studiebesök som anordnats av enheter
- Kompetensutveckling/ pågående interna utbildningar

- Systematiskt förbättringsarbete exempelvis rapportering av avvikelser, Lex Sarah och synpunkter klagomål.
- Arbetsgrupp för kvalitet och verksamhetsutveckling
- Specifika utvecklingsinsatser inom verksamheterna

1.3 Dataskyddsförordning (GDPR) och systematisk uppföljning

För att kunna uppfylla kraven på att systematiskt utveckla kvaliteten i verksamheten är det i många fall nödvändigt att behandla personuppgifter.

Medarbetare i Eskilstuna kommun har gått en digital utbildning i informationssäkerhet varav dataskydd är en del. Trots detta kan vi se att mer kunskap behövs om bland annat vad en personuppgiftsincident är och att en sådan ska utredas skyndsamt.

Personuppgiftsincidenter som anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) har endast varit ett fåtal. Troligtvis sker fler som inte anmäls.

- Beslutsunderlag i utredning avseende en ungdom skickades till fel person. Anledning bedöms vara mänskliga faktorn.
- Arbetsmobil tappats bort och anmäls först efter 12 dagar.
- Inbrott har skett vid två tillfällen på ett boende då mobiler, datorer samt nycklar till bostäder samt hyreskontrakt försvunnit.
- Datorer och annan elektronisk utrustning har skickats för återvinning i strid med kommunens beslut i ca 1,5 år.

Registerförteckning över nämndens personuppgiftsbehandlingar. Plan för 2022 var att se över nämndernas registerförteckningar som är bristfälliga och icke uppdaterade. Detta prioriterades inte, men planeras att ses över av dataskyddsamordnare med eventuell stöd av förvaltningsjurist under 2023. Att inneha en registerförteckning är ett lagkrav och ska underlätta och effektivisera det fortsatta arbetet avseende dataskydd. Detta är en del i förvaltningens digitaliseringsarbete som pågår.

2. Processer och rutiner

Under 2022 har processer, riktlinjer, anvisningar och rutiner tagits fram samt reviderats, till syfte att stödja medarbetare inom förvaltningen.

[Socialförvaltningens huvudprocesskarta](#) har under året 2022 byggts ut med *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, med tillhörande rutiner och anvisningar. Detta i syfte att samla och ge stöd i det systematiska kvalitetsarbetet.

Rutiner mer synliga för medarbetare. Medarbetare har under året indikerat att rutiner är svåra att hitta i huvudprocesskartan samt i processbiblioteket. Det finns svårigheter i att pedagogiskt och visuellt strukturera och skapa sökbarhet i systemet för huvudprocesskartan. Detta har lett till ett nytt uppdrag för 2023 - att fortsätta utveckla och förbättra tillgänglighet och sökbarhet i socialförvaltningens dokument och rutiner.

Film av medarbetare belyser brukarens perspektiv. Under 2022 har en film tagits fram för att belysa anvisningarna ur brukarens perspektiv. Filmen planeras visas år 2023 på utbildningen ”intro till anvisningarna”, och görs tillgänglig i anslutning till huvudprocesskartan.

Under året har följande stödande dokument, utöver riktlinjer, reviderats eller tagits fram:

Reviderade stödande dokument

- [Anvisning för aktualisering](#)
- [Anvisning för styrande och stödande dokument](#)
- [Anvisning för genomföra och följa upp insatser](#) – pågående revidering
- [Rutin för ställningstagande gällande beslut om polisanmälan vid misstanke om brott mot barn](#)
- [Rutin för hantering av inkomna handlingar gällande personer som omhändertagits enligt lagen om omhändertagande av berusade personer \(LOB\)](#)
- [Checklista hälsoundersökning](#)
- [Katalog för beslut och insatser](#) – löpande revideringar.
- [Anvisning för utreda, bedöma och besluta](#)
- [SF rutin underrättelse om beslut - ändring av beslut - överklagande](#)
- [Checklista för beslutsunderlag till socialnämndens biståndsutskott](#)
- [IFO Rutin Fördelning och omfördelning av ärenden](#) – pågående revidering
- [Rutin vid risk för missförhållanden i heldygsnård i familjehem och externa utförare](#)
- [Rutin för hantering av avvikelser](#)
- [Rutin för hantering av klagomål och synpunkter](#)
- [Rutin för egenkontroll-aktgranskning](#)
- [Mall för analys](#)

Nya beslutade stödande dokument

- [Anvisning för bostadsanskaffning](#)
- [IFO samordningsansvarig Verkställighet SF](#)
- [Rutin för ärendegång gällande ensamkommande barn](#)
- [Rutin för ärendegång från service till bistånd](#)
- [Rutin för handläggning av särskilt förordnad vårdnadshavare](#)
- [Rutin Fördelning av ärende gällande kriminalitet hos barn och unga till särskild utsedd handläggare](#)
- [Rutin för beslut om verifiering av drogtestar vid insats på Beroendecentrum ung](#)
- [Instruktion för att överföra information från länsjour.se till Viva](#)
- [Rutin för förbehåll i beslut, byte av utförare samt upphörande av insats](#)
- [Rutin för hantering av digitalt arkivsystem inom socialförvaltningen](#)
- [Checklista vid ansökan om bostadssocialt kontrakt](#)
- [Informationsblad bostadssocialt kontrakt](#)
- [Guide för aktgranskning](#)

3. Samverkan

Socialförvaltningen har medverkat och bidragit i ett flertal utvecklingsarbete i samverkan under 2022. Bland annat har förvaltningen deltagit i arbete med *stöd till anhöriga, suicidprevention, trygga unga, bostadsanskaffning, trygg familjehemsvård*

och digitalisering. För vidare läsning kring flera av samverkan- och utvecklingsarbeten och vad det resulterat i hänvisas till nämndens verksamhetsberättelse 2022.

4. Systematiskt förbättringsarbete

Förvaltningens systematiska förbättringsarbete ska leda till ökad kunskap om vilka områden som behöver ses över för att säkerställa kvalitet- och verksamhetsutveckling. Under året 2022 har fokus varit att utveckla förmågan att arbeta systematiskt med kvalitet- och utvecklingsarbete.

Utvecklar arbetet med avvikelser, klagomål och Lex Sarah. I det systematiska kvalitetsarbetet arbetar förvaltningen med avvikelser, synpunkter och klagomål samt Lex Sarah. Under året har förvaltningen genomfört en utveckling av ett samlat arbetssätt eftersom de har nära koppling till varandra. Syftet med detta är att rutinerna så långt som möjligt ska komplettera varandra och att arbete ska ske mer synkroniserat. Rutinerna revideras och kommer att följas upp under 2023.

Utbildningar i Lex Sarah för medarbetare. Kopplat till detta arbete har även tre utbildningstillfällen hållits kring Lex Sarah och avvikelshantering, sammanlagt deltog omkring 70 medarbetare. Utbildningarna hålls primärt för nyanställda men även för de som vill uppdatera sina kunskaper inom området.

Utbildningar i dokumentation för medarbetare. Systemförvaltare tillsammans med förvaltningsjurist har även hållit dokumentationsutbildningar vid tre tillfällen under året. Totalt sett har omkring 60 medarbetare gått utbildningarna. Efterfrågan har varit stor och därför tillsattes ett extra utbildningstillfälle. Ett problem som återkom är dock att medarbetare anmäler sig till utbildningen men dyker sen inte upp på utbildningsdagen.

4.1 Internkontroll

Socialnämndens internkontrollplan för 2022 innehöll *fem* risker för vilka kontroller har gjorts under året. För *två* av riskerna, som gäller uppsägning av extern dygnsvård samt förvaltningens beställarorganisation, redovisas inga anmärkningar. För de *tre* andra riskerna, gällande kö till nämndens insatser, efterlevnad av riktlinjer samt efterlevnad av styrande och stödjande dokument, sågs avvikelser varför åtgärder tagits fram. För mer information kring internkontroll och resultat för år 2022 hänvisas till separat slutrapport för internkontroll.

4.2 Synpunkter och klagomål

Enligt 5 kap. 3 § i SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. De klagomål och synpunkter som inkommer är till största delen från brukare eller anhöriga. De kommer in direkt till förvaltningen eller via IVO (Inspektionen för vård och omsorg) och ska hanteras och besvaras.

Under 2022 har totalt 26 klagomål kommit in via IVO och tre kommit in till förvaltningen och registrerats i diariesystemet. Utöver detta har 29 klagomål inkommit till medarbetare på förvaltningen och registrerats i verksamhetssystemet Viva. De allra flesta klagomålen under året handlar om ett missnöje med handläggning av utredning eller beslut samt missnöje med bemötande. Till stor del handlar det om en känsla av att inte bli tagen på

allvar i en oro eller att inte förstå syfte med beslut eller placering. Då klagomål inkommer tar medarbetare eller arbetsledare kontakt med brukare eller anhörig för att få mer information samt prata igenom innehållet i klagomålet. Ofta räcker detta för att skapa en förståelse för utredning och anledningen till beslut vilket medfört att klagomålet kunnat avslutas. Ett fåtal klagomål har det dock funnits behov att utreda ytterligare varför en händelseanalys eller ärendegenomgång gjorts inför återkoppling.

4.3 Rapportering till IVO av ej verkställda gynnande beslut enligt SoL

Kommunen är skyldig att rapportera beslut om insats som ej verkställts inom tre månader. Tabell nedan visar rapportering för åren 2020–2022, varav kvartal fyra rapporteras in under 1–31 januari 2023. Därav finns siffror hittills inte att redovisa för kvartal fyra 2022 i nuläge, och resultat för 2022 är inte heltäckande.

Definitioner. Ej verkställda gynnande beslut inom 90 dagar = beslut som beviljats för mer än 90 dagar sedan men har ej verkställts inom 90 dagar. Verkställda beslut efter 90 dagar = beslut som beviljats för mer än 90 dagar sedan men där tiden från beviljandet till verkställande tog mer än 90 dagar. Avslutade beslut = beslut utan verkställighet inom 90 dagar och/eller där behovet tillgodosetts på annat sätt under perioden och därmed avslutats.

Ej verkställda beslut inom 90 dagar		Verkställda beslut efter 90 dagar		Avslutade beslut	
Årtal	Total	Årtal	Total	Årtal	Total
2020	89	2020	67	2020	48
2021	54	2021	65	2021	53
2022	65	2022	50	2022	23

Komplettering kring orsaker. Under 2022 har utveckling av orsaksrapportering skett. Nedan är en sammanfattning.

Av de beslut som ej har verkställts handlar orsaken i majoriteten av ärendena om att plats saknas (till exempel pga. kö) samt personalrelaterade problem. Av de beslut som har verkställts efter 90 dagar har orsaken i majoriteten av ärendena handlat om avsaknad av plats. Av de beslut som har avslutats utan verkställighet har samtliga olika orsaker. Det har till exempel handlat om att aktuellt barn har blivit bortfört, att fortsatt samtycke saknas, att brukaren har specifika önskemål och att beslut har registrerats felaktigt.

Trender av insatser som ej verkställs inom 90 dagar är främst kontaktperson och kontaktfamiljer och orsaken har varit svårigheter i rekrytering och matchning av den enskildes behov. Åtgärder kring detta handlar bland annat om att revidera riktlinje för kontaktfamilj och kontaktperson.

4.4 Avvikelser

Samtliga medarbetare har möjlighet att rapportera avvikelser, som kan beröra både interna och externa processer eller verksamheter. Under 2022 har det inkommit totalt 184 avvikelser i förvaltningens avvikelshanteringssystem. Fem av dessa har kommit från arbetsmarknads- och vuxenutbildningsförvaltningen, tre från barn- och utbildningsförvaltningen, två från Regionen och resterande 174 är internt rapporterade.

49 av avvikelserna gäller utredningsenheterna för barn och familj, där situationen under året varit ansträngd. Till stor del kan dessa avvikelser härledas till frånvaro och att det inte funnits någon fungerande rutin vid frånvaro. Framtagande av sådan rutin är prioriterat och ska göras under 2023. Avvikelserna har bland annat handlat om brister i kommunikation och tillgänglighet. Ett flertal av dessa avvikelser handlar också om att ett insatsbeslut har löpt ut utan att förnyas medan insatsen pågår och fortsätter pågå utan beslut. Utredning av avvikelserna har visat att arbetssätt och rutiner samt kunskapen om dessa finns inom organisationen, det behövs inga ytterligare utbildningsinsatser. Åtgärder inom förvaltningen pågår för att underlätta arbetssituationen för socialsekreterare och för att på sikt motverka den här typen av brister i handläggningen.

