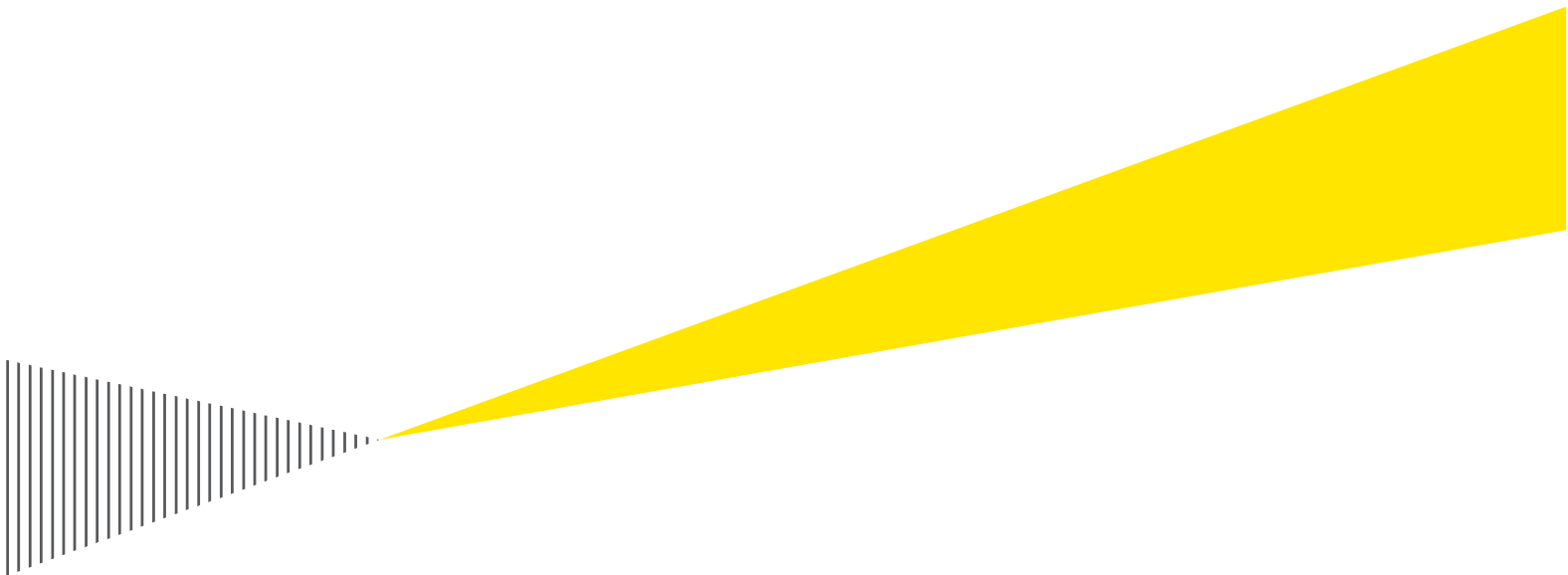


Upplands-Bro kommun

Granskning av social dokumentation



Building a better
working world

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| 1. Sammanfattning | 2 |
| 2. Inledning | 3 |
| 2.1. Bakgrund..... | 3 |
| 2.2. Syfte och revisionsfrågor | 3 |
| 2.3. Avgränsning | 3 |
| 2.4. Genomförande | 3 |
| 2.5. Revisionskriterier..... | 4 |
| 3. Organisering av socialtjänsten | 6 |
| 4. Dokumentation inom myndighetsutövningen | 7 |
| 4.1. Vuxenenheten – rutiner för utredning och beslut | 7 |
| 4.2. Barn och ungdom – rutiner för utredning och beslut | 9 |
| 4.3. Biståndsenheten – rutiner för utredning och beslut..... | 10 |
| 4.4. Bedömning | 11 |
| 4.5. Myndigheternas kvalitetsråd..... | 11 |
| 4.6. Egenkontroll - kollegial ärendegranskning | 11 |
| 4.7. Bedömning | 12 |
| 5. Rutiner för dokumentation i genomförandeplaner och social dokumentation | 13 |
| 5.1. Utföraravdelningen – stöd och behandlingsenheten | 13 |
| 5.2. Utförarenheten – vård- och omsorgsboende för äldre | 14 |
| 5.3. Krav på privata utförare..... | 16 |
| 5.4. Bedömning | 16 |
| 6. Stickprovsgranskning av akter | 17 |
| 6.1. Bedömning | 17 |
| 7. Nämndernas uppföljning och kontroll | 18 |
| 7.1. Uppföljning av dokumentation – Avdelning kvalitet- och verksamhetsstöd | 18 |
| 7.2. Bedömning | 20 |
| 8. Svar på revisionsfrågor | 21 |
| <i>Bilaga 1: Källförteckning</i> | <i>23</i> |
| <i>Bilaga 2: Resultat aktgranskning.....</i> | <i>24</i> |

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Upplands-Bro kommun granskat socialnämnden och äldre- och omsorgsnämnden i syfte att bedöma om nämnderna har säkerställt en ändamålsenlig regelefterlevnad och kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten.

Dokumentation utgör ett viktigt instrument i kvalitets- och uppföljningsarbetet. I dokumentationen tydliggörs den enskildes behov av hjälp och stöd samt vad, hur och vem som ska tillgodose behoven. Kraven på dokumentationen inom socialtjänsten regleras främst i 31 § förvaltningslagen och 11 kap. socialtjänstlagen med förordning.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte och ansvarsprövningsgrunden – bristande styrning och internkontroll av verksamhet - är att socialnämnden och äldre- och omsorgsnämnden inte fullt ut har säkerställt en regelefterlevnad och kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten.

Bedömningen grundas på att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för dokumentation vid samtliga myndighetsenheter och utförare. I riktlinjerna behandlas den lagstiftning som verksamheten styrs av, handlägningsprocessen samt regler och syfte kring dokumentation. Däremot efterlevs inte rutinerna fullt ut i verksamheterna.

I verksamheternas egenkontroller och i vår stickprovsgranskning av akter framgår brister vad gäller dokumentationen i ärendena. Akterna innehöll, i stort, nödvändig dokumentation men i flera fall saknades genomförandeplaner som uppfyller lagstiftning och allmänna råd. Bland annat formulering av konkreta och uppföljningsbara mål, främst inom granskade SoL-ärenden med beslut om insatser inom äldreomsorgen. Vi noterar även att en av de granskade akterna saknade en dokumenterad skyddsbedömning enligt 11 kap. §1a SoL, vilket är en brist.

Sammanfattningsvis bedömer vi att socialnämnden samt äldre- och omsorgsnämnden, via kvalitetsberättelsen och de egenkontroller som ska göras i verksamheterna, har förutsättningar för att på ett systematiskt sätt följa upp att handläggning och dokumentation håller en tillräckligt god kvalitet. Det finns dock utvecklingsområden vad gäller utförarens strukturerade arbete med egenkontroll av social dokumentation (stickprovsgranskning) i enlighet med nämndernas ledningssystem för kvalitetsarbete.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi socialnämnden och äldre- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att riktlinjer och rutiner är förankrade i samtliga delar av organisationen.
- ▶ Säkerställa att utföraravdelningen har tillräckligt med personella resurser för att kunna arbeta systematiskt och ändamålsenligt med egenkontroll av social dokumentation.
- ▶ Överväga att anpassa verksamhetssystemen för att på ett tillräckligt sätt signalera till myndighetsenheterna om genomförandeplan inte har inkommit inom 14 dagar.

Äldre- och omsorgsnämnden rekommenderas specifikt att:

- ▶ Säkerställa att genomförandeplaner hålls aktuella och innehåller samtliga punkter i Socialtjänstlagen 2 kap. socialtjänstförordningen.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Handläggning och dokumentation av ärenden som rör enskilda är en central uppgift inom socialtjänsten. Det gäller också skyldigheten att dokumentera genomförandet av beslut om individuellt behovsprövade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL).

Social journal är den del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ett ärende och genomförande av insatser görs kontinuerligt, i kronologisk ordning och utan oskäligt dröjsmål. Dokumentationen ska visa hur situationen för brukaren utvecklas och eventuellt avviker från det som planerats. Brister i dokumentationen kan medföra att beslut fattas på otillräckligt eller felaktigt underlag. Dokumentationen och den enskildes rätt till insyn i ärenden som rör myndighetsutövning stärker den enskildes skydd mot felaktig eller bristande myndighetsutövning. Den enskilde har rätt att överklaga besluten varför dokumentationen är viktig både för myndigheten och den enskilde.

