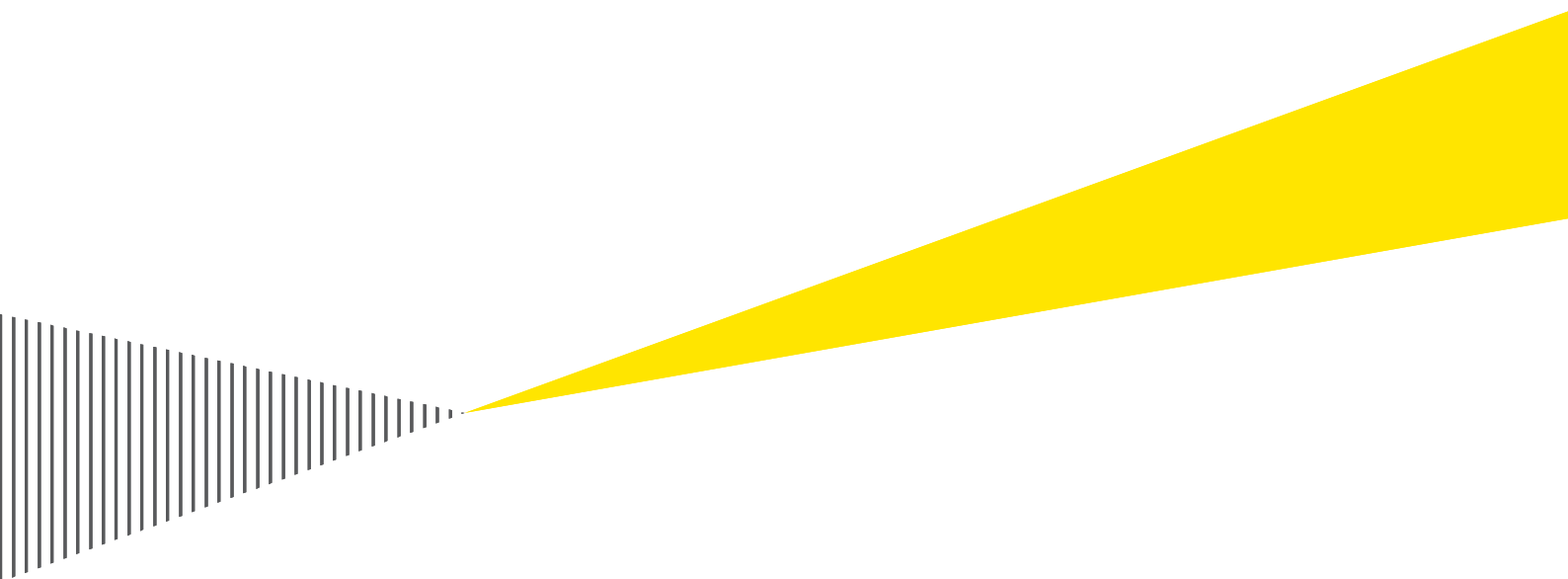


Granskning av Individ- och familjenämndens styrning och uppföljning av insatser riktade till barn och unga

På uppdrag av revisorerna i Västerås stad



Building a better
working world

Innehåll

1	Sammanfattning.....	3
2	Inledning.....	5
2.1	Bakgrund.....	5
2.2	Syfte och revisionsfrågor.....	5
2.3	Ansvarig nämnd.....	5
2.4	Revisionskriterier.....	6
2.5	Kvalitetssäkring.....	6
2.6	Genomförande och metod.....	6
3	Utgångspunkter.....	7
3.1	Krav på verksamhetens kvalitet.....	7
3.2	Krav på uppföljning enligt lagstiftning och föreskrifter.....	8
4	Styrning och kontroll.....	10
4.1	Nämndens huvudsakliga ansvar enligt reglementet.....	10
4.2	Verksamhetsstyrning.....	10
4.3	Organisation.....	11
4.4	Verksamhetsplan 2018.....	11
4.5	Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete.....	13
4.6	Risikanalys.....	15
4.7	Bedömning.....	17
5	Uppföljning och kvalitet.....	19
5.1	Uppföljning av styrkortet.....	19
5.2	Systematiskt kvalitetsarbete 2017 inom individ- och familjenämnden.....	19
5.3	Redovisning av lex Sarah och synpunkter och klagomål halvår 1 2018.....	20
5.4	Uppföljning av insatser.....	21
5.5	Uppföljning av upphandlade avtal.....	22
5.6	Utvecklings- och förbättringsarbete.....	23
5.7	Bedömning.....	23
6	Behov av insatser.....	25
6.1	Kartläggning av behov av insatser.....	25
6.2	Särskilda planer.....	26
6.3	Åtgärdsplaner.....	26
6.4	Bedömning.....	26
7	Ärendeberedning.....	27
7.1	Utgångspunkt.....	27
7.2	lakttagelse – Beredning av ärenden till nämnd.....	28
7.3	Bedömning.....	29
8	Svar på revisionsfrågorna.....	30
	Bilaga 2 – Intervjuer och källförteckning.....	32