39 avvikelser berörde enheten för mottagning, familjerätt, administrativt stöd och länsjour. Den trend som kan utläsas i dessa handlar främst om det administrativa och att handlingar registreras eller skannas in och dokument länkas till handläggare för sent eller inte alls. En orsak bakom detta har varit det höga inflödet av ansökningar och anmälningar till förvaltningen under året. För att tillse att administrativa uppgifter sker korrekt har enhetschef haft samtal med berörd medarbetare, teamledare eller hela team för att påminna om vikten av detta.

Totalt har 29 av de inkomna avvikelserna handlat om externa aktörer eller andra förvaltningar, resterande har gällt den egna förvaltningen. I de externa avvikelserna kan trender gällande samverkan vid handräckning och LVM utläsas samt även problem med orosanmälningar som inte kommer in eller är sena. Dessa avvikelser skickas vidare till berörd förvaltning eller extern aktör för utredning men det är sällan som återkoppling kring dessa sker varför eventuella orsaker och åtgärder inte kommer till förvaltningens kännedom.

Av de 184 avvikelser som inkom under 2022 är 139 avslutade vid årsskiftet medan 45 är inrapporterade eller under utredning.

Nytt arbetssätt för avvikelshantering. För att få tydligare koppling till brukare och för att avvikelser ska göras med större fokus på det egna arbetet och effekten som blivit eller kunnat bli arbetar förvaltningen nu med att kunna rapportera avvikelser direkt i Viva och brukares akt. Modul för detta har tagits fram under 2022 och kommer att testas med start i februari 2023. Även klagomål och synpunkter kommer kunna rapporteras i samma modul vilket leder till enklare hantering och tydligare överblick. Modulen kommer att finnas i samtliga delar av Viva vilket medför att avvikelser, klagomål och synpunkter kommer kunna rapporteras både av myndighet, resurs och kopplat till familjehem och externa boenden.

4.5 Lex Sarah

Att använda lex Sarah i det systematiska kvalitetsarbetet kan både förbättra kvaliteten i verksamheten och ge effekt för enskilda. Under 2022 har ett nytt arbetssätt för att utreda Lex Sarah tagits fram i enlighet med Sveriges kommuner och regioners (SKR) utredningsmall. I utvecklingsarbetet har samverkan skett med vård- och omsorgsförvaltningen samt att utvecklare har deltagit i nationellt SAS-nätverk (socialt ansvarig socionom, SAS).

Antal utredningar enligt Lex Sarah. Under året har sju utredningar enligt Lex Sarah genomförts och beslutats av socialnämndens biståndsutskott. Av dessa inkom två under 2021 och resterande fem under år 2022. Det har framkommit i två utredningar att det förelåg allvarliga missförhållanden för brukarna och har således anmälts till IVO, i tre utredningar förelåg det missförhållanden och i två utredningar konstaterades det att det inte förelåg något missförhållande för brukare. Det har inkommit två ytterligare rapporter som kommer att utredas under 2023.

De utredningar som har konstaterat att det inte förelåg något missförhållande handlar om två olika situationer. Den ena rapporten var kopplad till arbetssituationen som råder inom förvaltningen och avslutades med anledning av att den inte konkretiserade några händelser som har inträffat. Däremot har informationen som framkom framförts till områdeschef och förvaltningschef, vilka kommer att fortsätta dialogen tillsammans med berörd enhet och medarbetare. Den andra utredningen konstaterade att händelseförloppet kring en orosanmälan följde de rutiner som finns gällande omedelbara riskbedömningar.

Konstaterade missförhållanden. De utredningar som har konstaterat att det förelåg missförhållanden eller allvarliga missförhållanden har bland annat följande avvikelser kunnat konstateras:

- I dokumentationen saknas bedömningar och ställningstaganden helt eller delvis. Det har framkommit att det både handlar om löpande bedömningar och i vissa fall omedelbara skyddsbedömningar. Den sammanlagda helhetsbilden av ärendena har inte bedömts, vilket har bidragit till att allvarlighetsgraden i ärendena inte har uppmärksammats i den omfattning som det borde.
- Planering och genomförande av hemtagande har brustit.
- Samarbete mellan myndighet och utförare sker men är inte alltid synkroniserat med varandra.
- Barnsamtal har initialt inte hållits.
- Skyddsplaneringen har varit otydligt dokumenterad och kommunicerad till brukare.

Orsakerna till avvikelserna varierar men återkommande är att arbetssituationen inom myndighetsutövningen bidrar till flera avvikelser. Hög arbetsbelastning och byte eller avsaknad av handläggare gör att det är svårt att få helheten i ett ärende men även att kontinuiteten försämras. I utredningarna av Lex Sarah genomförs aktgranskningar, vilka ofta har påvisat att det saknas dokumentation i förhållande till vad som framkommer i intervjuer och samtal med berörda handläggare och teamledare. I en intervju benämns detta som ”tyst kunskap” – att handläggaren vet mer om ärendet och brukaren än vad som framkommer i dokumentationen. En viss diskrepans kan såklart förekomma men det som har uppmärksammats i flera utredningar är att skillnaden på vad som har hänt i ärendet kontra dokumentationen är så stor att det blir svårt för en handläggare som inte är insatt i ärendet att ta över det utan överlämning.

Eftersom arbetssituationen inom myndighetsutövningen påverkar hela förvaltningens arbete har förvaltningsledningen under hösten 2022 beslutat om flertalet åtgärder för att komma till rätta med arbetssituationen. Grunden till att det ser ut som det gör inom myndighetsutövningen är svårigheter att rekrytera nya medarbetare, många nyanställda medarbetare som behöver introduceras, arbetsbelastning och sjukdom samt ett högt inflöde av nya ärenden. Lösningen på detta är större än utredningar av missförhållanden enligt Lex Sarah och åtgärder för att avhjälpa situationen är beslutade i förvaltningsledningen hösten 2022.

Åtgärdsplaner utifrån Lex Sarah. Utöver åtgärderna som förvaltningsledningen har beslutat om, har utredningarna om Lex Sarah bidragit till flera åtgärder:

- Utveckla arbetet som sker med vård- och genomförandeplaner samt vid uppföljning av insatser. Under hösten har utvecklingsarbete pågått och planering för workshop finns.
- Öka kunskapen om vissa befintliga rutiner och påminna om arbetsätt.
- Se över rutinen som gäller omedelbar skyddsbedömning i ärenden och dokumentationen av dessa, särskilt gällande att beskriva faktiska omständigheter som ligger till grund för bedömningen och vilken skyddsplanering som ska gälla. Utbildning kring hur faktiska omständigheter ska dokumenteras.
- Föra dialog inom enheten för att få samsyn kring när barnsamtal är aktuellt att föras på familjemottagningen, men även i dialog/samverkan med utredningsenheterna.
- Under 2023 ska familjemottagningen införa en första utredningsplan med tillhörande frågeställningar som uppmärksammas initialt.

4.7 Egenkontroll

Egenkontroller innebär att verksamheterna i förvaltningen systematiskt följer upp och utvärderar den egna verksamhetens resultat. Egenkontroller har genomförts inom samtliga enheter på socialförvaltningen under 2022.

4.7.1 Egenkontroll i form av granskning av journal och akter

Att systematiskt följa upp enheters arbete för att kontrollera om de når ställda krav enligt de processer och rutiner, samt mål inom handläggning, genomförande och dokumentation, kan göras genom aktgranskning. Resultaten sammanställs i en analys och aktiviteter för att åtgärda brister tas fram för att utveckla verksamheten.

Enheterna granskar sig själva. Socialförvaltningens verksamheter genomförde för andra året i rad aktgranskning. Granskningen genomfördes under oktober månad och skedde mer samlat än tidigare år. Samtliga enheter, förutom ett team, deltog genom att utsedda medarbetare genomförde aktgranskningar samt att de tillsammans med respektive enhetsledning analyserade resultatet och föreslog förbättringsaktiviteter. Varje enhet har fått ett eget resultat att arbeta med under 2023 och förbättringsaktiviteterna har förts in i enheternas lokala verksamhetsplaner.

Utvecklingsområden utifrån aktgranskning. Resultatet från enheterna presenterades och analyserades även inom område myndighet och resurs, för att enhetscheferna ska få möjlighet att delge resultaten till sina chefskollegor och att gemensamma utvecklingsområden kan identifieras. Utvecklingsområden som identifierades var:

- Målen i genomförandeplaner behöver konkretiseras i syfte att brukaren ska kunna uppnå målen med insatsen.
- Uppnå samsyn om när insatser kan avslutas, vem som bedömer att insatsen ska avslutas och gör avslutet med brukaren
- Formulering av uppdrag till utförare
- Serviceinsatser - utveckla granskningen och utöka frågebatteri samt alla insatser på service
- Användningen av ASI

Aktiviteter som har planerats utifrån resultatet från aktgranskningen kan läsas vidare under rubriken sammanställning och analys av trender - som ska leda till planerade förbättringsåtgärder.

4.7.2 Revisioner

Under 2022 har följande fem revisioner skett:

Revisionens granskning av socialnämndens arbete med att nå balans mellan verksamhet och ekonomi (REV/2022:6) - (KSKF/2022:91). Revisionsrapport - Uppföljande granskning av socialnämndens arbete för att nå budget i balans.

Revisionens granskning av socialnämndens uppföljning av placerade barn och ungdomar i familjehem och HVB-hem (REV/2022:14). Revisionsrapport - Granskning av uppföljning av placerade barn och ungdomar i familjehem och HVB-hem.

Kommunrevisionens granskning av kommunens digitaliseringsarbete (REV/2022:27)
Revisionsrapport - Granskning av kommunens digitalisering.

KPMG grundläggande granskning år 2022 - Verksamhetsstyrning, internkontroll och ekonomistyrning. KPMG grundläggande granskning år 2022 - Verksamhetsstyrning, internkontroll och ekonomistyrning.

Revisions rapport - Granskning av kommunkoncernens krisberedskap.

För vidare läsning av revisioner samt förvaltningens svar, se LEX eller kontakta registrator.

4.7.3 Brukarundersökningar

Under hösten 2022 genomfördes en brukarundersökning som riktar sig till barn, unga och vuxna, som under undersökningens gång tagit del av någon av socialförvaltningens insatser. Socialförvaltningen deltog även under samma tidsperiod i nationella brukarenkäter som delades ut av myndighetsenheter till barn och deras vårdnadshavare samt till vuxna, gällande barn och ungdomsvård och missbruksvård samt till placerade barn och unga. Dessa resultat hittas här i [Kolada](#). Undersökningar visar att frekvens för deltagande är lågt och förbättringsarbete förväntas ske inom förvaltningens enheter för syfte att öka deltagande och därefter kunna använda sig av resultatet.

Stor ökning av antalet deltagare. Socialförvaltningens egen brukarundersökning syftar till att få kunskap om hur barn, unga och vuxna som tar del av förvaltningens stöd och insatser upplever stödet de får. Undersökningen utforskar upplevelsen av bemötande, delaktighet och nöjdhet, samt huruvida insatsen varit meningsfull och bidragit till förändring för den enskilde. I år deltog 362 barn, unga och vuxna i undersökningen vilket är en stor ökning från föregående år där 210 deltog, och ökningen har skett i samtliga åldersgrupper.

Resultatet av brukarundersökning 2022 visar att barn, unga och vuxna på totalen upplever att de blir väl bemötta, får möjlighet att vara delaktiga och tar del av insatser som upplevs som meningsfulla och som bidrar till förändring.

I sammanställningen av resultatet har vi använt NKI-index, vilket är ett sätt att mäta kundnöjdhet. Årets samlade NKI-värde är 84, vilket är en ökning från förra året då det var 82. Det innebär att majoriteten av dem som deltog i brukarundersökningen på totalen är mycket nöjda med förvaltningens stöd och insatser.

Ett resultat som sticker ut är dock att målgruppen barn och unga upplever en minskad nöjdhet kring frågor som handlar om att få det bästa möjliga stödet.

Vill du se resultatet i sin helhet och ta del av alla svar som lämnats i fritext kan du göra det här, [Socialförvaltningens brukarundersökning - Resultat för 2022](#), eller kontakta registrator.

4.7.4 Jämföra oss med andra - öppna jämförelser

Öppna jämförelser i socialtjänsten är en sammanställning av indikatorer som ska bidra till kvalitetsutveckling i kommunen och ligga till grund för statlig uppföljning och styrning. Öppna jämförelser ger verksamheterna möjlighet att göra jämförelser, lära av andra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.

Förvaltningen valde att delta år 2022 och besvara relevanta enkäter utifrån områden missbruk - beroende, social barn och ungdomsvård och våld i nära relationer. [Resultaten hittar du här](#). Socialstyrelsen gör en genomgång av alla öppna jämförelser – Socialtjänst. Därav är det en hel del nyckeltal som inte är publicerade för år 2022.