Revisorerna har med utgångspunkt i genomförd riskanalys för 2019 beslutat att genomföra en granskning av regelefterlevnad och kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens övergripande syfte är att bedöma om socialnämnden samt äldre- och omsorgsnämnden har säkerställt en ändamålsenlig regelefterlevnad och kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Säkerställer nämnden en ändamålsenlig regelefterlevnad vad gäller social dokumentation?
- ▶ Finns rutiner för upprättande av genomförandeplaner?
- ▶ Tillämpas rutinerna och är brukaren och/eller närstående delaktig i utformandet av en genomförandeplan?
- ▶ Dokumenteras verkställigheten av beslutet i enlighet med de krav som finns i socialtjänstlagen och enligt Socialstyrelsen? Omfattar dokumentationen de nödvändiga uppgifterna?
- ▶ Säkerställer nämnderna att det finns tillräcklig intern kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten?

2.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till att inbegripa beslut enligt SoL, LVM och LVU. Beslut enligt LSS kommer inte att granskas.

2.4. Genomförande

Granskningen baseras på dokumentgranskning och intervjuer med ledande tjänstepersoner inom socialtjänsten, se bilaga 1.

Drygt tio akter med genomförandeplaner valdes ut för granskning mot socialtjänstlagen (SoL), LVU och LVM, samt kommunens regelverk. Initialt planerades en granskning av 12 ärenden. Aktgranskningen visade sig dock tidskrävande och med ett stort behov av stöd från verksamheternas systemförvaltare för tillgång och navigering i systemen. Med anledning av detta justerades urvalet till 10 ärenden om 9 akter, med fördelning inom respektive lagrum (SoL, LVU och LVM), se bilaga 2. Urvalet innefattade ärenden från januari 2017 – december 2018. Systemförvaltarna slumpade fram ärenden inom urvalet. Inom tidsramen fanns bara två beslut om insatser enligt LVM, vilket föranledde att vi i detta fall utökade tidsramen för urvalet.

Stickprovskontrollen syftar till att se vilken information som samlas, hur ofta uppgifter aktualiseras, innehållet i uppgifterna och formerna för uppföljning av insatserna. Stickproven fördelades mellan de två ansvariga nämnderna, äldre- och omsorgsnämnden (30 procent) och socialnämnden (70 procent).

Vi har bedömt akterna utifrån en checklista som utgår från vad utredningar och beslut om rätten till bistånd eller insatser bör innehålla enligt Socialtjänstlagen samt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS*.

2.5. Revisionskriterier

2.5.1. Förvaltningslagen (2017:900)

I 31 § regleras att det för varje skriftligt beslut ska det finnas en handling som visar:

1. dagen för beslutet,
2. vad beslutet innehåller,
3. vem eller vilka som har fattat beslutet,
4. vem eller vilka som har varit föredragande, och
5. vem eller vilka som har medverkat vid den slutliga handläggningen utan att delta i avgörandet.

Vidare fastslås att ett beslut som kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt ska innehålla en klargörande motivering, om det inte är uppenbart obehövligt.

2.5.2. Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Insatser inom socialtjänsten för barn och ungdom ska göras i samförstånd med den unge och/eller hans vårdnadshavare enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453). Vård skall beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. Detta kan även vara genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

2.5.3. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Tvångsvård skall beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk, samt att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL samt utgör en risk för sig själv eller annan i enlighet med 4 §. Mål och ärenden enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

2.5.4. Socialtjänstlagen (2001:453) 11 kap.

Av 11 kap. 1 a § regleras att socialnämndens bedömning som rör barn eller unga ska dokumenteras. Vidare fastslås i 3 § att en vårdplan ska upprättas när någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende, stödboende eller familjehem. För barn och unga som vårdas i ett hem för vård eller boende, stödboende eller familjehem ska en genomförandeplan upprättas. Planerna ska även inbegripa åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för. Dokumentationen skall utformas med respekt för den enskildes integritet.

Vårdplan

När ett barn behöver vårdas i ett annat hem än det egna ska en vårdplan upprättas över den vård som nämnden avser att ordna. En vårdplan ska även innehålla de åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för (11 kap. 3 § första och andra st. SoL). Av förarbetena framgår att det övergripande syftet med vårdplanen är att klargöra socialtjänstens mål och medel med vården, utifrån det enskilda barnets behov.

Genomförandeplan

Vårdplanen ska kompletteras med en genomförandeplan som beskriver hur vården ska genomföras (11 kap. 3 § andra st. SoL). Socialstyrelsens allmänna råd förtydligar hur genomförandeplanen ska utformas.

2.5.5. Socialstyrelsens SOSFS 2014:5

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd *SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS* skall alla verkställighetsbeslut innehålla en genomförandeplan. Denna genomförandeplan skall innehålla en redovisning av hur verksamheten tänker utföra beslutet bland annat beskriva vilka mål som gäller för insatsen, när och hur insatsen ska genomföras. Planen skall fattas i samråd med den enskilde, eller om den enskilde inte är kapabel att fatta beslut, dennes anhöriga eller utsedda goda man. Genomförandeplanen skall sedan följas upp av utföraren.

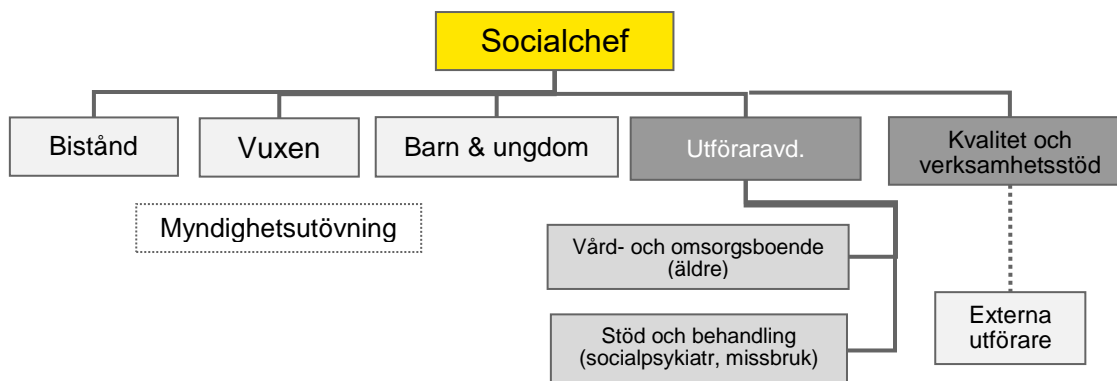
3. Organisering av socialtjänsten

Socialnämnden ansvarar för att barn och familjer får det stöd och den hjälp som regleras i den samlade lagstiftningen. Detta kan innebära insatser för ekonomiskt bistånd, insatser för personer med missbruksproblematik och boendestöd. Äldre- och omsorgsnämnden ansvarar främst för omsorg av äldre över 65 år.

Socialkontorets tre myndighetsenheter; barn- och ungdomsenheten, vuxenenheten och biståndsenheten för äldre- och funktionshinderomsorg samt socialpsykiatri, handlägger ärenden enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

Utföraravdelningen bedriver verksamhet som bland annat a) hemtjänst samt vård- och omsorgsboenden, men även b) öppenvård som stöd för barn och unga samt deras familjer och öppenvård för personer med missbruk samt socialpsykiatriskt stöd. Avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd hanterar bland annat övergripande administration, samordning av nämndens budget och genomför kvalitets- och avtalsuppföljningar.

Nedan är en något förenklad bild av socialkontorets organisation inom det granskade området. Enbart de utförarenheter som vi har fördjupat oss i inom ramen för granskningen finns beskrivna i bilden. Därutöver tillkommer enheter för hemtjänst, hälso- och sjukvård samt utförare inom LSS.



4. Dokumentation inom myndighetsutövningen

I detta avsnitt beskriver vi de verksamhetsområden vi granskat inom socialkontorets myndighetsutövande funktioner; barn och ungdom, vuxenverksamhet (försörjningsstöd, missbruk, nyanlända) samt bistånd (äldreomsorg). Här framgår hur enheterna arbetar med rutiner och internkontroll vad gäller dokumentation.

4.1. Vuxenenheten – rutiner för utredning och beslut

Vuxenenheten består av 14 socialsekreterare fördelade på enhetens olika verksamhetsområden: nyanlända, ekonomiskt bistånd, bostäder samt missbruk och våld i hemmet. På vuxenenheten arbetar även tre samordnare. Samordnarna fördelar ärenden till socialsekreterare samt deltar i metodutveckling och kvalitetsarbetet.

Varje utredning enligt 11 kap 1 § SoL ska leda fram till ett beslut. Detta beslut kan antingen innebära att ärendet avslutas utan åtgärd, att beslut om insats fattas eller att beslut om att lämna yttrande till annan myndighet fattas.¹ Beslut om öppenvård för missbruk som tas inom kommunen gäller i sex månader. Övriga beslut är oftast mycket kortare.