1 Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västerås stad genomfört en granskning med syfte att bedöma huruvida individ- och familjenämnden utövar en tillfredsställande och ändamålsenlig kvalitetsstyrning, med en tydlig uppföljning och kontroll av insatser riktade till barn och unga

Sammanfattande svar på de revisionsfrågor som har ingått i granskningen framgår av avsnitt 8 "Svar på revisionsfrågorna".

Socialtjänstlagen anger att insatserna inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Bestämmelsen i socialtjänstlagen kompletteras av socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 som stadgar att det ska finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det är individ- och familjenämnden som ansvarar för att det finns ett ledningssystem för den del av socialtjänsten som ingår i nämndens uppgift.

Vår sammanfattande bedömning är att nämnden inte utövar en helt tillräcklig och ändamålsenlig kvalitetsstyrning av insatser för barn och ungdom. Bedömning grundar sig på följande slutsatser:

- ▶ Nämndens modell för verksamhetsstyrning har inte klargjorts i tillräcklig utsträckning. Styrningen är inte tydligt sammanhängande över de ansvarsnivåer som finns i organisationen samtidigt som ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inte i tillräcklig grad har integrerats i verksamhetsstyrningen. Ansvar och roller inom verksamhetsstyrningen har inte dokumenterats och definierats i sin helhet. Ett arbete har inletts för att utveckla verksamhetsstyrningen, vilket vi anser positivt.
- ▶ Riktlinjen för ledningssystemet som fastställdes av nämnden i januari 2017 är inte helt anpassad till verksamhetens aktuella förutsättningar. Det gäller bl.a. att den inte omfattar alla nivåer i organisationen och att den inte har anpassats efter att nämnden sedan den 1 januari 2018 också är utförare av insatser. En revidering av riktlinjen pågår och ett underlag kommer att presenteras nämnden i januari 2019.
- ▶ Målstyrningen utifrån styrkortet är i begränsad utsträckning inriktad på resultat som ska uppnås i förhållande till verksamhetens målgrupper. I kundperspektivet avser indikatorerna i huvudsak myndighetsutövning utifrån tillgänglighet och bemötande. Indikatorn "om den enskilde är nöjd med stödet från socialtjänsten" gäller verksamheten i sin helhet. I kvalitetsperspektivet finns två indikatorer som avser verksamhetens resultat; "ej återaktualiserade" och "efter avslutad insats ska den enskilde ha förbättrat sin förmåga att hantera situationen". Den första indikatorn är omdiskuterad och för den andra har det inte klarats ut hur den ska mätas.
- ▶ Den uppföljning som görs av styrkortets mätetal inom kvalitetsperspektivet omfattar inte för barn och ungdom indikatorn "förbättrat förmågan att hantera sin situation". För 2017 och hittills under 2018 har det inte redovisats någon uppföljning på nämnds- eller förvaltningsnivå inom området barn och ungdom av förmågan att hantera sin situation efter avslutad insats. Enligt vår bedömning utgör det en allvarlig brist.
- ▶ Under 2018 har ingen uppföljning av styrkortets mål, indikatorer och mätetal redovisats.
- ▶ I princip saknas data om insatsernas kvalitet och resultat på verksamhetsnivå för barn och ungdom. Uppföljningar görs på individnivå av biståndsbeslut och pågående insatser dels av myndighetsenheterna, dels av öppenvården. Vad uppföljningarna resulterar i dokumenteras i den enskilda personakten och kan inte aggregeras på verksamhetsnivå. Avsaknaden av sammanställd uppföljning av insatsernas kvalitet

och resultat på verksamhetsnivå gör att nämnden inte har de underlag som krävs för att utöva en tillräcklig styrning. Inom enheten för öppenvård görs dock uppföljningar av insatserna genom t.ex. enkäten "Ungas röster" och i verksamhet som använder Journal digital. Resultatet av dessa uppföljningar har inte under 2018 presenterats för nämnden.

- ▶ Nämnden genomför inte för verksamheten i sin helhet en systematisk kartläggning av behovet av insatser förutom avseende boenden. Det saknas en samlad plan för att tillgodose behov över tid. Dokumenterade åtgärdsplaner tas inte fram då brist-situationer uppkommer utan åtgärder vidtas för att vid varje tillfälle försöka tillgodose behovet.