4.7.5 Placeringsstöd med systematisk kvalitetsuppföljning av utförare

Systemet Dioevidence är ett digitaliserat placeringsstöd, som utöver översikt av pågående avtal, digital signering och fakturagranskning ger möjlighet till systematisk kartläggning och uppföljning av utförarna och brukarnas upplevelse av insatsen. Systemet underlättar hela placerings- och uppföljningsprocessen och kan på sikt ge förvaltningen en helhetsbild på en aggregerad nivå inom flera områden både avseende den externa och den interna vården. I systemet finns även möjlighet att göra kartläggning av målgrupper. Under 2022 har Dioevidence fått en webbaserad plattform på socialförvaltningens interna portal där förvaltningens medarbetare enklare ska kunna nå systemet, men även få stöd.

Kunskap om effekt av vården. Samlat resultat kan bidra till systemets kostnads - och kvalitetsindex som används till matchningsstöd, val av utförare, granskning och tillsyn. Vidare kan samlat resultat användas till verksamhetsutveckling och förbättringar för både externa och interna vårdgivare/utförare. Slutet av 2022 visar att medarbetare besvarat 86 uppföljningar av 50 unika utförare.

Brukarens upplevelse och stöd till handläggare. Uppföljning av brukares upplevelse av vården ska göras regelbundet i placeringsstödet, under pågående insats med dialogintervjuer, samt vid avslut av insats. Resultatet av vården skattas även av ansvarig handläggare. Socialnämndens indikatorer för uppföljning finns att välja för de olika målgrupperna inom IFO. Indikatorer mäter bland annat vårdplan / genomförandeplan, skola eller sysselsättning, mående, trygghet, bemötande, och delaktighet. För målgruppen vuxna med missbruk har nio enskilda ärenden med dialogintervjuer utförts samlat till 14 dialogintervjuer. Gällande målgruppen placerade barn och unga har noll enskilda ärenden med dialogintervjuer.

Då frekvensen av svar ännu är låg så syns inga trender för brukarens upplevelse av vården. Resultaten på antal besvarade uppföljningar förväntas öka under 2023 då arbete pågår att öka effektuppföljningar/handläggarbetyg samt klientbetyg genom fler utförda dialogintervjuer. Resultat av utförare kan då användas vid effektuppföljningar av utförare för att se vad vården kostar i förhållande till den kvalitet vi får. Det möjliggör en ännu bättre matchning och mer effektiv vård samt blir behjälpligt i kommande upphandlingar.

Under 2022 har det arbetats fram nya digitala mallar i Dioevidence för ramavtalsuppföljning av de externa utförarna. Det nya arbetssättet att bedriva uppföljning utifrån ramavtal påbörjas januari 2023.

5. Sammanställning och analys av trender - ska leda till förbättrande åtgärder

I samband med att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beslutades inleddes arbete med att samla sammanställningar och analyser, se trender samt matcha med pågående utvecklingsarbeten. Detta resulterade i ett nytt arbetssätt som ska ge överblick på förvaltningens behov av förbättringar.

Mönster och trender. Information utifrån arbetet med systematisk förbättring (synpunkter/klagomål, avvikelser, Lex Sarah, egenkontroller, internkontroller) har under året sammanställts och analyserats. En arbetsgrupp har ansvarat för att inhämta information och analysera trender. Dessa träffar har under 2022 skett vid tre tillfällen för analys.

Matchning mellan trender/mönster för behov av förbättring kontra pågående utvecklingsarbeten visar att vi utvecklar rätt behov av förbättring. Strävan är dock att under kommande år ska behov av förbättring tillsammans med socialnämndens mål leda till prioritering av nya utvecklingsarbeten. Verksamhetsnära åtgärder vidtas direkt och dokumenteras på varje enskild enhet.

Sammanställning av trender markerar förvaltningsövergripande behov av förbättring och kvalitetsutveckling. Nedan följer trender för 2022, vissa känns igen från tidigare delar av kvalitetsberättelsen:

- Rutin för frånvaro/sjukfrånvaro av socialsekreterare saknas på vissa utredningsenheter
- Brukarundersökning (SKR), öka svarsfrekvens
- Samverkan mellan socialförvaltningen och regionen gällande LVM-förfarandet
- Vuxna som uttrycker avsaknad av förståelse för handläggning, beslut, och att uttryckt oro inte tas på allvar. Barn /unga och vårdnadshavare som uttrycker avsaknad av förståelse för syfte med placeringar.
- Brister i dokumentation- handräckningsförfarandet, bedömningar och ställningstaganden saknas helt eller delvis, samt brister kopplat till skydd/riskbedömningar.
- Efterlevnad av riktlinje beroendevård, utifrån granskning av utredningar
- Insatser pågående utan beslut
- Användningen av addiction severity index (ASI) för utredning och uppföljning är låg
- Dioevidence- dialogintervjuer med brukare saknas
- Uppdrag till utförare- målformuleringar behöver förbättras
- Genomförandeplaner - delmålsformuleringar behöver förbättras
- Individbaserad systematisk uppföljning saknas

Resultatet kan används som underlag för lärande och vidareutveckling. Resultatet för 2022 visar behov av förbättringar i förvaltningens huvudprocess. Trender har matchats med förvaltningens pågående utvecklingsarbeten, för syfte att säkerställa rätt prioriteringar utifrån brister i kvalitet. Här visas en grov sammanfattning av pågående och planerade utvecklingsarbeten 2023.

- Digitala ”Spårdagar” vuxen/barn- för berörda medarbetare att delta. Fokus och ram för dagarna är att hantera ramar för uppdrag till utförare, genomförandeplaner, målformuleringar, kommunikation för orosanmälans, uppföljningar, förlängningar,
- Workshop för berörda medarbetare att hantera frågor och tolkningar av riktlinje för beroendevård.
- Pågående arbete med styrande och stödjande dokument utifrån huvudprocesskartan, exempelvis; revidera riktlinje för våld i nära relationer, revidera checklista för LVU, revidera familjehemsriktlinjen samt rutiner samt ta fram rutiner utifrån Lex Lilla hjärtat.

- Arbetet med utveckling av arbetssätt för att förebygga, upptäcka och ge insatser till barn och unga i kriminalitet eller risk för kriminalitet fortgår.
- Utveckling av arbetssätt och utbildning kring familjeorienterat arbete ska tas fram för att säkra sammanhållen handläggning kring familjer där barnet är aktuellt på barnutredningsenhet och föräldern aktuell på vuxenutredningsenhet.
- Samarbetet med barn- och utbildningsförvaltningen fortgår kring obruten skolgång. Under våren planeras överenskommelser, rutiner och checklistor vara klara. Innan sommaren planeras även utbildning till all berörd personal inom SF och BUF.
- Samarbetet med vård- och omsorgsförvaltningen och barn- och utbildningsförvaltningen fortgår kring utveckling av sammanhållen handläggning kring barn och unga som kan ha behov av samordnade utredningar, bedömningar och insatser från förvaltningarna. Under våren förväntas ett nytt arbetssätt med ”gemensam myndighet barn- och unga” införas.
- En enhetlig och sammanhållen introduktion för nyanställda socialsekreterare tas fram, i första hand för utredningsenheterna barn och familj.
- Kvalitetssäkra resurs, hitta metoder för syfte att kvalitetssäkra insatser.
- Referensgrupp för förvaltningen utifrån den kommungemensamma beslutade kvalitets- och verksamhets riktlinjen.

Rutin för hantering av avvikelser

Syfte

Tillse att avvikelser hanteras och att den som rapporterat får återkoppling. Se till att avvikelser dokumenteras och att innehållet i dessa sammanställs och analyseras samt används som grund för beslut om verksamhetsutveckling.

Omfattning

Rutinen omfattar samtliga avvikelser som sker inom socialförvaltningen, både organisatoriska avvikelser och de som direkt berör en individ i ett personärende.

Med **avvikelse** menas en händelse och som inte är önskvärd i verksamheten. Avvikelser som avses uppmärksammas av medarbetare och registreras in i Viva. Det gäller händelser som:

- Inte stämmer mot lagar och föreskrifter
- Inte stämmer mot processer, rutiner, instruktioner, riktlinjer eller genomförandeplaner.
- Uppenbart strider mot socialtjänstens grundläggande principer.
Helhetssyn, normalisering, flexibilitet, kontinuitet, valfrihet, närhetsprincipen, frivillighet och självbestämmande.

Rutinen omfattar inte händelser som innebär ett missförhållande eller risk för missförhållande för brukaren. De händelserna ska rapporteras enligt [rutin för Lex Sarah](#). Behövs stöd i att avgöra huruvida händelsen ska rapporteras som en avvikelse eller en Lex Sarah kan denna [riskmatris](#) användas. En avvikelse kan dock senare rapporteras enligt Lex Sarah utifrån vad som framkommer i utredning och/eller bedömning av allvarlighetsgrad.

En avvikelse kan vara intern och/eller extern enligt nedan:

- Avvikelsen har uppmärksammats inom socialförvaltningen och berör samt ska utredas inom den egna förvaltningen.
- Avvikelsen har uppmärksammats inom socialförvaltningen men berör och ska utredas av annan förvaltning eller extern aktör.
- Avvikelsen har uppmärksammats hos annan förvaltning eller extern aktör men berör och ska utredas inom socialförvaltningen.

Ansvar och genomförande

Händelse	Aktivitet	Ansvar
Avvikelse upptäcks och rapporteras	Avvikelsen registreras i Viva – följ Viva-lathund för hur denna registrering går till. Interna och externa avvikelser rapporteras likadant där de upptäcks. - Avvikelser i personärenden rapporteras direkt i	Alla medarbetare

	<p>personakt, följ Viva-lathund (Lathund för avvikelser, klagomål och synpunkter i IFO, UTF och RSU).</p> <ul style="list-style-type: none">- Organisatoriska avvikelser, avvikelser där flera berörs, där ärendet är stängt eller inte öppnat än rapporteras direkt i avvikelsemodulen i Viva, följ Viva-lathund (Lathund för organisatoriska avvikelser, klagomål och synpunkter i IFO, UTF och RSU). <p>Inrapporteringen av avvikelsen avslutas med att den egna enhetschefen anges som ansvarig för utredningen.</p> <p>Avvikelse rapporteras med fördel med fokus på det egna och vad enheten eller medarbetaren själv kunde ha gjort annorlunda eller vad effekten för det egna arbetet eller brukaren blev.</p> <p>Då avvikelsen kommer från annan förvaltning registreras avvikelsen i Viva. Är avvikelsen avpersonifierad ska den registreras som organisatorisk avvikelse i modulen i Viva och inte i personakt. Avvikelsen fördelas sedan på utredande enhetschef inom socialförvaltningen.</p>	
Avvikelse lagd för utredning	<p>Berörd enhetschef som blir ansvarig för utredning får en rad i sin ”Att-göra-lista” samt under vyn granskning i avvikelsemodulen. Rapportering och utredning kan endast ske på den egna enheten. Enhetschef ansvarar därefter för att utredning genomförs och för att ta nödvändiga kontakter med interna eller externa samarbetspartner. Detta innebär att samverka för utredning och med följande åtgärder kan behöva ske.</p>	Utredande enhetschef
Utredning görs	<p>Avvikelsen och dess bakomliggande orsaker utreds för att ta fram åtgärder. Utredningen skapas snarast och ska slutföras inom sex veckor från rapportering och dokumenteras i utredningsdelen i Viva. Följ Viva-lathund för hur utredning skapas och fylls i.</p> <p>Tillräckligt med information för att kunna beskriva händelseförloppet samlas in:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kan några felhändelser identifieras?- Vilka är i så fall orsakerna bakom dessa felhändelser – varför har händelserna uppstått?- Vilka åtgärder har genomförts eller ska genomföras för att hantera felhändelsen?- Behöver åtgärder vidtas för att förhindra att felhändelsen uppkommer igen? <p>Frågorna i utredningen kan med fördel diskuteras med medarbetare på enheten och förbättringsåtgärder är bra att lyfta i områdesledning för samsyn och samverkan. Vid större eller mer komplicerade utredningar kan stöd efterfrågas av kvalitetsenheten.</p> <p>Samtliga fält i Viva fylls i för att kunna följa avvikelserna samt för att kunna se mönster och samla in statistik vid ett</p>	Utredande enhetschef

	senare tillfälle. När utredningen är klar och åtgärder framtagna låses utredningen i Viva. Återkoppling till den som rapporterat in avvikelse sker i samband med att utredningen avslutas.	
	Avvikelse som uppmärksammas hos annan förvaltning återkopplas till den efter avslutad utredning. Återkoppling av hela utredningen och planerade åtgärder sker via mail till ansvarig administratör eller annan funktion som gjort rapporteringen.	Utredande enhetschef
Åtgärder genomförs	Åtgärd/-er planeras in och genomförs/implementeras inom den utsatta tiden.	Ansvarig för åtgärderna
Uppföljning görs	Efter avslutad utredning skapas uppföljning direkt och inom beslutad tid görs en uppföljning av åtgärderna och resultatet av dessa. Utredande enhetschef följer upp att samtliga åtgärder är genomförda enligt plan och att de gett önskat resultat. Har åtgärder genomförts för att felhändelsen inte ska kunna ske igen följs även detta upp för att säkerställa önskad effekt. Följ Viva-lathund för hur uppföljning skapas och följs upp. Uppföljning kan genomföras vid flera tillfällen efter behov.	Utredande enhetschef

Uppföljning och analys av avvikelser

Enhetschef ansvarar för att arbeta systematiskt med att sammanställa enhetens avvikelser löpande och återkoppla på APT eller liknande forum. Syftet med detta är att tillse eventuella åtgärder och kunna uppmärksamma och analysera mönster i de avvikelser som inkommit under perioden samt prioritera i det egna förbättringsarbetet.