Beslutsfattaren skiljer sig åt beroende på ärende och karaktär enligt nämndernas delegationsordning, se nedan.

| Ärende | Lagrum | Delegat |
|---|-----------------|-------------------|
| Beslut om att inleda utredning | 11 kap. 1 § SoL | Socialsekreterare |
| Beslut om att utredning inte ska inledas | 11 kap. 1 § SoL | Samordnare |
| Beslut om att inleda utredning om skäl för tvångsvård | 7 § LVM | Enhetschef |
| Beslut om ansökan hos förvaltningsrätt om vård enligt LVM | 11 § LVM | Arbetsutskott |
| Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare | 13 § LVM | Arbetsutskott |

SOCIALNÄMNDENS DELEGATIONSORDNING

Insatserna som kan beslutas efter en utredning kan bland annat vara i öppenvården eller heldygnsverksamhet, insatser inom integration, arbetsmarknad samt försörjningsstöd. Vården kan bestå av arbetsrehabiliterande insatser samt mer intensiva terapier och inte sällan finns det någon psykiatrisk problematik vilket gör att resurser från kommunens allmänpsykiatriska verksamhet kopplas in eller i samverkan med landstingets resurser.

Socialsekreterarna får in ansökan från personen själv eller anhörig, samt anmälningar från polis, sjukvård eller annan aktör. Ärenden fördelas en gång i veckan av samordnare och öppnas upp i Procapita. Klientens situation kartläggs av en socialsekreterare genom möte med individen och innan ett beslut fattas om eventuellt frivillig insats görs vid missbruk en så kallad ASI²-intervju. Dokumentation sker enligt strukturerade mallar i Procapita. Skriftlig

¹ Riktlinjer för socialkontorets missbruksvård

² Addiction severity index (ASI) är en standardiserad och strukturerad intervju som främst är avsedd för användning i missbruks- och beroendevården och drogrelaterad behandlingsforskning. ASI mäter alkohol- och narkotikarelaterade problem.

kommunicering ska alltid ske av utredningar. I Procapita finns en kommuniceringsknapp som ska användas vid all kommunikering till klienten.

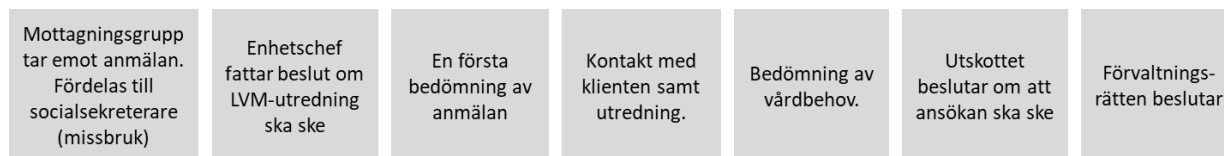
Inom vuxenenheten upprättas alltid en arbetsplan som arbetas fram med klienten³. Vid beslut om insatser genomförs ett uppstartsmöte med brukare, socialsekreterare och behandlare. Här sätts även datum för uppföljning som enligt rutin och manual ska ske inom 3 månader. Därefter upprättar utföraren en genomförandeplan. Samordnarna har genom verksamhetssystemet tillgång till socialsekreterares ärenden. Avstämning för att säkerställa att arbetsplaner och genomförandeplaner finns, görs enligt planering i årshjulet och vid individuella ärendedragningar mellan samordnare och socialsekreterare.

För att säkerställa systematisk uppföljning av ärenden finns hjälpmedel i Procapita, men det måste aktivt bevakas av en medarbetare. Systemet uppmärksammar dock socialsekreteraren på ärenden som är aktuella för avslutande av utredning. I verksamhetens processkarta för missbruk fastslås att socialsekreterare ansvarar för att bevaka att genomförandeplanen kommer in inom rätt tid samt att "avvikelse" ska skickas till utföraren om genomförandeplan inte har inkommit inom 14 dagar.

Det framgår av *Rutin – manual* för handläggning inom vuxenenheten att respektive socialsekreterare ansvarar för att personakter avslutas och rensas till de ärenden som socialsekreteraren har eller har haft aktuella. Personakten ska bestå av samtliga inkomna handlingar samt vissa upprättade handlingar bland annat undertecknade beslut, underskrivna arbetsplaner och genomförandeplaner. Det får inte finnas handlingar i pappersakten som inte registrerats och infogats i Procapita. I granskningen framkommer att akter bör stängas ca 2 månader efter beslut om avslutande av insatser. Enheten gjorde en egenkontroll i december 2018 för att säkerställa att ärenden stängts inom denna tid. Det framkommer i analys av kontrollen att handläggarna ibland dröjer med att stänga akter då individer förmodas återkomma.

4.1.1. LVM - utredning och beslut

Beroende på om det är frivilliga insatser som är aktuella eller om tvångsvård är aktuellt ser processerna olika ut. Vid LVM-ärenden är det enhetschef som beslutar om att inleda utredning om skäl för tvångsvård, se processkarta nedan. Dessförinnan prövas alltid frivilliga åtgärder.



Förenklad processbeskrivning av utredningsprocess för missbruk enligt LVM (ej brådskande)

³ Det finns flera typer av planer som har olika ändamål. De begrepp som används är arbetsplan, genomförandeplan, samordnad individuell plan och vårdplan.

Om det vid utredningen visar sig att det är adekvat med tvångsinsatser enligt § 13 LVM⁴ tar socialnämndens ordförande beslut om omedelbart omhändertagande. Samma dag som beslut om vård enligt § 13 LVM beslutas faxas beslut med underlag till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten har sedan fyra dagar på sig att godkänna eller avslå det omedelbara omhändertagandet. Därefter skall en ansökan göras av socialnämnden inom sju dagar, för LVM-förhandling i förvaltningsrätten. Under 2018 arbetade enheten med två beslut om tvångsvård enligt LVM från förvaltningsrätten.

4.2. Barn och ungdom – rutiner för utredning och beslut

Av socialnämndens delegationsordning framgår att beslut om att inleda utredning i barn- och ungdomsärenden är delegerat till samordnare på enheten som får besluta om att genomföra utredning oavsett den enskildes samtycke. Socialsekreterare får besluta om att inleda utredning om samtycke finns.

Inom LVU är det enhetschef på barn- och ungdomsenheten som beslutar om att inleda utredning om skäl för tvångsvård. Om det vid ansökan eller tidigt i utredningsskede visar sig att det är adekvat med tvångsinsatser enligt § 6 LVU, fattar socialnämndens ordförande beslut. Därefter ska en ansökan till förvaltningsrätten beredas till nämndens arbetsutskott som fattar beslut om att till förvaltningsrätten ansöka om tillstånd till tvångsvård enligt 6 § LVU om omedelbart omhändertagande⁵. Under 2018 var 18 personer aktuella för LVU-vård.

| Ärende | Lagrum | Delegat |
|--|-----------------|-------------------|
| Beslut om att inleda utredning vid samtycke | 11 kap. 1 § SoL | Socialsekreterare |
| Beslut om att genomföra utredning oavsett den enskildes samtycke. Endast i barn och ungdomsärenden | 11 kap. 2 § SoL | Samordnare |
| Beslut om att avsluta placeringsinsats för barn/unga | 4 kap. 1 § SoL | Samordnare |
| Beslut om ansökan hos förvaltningsrätt om vård enligt LVU | 4 § LVU | Arbetsutskott |
| Beslut om omedelbart omhändertagande av barn och ungdom under 20 år | 6 § 1 st. LVU | Arbetsutskott |
| Beslut om hur vården skall ordnas och var den unge skall vistas under vårdtiden | 11 § 1st. LVU | Arbetsutskott |
| Beslut om att vården skall upphöra | 21 § 1 st. LVU | Arbetsutskott |

SOCIALNÄMNDENS DELEGATIONSORDNING

Mottagningsenheten tar emot alla anmälningar och gör en förhandsbedömning som går ut på att ta ställning till om en utredning ska påbörjas eller ej. Ärenden som resulterar i att utredning inte inleds registreras med beslutsfattare, beslutsdatum och beslutsmotivering samt tillförs personakt om ärendet inte är pågående. Cirka 110 nya anmälningar per månad inkommer till mottagningsenheten. De anmälningar som inkommer i pågående ärenden tas ej om hand av mottagningsenheten då det redan finns ett ärende.

⁴ Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) är en tvångslag som kompletterar Socialtjänstlagen. Lagen möjliggör sluten tvångsvård av vuxna missbrukare efter beslut av förvaltningsrätt. För missbrukare under 18 år ska istället LVU tillämpas

⁵ Enligt 13 § LVU så ska socialnämnden minst en gång var sjätte månad överväga om vården fortfarande behövs och i sådant fall hur den ska inriktas och utformas.

Barn- och ungdomsenheten arbetar i verksamhetssystemet Procapita, men kommer under 2019 att gå över till Lifecare. Dokumentation sker utifrån utredningsmodellen barns behov i centrum, BBIC.

Om utredningen visar behov av insatser av stödjande eller behandlande karaktär i öppenvård, ansvarar utredaren för att en genomförandeplan upprättas. Inför en placering utom hemmet upprättas en vårdplan. Av vårdplanen framgår socialtjänstens avsikter med den föreslagna vården och hur den ska anordnas. Planen ligger till grund för genomförandet av vården och för uppföljningen. Den upprättas därför som ett särskilt dokument i Procapita. I vårdplan, uppdrag och genomförandeplan dokumenteras mål med insats. Målområdena följer samma struktur som beslutsunderlag enligt BBIC.

Vid ärenden som berör barn och unga finns krav på delaktighet, baserat på ålder och mognad. Av *Riktlinjer för socialnämndens arbete med barn och unga* framgår att vårdnadshavaren och den unge undertecknar planen så att det klart framgår att de tagit del av den och huruvida de samtyckt till den eller inte. I flera barn- och ungdomsärenden är barnet så pass litet att delaktigheten säkerställs genom att tillsammans med barnet fylla i en illustrativ broschyr.

Ärendedragningar sker veckovis och utredare har individuella genomgångar med samordnare en gång i månaden. Antalet pågående ärenden noteras i Excel-dokument i syfte att mäta arbetstyngd.

4.3. Biståndsenheten – rutiner för utredning och beslut

Av äldre- och omsorgsnämndens samt socialnämndens delegationsordning framgår att beslut om att inleda utredning är delegerat till biståndshandläggare.

| Ärende | Lagrum | Delegat |
|---|-----------------|--|
| Beslut om att inleda utredning | 11 kap. 1 § SoL | Socialsekreterare Biståndshandläggare |
| Beslut om bistånd i form av särskilt boende samt korttidsboende | 4 kap. 1 § SoL | Enhetschef |

ÄLDRE OCH OMSORGSNÄMNDENS DELEGATIONSORDNING

Vad gäller äldreomsorgen beslutar biståndshandläggare om hjälp i hemmet och enhetschef beslutar om särskilt boende. Biståndsenheten har fått ett nytt verksamhetssystem Lifecare för utredning och dokumentation. Lifecare uppges underlätta utredning och dokumentationen enligt IBIC (individens behov i centrum).



Det framgår i granskningen att alla moduler inte finns i Lifecare för att verksamhetssystemet ska vara komplett. Bland annat kan handläggaren inte se utförarens upprättade genomförandeplaner utan de måste gå in i det gamla verksamhetssystemet, Procapita. Då genomförandeplanerna inte finns tillgängliga i Lifecare kan handläggaren inte se om de beställda insatserna har beskrivits hos utföraren. Detta har dock åtgärdats under tiden för granskningen. Förbättringsförslag benämns vara att handläggaren ska få en notifikation i

systemet efter 15 dagar om genomförandeplan inte finns och därmed efterfråga denna från utförarna.

4.4. Bedömning

Vi bedömer att det inom myndigheten finns tillräckliga riktlinjer som stödjer handläggning och dokumentation av enskilda ärenden. Samtliga enheter för myndighetsutövning, (vuxenenheten, barn- och ungdomsenheten samt biståndsenheten) har fastställda rutiner och riktlinjer för dokumentation vilka tar sin grund i SoL samt SOSFS 2014:5, och innehåller hänvisning till lagrum, förslag på frastexter och ansvarsfördelning. I riktlinjerna behandlas bland annat den lagstiftning som verksamheten styrs av, handlägningsprocessen samt regler och syfte kring dokumentation. Rutinerna är levande dokument då de revideras vid behov och uppges vara väl förankrade i verksamheten.

Enheterna säkerställer klienten/brukarens delaktighet i planeringen genom bland annat underskrift. I flera barn- och ungdomsärenden är barnet så pass litet att delaktigheten säkerställs genom att tillsammans med barnet fylla i en illustrativ broschyr. Existensen av alternativa metoder för att främja barnets delaktighet bedöms som positivt.

Procapita underlättar för verksamheterna att leva upp till lagar och regler gällande dokumentation. Övergången till Lifecare förväntas av de intervjuade underlätta arbetet ytterligare. Vi delar den bedömningen. Genom BBIC finns förutsättningar att stärka den röda tråden, och efterlevnad av gällande krav i lagstiftning genom hela handlägningsprocessen.

4.5. Myndigheternas kvalitetsråd

Det systematiska förbättringsarbetet upprätthålls genom enheternas kvalitetsråd. Varje enhet har ett eget kvalitetsråd vilket fungerar som forum för att bland annat diskutera och revidera rutiner för dokumentationen. Kvalitetsråden innefattar representanter från enheternas alla arbetsgrupper vilka träffas ca en gång i månaden. Minnesanteckningar skrivs och avvikelser och förbättringsförslag återkopplas på APT. Efter genomförda egenkontroller tas prioriterade utvecklingsområden fram och förs vidare till råden där de respektive ärendestegen analyseras.

4.6. Egenkontroll - kollegial ärendegranskning

Myndighetsenheterna har sedan hösten 2013 ett gemensamt program för egenkontroll i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). Egenkontroll genomförs årligen i november och varje handläggare tilldelas ca 3–6 ärenden att granska. Detta organiseras av enhetens samordnare. Aktkontroller görs även i nyanställdas inskolningsfas och fungerar därmed även i utbildande syfte. Detta har validerats genom att vi har tagit del av dokumentationen.

Hos samtliga enheter har man tagit fram dokumentet *Rutin - manual* med reviderbara riktlinjer, mallar och förbättringsförslag behjälpliga för dokumentationsarbetet. Här förtydligas även viss roll- och ansvarsfördelning. Egenkontroll sker efter uppställda mallar och kollegialt upprätthållna rutiner. Fokus är att se hur dokumentationen är utförd i Procapita och om den följer upprättade rutiner.

Metodiken baseras på egna checklistor för att följa frågor om beslutsordning och dokumentationsprocess. Samordnaren samlar in egenkontrollerna för vidarebefordran till Kvalitet och verksamhetsstöd, som sammanställer materialet. Förekommande utvecklingsområden återkopplas till handläggare via enhetschef och med en följande handlingsplan som följs upp under året. Iakttaga avvikelser i dokumentationsarbetet lyfts fram av handläggare, åtgärdas och dokumenteras för att behandlas i kvalitetsråd.

4.6.1. Egenkontrollen har identifierat flera utvecklingsområden

I *Resultat av egenkontroll 2018*, barn och ungdom, påvisas hur dokumenterade underlag för frågor om generell kommunikation och inkluderande enskilda samtal med barn är tydliga utvecklingsområden. Utvärderingen delar upp ärendegången i 8 dokumentationssteg där totalt 184 slumpmässigt utvalda ärenden granskats därefter.

Egenkontrollen har också visat att enheten för barn och ungdom i hög grad lever upp till andelen akter som på ett tillräckligt sätt tillmötesgår dokumentationskriterier om icke-enskilda samtal med barn, färdigställda utredningar inom 4 månader, när och hur utredning och beslut kommunicerats, utformade uppdrag till utförare, samt möjligheterna till att följa uppföljningsprocesserna i aktanteckningar.

I biståndsenhetens *kontrollmoment med åtgärder* framkommer att flera av förbättringsområdena från aktgranskningen 2018 finns inkorporerade i planering av årets kontrollmoment. Några av förbättringsområdena berör tydlighet i samtycke, tidsbegränsning av beslut, samt att datum för uppföljning inte framgår tydligt.

Noterbart är att dokumentering av upprättade genomförandeplaner och konkreta och uppföljningsbara mål uppvisar en begränsad tydlighet i akterna för både biståndsenheten och barn- och ungdomsenheten. Genomförandeplaner skrivs av verkställighetssidan men det är myndigheten som ansvarar för dem. Det är enheten som sätter målen och säkerställer att genomförandeplanerna motsvarar uppdraget. I intervjuer anges att dokumentationskraven vad gäller uppföljning är otydliga.

Det framgår att biståndsenheten som åtgärd på stickprovskontrollerna 2018 har planerat två utbildningstillfällen med kommunjurist för att säkerställa att enheten inte brister i dokumentationen.

4.7. Bedömning

SKL beskriver i *Förbättrad dokumentation* att ett eget lärande ger en förbättrad och mer effektiv dokumentation. Myndigheterna inom socialkontoret bedöms ha goda lokala lärandeprocesser där handläggare granskar varandras dokumentation samt att tid avsätts för analys och diskussion kring dokumentationen.