Kvalitetsenheten ansvarar för att sammanställning och statistik av avvikelser tas ut ur Viva tre gånger per år och sammanställs för hela förvaltningen samt analyseras för att se mönster på förvaltningsövergripande nivå och uppmärksamma eventuella behov av större åtgärder.

Rutin för egenkontroll - aktgranskning

Syfte

Rutinens syfte är att beskriva hur egenkontrollen - aktgranskning ska genomföras samt ge stöd till enhetschefer och medarbetare att genomföra aktgranskning på enheten.

Aktgranskning genomförs en gång per år och resultatet används som underlag för enheternas lärande och vidareutveckling i syfte att uppnå rättssäkerhet för brukaren.

Ansvar och roller

Alla enheter inom förvaltningen ansvarar för att rutinen efterlevs och följs. Utsedd förvaltare ansvarar för att rutinen revideras vid behov.

Utsedda medarbetare ansvarar att hålla sig uppdaterade kring den information och de arbetssätt som delges gällande aktgranskning. Med stöd av tillhörande dokument och mallar genomförs aktgranskning och resultatet sammanställs. De utsedda medarbetarna återkopplar resultatet på enhetens APT.

Enhetschefer och teamledare ansvarar för att aktgranskning utförs enligt rutin och tidplan, samt bistår med stöd till utsedda medarbetare. Enhetsledningen deltar i analysfasen. Enhetschef ansvarar för att rapportera enhetens resultat till områdesledning. Förbättringsaktiviteter ska planeras in, genomföras och följas upp i enhetens vardagliga arbete.

Områdeschefer ansvarar för att bidra till analysen på områdesledningarna. Områdeschefen ska undersöka om det är vissa utvecklingsarbeten som behöver ske inom hela området och planera för dessa tillsammans med respektive områdesledning. Områdescheferna följer upp förbättringsaktiviteter med enheterna under året.

Utvecklare kvalitetsenheten ansvarar för att sammanställa materialet för förvaltningen, ger stöd i att bedöma resultatet av aktgranskningarna samt rapportera till förvaltningsledningen. Utvecklaren ansvarar för att revidera rutinen och sammanhållande av arbetet.

Verksamhetscontroller och systemförvaltare bistår med uttag och urval av digitala akter i Viva i samarbete med utvecklare samt bistår med stöd till medarbetare vid behov kring relevanta frågor som kopplar till VIVA.

Berörda professionella ansvarar för att gemensamt komma överens om vem som gör vad om något annat inte är angivet.

Genomförande

Aktgranskningen genomförs av samtliga enheter under bestämd månad varje år, se tidplan nedan.

1. Utse ansvariga medarbetare

Varje enhet utser ansvariga medarbetare som genomför aktgranskningarna. Rekommendation är att 3-5 medarbetare arbetar tillsammans, det är valfritt hur enheten lägger upp tiden. Arbetet beräknas pågå sammanlagt under ca 30 dagar.

2. Utsedda medarbetare bjuds in till information och samverkansyta

Utvecklare på kvalitetsenheten får information av enhetschef om vilka medarbetare som ska arbeta med aktgranskning. Utvecklare bjuder in utsedda medarbetare till en informationsträff och uppstart för arbetet.

Medarbetare får behörighet till samverkansytan för att kunna utföra kontrollen med stöd av information samt redovisa resultatet. Dokumenten som används för att genomföra aktgranskningen finns på [samverkansytan](#). Varje enhet har en Excelfil som är anpassad utifrån enhetens ansvarsområde.

3. Lista med ärenden läggs upp i VIVA

Varje enhet får tillgång till en lista med de akter som ska granskas. Listor finns i VIVA-aktgranskning. Systemförvaltare har förberett behörighet för medarbetare i VIVA utifrån inventering av kontaktpersoner från enheterna. [Guide för utföra aktgranskning](#), används för stöd att hitta rätt i VIVA.

4. Aktgranskningarna genomförs

Aktgranskningen genomförs aktivt under ca 14 dagar, genom att göra aktgranskningar i de ärenden som finns i listan för enheten. Aktgranskningen sker digitalt i Viva och ska ge underlag för att svara på frågorna i Excelfilen.

Om det förekommer bortfall av ärenden ska dessa redovisas, så att det faktiska antalet granskade ärenden framkommer. Vid aktgranskningen granskas den elektroniska akten i Viva.

5. Digital drop in för medarbetare – tid för uppkomna frågor

Tillfället är frivilligt och för de medarbetare som vill stämma av arbetet inför kommande arbete med analyser, eller har andra frågor kring aktgranskningarna.

6. Resultatet analyseras på enheterna

För att analysera resultatet används mallen för analys som finns som en flik i Excelfilen. Medarbetare och ledning på enheten följer mallen för att analysera vad enheten har för områden i sin dokumentationshantering som är bra respektive vad som behöver utvecklas. Planering för arbetet med analys förväntas pågå inom 14 dagar. I analysen behöver enheten även ställa sig frågorna:

- Hur behåller vi goda resultat?
- Vilka förbättringsaktiviteter behöver vi vidta för att bli bättre i våra utvecklingsområden?

När sammanställningen är gjord och resultatet är analyserat ska filen sparas på samverkansytan, döp filen till enhetens namn. Resultatet ska beskrivas av enhetschef i delårsuppföljningar och verksamhetsberättelse samt hur arbetet med aktiviteterna fortlöper.

7. Redovisa resultat på enhetens APT

Medarbetare redovisar resultatet av aktgranskningarna för den egna enheten på APT. Enhetsledningen stödjer medarbetare vid behov.

8. Områdesövergripande sammanställning och analys

Utvecklare sammanställer enheternas resultat och får ett gemensamt material för analys. Resultatet analyseras på respektive områdesledning tillsammans med områdeschef, processutvecklingsledare och enhetschefer. Utvecklare planerar och genomför workshop.

9. Förvaltningsövergripande sammanställning och analys

Utvecklare sammanställer analysarbetet och delger områdeschefer det förvaltningsövergripande resultatet. Förvaltningsledning får återkoppling av det gemensamma resultatet av aktgranskningarna.

10. Förbättringsåtgärder och verksamhetsutveckling

Prioritering av förvaltningsgemensamma förbättringsåtgärder dokumenteras och fördelas för utvecklingsarbete inför kommande år.

Urval

Urvalen anpassas till respektive enhet, 20 akter per enhet tas ut stratifierat av verksamhets controller och systemadministratör. Urvalet ska så långt som möjligt ha en jämn spridning utifrån ålder och kön i ärenden som kontrolleras, samt en variation på medarbetare som utfört dokumentationen.

Tidplan

Händelse	Datum
Information och upstart med enheterna	14 juni, 13 september
Aktgranskningen genomförs	2–17 oktober
Gemensamt aktgranskningstillfälle	17 oktobert
Drop in tid – Frågestund (frivillig)	24 oktober
Analys på enheterna	18 - 31 oktober
Utvärdering av arbetssätt, utsedda medarbetare	November
Sammanställning och analys områdesgemensamt resultat	November
Återkoppling resultat till FLG	December
Arbete med förbättringsaktiviteter på enheterna	Kommande år

Uppföljning av förbättringsaktiviteter

När aktgranskningen är utförd ska enheten arbeta med sina förbättringsaktiviteter under kommande år. Dessa kan föras in i enheternas verksamhetsplan som aktiviteter, och därefter även följas upp i verksamhetsplanen. Resultat av arbetet granskas ytterligare vid

nästa års aktgranskning, där enheten kan jämföra om resultat har förändrats från året innan. Resultatet av hela områdets aktgranskning sammanställs och analyseras enligt arbetsprocess inom ramen för Socialförvaltningens [ledningssystem för systematisk kvalitetsutveckling](#).

Till: Socialnämnden

För kännedom: Kommunfullmäktige

Revisionens granskning av socialnämndens handläggning inom barn och ungdomsvård

Vi har med stöd av KPMG genomfört en granskning av socialnämndens handläggningsrutiner och kompetens inom barn- och ungdomsvården.

Enligt 5 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) ska Socialnämnden sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd de behöver för att inte fara illa. I vår riskanalys har vi bedömt att det kan finnas brister avseende nämndens arbete att säkerställa såväl utredningar som kompetens för att klarlägga situationer där barn och ungdomar kan fara illa. Vi har därför genomfört denna granskning med inriktning på handläggningsrutiner och kompetens inom myndighetsutövningen barn och unga.

Vår sammanfattande bedömning utifrån den genomförda granskningen är:

- att nämnden har allvarliga brister i handläggningen inom myndighetsutövningen,
- att det finns betydande brister i efterlevnad av lag och riktlinjer på området även om det, finns riktlinjer, rutiner och en organiserad verksamhet som i huvudsak är ändamålsenlig,
- att nämnden brister i sin egenkontroll av verksamheten

Till ovanstående visar vår granskning att nämnden beslutat om mål för sin verksamhet som avviker från gällande lag inom detta område. En situation som vi finner mycket anmärkningsvärd.

Granskningen visar att nämnden har en tydlig organisering och ansvarsfördelning samt tillräckliga handläggningsrutiner för handläggningens olika delar men att det saknas ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att handläggningsrutiner efterföljs.

Vi bedömer att nämnden har en strategi och utformade arbetssätt för att säkerställa att socialsekreterare besitter tillräcklig kompetens. Dock ser vi att det finns stora utmaningar i kompetensförsörjningen som påverkat handläggningens kvalitet och skyndsamhet.

Mot bakgrund av den genomförda granskningen rekommenderar vi socialnämnden att:

- Revidera nämndens mål så att de inte står i strid med gällande lagstiftning.
- Utforma ett systematiskt arbetssätt för att följa upp och säkerställa att handläggning sker i enlighet med fastställda rutiner.
- Utforma ett systematiskt arbetssätt för att följa upp och säkerställa att beslut fattas i enlighet med fastställd delegationsordning.
- Säkerställ att iakttaga brister vid egenkontroll och avvikelshantering dokumenteras och följs upp i utvecklingsarbetet.
- Säkerställ att lagens skyndsamhetskrav gällande såväl förhandsbedömningar som utredningar efterföljs.

Vår gransknings totala resultat presenteras i bifogad rapport.

Vi emotser socialnämndens yttrande med redovisning av vilka åtgärder nämnden planerar att vidta utifrån våra rekommendationer och med vilken tidsplan senast 2023-10-20.

Eskilstuna 2023-06-14

För revisorerna i Eskilstuna kommun

Tommy Kvarsell
Ordförande

Majvor Gyllhamn
Vice ordförande

måndag 2023-03-06 14:38

Inkommande e-post

Till: info@eskilstuna.se <info@eskilstuna.se>

Från: Hackstrom-Larsson, Joakim <joakim.hackstrom-larsson@kpmg.se>

Skickat: 14:38

Granskning på uppdrag av revisionen

Hej!

Undertecknad kontaktar er eftersom KPMG, givits i uppdrag av Eskilstuna kommuns revisorer att granska handläggningen inom barn och ungdomsvården. Granskningen avser formen för arbetet med handläggningen och inte myndighetsutövningen i sig.

Granskningen avser besvara följande revisionsfrågor:

- Finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning av handlägningsprocessens olika delar?
- Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att skyddsbedömningar genomförts och dokumenterats i enlighet med lagar och föreskrifter inom området?
- Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att förhandsbedömningar genomförts och dokumenterats i enlighet med lagar och föreskrifter inom området?
- Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att utredningstider hålls och genomförs i enlighet med lagar och föreskrifter inom området?
- Hur säkerställer nämnden att socialsekreterare besitter tillräcklig kompetens för att fullgöra sina uppgifter?
- Finns avvikelser gällande skyddsbedömningar, förhandsbedömningar, utredningar eller uppföljningar?
- Har eventuella avvikelser utretts och lett till åtgärder?
- Genomförs egenkontroller för att säkerställa att handläggningen följer fastställda rutiner och riktlinjer?

Granskningen kommer att genomföras genom intervjuer, dokumentstudier samt stickprover (granskning av ett urval av ärenden).