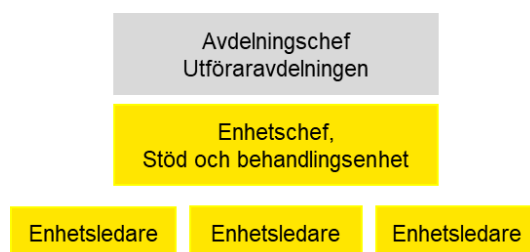
I myndigheternas årliga egenkontroller kontrolleras om aktuella genomförandeplaner finns. I egenkontroll för barn- och ungdomsenheten framgår att det finns förbättringsområden vad gäller upprättande av genomförandeplaner och formulering av uppföljningsbara mål. Vi bedömer att det finns anledning att anpassa systemen till att signalera till handläggare och socialsekreterare om genomförandeplan inte inkommit inom 14 dagar, både vad gäller kommunens utförare och privata utförare. Detta i kombination med uppföljningsbara mål underlättar myndighetens utvärdering av måluppfyllelsen för den beställda insatsen.

5. Rutiner för dokumentation i genomförandeplaner och social dokumentation

5.1. Utföraravdelningen – stöd och behandlingsenheten

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd *SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS* fastslås att genomförandeplanen skall fattas i samråd med den enskilde, eller om den enskilde inte är kapabel att fatta beslut, dennes anhöriga eller utsedda goda man. Utifrån processen med arbetsplan och inledande möten med klienten tas genomförandeplan fram av utförare/socialsekreterare i samråd med klienten och insatsens behandlare.

Under utföraravdelningens stöd- och behandlingsenhet finns ett flertal verksamheter som arbetar inom socialpsykiatri och missbruksvården.



Härnevimottagningen (missbruksenhet)

Missbruk Härnevi fokuserar på riskbruk-, missbruk- och beroendeproblematik och består av 3 heltidsarbetande missbruksbehandlare. Verksamheten är en samarbetande mottagning med mini-maria⁶ och PRIMA. Enhetsledaren är även behandlare till 50 procent. Verksamheten arbetar främst med tidsbegränsade insatser.

Enheten saknar rutiner för upprättande av genomförandeplaner, men har mallar att utgå ifrån vad gäller innehåll. Enheten saknar således rutiner för att säkerställa att det inte finns värderande eller ovidkommande information i journalen. Vid granskningen uppmärksammades att verksamheten saknar rutiner för dokumentation när en brukare avslutar insatser. Detta föranledde att enheten har initierat ett arbete med att rensa och skicka journaler för arkivering, samt att arbeta fram rutiner.

Av *Rutin och manual* för vuxenenheten framgår att berörd socialsekreterare ansvarar för att uppföljningsmöten genomförs var tredje månad tillsammans med klient och behandlare. "Berörd socialsekreterare ansvarar också för att genomförandeplan är upprättad och underskriven av behandlare och klient". Det framkommer även att uppföljning av insatsens genomförande ingår i Härnevimottagningens egenkontroll men inte har genomförts regelbundet.

⁶ Mini-Maria i Bro är en öppenvårdsmottagning för ungdomar upp till 20 år med riskbruk eller missbruk av alkohol och droger. PRIMA Beroende ansvarar för beroendevården för vuxna över 18 år som är boende i kommunen.

Solängens öppenvård

Solängen är kommunens öppenvård för barn, ungdomar och deras familjer som behöver stöd, behandling och hjälp med att lösa olika svårigheter och kriser. Verksamheten består av fem familjebehandlare. Enhetschef utgör även enhetsledare för denna verksamhet.

Beställningar kommer från myndighet till utföraren genom Procapita. Inom en månad upprättar familjebehandlare en genomförandeplan. Familjebehandlarna dokumenterar vilka som deltagit samt, var och när man träffas, teman som föräldrarna/familjen arbetar med, samt processinfo som är relevant kopplad till uppdraget. När det är strukturerad behandling med specifika program beskrivs vilka moment som är genomförda. Om bokade tillfällen avbokas, oavsett av vem, journalförs detta. När en insats avslutas lämnas pappersdokumentation av vikt till akten hos socialtjänsten. Annan pappersdokumentation kasseras enligt rutiner för sekretessmaterial.

Familjebehandlare ansvarar för att dokumentera avvikelser på kvalitetsråd. En gång per år genomförs en egenkontroll av dokumentation enligt ledningssystemet för kvalitetsarbete. Av *Kvalitetsberättelse 2017* framgår att egenkontrollen av dokumentation genom stickprovsgranskning skedde 2017. Resultatet återkopplades och enheten åtgärdade bristerna. Egenkontrollen med stickprovsgranskning uppges inte ha skett 2018 då enheten inte har en egen enhetsledare med tid och tydligt ansvar för uppföljningen.

Boendestöd Psykiatri

Verksamheten består av sex stycken boendestödjare, varav en med tjänst om 80 procent. Verksamheten för socialpsykiatri har även en träfflokal med två medarbetare. Vid tiden för granskningen uppgavs att verksamheten verkställde drygt 70 ärenden. I intervjuer framkommer att några brukare har omotiverat stort antal timmar beviljade i beslut. Det uppges finnas en viss diskrepans mellan biståndsenheten och utförarsidan gällande hur omfattande boendestöd bör vara för en brukare. Intervjuade kopplar detta till att myndighetssidan inte har tillräckliga kunskaper om insatsen och behovet hos brukare inom socialpsykiatri.

Verkställighetssidan beskriver boendestöd som föränderligt. I intervjuer framkommer att biståndsenheten fattar en hel del tillsvidarebeslut som prövas efter sex månader till ett år. Flera beställningar ligger kvar som öppna utan att avslutas av myndigheten. Enheten gjorde i augusti 2018 en översyn av samtliga öppna ärenden i Procapita. Resultatet visade att det var ett flertal avslutade ärenden som myndigheten inte hade avslutat i Procapita.

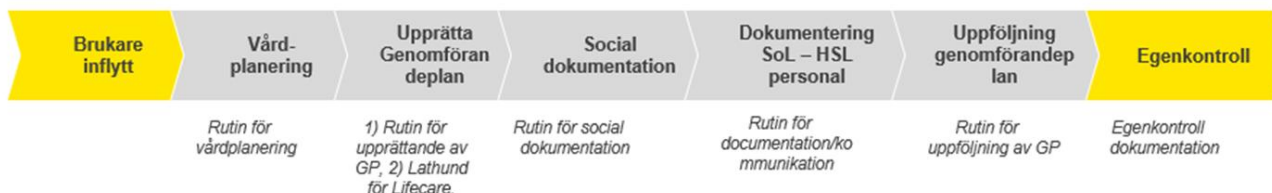
Det framkommer i *Kvalitetsberättelse 2018* att Solängen, Härnevimmottagningen och boendestöd psykiatri har gjort egenkontroller av dokumentation genom stickprovsgranskning av varandras ärenden, kollegial ärendegranskning. Resultaten har återkopplats och ansvarig personal har åtgärdat bristerna.

5.2. Utförarenheten – vård- och omsorgsboende för äldre

Norr- och allégården är vård- och omsorgsboenden förlagda under utföraravdelningen. Mellan avdelningarna finns totalt 48 brukare. Sedan 2018 upprättar utförare i egen regi genomförandeplan och socialdokumentation i Lifecare. Den inskolande fasen beskrivs ännu fortgå. Om den enskildes behov ändras ska utföraren dokumentera detta och kontakta biståndshandläggaren.

Inkommande beslut och beställningar kommer först till enhetsledare. Initierade ärenden går via samordnare vidare till vårdpersonal och rehabiliteringsteam vilka anpassar vårdplan som möter frågor om brukarens hälsa, behov, medicinering, anhörigkontakter och preferenser. Vårdplan utgör även en viss grund för genomförandeplan, vilken dokumenteras i Lifecare. Underlaget förs in i Lifecare men all berörd personal har idag ännu inte tillgång till systemet, något som dock väntas åtgärdas. Lifecare kräver medarbetares personliga elektroniska legitimering för inloggning vilket stärker rättssäkerheten och säkerheten kring brukares akter.

Social dokumentation ska ske på daglig basis i systemet och enheten har tagit fram lathund för ändamålet. Enheten använder sig av de rutiner och riktlinjer som Socialstyrelsen har arbetat fram för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Uppdatering av tillgängliga formaliserade rutinbeskrivningar uppges äga rum, även om rutiner beskrivs vara väl införstådda hos personalen idag. Arbete med framtagna förprogrammerade frastexter, kompletterande veckovisa sammanställningar, morgonmöten och framförallt ett mellankollegialt lärande beskrivs som behjälpliga verktyg för arbetet. Se processkarta med rutiner nedan:



Det framkommer att verkställigheten vad gäller brukaren kan dokumenteras i veckosammanfattningar, om berörd personal under veckans gång inte har dokumenterat kontinuerligt. Detta kan innebära att annan personal än de som arbetat skriver den sociala dokumentationen.

Då hälso- och sjukvårdspersonal inte har tillgång till brukarnas akter i Lifecare, hanteras viss dokumentation i fysisk pärm (så kallad "flik 9") vilket beskrivs som en form av försäkrans till att lämplig dokumentation framställs av hälso- och sjukvårdspersonal. I intervjuer framkommer att det ännu inte förekommit några större avvikelser i dokumentationsförfarandet.

Utöver samordnande dokumentansvarig vilken ansvarar för fortbildning och guidning finns bland personalen även utsedda dokumenteringsstödare för att tillse en upprätthållen lärandespridning mellan avdelningarna.

Månadsvisa stickprovskontroller förekommer och ansvarig samordnare anser sig ha en bra överblick. Även månadsvis rapportering sker mellan samordnare och ansvarig chef som tillsammans genomför kontroller av dokumenteringens innehåll. Brukares tillstånd, dagliga hälsa, aktiviteter och daglig dokumentation är frågor som ges extra uppmärksamhet.

Enhetens kvalitetsråd träffas månadsvis med representanter från samtliga vårdpersonalgrupper och avdelningar och fungerar som forum för arbetets konstruktiva diskussioner. Dokumentationsarbetet ges en egen punkt där förebyggande och uppföljande samtal kring avvikelser förekommer. Avvikelsers faktiska åtgärder beskrivs dock i regel förekomma långt tidigare ute i verksamheten. Rutiner och informationsutbyte diskuteras också i kontinuerliga APT-möten.

5.3. Krav på privata utförare

Av *Förfrågningsunderlag, Lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV*, antagen av socialnämnden den 18 augusti 2016, SN16/0125, framgår att utföraren är skyldig att tillsammans med den enskilde och/eller dennes företrädare upprätta en genomförandeplan utifrån de biståndsbedömda insatserna. Innehållet i genomförandeplanen ska beskrivas utifrån ÄBIC/IBIC och den enskildes önskemål. Utföraren ska följa upp genomförandeplanen regelbundet, vid förändrade behov samt vid nybeställning, dock minst två gånger per år. Genomförandeplanen ska skickas till beställaren inom 14 dagar efter påbörjat uppdrag samt efter varje uppföljning.

5.4. Bedömning

En av utförarna saknar rutiner för upprättande av genomförandeplaner, men har mallar att utgå ifrån vad gäller innehåll. Det saknas i det fallet dokumenterade rutiner för att säkerställa att det inte finns värderande eller ovidkommande information i journalen. Det framkommer dock i intervju att det är tydligt förankrat i verksamheten hur genomförandeplaner och social dokumentation ska formuleras. Införandet av Lifecare förväntas av de intervjuade ge ett betydande förbättrande inslag i dokumenteringsarbetet. Lifecare kräver även medarbetares elektroniska legitimering för inloggning vilket stärker rättssäkerheten och säkerheten kring brukarens akt.

Det framkommer att verkställigheten av brukarens insatser ibland dokumenteras i veckosammanfattningar, om berörd personal under veckans gång inte har dokumenterat kontinuerligt. Detta kan innebära att annan personal än de som arbetat de aktuella dagarna skriver den sociala dokumentationen. Vår bedömning är att utförarenheterna behöver arbeta för att medarbetare som jobbar med brukaren aktuell dag, i största möjliga mån gör anteckningar i den sociala journalen. Detta för att dokumentationen skall vara så korrekt som möjligt samt att dokumentering sker kontinuerligt.

Vid granskningen uppmärksammades även att en enhet saknade rutiner för dokumentation när en klient avslutar insatser. Detta föranledde att enheten har initierat ett arbete med att rensa och skicka journaler för arkivering, samt arbeta fram rutiner.

Det framkommer att samtliga enheter har en formaliserad struktur för egenkontroll vilket inbegriper aktgranskning. Av olika skäl genomför inte samtliga enheter stickprovsgranskningen regelbundet vilket vi bedömer är en brist.

Vi bedömer att det finns brister i utförarenheternas proaktiva arbete med kvalitetsledning, i form av aktuella och upparbetade riktlinjer, samt kontinuerlig egenkontroll och uppföljning. Nämnderna behöver säkerställa att utföraravdelningen har tillräckligt med personella resurser för att kunna arbeta ändamålsenligt med dessa delar.

Vi har i granskningen fått indikationer på att handläggare som hanterar myndighetsutövning inom boendestöd för socialpsykiatri inte har tillräcklig kunskap kring insatsens omfattning och karaktär, samt behovet hos brukare inom socialpsykiatri. Möjligen finns det behov av att se över om myndighetsutövningen bör förläggas på en annan myndighetsenhet, alternativt fortbilda befintlig personal inom biståndsenheten. Detta faller dock utanför ramen för denna granskning.

6. Stickprovsgranskning av akter

Ärendegranskning har gjorts av 10 ärenden inom de skilda enheterna under social- och äldre och omsorgsnämnden. I granskningen har vi enbart säkerställt att dokumentationen finns och i tillräcklig utsträckning uppfyller dokumentationskraven (se utvalda granskningskriterier i bilaga 2). Vi har således inte gjort någon fördjupad bedömning avseende relevans eller väsentlighet i innehållet som sådant. Det stickprov vi granskat bör endast ses som en indikator på eventuella brister i dokumentationen. Säkra slutsatser om all dokumentation kan inte enbart göras utifrån stickprovet.

Vi noterar utifrån de granskade akterna att det i ett fall saknades en dokumenterad skyddsbedömning enligt 11 kap. §1a SoL.

Vidare framgår att det i ett fall saknas information om genomförandeplan har upprättats, samt att det i ytterligare två ärenden saknas en komplett genomförandeplan i enlighet med alla punkter i 2 kap. Socialtjänstförordningen (2001:937). I de fall genomförandeplan saknas kan orsaken dock vara att en papperskopia av genomförandeplanen har inkommit via postgång men att det inte har noterats i de digitala verksamhetssystemen. I tre av de fyra granskade akterna med beslut om SoL-insatser var det otydligt huruvida enskilda brukare deltagit i upprättandet av genomförandeplanerna. Två av de granskade akterna avser SoL-insatser som biståndsenheten tagit beslut om, varav det tredje ärendet inbegriper SoL-insatser beslutade av barn- och ungdomsenheten. Detaljerad sammanställning av resultatet i aktgranskningen framgår i bilaga 2.

Mycket av det efterfrågade innehållet går att finna men är förhållandevis otydligt utan stöd från erfarna medarbetare. Detta gäller speciellt i Procapita. Vi noterar utifrån de granskade akterna att ärenden är väsentligt enklare att följa i Lifecare jämfört med Procapita, och är i linje med vad som återgetts i intervjuer med bland annat socialsekreterare, också i fråga om användarvänlighet.

6.1. Bedömning

I samtliga ärenden finns en journal i vilken socialsekreterarna löpande fört in uppgifter, både gällande utredningsarbetet och under genomförandet av beslutade insatser. Journalen innehöll anteckningar om beslut och åtgärder som vidtagits samt andra viktiga händelser. Omfattningen av dokumentationen skilde sig åt beroende på ärendets komplexitet.

Vi bedömer att det utifrån vår stickprovskontroll av akter finns brister vad gäller dokumentationen i de utvalda ärendena. Akterna innehöll, i stort, nödvändig dokumentation men i flera fall saknades genomförandeplaner som uppfyller lagstiftning och allmänna råd. Bland annat formulering av konkreta och uppföljningsbara mål, främst inom granskade SoL-ärenden med beslut om insatser inom äldreomsorgen. Vi noterar även att en av de granskade akterna saknade en dokumenterad skyddsbedömning enligt 11 kap. §1a SoL, vilket är en brist.

7. Nämndernas uppföljning och kontroll

Årligen upprättas en internkontrollplan för socialnämndens samt äldre- och omsorgsnämndens verksamheter. Utöver den interna kontrollplanen genomför samtliga verksamheter lokala egenkontroller för att säkerställa att verksamheten följer gällande lagar/förordningar och drivs med god kvalitet.