Vi önskar etablera en kontakt med er så snart som möjligt för att inhämta aktuella underlag och för att påbörja planering av intervjuer. Vi föreslår ett inledande orienterande samtal med en kontaktperson i förvaltningen som har överblick över arbetet, exempelvis ansvarig chef för myndighetsverksamheten inom IFO.

På återhörande,

Joakim Hackström Larsson
Rådgivare/ Teamleader Region Norr
Government Advisory Services

KPMG
Smedjegatan 14
971 04 Luleå

Phone: +46 73 146 41 47

E-mail: joakim.hackstrom-larsson@kpmg.se

[KPMG](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [YouTube](#) | [Facebook](#) | [Instagram](#)

*** KPMG E-mail disclaimer ***

The information in this e-mail is confidential and may be legally privileged. It is intended solely for the addressee. Access to this email by anyone else is unauthorized. If you are not the intended recipient, any disclosure, copying, distribution or any action taken or omitted to be taken in reliance on it, is prohibited and may be unlawful. Any opinions or advice contained in this e-mail are subject to the terms and conditions expressed in the governing KPMG client engagement letter.

© 2022 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG global organization of independent member firms affiliated with KPMG International Limited, a private English company limited by guarantee. All rights reserved.

Visit us at: www.kpmg.se



Granskning av handläggning inom barn och ungdomsvården

Rapport
Eskilstuna kommun

KPMG AB

2023-05-31

Antal sidor 21

Antal bilagor 1



Eskilstuna kommun

Granskning av handläggning inom barn och ungdomsvården

2023-05-31

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	4
2.1	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	5
2.2	Revisionskriterier	5
2.3	Metod	5
2.4	Lagar som styr handläggning inom barn och ungdomsvården	6
3	Resultat av granskningen	7
3.1	Organisation och ansvar	7
3.1.1	Bedömning – Organisering och ansvar	9
3.2	Skyddsbedömning	9
3.2.1	Bedömning – Skyddsbedömning	10
3.3	Förhandsbedömning	10
3.3.1	Bedömning – Förhandsbedömning	11
3.4	Utredning	11
3.4.1	Samverkan	12
3.4.2	Bedömning – Utredning	14
3.5	Systematiskt utvecklingsarbete	14
3.5.1	Bedömning – Systematiskt utvecklingsarbete	17
3.6	Kompetens	17
3.6.1	Bedömning – Kompetens	19
4	Slutsats och rekommendationer	20
A	Bilaga: Stickprover	22

1 Sammanfattning

KPMG har av Eskilstuna kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska socialnämndens handläggningsrutiner och kompetens inom barn- och ungdomsvården. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2023.

Granskningen har syftat till att granska nämndens handläggningsrutiner och kompetens inom myndighetsutövningen barn och unga.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnden har allvarliga brister i handläggningen inom myndighetsutövningen för barn och unga. Vår bedömning grundas på att även om det finns riktlinjer, rutiner och en organisering av verksamheten som i huvudsak är ändamålsenlig visar vår granskning på betydande brister i efterlevnad av lag och riktlinjer på området. Till detta visar granskningen på brister i nämndens egenkontroll av verksamheten. Vi finner det också anmärkningsvärt att nämnden beslutat om mål för sin verksamhet som avviker från gällande lag.

Vi bedömer att nämnden har en tydlig organisering och ansvarsfördelning samt tillräckliga handläggningsrutiner för handläggningens olika delar. Dock bedömer vi att nämnden saknar ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att handläggningsrutiner efterföljs.

Vår bedömning är däremot att nämnden har en strategi och utformade arbetssätt för att säkerställa att socialsekreterare besitter tillräcklig kompetens. Dock ser vi att det finns stora utmaningar i kompetensförsörjningen som påverkat handläggningens kvalitet och skyndsamhet.

Utifrån vår bedömning och slutsats rekommenderar vi nämnden att:

- Utforma ett systematiskt arbetssätt för att följa upp och säkerställa att handläggning sker i enlighet med fastställda rutiner.
- Utforma ett systematiskt arbetssätt för att följa upp och säkerställa att beslut fattas i enlighet med fastställd delegationsordning.
- Säkerställ att iakttaga brister vid egenkontroll och avvikelshantering dokumenteras och följs upp i utvecklingsarbetet.
- Säkerställ att lagens skyndsamhetskrav gällande såväl förhandsbedömningar som utredningar efterföljs.

2 Bakgrund

KPMG har av Eskilstuna kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska socialnämndens handlägningsrutiner och kompetens inom barn- och ungdomsvården. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2023. Vid tidigare granskning under 2019 och efterföljande uppföljning 2020 av socialnämnden har brister konstaterats i fråga om styrning och kontroll. Kommunen har även under senare tid varit utsatta för stora påfrestningar med otrygghet och våldshändelser som påverkat socialtjänsten i stor omfattning.

Socialnämnden ska sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd de behöver enligt 5 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL). En förutsättning för det är att socialnämnden behöver få kännedom om barn som far illa eller misstänks fara illa. Enligt 14 kap 1 § SoL framgår det vilka myndigheter och yrkesverksamma som är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. De kan exempelvis vara hälso- och sjukvården, förskolan, skolan, socialtjänsten och Polismyndigheten.

När socialnämnden får kännedom om barn som kan fara illa behöver socialnämnden göra en skyddsbedömning för att ta ställning till om barnet har behov av omedelbart skydd. Vidare behöver socialnämnden skyndsamt besluta om utredning ska inledas eller ej, detta genom en så kallad förhandsbedömning. Socialnämndens uppgift är att utifrån utredningen ta ställning till om barnet har behov av insatser från nämnden. Om nämnden får kännedom om något som kan innebära att nämnden kan behöva ingripa till ett barns skydd eller stöd kan en utredning genomföras oavsett barnets eller vårdnadshavares inställning. Om det vid utredning konstateras att behov av stöd föreligger kan olika typer av insatser beviljas antingen i form av öppna insatser i det egna hemmet eller i form av placering utanför det egna hemmet.

Av 3 kap. 3 a § SoL framgår att socialnämnden ska använda socialsekreterare som har socionomexamen eller annan relevant examen för att utföra uppgifter inom barn och unga myndighetsutövning. Dessa uppgifter innefattar bedömning av om en utredning ska inledas, utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder eller uppföljning av beslutade insatser. Det är socialnämnden som ansvarar för att den handläggare som självständigt utför en arbetsuppgift har tillräcklig erfarenhet för uppgiften, det vill säga utredning och bedömning av behovet av insatser.

Socialnämnden kan också ingripa med tvångsåtgärder med stöd av lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). För att LVU ska kunna tillämpas behöver tre förutsättningar vara uppfyllda. Dessa tre är; det ska föreligga ett missförhållande som har anknytning till den unges hemmiljö enligt 2 § LVU och/eller till den unges eget beteende enligt 3 § LVU. Missförhållandet ska medföra att det finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. En annan förutsättning är att behövlig vård inte kan ges på frivillig väg, det vill säga med samtycke.

Lagstiftningen på området har skärpts senast under 2022 med anledning av Lex lilla hjärtat genom att exempelvis överväganden av vårdnadsöverflytt ska genomföras inom

två år i stället för tre år samt att drogtest av vårdnadshavare inför prövning av om vård med stöd av 2 § LVU ska upphöra, ska göras vid kännedom om missbruk.

2.1 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

Granskningen har syftat till att granska nämndens handläggningsrutiner och kompetens inom myndighetsutövningen barn och unga.

Granskningen har besvarat följande revisionsfrågor:

- Finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning av handläggningsprocessens olika delar?
- Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att skyddsbedömningar genomförts och dokumenterats i enlighet med lagar och föreskrifter inom området?
- Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att förhandsbedömningar genomförts och dokumenterats i enlighet med lagar och föreskrifter inom området?
- Har nämnden ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att utredningstider hålls och genomförs i enlighet med lagar och föreskrifter inom området?
- Hur säkerställer nämnden att socialsekreterare besitter tillräcklig kompetens för att fullgöra sina uppgifter?
- Finns avvikelser gällande skyddsbedömningar, förhandsbedömningar, utredningar eller uppföljningar?
- Har eventuella avvikelser utretts och lett till åtgärder?
- Genomförs egenkontroller för att säkerställa att handläggningen följer fastställda rutiner och riktlinjer?

2.2 Revisionskriterier

Granskningen har utgått från nedanstående revisionskriterier:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 §
- Socialtjänstlagen (2011:453)
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2014:5.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.
- Tillämpbara interna regelverk, policys och beslut

2.3 Metod

Dokumentstudier av erforderliga dokument och intervjuer/avstämningar med berörda tjänstepersoner och politiker har genomförts.

I denna granskning har särskilt fördjupad journalgranskning av ett urval av barn- och ungdomsärenden genomförts. Journalgranskningen består av förhandsbedömningar med tillhörande skyddsbedömningar som ej lett till utredning, förhandsbedömningar som lett till utredning samt genomförda utredningar. Urvalet har genomförts med utgångspunkt i att granska arbetet över tid och olika ärendetyper.

Förhandsbedömningar som ej lett till utredning har valts ut från kronologisk pärm. För 2022 har ärende 100, 200, 300, 400 och 500 valts ut. För 2023 har ärende 1, 50, 100, 150 och 200 valts ut. Den första avslutade utredningen varje månad under granskad period har valts ut.

Rapporten är faktakontrollerad av ordförande i socialnämnden, utvecklare vid kvalitetsenheten, områdeschef IFO, enhetschef mottagning samt enhetschefer för de två utredningsenheterna.

2.4 Lagar som styr handläggning inom barn och ungdomsvården

Socialtjänstlagen

Socialnämnden ska sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd de behöver. Detta i form av bland annat uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete samt motverka missbruk bland barn och unga. (5 kap. 1 § SoL)

Myndigheter och yrkesverksamma som hälso- och sjukvård, förskola, skola, socialtjänst samt Polismyndigheten är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. (14 kap. 1 § SoL)

När socialnämnden får kännedom om barn som kan fara illa behöver socialnämnden göra en skyddsbedömning för att ta ställning till om barnet har behov av omedelbart skydd. Vidare behöver socialnämnden skyndsamt besluta om utredning ska inledas eller ej, detta genom en så kallad förhandsbedömning. Socialnämndens uppgift är att utifrån utredningen ta ställning till om barnet har behov av insatser från nämnden. Om nämnden får kännedom om något som kan innebära att nämnden kan behöva ingripa till ett barns skydd eller stöd kan en utredning genomföras oavsett barnets eller vårdnadshavares inställning. (11 kap. 1–2 §§ SoL)

Socialnämnden ska använda socialsekreterare som har socionomexamen eller annan relevant examen för att utföra uppgifter inom barn och unga myndighetsutövning. Dessa uppgifter innefattar bedömning av om en utredning ska inledas, utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder eller uppföljning av beslutade insatser. Det är socialnämnden som ansvarar för att den handläggare som självständigt utför en arbetsuppgift har tillräcklig erfarenhet för uppgiften, det vill säga utredning och bedömning av behovet av insatser. (3 kap. 3 a § SoL)

Tvångslagstiftning

Socialnämnden kan ingripa med tvångsåtgärder med stöd av lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). För att tvångsvård ska kunna tillämpas behöver tre förutsättningar vara uppfyllda. Dessa tre är; det ska föreligga ett missförhållande som har anknytning till den unges hemmiljö enligt 2 § LVU och/eller till den unges eget beteende enligt 3 § LVU. Missförhållandet ska medföra att det finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. En annan förutsättning är att behövlig vård inte kan ges på frivillig väg, det vill säga med samtycke. (LVU 1990:52)

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Den som bedriver socialtjänst ska fortlöpande bedöma om det finns risker som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalys är därmed en obligatorisk del av det systematiska förbättringsarbetet. Vidare ska socialnämnden utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. (SOSFS 2011:9)

Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation

Avser föreskrifter som ska tillämpas vid dokumentation under handläggning av enskilda ärenden samt under genomförande och uppföljning av insatser. Av föreskrifterna framgår hur en utredning enligt 11 kap. 1 och 2 §§ SoL ska dokumenteras. Föreskrifterna tillämpas även vid förhandsbedömning samt omedelbar skyddsbedömning enligt SoL. (SOSFS 2014:5)

Internkontroll

Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. (Kommunallag 6 kap. 6 §)

3 Resultat av granskningen

3.1 Organisation och ansvar

Socialnämnden i Eskilstuna kommun fullgör enligt reglemente¹ uppgifter inom socialtjänstens område där området för denna granskning ingår.

Inom socialförvaltningen finns verksamhetsområdena Myndighet och Resurs. Inom verksamhetsområdet Myndighet finns tre enheter som arbetar med handläggning av barn och unga. Enheten för mottagning, administrativt stöd och länsjour samt två

¹ Reglemente för Socialnämnden, daterat 2019-06-13

utredningsenheter. Det finns en enhet som arbetar med familjer som blivit utsatta för våld i nära relation samt en enhet som består av barnföljare och familjerätt.