I *Intern kontrollplan 2019* för Socialnämnden samt äldre- och omsorgsnämnden finns en kategori benämnd "Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler", vilken inbegriper riskreducerande processer i form av uppföljningar och egenkontroll, se nedan. För att kontrollera att verksamheterna genomför egenkontroll skickas frågeställning till samtliga verksamheter.

| Risk | Åtgärd | Slutdatum |
|--|--|------------|
| Olika krav på kvalitet och lagefterlevnad på intern respektive extern verksamhet | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Arbeta fram nya uppföljningsmallar ❖ Likvärdiga uppföljningsmallar för extern och intern verksamhet | 2019-12-31 |
| Egenkontroller genomförs inte enligt föreskrift SOSFS 2011:9 | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Översyn av egenkontroller och stöd till chefer att skapa årshjul för egenkontroller | 2019-12-31 |

Redogörelse för intern kontroll, synpunkter och utvecklingsområden inom socialnämndens verksamheter rapporteras till nämnd i *Kvalitetsberättelse 2018*, godkänd av socialnämnden den 11 april 2019. I rapporten framgår bland annat att biståndsenheten under 2019 ska "säkerställa att uppföljning av beslut sker i enlighet med gällande lag och riktlinjer (SOSFS 2014:5 [...] samt socialnämndens riktlinjer för handläggning."

Enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och avtal enligt LOV och LOU ska utförare årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Samtliga utförare har inkommit med en kvalitetsberättelse inom utsatt tid, den 15 februari 2018. I utförarnas kvalitetsberättelser framgår bland annat hur de har arbetat med social dokumentation och intern kontroll av dokumentation. I kontorets tjänsteskrivelse avseende kvalitetsberättelsen framgår att dessa håller olika kvalitet och detaljeringsgrad. Kontoret önskar bland annat tydligare redogörelser gällande formerna för utförarnas egenkontroll. Några utförare beskriver att de genomför aktgranskningar. Socialnämnden godkände kvalitetsrapport 2018 för privata utförare med upphandling enligt LOV och LOU den 11 april 2018.

7.1. Uppföljning av dokumentation – Avdelning kvalitet- och verksamhetsstöd

Avdelningen Kvalitet-och verksamhetsstöd är förlagd inom socialkontorets organisation och består av 14 medarbetare, bland annat två kvalitetsutvecklare och en utredare. Avdelning har för avsikt att utöka verksamheten med ytterligare en kvalitetsutvecklare.

Kvalitetsuppföljning inom socialkontorets organisation sker idag hos samtliga verksamheter en gång per år. Idag arbetar avdelningen för kvalitet- och verksamhet efter en uppföljningsplan och en mall som kan liknas vid ett årshjul. Avdelningen kan genomföra händelsestyrda uppföljningar vid behov. Dessa kan initieras efter begäran från verksamheterna eller inkomna synpunkter. Det framkommer dock att detta arbete blivit något eftersatt med anledning av resursbrist. På grund av rådande personalbrister ser avdelningen

ett behov av att revidera processen för att frigöra tid för exempelvis mer platsbesök och effektiviserade utredningsarbeten.

Metodikerna för uppföljningarna består främst av verksamhetsbesök hos de olika utförarna. Det ingår även i uppföljningarna att intervjua ett antal medarbetare. Brukardelaktigheten fångas delvis upp genom stickprovskontroll av genomförandeplaner i samband med aktgranskningar och granskning av social dokumentation. Detta är en separat aktgranskning oberoende av verksamheternas egenkontroller. Kvalitetsutvecklaren granskar ca fem procent av akterna för respektive myndighetsenhet.

Av *Kvalitetsberättelse 2018* framgår att aktgranskningen för barn- och ungdomsenheten överlag visat att handläggningen fungerar väl och rättssäkert med bland annat korrekta och tidssatta beslut, vård- och genomförandeplaner, att utredningar inleds skyndsamt och att handläggning sker inom lagstadgad tid. Resultatet visar också att barn görs delaktiga genom samtal. Förbättringsområden som framkommit genom aktgranskningen är bland annat formalia kring akuta skyddsbedömningar (*återkommande från 2017*), rutiner kring utredningsplan och kommunikering (*återkommande från 2017*).

Vuxenenhetens granskning av akterna visar på förbättringsområden rörande bland annat utredning, uppföljning, insatser och uppdrag. Vuxenenheten har arbetat vidare med resultatet från egenkontrollen och aktgranskningen genom att tillsammans gå i genom resultatet både på APT men också på metodmöten.

Biståndsenheten och kvalitets- och verksamhetsstöd delade 2017 inte synen på vilka brister som förekom i dokumentationen. Aktgranskning som genomförs av kvalitets- och uppdragsenheten, enligt internkontrollplanen, har i rapporten "*Aktgranskning 2017*" konstaterat brister vad gäller uppföljning av mål samt dokumentation om samtycke. Biståndsenheten upplevde inte samma brist som i rapporten, vilket föranledde att bristerna inte analyserades och åtgärdades. I samband med detta planerades ett samtal mellan enheterna för att skapa samsyn gällande på vilket sätt dokumentation sker och hur akten ska granskas. I *Kvalitetsberättelse 2018* framkommer att aktgranskningen för 2018 byggde vidare på föregående års aktgranskning. Förbättringsområden rör bland annat samtycke, kommunikering, tidsbegränsning av beslut, SIP, uppföljning av beslut och insats samt att kunna följa ärendets gång i den löpande dokumentationen.

För att inge förståelse hos enheterna till vikten av lokalt inarbetade dokumentationsrutiner erbjuder avdelningen utbildningstillfällen främst för enhetsledare och chefer. Stor vikt läggs vid att säkerställa en brukarorienterad dokumentering.

7.1.1. Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning sker även hos de upphandlade privata utförarna av hemtjänst samt vård- och omsorgsboenden enligt LOV och LOU. Utifrån förfrågningsunderlag och de definierade krav och kvalitetsnivåer som legat till grund för avtalet avgörs uppföljningens innehållsmässiga inriktning. I avtal och lagstiftning framgår dokumentationskrav för genomförandeplaner och journaldokumentering.

7.2. Bedömning

Vår bedömning är att socialnämnden samt äldre- och omsorgsnämnden, via kvalitetsberättelsen och egenkontroller som **ska** göras i verksamheterna enligt nämndernas ledningssystem, har förutsättningar för att på ett systematiskt sätt följa upp att handläggning och dokumentation håller en tillräckligt god kvalitet. Vår bedömning är att nämnderna håller sig tillräckligt informerade.

Vi ser positivt på att det finns goda strukturer för uppföljning och stickprovskontroller hos samtliga enheter. Det är angeläget att kvalitet- och verksamhetsstöd och producenterna av dokumentationen har samsyn gällande hur dokumentationen bör utformas. Detta för att myndigheterna och utförarna ska kunna åtgärda eventuella brister som identifieras. Vi belyser även vikten av att kunna genomföra händelsestyrda uppföljningar vid inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser.

8. Svar på revisionsfrågor

Nedan beskrivs i komprimerad form svaren på revisionsfrågorna och de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga.

| Revisionsfråga | Svar |
|--|--|
| Säkerställer nämnden en ändamålsenlig regelefterlevnad vad gäller social dokumentation? | Delvis. Vår bedömning är att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för dokumentation vid samtliga myndighetsenheter och utförare. Myndighetsenheterna har tagit fram sina rutiner och riktlinjer med utgångspunkt från Socialstyrelsen rekommendationer för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Procapita underlättar för verksamheterna att leva upp till lagar och regler gällande dokumentation. Rutinerna efterlevs däremot inte fullt ut i verksamheterna, främst på utförarsidan. Denna bild vidimeras av vår stickprovsgranskning som visar på vissa brister vad gäller upprättande av genomförandeplaner i enlighet med gällande lagstiftning. |
| Finns rutiner för upprättande av genomförandeplaner? | Ja. Det finns rutiner för upprättande av vårdplan och genomförandeplan vid samtliga myndigheter och utförare. En utförare saknade dokumenterade rutiner men hade vägledning och frastexter till stöd. I verksamheternas egenkontroller samt vår stickprovsgranskning noteras att genomförandeplaner inte alltid är upprättade och aktuella vilket innebär att rutinerna inte alltid efterlevs. |
| Tillämpas rutinerna och är brukaren och/eller närstående delaktig i utformandet av en genomförandeplan? | Delvis. Vi bedömer att rutinerna inte fullt ut följs i verksamheterna. I verksamheternas egenkontroller samt vår stickprovsgranskning noteras att genomförandeplaner inte alltid är upprättade och aktuella. Samtliga intervjuade beskriver att närstående och brukare alltid är delaktiga i utformningen av genomförandeplaner. I vissa fall undertecknar brukaren genomförandeplanerna för att säkerställa delaktighet. I de fall genomförandeplan har upprättats är vår bedömning att brukaren är delaktig i utformandet av genomförandeplanen. |
| Dokumenteras verkställigheten av beslutet i enlighet med de krav som finns i socialtjänstlagen och enligt Socialstyrelsen? Omfattar dokumentationen de nödvändiga uppgifterna? | Delvis. Verksamheternas egenkontroller och vår stickprovsgranskning visar på att dokumentationen, i stort, efterlever relevant lagstiftning. Det finns dock brister vad gäller upprättande av genomförandeplaner, formulering av konkreta och uppföljningsbara mål, främst inom granskade SoL-ärenden med beslut om insatser inom äldreomsorgen. |
| Säkerställer nämnderna att det finns tillräcklig intern kontroll av social dokumentation inom socialtjänsten? | Delvis. Vår bedömning är att socialnämnden samt äldre- och omsorgsnämnden, via kvalitetsberättelsen och de egenkontroller som ska göras i verksamheterna, har förutsättningar för att på ett |

systematiskt sätt följa upp att handläggning och dokumentation håller en tillräckligt god kvalitet. Vår bedömning är att nämnden i allt väsentligt håller sig tillräckligt informerad. Några utförare har däremot inte kontinuerligt arbetat med egenkontrollen (stickprovsgranskning) i enlighet med nämndernas ledningssystem för kvalitetsarbete.