Enheten för mottagning, administrativt stöd och länsjour består av cirka 50 medarbetare (i fortsättningen kallad mottagningsenheten och länsjouren)² och leds av en enhetschef och fyra teamledare. Tio av socialsekreterarna arbetar med anmälningar och ansökningar. Enheten är en ingång till socialförvaltningen och ansvarar även för den akuta myndighetsutövningen utanför kontorstid.

Utredningsenheterna har i uppdrag att utreda, bedöma, besluta samt följa upp barn och familjer. Utredningsenhet 1 består av enhetschef, 3 teamledare och 19 socialsekreterare. Utredningsenhet 2 består av enhetschef, metodutvecklare, 3 teamledare och 29 socialsekreterare³. Utöver detta framgår även av intervju att ett tillfälligt konsultteam funnits under en period för att avlasta utredningsenheterna. Enheten som arbetar med våld i nära relation har i uppdrag att utreda, bedöma, besluta samt följa upp barn och familjer. Enheten består av enhetschef, 1 teamledare och 8 socialsekreterare.

Det framgår av intervjuade att en omorganisering ska ske under hösten 2023. Verksamhetsområdena Myndighet och Resurs ska i stället organiseras i de tre områdena, förebyggande, barn och vuxen.

Process

Ovan nämnda enheter arbetar med handlägningsprocessens alla delar som denna granskning avser. Anmälningar och ansökningar inkommer till myndigheten digitalt via e-tjänst, brevlades, per telefon eller genom annan kontakt. Dessa hanteras i första hand av ansvarig handläggare om ärendet är pågående sedan tidigare. I övriga fall av mottagningsenheten under kontorstid och utanför kontorstid länsjouren (se avsnitt 3.2 och 3.3). I de fall utredning inleds handläggs dessa av utredningsenheterna. Detta med undantag för ärenden av enklare karaktär (se avsnitt 3.4). Samtliga delar dokumenteras med stöd av Barns behov i centrum (BBIC)⁴ och arbetssättet redogörs för i kommande avsnitt.

I kommande avsnitt beskrivs handlägningsprocessens delar från inkommen anmälan till beslut om insats i kronologisk ordning. Här ingår de tre delarna skyddsbedömning, förhandsbedömning och utredning.



² Verksamhetsplan 2023 för enheten för mottagning, familjerätt, administrativt stöd och länsjour

³ Verksamhetsplan 2023 för utredningsenhet

⁴ Socialstyrelsens dokumentationsstöd, Barns behov i centrum

3.1.1 Bedömning – Organisering och ansvar

Vi bedömer att nämnden har en tydlig organisering gällande handlägningsprocessens olika delar mellan mottagning och utredningsenheter. Vi ser att det finns en uppdelning mellan mottagning av nya ärenden och utredning av ärenden. Det finns tydliga rutiner som tydliggör ansvarsfördelningen sinsemellan enheterna. Det framkommer dock att en omorganisering planeras under hösten 2023.

3.2 Skyddsbedömning

När socialtjänsten mottar en anmälan om att ett barn far illa ska socialtjänsten genomföra en omedelbar skyddsbedömning. Detta för att bedöma om barnet eller den unge är i behov av akuta åtgärder av socialtjänsten.

Av rutin⁵ framgår hur en omedelbar skyddsbedömning ska dokumenteras och vem som ansvarar för att utföra bedömningen. Tidsfristen för när en skyddsbedömning ska utföras och dokumenteras framgår av rutinen. Det finns en checklista⁶ för kontroller vid registrering av en anmälan. Syftet med checklistan beskrivs vara att säkerställa att aktualiseringar inte registreras felaktigt genom bland annat kontroll av folkbokföring samt förekomst i verksamhetssystem. Om bedömningen vid omedelbar skyddsbedömning är att barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd finns ytterligare en checklista⁷ som stöd i handlägningsprocessen.

Rutin⁸ finns också med syfte att tydliggöra hanteringen av inkomna anmälningar efter kontorstid.

Av intervjuer framgår att det inom utredningsenheterna finns en särskild dagberedskap om två medarbetare som bevakar anmälningar där ansvarig handläggare inte är på plats. Vid intervjuer beskrivs en upplevelse av att verksamheten hanterar skyddsbedömningar inom 24 timmar och har utarbetade arbetssätt för att säkerställa att detta görs i frånvaro av ansvarig handläggare.

Stickprov

Vid stickprov av 20 skyddsbedömningar iakttas att 1 inte har utförts skyndsamt samt att 2 helt uteblivit. I de fall skyddsbedömningar inte har utförts noteras att uppgifterna inkommit som egen kännedom eller i form av underrättelse, men registrerats som anmälan. Resultat av stickprover finns i sin helhet som bilaga.

⁵ Anvisning för aktualisering och förhandsbedömning för socialförvaltningen

⁶ Checklista ta emot orosanmälan gällande barn

⁷ Checklista omedelbart omhändertagande LVU

⁸ Digitala orosanmälningar samt orosanmälningar per fax utanför kontorstid

3.2.1 Bedömning – Skyddsbedömning

Vår bedömning är att nämnden har ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att skyddsbedömningar genomförs skyndsamt och av behörig personal. Dock bedömer vi att det saknas tydliga arbetssätt/ och eller anvisningar avseende val av ärendetyp vid inkommen underrättelse. Baserat på stickprover noteras att det finns fall där dokumentation om skydd uteblivit trots att uppgifterna för nämnden tidigare varit okända och avser oro för barn.

3.3 Förhandsbedömning

Efter att socialtjänsten har mottagit en anmälan och genomfört en omedelbar skyddsbedömning ska en förhandsbedömning genomföras inom 14 dagar. Syftet är att bedöma om barnet eller den unge antas vara i behov av insatser som därmed behöver utvärderas i en utredning.

Det framgår av rutin⁹ vem som ansvarar för förhandsbedömning och hur denna ska genomföras. I rutinen framgår även att utredning ska inledas utan dröjsmål om det framkommer uppgifter om våld samt att utredning kan inledas på ung vuxen när det kan föreligga ett vårdbehov som behöver tillgodoses i form av tvingande åtgärder.

Enligt delegationsordning¹⁰ har behörig socialsekreterare delegation att besluta om att inleda utredning. Vid beslut om att inte inleda utredning har teamledare delegation. Det framgår i kontakt med förvaltningen att socialsekreterare tillfälligt har fått utökad delegation för att kunna fatta detta beslut med anledning av hög arbetsbelastning bland teamledare. Tidsbegränsad vidaredelegering har i ett fall skett i form av ett skriftligt beslut och i övriga fall per mejl. Förlängning av detta har därefter skett muntligen.

Av verksamhetens statistik¹¹ noteras att andelen förhandsbedömningar som inte har avslutats inom ramen för 14 dagar under 2022 var 38%. Under första kvartalet 2023 var andelen 33%.

Av intervjuer framkommer att verksamheten har svårigheter att hålla handläggningstiden på 14 dagar. De intervjuade menar att det beror på den höga arbetsbelastningen bland socialsekreterare snarare än kunskap om föreskrivna tidsramar. En annan orsak beskrivs vara att teamledare som har delegation på att fatta beslut om att inte inleda utredning inte haft tid att fatta beslutet i verksamhetssystemet.

Det framkommer vid intervju att svårigheterna med skyndsamtheten med förhandsbedömningar är känt på nämnds- och ledningsnivå. Dock framhålls att det från

⁹ Anvisning för aktualisering och förhandsbedömning för socialförvaltningen

¹⁰ Socialnämndens delegationsordning

¹¹ Utredningstider 0–18 år

ledningshåll finns en upplevelse av att det genomförs prioriteringar utifrån ärendenas karaktär.

Stickprov

Vid stickprov av förhandsbedömningar iakttas att tre av tio förhandsbedömningar inte har genomförts skyndsamt. I dessa fall saknas dokumenterade och synnerliga skäl som föranleder behov av förlängd tid för förhandsbedömning. I flertal förhandsbedömningar där tidigare kännedom funnits har detta endast lagts in som utdrag där det inte går att utläsa vad kännedomen avser och hur denna beaktats. Vidare noteras att socialsekreterare (med vidaredelegation som ovan beskrivet) fattat beslut om att inte inleda utredning i flertal fall. Resultatet av stickprover finns i sin helhet som bilaga.

3.3.1 Bedömning – Förhandsbedömning

Vår bedömning är att det finns omfattande rutiner och anvisningar för arbetet med förhandsbedömningar. Vi ser att det finns en hög ambitionsnivå för att säkerställa att arbetet genomförs i enlighet med lagar och föreskrifter. Dock ser vi stora brister i skyndsamheten där en stor andel av förhandsbedömningarna inte genomförs inom vad som i lagen anses vara skyndsamt. Vi bedömer även att det finns brister vid beaktandet och dokumentation av tidigare kännedom i flertal granskade förhandsbedömningar.

En åtgärd som vidtagits under granskad period beskrivs vara vidaredelegering av beslutanderätt i förhandsbedömningar från teamledare till socialsekreterare. Vår bedömning är att de vidaredelegeringar som genomförts inte är förenliga med gällande delegationsordning. Av delegationsordning framgår att vidaredelegering får beslutas av förvaltningschef och beslutet ska anmälas till nämnd, vilket inte har gjorts. Vi ser risker med vidaredelegeringen i den omfattning som gjorts kopplat till likvärdig handläggning.

3.4 Utredning

Om socialtjänsten bedömt att inleda utredning efter en förhandsbedömning av en anmälan ska barnet eller den unges behov utredas för att bedöma om behov av insats finns.

Vid intervjuer framgår att enheterna, på grund av personalbrist, börjat arbeta med kategoriseringar av ärenden. Det finns ett stödmaterial med tabeller där det framgår hur socialsekreterare ska kategorisera utredningar i färgkoder (grön, gul och röd). Det framgår bland annat att grön avser ärende med enstaka riskfaktorer, gul avser ärende med flera riskfaktorer och röd avser ärenden där faktorerna är av mer omfattande och allvarlig karaktär. Teamledare ska därefter fördela ärendet, vilket görs veckovis. Gröna ärenden handläggs av mottagningsenheten och övriga överlämnas till utredningsenheterna.

Av rutin¹² gällande handläggning av utredning framgår bland annat tidsfristen, vem som ansvarar över utredningen, planering av en utredning, bedömning av risk och skydd samt kommunikering. Det framgår av rutiner¹³ vilka evidensbaserade metoder som används vid utredningar däribland FREDA¹⁴ och PATRIARK¹⁵.

Vid utredningar som rör våld i nära relation finns en handbok¹⁶ för samverkan med Barnahus¹⁷. Handboken innehåller samlade rutiner och riktlinjer samt lagar som styr samverkansmyndigheternas (socialtjänst, Polismyndigheten, Åklagarkammaren och regionen) arbete.

Av verksamhetens statistik noteras att andelen utredningar som inte har avslutats inom ramen för utredningstiden om maximalt fyra månader var 29% under 2022. Under första kvartalet 2023 var andelen 23%¹⁸.

För att minska sena utredningstider framgår av de intervjuade att handlingsplaner har upprättats, metodtider har införts gällande utredningsplaner och en mall för regelbunden ärendegenomgång har upprättats. Vidare framhålls att nämnden vidtagit åtgärder för att förbättra handläggningstiderna men att förvaltningen återkommande lyfter personalbrist som en orsak till fortsatta svårigheter.

3.4.1 Samverkan

Socialnämnden har samverkansöverenskommelser med bland annat skola, barnavårdscentralen (BVC) och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Nedan följer en beskrivning av de olika samverkansöverenskommelserna.

Det finns en överenskommelse¹⁹ för samverkan mellan förskola, skola och socialtjänst. Överenskommelsen avser samverkan vid förebyggande arbete, uppmärksamma negativ utveckling, samverkan mellan förskola /skola när socialtjänsten utreder ett barns behov samt vid insats.

Vidare finns samverkansriktlinjer²⁰ för samordnad individuell plan (SIP) mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst, förskola och skola samt habilitering och rehabilitering i

¹² Anvisning för att utreda bedöma och besluta inom socialförvaltningen

¹³ Anvisning för metoder och stöd vid handläggning och uppföljning

¹⁴ Metod för att upptäcka våld i nära relation

¹⁵ Metod för riskbedömning vid hedersrelaterat våld

¹⁶ Barnahushandboken 2023

¹⁷ Samverkan mellan myndigheter gällande barn som utsatts för allvarliga brott

¹⁸ Utredningstider 0–18 år

¹⁹ Överenskommelse för samverkan mellan förskola/ skola och socialtjänst

²⁰ Gemensam individuell planering, SIP, mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst, förskola och skola samt samordning av insatser för habilitering och rehabilitering i Sörmland

Eskilstuna kommun

Granskning av handläggning inom barn och ungdomsvården

2023-05-31

Sörmland. Mellan Eskilstuna kommun, Strängnäs kommun samt region Sörmland finns en rutin för svårt sjuka barn i ytterst svåra livssituationer²¹.

För att tydliggöra varje parts ansvar när ett barn eller ungdom vårdas utanför det egna hemmet finns en överenskommelse²² med region Sörmland gällande hälsoundersökningar.

Socialnämnden har även överenskommelser²³ med barn- och ungdomspsykiatri i Sörmland vid placering av barn och unga. Överenskommelsen syftar till att säkerställa att de barn och unga som placeras i familjehem eller HVB ska få sina behov av barn- och ungdomspsykiatrisk bedömning, utredning och behandling tillgodosedda.

Det finns ett samverkansavtal²⁴ med Barnahus. Avtalet reglerar de åtaganden som gäller för socialnämnden, Polismyndigheten, hälso- och sjukvården samt åklagarkammaren.

När ett barn 0–6 år placeras utanför det egna hemmet finns en rutin²⁵ för hälsoundersökning vid barnvårdscentralen (BVC). I rutinen ska socialnämnden initiera behov av hälsoundersökning i samband med placering.

Gällande samverkan lyfts vid intervjuer att ett utvecklingsområde upplevs vara samverkan mellan utredningsenheterna och förebyggande enheten. Exempel på detta är att det önskas större involvering av förebyggande enheten i ärenden där utredning avslutas utan åtgärd men fortsatt oro finns. Detta då förebyggande enheten fortsatt kan följa barnets utveckling på fältet och åter signalera till socialtjänstens myndighetsutövning om negativ utveckling fortgår.

Däremot lyfts att det finns en god samverkan på ledningsnivå med barn- och utbildningsnämnden för att främja arbetet med tidiga förebyggande insatser.

Stickprov

Vid stickprov iakttas att fem av tio granskade utredningar inte har handlagts skyndsamt och har gått över föreskriven tid om maximalt fyra månader. I samtliga fall saknas i utredningen dokumenterade skäl till förlängd utredningstid. I en utredning saknas beskrivning av anledning till utredning, i sju fall saknas beskrivning av hur familjen har varit delaktig i planering av utredning. Genomförandet av utredningarna har delvis genomförts enligt BBIC men ingen evidensbaserad bedömningsmetod har använts i någon av utredningarna. Tidigare kännedom framgår enbart i form av förteckning av tidigare ärenden men ingen djupare beskrivning av hur tidigare kännedom har tagits i

²¹ Samverkansrutin kring svårt sjuka barn och/ eller barn i ytterst svåra livssituationer

²² Överenskommelse om hälsoundersökning i anslutning till placering av barn

²³ Överenskommelse om samverkansrutiner socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri i Sörmland

²⁴ Samverkansavtal med bilagor gällande Barnahus i Eskilstuna

²⁵ Rutin för BVC vid hälsoundersökningar i anslutning till att barn (0–6 år) placeras

beaktande finns. I fem av utredningarna saknas dokumentation om kommunicering. Vidare har ett beslut om stadigvarande vård och fostran enligt utredning fattats felaktigt då det inte har tagits beslut i nämnd enligt gällande lagstiftning.

Det iakttas att referenssamtal eller konsultationer inte har genomförts i flertal utredningar som avser allvarlig oro. Vid kännedom om brott har ställningstagande om polisanmälan gjorts i en av de granskade utredningarna. I ett fall framkommer i kontakt med förvaltningen att ställningstagande inte gjorts med hänsyn till att anmälan avsett pågående polisutredning. Dock framkommer ingen information gällande polisutredningen i granskad utredning, vilket bör noteras.

Av stickprover framkommer att ingen av de granskade utredningarna har utförts i enlighet med lagar och föreskrifter fullt ut. Resultatet av stickprover finns i sin helhet som bilaga.

3.4.2 Bedömning – Utredning

Vår bedömning är att det finns omfattande rutiner och anvisningar för arbetet med utredningar. Vi ser att det finns en hög ambitionsnivå för att säkerställa att utredningar genomförs i enlighet med lagar och föreskrifter samt med stöd av evidensbaserade bedömningsmetoder. Dock ser vi brister i skyndsamheten där utredningar inte genomförts inom vad som lagen anses vara skyndsamt, även om utredningstiderna förbättrats under sista delen av granskad period. Vi bedömer även att det finns brister i beaktandet av tidigare kännedom, utredningsplanering samt kommunicering i flertal granskade ärenden. Vid ärenden som rör våld ser vi även brister i ställningstagande för eventuell polisanmälan. Vidare framgår att beslut om stadigvarande vård och fostran fattats felaktigt vilket tyder på brister i kontroll och kunskap hos handläggare. Vår bedömning är därmed att det finns grundläggande brister i kompetens, efterlevnad av rutiner/ riktlinjer samt nämndens egenkontroll.

3.5 Systematiskt utvecklingsarbete

Planering

Av internkontrollplan²⁶ framgår tre risker som avser granskat område där kontroller planerats. Nedan beskrivs dessa risker med tillhörande kontrollmoment.

Risk

Att förvaltningen inte erbjuder rätt vård till rätt vårdbehovsnivå pga riktlinjerna inte följs, vilket leder till att förvaltningen har en fortsatt negativ kostnadsavvikelse

Kontrollmoment

Kontrollera att riktlinjerna efterföljs genom journalurval senast i november.

²⁶ Internkontrollplan socialnämnden 2023

Eskilstuna kommun

Granskning av handläggning inom barn och ungdomsvården

2023-05-31

Att det blir fördröjning i utredningsprocessen inträffar pga kö till mottagnings- och utredningsenheter, vilket leder till att brukare inte får hjälp i tid

Kontrollera handläggning och utredningstider en gång per de tre första kvartalen 2023 med hjälp av statistik från verksamhetssystemet.

Att styrande och stödjande dokument som beslutats av förvaltningen inte efterlevs inträffar vilket leder till att förvaltningens medarbetare inte arbetar rättssäkert och likvärdigt

En kontroll ska göras en gång i maj med hjälp av enkäter till alla medarbetare och chefer inom respektive verksamhetsområde.

I verksamhetsplan ²⁷ har styrkort fastställts där nämnden har satt målet att 75% av utredningarna ska genomföras enligt föreskriven tid inom 4 månader. 70% av förhandsbedömningarna ska slutföras inom föreskriven tid inom 14 dagar. Tidigare mål för 2022 var 65 respektive 78%.

Uppföljning

Av verksamhetsberättelse²⁸ framgår att utredningstider följts upp på årsbasis, med anledning av utmaningar i handläggningstider.

Av kvalitetsberättelse²⁹ framgår att 49 avvikelser har registrerats för utredningsenheterna barn och familj under 2022. En stor del av avvikelserna beror enligt berättelsen på frånvaro och att det inte funnits någon fungerande rutin vid frånvaro. Övriga avvikelser har handlat om brister i kommunikation, tillgänglighet och insatsbeslut som löpt ut. Utredningarna av avvikelserna har resulterat i åtgärder för att underlätta arbetssituationen på förvaltningen. 39 avvikelser gäller mottagning, familjerätt, administrativt stöd och länsjour. Dessa har handlat om att handlingar inte har skickats till handläggare eller skickats för sent. En orsak beskrivs bero på högt inflöde av anmälningar och ansökningar.

Vidare framgår av kvalitetsberättelsen att sju Lex Sarah utredningar genomförts under 2022. Ytterligare två anmälningar som inkommit 2022 ska utredas under 2023. I tre utredningar förelåg missförhållanden i form av att det saknades bedömningar, ställningstaganden och omedelbara skyddsbedömningar. Den sammanlagda helhetsbilden av ärenden har inte bedömts, vilket lett till att ärenden inte hanterats i den omfattning som varit behövligt. Orsaken till avvikelserna varierar men återkommande beror det på hög arbetsbelastning. I aktgranskningen uppmärksammas det i flera utredningar bristande dokumentation på vad som har hänt i ett ärende, vilket gjort det svårt att ta över ärenden vid frånvaro. Utredningarna av Lex Sarah har lett till åtgärder såsom se över rutinen omedelbar skyddsbedömning i ärenden och

²⁷ Verksamhetsplan socialnämnden 2023

²⁸ Verksamhetsberättelse socialnämnden 2022

²⁹ Kvalitetsberättelse socialförvaltningen 2022

2023-05-31

dokumentation av dessa och utbildning kring hur faktiska omständigheter ska dokumenteras.

Av intervjuerna råder delade meningar avseende arbetet med avvikelser. Vissa menar att det är viktigt att föra resonemang mellan varandra i stället för upprättande av avvikelser medan andra menar att det är en utvecklingsfråga att upprätta mer avvikelser.

Egenkontroll

Sedan 2021 har förvaltningen årligen genomfört egenkontroller i form av aktgranskning. Av rutin³⁰ framgår att varje enhet ska granska 20 ärenden med stöd av ett frågeformulär gällande handläggningen. Varje enhet får sedan göra en sammanställning i en analysmall för att identifiera utvecklingsområden. Detta förs sedan in till verksamhetsplanen samt till förvaltningsledningen för vidare arbete. Av intervjuer framgår att arbetet med aktgranskning inte varit fullt tillfredställande med hänsyn till arbetsbelastning samt att enbart vissa handläggare har varit delaktiga. Det framkommer att utmaningarna är kända av ledningen.

Av intervjuer framgår att resultatet av aktgranskningen inte upplevs ha kommit verksamheten till gagn. Dels då information inte gått ut till alla medarbetare, dels då bristerna inte har omsatts till tydliga åtgärder på samtliga enheter.

Det finns en mall för ärendegenomgång³¹ som genomförs av teamledare enskilt med varje handläggare. Detta då det inte tidigare funnits tydlig uppföljning av ärenden i verksamheten. Det framhålls vid intervju att ledningen inte fått lika tydliga signaler om lägesbilden på enheterna tidigare. I mallen finns olika kontrollområden för inledda utredningar, förhandsbedömningar och insatser. Detta för att kontrollera att ärenden inte går över tid och att insatser inte löpt ut samt ärendetyngd utifrån färgkodning. Vid intervjuer lyfts att månadsvisa ärendegenomgångar genomförs av teamledare med varje handläggare enskilt på utredningsenheterna. Vid behov av mer stöd sker ärendegenomgång tätare. Det finns inget uttalat om att kontrollera och följa upp förhandsbedömningar vid ärendegenomgångar men teamledare kan kontrollera detta i verksamhetssystemet kontinuerligt även beredskapsjouren.

Vad gäller övriga kontroller framgår av intervjuer att teamledare och enhetschef läser skriftliga underlag i fall där de fattar beslut och/ eller när underlag ska lyftas i nämnd. I övriga fall genomförs i regel inga kontroller av skriftliga underlag. Vidare framgår att nämnden inte utför stickprover av ärenden och att den aktgranskning som beskrivs ovan inte rapporteras till nämnd. Nämnden får däremot rapportering avseende den interna kontrollen på årsbasis. Vidare framgår att på mottagningen tas statistik ut kvartalsvis på genomsnittlig handläggningstid för förhandsbedömningar av enhetschef.

Utveckling

³⁰ SF rutin egenkontroll- aktgranskning

³¹ Mall för ärendegenomgång

Av kvalitetsberättelsen³² framgår att medarbetare har varit delaktiga i skapandet av riktlinjer, rutiner, egenkontroller samt delaktighet i utvecklingsarbeten vilket bekräftas av intervjuade. De har också varit delaktiga i forum inom kommunen men även i samverkan med andra kommuner för utbyte av goda exempel. Det framgår även att medarbetare under förra året har framfört att rutiner varit svåra att hitta. Under 2023 ska utveckling och förbättring av tillgängligheten för dokument och rutiner genomföras.

Planerade utvecklingsarbeten är bland annat, pågående arbete med styrande och stödjande dokument utifrån huvudprocesskartan, en enhetlig sammanhållen introduktion för nyanställda socialsekreterare.

3.5.1 Bedömning – Systematiskt utvecklingsarbete

Vi bedömer att det finns antagna rutiner för hur egenkontroll ska genomföras i form av aktgranskningar samt ärendegenomgångar. Vi noterar även att de risker som vi lyft i tidigare avsnitt också delvis finns i nämndens internkontrollplan. Dock noterar vi att aktgranskning inte genomförts fullt ut på samtliga berörda enheter med hänvisning till arbetsbelastning. Vi ser inte heller en tydlig koppling mellan aktgranskning och utvecklingsåtgärder i förvaltningen. Det är även anmärkningsvärt att nämnden har ett mål gällande handläggningstider som innebär att lagstiftningen inte efterföljs.