Upplands-Bro den 3 september 2019

Anders Hellqvist
EY

Madeleine Gustafsson
EY

Fabian Melin
EY

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Socialchef, Socialkontoret
- ▶ Enhetschef, Biståndsenheten
 - Handläggare
- ▶ Enhetschef, Vuxenenheten
 - Handläggare
- ▶ Enhetschef, Barn- och ungdomsenheten
 - Handläggare
- ▶ Vik. Enhetsledare, Stöd och Behandlingsenheten (Utföraravdelningen)
 - Familjebehandlare, Stöd och Behandlingsenheten
 - Missbruksbehandlare, Stöd och Behandlingsenheten
- ▶ Enhetschef, Allégården & Norrgården (Utföraravdelningen)
 - Undersköterska, Allégården & Norrgården
 - Samordnare, Allégården & Norrgården
- ▶ Avdelningschef, Avdelningen Kvalitet-och verksamhetsstöd
 - Kvalitetsutvecklare, Avdelningen Kvalitet-och verksamhetsstöd

Dokument:

- ▶ Intern kontrollplan 2019, Socialnämnden, SN 18/0139
- ▶ Intern kontrollplan 2019, äldre- och omsorgsnämnden
- ▶ Äldre och omsorgsnämndens delegationsordning, Antagen av Äldre och omsorgsnämnden den 2 januari 2019, § 3, ÄON 19/ 0010
- ▶ Socialnämndens delegationsordning, antagen av socialnämnden den 31 januari 2019, § 117, SN 18/0050
- ▶ Riktlinjer för socialnämndens arbete med barn och unga, SN 17/0144
- ▶ Riktlinjer för socialkontorets missbruksvård
- ▶ Inspektionen för vård och omsorg (IVO) "Bilaga 3 - mall för aktgranskning av socialtjänstdokumentation, HVB/utförare av missbruksvård"
- ▶ Socialnämnden, Kvalitetsberättelse 2017
- ▶ SKL, Förbättrad dokumentation – utvecklingsarbete: förbättrad dokumentation inom den sociala barn- och ungdomsvården. Juni 2018.
- ▶ Rutin och manual, handläggning, verkställighet och uppföljning, vuxenenheten, reviderad 2019-02-05
- ▶ Rutin och manual, barn- och ungdomsenheten, reviderad 2019-03-07
- ▶ Processkarta missbruk
- ▶ Vägledning för grundutredning
- ▶ Handlingsplan 2019, barn- och ungdomsenheten, 2018-11-30
- ▶ Resultat av egenkontroll 2018, barn- och ungdomsenheten, februari 2019
- ▶ Socialkontorets kvalitetsuppföljningar 2018
- ▶ Planera kontrollmoment & åtgärder – 2019, biståndsenheten
- ▶ Kvalitetsberättelse 2018 socialnämnden, 2019-02-14, SN 19/0030
- ▶ Kvalitetsberättelse 2018 – privata utförare med upphandling enligt LOV och LOU, 2019-03-11, SN 19/0068

Bilaga 2: Resultat aktgranskning


Tabell 2: Resultat för aktgranskning av socialtjänstdokumentation

| Aktgranskning | Krav enligt lag (SoL, FL) samt föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (SOSFS 2014:5) | | | | | | | | | |
|--|--|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|
| Granskningskriterium 11 kap 5 § SoL, 23 § FL | LVU | | | LVM | | | SoL | | | |
| | 1 | 2 | 3* | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10* |
| Utredning | | | | | | | | | | |
| Aktualiseringsorsak (5 kap. 1 § SOFS) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Vem utredningen gäller | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Dokumenterad skyddsbedömning m. beslut 11 kap. 1a § SoL (om aktuellt) | ✓ | ✓ | - | - | - | - | - | - | - | x |
| Vilken information som lämnats till den unga, samt hur, av vem (4 kap. 13-15 § SOSFS 2014:5) | - | ✓ | ✓ | | | | | | | |
| Vem som upprättat dokumentationen samt datum (27 § FL) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Insamling av uppgifter genom hembesök eller intervjuer (27 § FL) | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Beslut (enl. 31 § FL, 11 kap. 5 § SoL) | | | | | | | | | | |
| Dag för beslut | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Beslutets innehåll (Vilka insatser som ska utföras) | ✓ | - | ✓ | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Vem som har fattat beslut | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Mål med insatsen 5 kap. § 9 SOSFS | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| Hur länge beslutet gäller ⁷ | FR | FR | | FR | FR | FR | TV | TV | TV | - |
| Ytterligare | | | | | | | | | | |
| Eventuella besvärshänvisningar 33 § FL | ✓ | ✓ | | - | - | - | - | - | - | - |
| Uppgift om när insatsen påbörjades hos utföraren | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Uppgift om formerna för uppföljning av insatsen | ✓ | - | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Genomförandeplan/vårdplan | | | | | | | | | | |
| Vårdplan upprättad enligt SoL 11 kap. 3 § ⁸ | ✓ | ✓ | | * | ✓ | ✓ | - | - | - | ✓ |

⁷ Beslut enligt LVU ska enligt § 12a följas upp var 7:e månad vid LVU beslut med stöd av 2 §, samt var 6:e månad om LVU beslut tar stöd i 3 §. Beslut enligt LVM om tvångsvård ska enligt § 20 upphöra när syftet med vården är uppnått alternativt när vården pågått i sex månader.

⁸ Inför en placering utom hemmet upprättas en vårdplan

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Genomförandeplan upprättad och innehåller alla punkter i 2 kap. Socialtjänstförordningen (2001:937) | ✓ | ✓ | - | - | - | * | ✓ | ✓ | x |
| Att den enskilde deltagit i upprättandet av genomförandeplanen (3 kap. 5 § SoL) | - | - | - | - | - | x | ✓ | x | x |
| Genomförandeplanen har följts upp och uppdaterats | ✓ | x | - | - | - | - | - | ✓ | x |
| Vem som upprättat dokumentationen samt datum (27 § FL) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | x |
| Avslut | | | | | | | | | |
| Om insatsen har avslutats, datum och skäl för avslut | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | - | - | - | ✓ |

 = Ärenden med beslut om insatser för äldre. Äldre- och omsorgnämnden ansvarig nämnd.

 = Ärenden med beslut om insatser för barn och unga eller missbruksvård. Socialnämnden ansvarig nämnd.

- ✓ Finns att se
- Inte aktuellt
- X Saknas
- FR Förvaltningsrättsligt beslut, krav på uppföljning
- TV Tillsvidarebeslut
- * Se asterisk under aktnummer

Akt 1.

Barnet i ärendet är vid tiden i 4-års åldern varför frågor om delgivning och delaktighet utelämnas.

Akt 2.

Individen är för ung för att delta. Original genomförandeplan från 2014 saknas men en uppdatering finns att se från 2015.

Akt 3.

Efter utredning följer beslut om att inte ta ärendet vidare under LVU, men övergår till SoL-ärende (akt3 blir akt 10). Därav upphör granskning av akt 3.

Akt 4.

*Finns ingen notering från SiS, men vårdplan är upprättad i HVB. Akt 4-6: Genomförandeplaner enbart när uppdrag har lämnats till Härnevi, öppenvård. I detta fall var insatserna ej i Härnevi.

Akt 7.

*Genomförandeplan finns men är bristfällig. Ärendet är dokumenterat i procapita-systemet (äldre ärende) och är därmed inte kopplat till IBIC så som Lifecare är idag. Därmed möts inte alla efterfrågade punkter, då delaktiviteter saknar mål.

Dokumentation för den enskildes deltagande saknas och det framgår inte varför.

Akt 9.

Den enskildes delaktighet saknas och utan motiv.

Akt 10.

Ej skyddsbedömning. Ej aktuell utredning. Genomförandeplan saknas.