Med hänsyn till de brister som vi vid stickprover har noterat och beskrivit i tidigare avsnitt bedöms det systematiska arbetet inte få fullt genomslag.

3.6 Kompetens

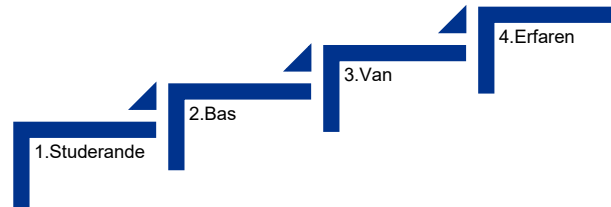
Det framgår att samtliga socialsekreterare inom granskad verksamhet har socionomexamen eller motsvarande utbildning³³. Det finns ett antal anställda som saknar behörighet att arbeta med barn och unga, dessa är studenter som arbetar under studietiden och har en särskild befattning som obehöriga socialsekreterare. Det framkommer av intervjuer att dessa inte fullgör uppgifter som kräver socionomexamen.

För att utveckla personal och säkerställa kompetensen har verksamheten en kompetenstrappa³⁴ som gäller för myndighetsutövningen. Kompetenstrappan innehåller fyra nivåer och används som utgångspunkt vid planeringen av medarbetares kompetensutveckling.

³² Kvalitetsberättelse socialförvaltningen 2022

³³ Statistik över anställningsform på mottagning samt utredningsenheterna

³⁴ Kompetenstrappa för resurs och myndighet



Den första nivån avser medarbetare under studier, andra nivån avser nyutexaminerade medarbetare. Tredje nivån innefattar medarbetare som arbetar självständigt inom myndighetsutövningen och har erfarenhet på området. Fjärde nivån i innefattar medarbetare med specialistkompetens som kan medverka i utvecklingsfrågor och stötta andra medarbetare. Under varje nivå framgår av kompetenstrappan vad som kan förväntas av medarbetare på respektive nivå samt vilka kompetenshöjande insatser som ska ges. Möjligheter att fördjupa och specialisera sig på avancerad nivå utifrån intresse och behov finns för de som nått den fjärde nivån. Detta i form av exempelvis högskolestudier på avancerad nivå.

För introduktion av nyanställda medarbetare finns en checklista³⁵ som enhetschef ansvarar över tillsammans med en utsedd fadder från personalgruppen. Checklistan innehåller olika aktiviteter som ska utföras innan första arbetsdag samt under den första perioden.

Av intervjuer framgår att utredningsenheterna har vakanser på åtta medarbetare. För att hantera dessa vakanser har enheterna fem inhyrda konsulter. Rekrytering av personal sker genom en samrekrytering för hela myndighetsutövningen. Det finns två utsedda enhetschefer som håller i intervjuer och vid intervjun efterfrågas intresse om inriktning. Det finns en rekryteringsenhet som kontrollerar examensbevis vid anställning för att säkerställa behörighet. Vid intervjuer framhålls att det upplevs vara en stor omsättning på personal och svårigheter att rekrytera på grund av konkurrens med grannkommunerna gällande lön.

De intervjuade framhåller att enheterna har utmaningar med hög andel erfarna socialsekreterare vilket påverkar arbetsbelastningen för de mer seniora medarbetarna och rättssäkerheten. Det framgår till exempel att teamledare handlägger egna ärenden då det inte är möjligt att fördela till övriga handläggare. Det lyfts att det saknas en plan för hur enheterna ska hantera ärenden som inte går att fördela ut på handläggare. För att komma till rätta med problemet med arbetsbelastningen har seniora handläggare anställts. Fyra tjänster har inrättats och vid intervju i maj 2023 har tre av dessa tillsatts. Tjänsten som senior handläggare har enligt de intervjuade syftat till att skapa en attraktiv tjänst för erfaren personal att söka sig till verksamheten. Tjänsten planeras utformas i samråd med de som anställs, utgångspunkten är dock att de ska vara erfarna handläggare som ska utgöra ett stöd för övriga.

³⁵ Checklista för introduktion av nyanställd medarbetare



Eskilstuna kommun

Granskning av handläggning inom barn och ungdomsvården

2023-05-31

Vidare framgår av de intervjuade att verksamhetens medarbetare har arbetat mycket med ärendeprocesser, rutiner och anvisningar för att säkerställa att nya handläggare har ett stöd i sitt arbete. Teamledarna har även en kompetensutvecklande funktion genom att de finns till som stöd i handläggningen och har teamtid med medarbetarna. Därtill finns tillgång till processhandledning.

3.6.1 Bedömning – Kompetens

Vår bedömning är att nämnden har en strategi och utformade arbetssätt för att säkerställa att socialsekreterare är behöriga enligt gällande lagstiftning och besitter tillräcklig kompetens. Detta genom tydliga rutiner om utdrag av examensbevis samt genom att en tydlig kompetensutvecklingsplan finns i form av kompetenstrappa. Vi ser kompetenstrappa som positiv i frågan om att säkerställa följsamhet mellan kompetens och arbetsuppgifternas komplexitet.

Dock ser vi att det finns utmaningar i kompetensförsörjningen där det framkommer en upplevelse av att handläggningen är högt belastad. Vilket får konsekvenser som att teamledare får lägga mer fokus på att handlägga egna ärenden snarare än att utveckla och stötta socialsekreterare. Vi ser att nämnden inrättat tjänster som seniora handläggare vilket vi ser som positivt då rekryteringsarbetet inneburit ökad erfarenhet i verksamheten.

4 Slutsats och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnden har allvarliga brister i handläggningen inom myndighetsutövningen för barn och unga. Vår bedömning grundas på att även om det finns riktlinjer, rutiner och en organisering av verksamheten som i huvudsak är ändamålsenlig visar vår granskning på betydande brister i efterlevnad av lag och riktlinjer på området. Till detta visar granskningen på brister i nämndens egenkontroll av verksamheten. Vi finner det också anmärkningsvärt att nämnden beslutat om mål för sin verksamhet som avviker från gällande lag.

Vi bedömer att nämnden har en tydlig organisering och ansvarsfördelning gällande handläggningsprocessens olika delar samt har rutiner och anvisningar för respektive del. Dock bedömer vi att nämnden saknar ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa att handläggningsrutiner efterföljs.

Vi ser stora brister i skyndsamheten gällande såväl förhandsbedömningar som utredningar och bedömer att beslutade åtgärder inte är tillräckliga.

Vid stickprover bedöms en majoritet av ärendena inte ha handlagts i enlighet med gällande bestämmelser fullt ut. Generellt noteras i flertal stickprover brister i dokumentation av hur tidigare kännedom tagits i beaktande samt hur utredningsplanering och kommunicering genomförts. Särskilt i ärenden som rör våld noteras att ställningstagande om eventuell polisanmälan inte har genomförts och dokumenterats i två av tre ärenden. När det gäller beslut noteras att vidaredelegering har skett i strid med gällande delegationsordning avseende beslut att inte inleda utredning. Vidare noteras att beslut fattats i strid med gällande lagstiftning om förbud mot delegering i fråga om beslut om stadigvarande vård och fostran.

Vi ser att förvaltningen har infört en aktgranskning under 2021 för att systematiskt utvärdera handläggningen, dock ser vi brister i arbetet där enheterna inte fullt ut arbetat med aktgranskningen och där resultatet av aktgranskningen inte har omsatts i tydliga åtgärder. Vi noterar vid våra stickprover liknande brister som redan tidigare noterats vid aktgranskningar inom förvaltningen.

Vår bedömning är däremot att nämnden har en strategi och utformade arbetssätt för att säkerställa att socialsekreterare besitter tillräcklig kompetens. Dock ser vi att det finns stora utmaningar i kompetensförsörjningen som påverkat handläggningens kvalitet och skyndsamhet. Då vi trots åtgärderna med att hyra in personal och att inrätta nya tjänster ser brister i handläggningen kopplat till skyndsamhet vill vi påpeka att kompetensförsörjningen fortsatt behöver utvecklas.

Utifrån vår bedömning och slutsats rekommenderar vi nämnden att:

- Utforma ett systematiskt arbetssätt för att följa upp och säkerställa att handläggning sker i enlighet med fastställda rutiner.
- Utforma ett systematiskt arbetssätt för att följa upp och säkerställa att beslut fattas i enlighet med fastställd delegationsordning.
- Säkerställ att iakttaga brister vid egenkontroll och avvikelshantering dokumenteras och följs upp i utvecklingsarbetet.



Eskilstuna kommun

Granskning av handläggning inom barn och ungdomsvården

2023-05-31

— Säkerställ att lagens skyndsamhetskrav gällande såväl förhandsbedömningar som utredningar efterföljs.

Datum som ovan

KPMG AB

Joakim Hackström Larsson

Kommunal revisor

Suzan Bakan

Kommunal revisor

Mikael Lind

Certifierad kommunal revisor

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

A Bilaga: Stickprover

Förhandsbedömningar (samt skyddsbedömningar)

Ärende	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Har anmälare dokumenterats?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Framgår anledning till anmälan?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Har skyddsbedömning genomförts skyndsamt?	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Framgår namn och befattning i skyddsbedömningen?	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Framgår tidpunkt för skyddsbedömningen?	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Framgår faktiska omständigheter för skyddsbedömning?	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Har förhandsbedömning genomförts skyndsamt?	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Har tidigare kännedom beaktats?	Ja	Ja	Nej*	Ja	Ja	Nej*	Ja	Ja	Nej*	Nej*
Har barnets inställning inhämtats? Om inte, har orsak angetts?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Har ett ställningstagande gjorts?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Har beslut fattats av behörig delegat?	Nej**	Nej**	Nej**	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej**
Vid förlängning av förhandsbedömning, har skäl dokumenterats?	X	X	X	X	X	X	X	Nej	X	X
Är handläggare behörig socionom?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Har återkoppling skett till anmälare?	X	Ja	X	Ja	Ja	X	Ja	X	X	Ja

* Finns utdrag på ärendehistorik men saknas beskrivning av kännedom och hur detta påverkar bedömning.

** Ej behörig delegat (socialsekreterare som vidaredelegerats av obehörig)

Utredningar (samt skyddsbedömningar)

Ärende	1	2	3	4	5	6	7	8	9*	10
Framgår anledning till utredning?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	X	Ja
Framgår vem/ vilka utredningen avser?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	X	Ja
Har familjen bjudits in att delta i planering av utredning?	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	X	Nej
Har barnet fått komma till tals?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	X	Ja
Om nej, har orsak dokumenterats?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	X	Ja
Har utredning genomförts skyndsamt?	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	X	Ja
Har samtycke inhämtats från vårdnadshavare?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Om nej, har kontakter enligt 11 kap 2 § dokumenterats?	X	X	X	X	X	Ja	Ja	X	X	X
Har barnets inställning inhämtats? Om inte, har orsak angetts?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Framgår faktiska omständigheter av utredning?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	X	Ja
Framgår nämndens bedömning av den enskildes behov?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	X	Ja
Framgår hur utredning har genomförts?	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	X	Ja
Framgår nämndens bedömning av den egna förmågan?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	X	Ja
Framgår mål för föreslagen insats?	Ja	X	X	Nej	Ja	X	Nej	X	X	X
Framgår användning av strukturerad bedömningsmetod?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x
Har anmälningar som inkommit dokumenterats och skyddsbedömts?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	X	Ja
Framgår om kommunikering genomförts?	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	X	Ja
Har beslut fattats av behörig delegat?	**	**	**	Nej***	**	**	**	**	X	**
Är handläggare behörig socionom?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Vid våld, har bedömning om risk för ytterligare våld genomförts?	X	X	X	X	X	Ja	Ja	Ja	X	X
Vid kännedom om brott, har polisanmälan upprättats?	X	X	X	X	X	Nej	Nej**	Ja	X	X
Om nej, har ställningstagande att ej polisanmäla genomförts?	X	X	X	X	X	Nej	Nej**	Ja	X	X

*Felaktigt inledd utredning, barn i annan kommun

**Uppgift saknas i utredning

***Beslut om stadigvarande vård har fattats av obehörig

****Pågående polisutredning framgår av anmälan, nämns dock inte i utredning.

§ 141

KSKF/2023:237

Anmälan av kommunrevisionens granskning av socialnämndens handläggning inom barn och ungdomsvård

Beslut

1. Kommunrevisionens granskning av socialnämndens handläggning inom barn och ungdomsvård anmäls och socialnämndens svar ska redovisas till kommunfullmäktige.

Ärendebeskrivning

Kommunrevisionen har genomfört en granskning av socialnämndens handläggning inom barn och ungdomsvård. Socialnämnden ska lämna svar på granskningen till kommunrevisionen.

Beslutet skickas till:
Kommunrevisionen
Socialnämnden

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
------------------	--	--	--------------------