Uppföljningen av verksamhetens kvalitet utgår från avvikelser enligt lex Sarah och klagomål och synpunkter samt den egenkontroll som årligen genomförs som en integrerad del i nämndens internkontroll. På grundval av de resultat som då framkommit har åtgärder vidtagits som dock ännu inte har lett till avgörande förbättringar inom identifierade bristområden inom myndighetsutövningen för barn och ungdom.

I granskningen har vi noterat att Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som har ett pågående tillsynsärende, konstaterat återkommande brister i handläggningen av ärenden för barn och unga. IVO har i ett PM redovisat att de anser att organisationen kännetecknas av en bristande tillit som motverkar en ändamålsenlig och effektiv handläggning. Ytterst får det negativa konsekvenser för enskilda.

Vår bedömning är att egenkontrollen inom myndighetsutövningen behöver utvecklas och få ett tydligare samband med riskanalysen. I egenkontrollen ska även ingå att följa upp resultatet av de insatser som görs för barn och unga.

Riskanalyser görs, enligt vad som framkommit, i huvudsak i samband med framtagandet av internkontrollplanen. Vår bedömning är att riskanalyser behöver göras återkommande och på ett metodiskt sätt i verksamheten.

Beträffande ärendeberedningen till nämnd som inte avser individärenden gör vi bedömningen vid en översiktlig granskning att den förefaller ske i enlighet med den ärendeprocess som framgår av stadens handbok. Samtidigt anser vi att det av handboken inte framgår vad som krävs för att ett ärende ska anses tillräckligt utrett eller av en definition som nämnden gjort. Vår bedömning är därför att nämnden inte har tillräckliga förutsättningar att kunna säkerställa en tillräcklig beredning av ärenden.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Prioritera utveckling och införande av en ändamålsenlig modell för verksamhetsstyrning.
- ▶ Gör en översyn av styrkortets mål, indikatorer och styrtal inom perspektivet kvalitet.
- ▶ Säkerställ en tillräcklig uppföljning på verksamhetsnivå av verksamhetens kvalitet och resultat.
- ▶ Inför systematisk uppföljning på insatsnivå.
- ▶ Redovisa uppföljningar av indikatorer i styrkortets kvalitetsperspektiv i samband med delårsrapporter.
- ▶ Säkerställ att riskanalyser i verksamheten görs fortlöpande och att de dokumenteras.
- ▶ Inför en planering av insatser som kan säkerställa att behoven kan tillgodoses.
- ▶ Tydliggör de krav som ställs på att ett ärende, enligt kommunallagen, som beslutas av nämnden ska vara tillräckligt utrett.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för att se till att barn och unga får den hjälp och stöd som de behöver. Enligt socialtjänstlagen ska insatserna vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska fortlöpande utvecklas och säkras. En viktig resurs inom socialtjänsten är vård i annat hem än det egna. Sådan vård sker i huvudsak enligt placeringsformerna familjehem, hem för vård och boende (HVB) och stödboende. Kommunen har ett lagstadgat ansvar för att det finns tillgång till dessa insatser. Det ska också finnas tillgång till öppna insatser för att möta barns, ungas och vårdnadshavares behov.

Individ- och familjenämnden har under ett antal år haft svårigheter att rekrytera socialsekreterare till barn- och ungdomsverksamheten samt till mottagningen, vilket har lett till en ökad omfattning av inhyrd personal. Verksamhetsåret 2017 ökade volymen placerade barn och unga kraftigt jämfört med 2016. Vidare kunde behoven av öppenvård i egen regi inte tillgodoses, vilket ökade kostnaderna för externt köpt öppenvård. Denna utveckling har fortsatt även under 2018.

2.2 Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte har varit att bedöma huruvida individ- och familjenämnden utövar en tillfredsställande och ändamålsenlig kvalitetsstyrning, med en tydlig uppföljning och kontroll av insatser riktade till barn och unga.

Utifrån syftet besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ På vilket sätt säkerställer nämnden att verksamhetsstyrningen är strukturerad och ändamålsenlig?
- ▶ Vilka rutiner för identifiering av risker finns samt vilka åtgärder sätts in för minimering av risker?
- ▶ Är roller och ansvar tydligt definierade och fördelade med avseende på verksamhetsstyrningen?
- ▶ På vilket sätt sker kartläggning och analys avseende behovet av HVB, familjehem, stödboende samt öppna insatser, på kort och lång sikt? På vilket sätt tas analyser i beaktande av nämnden? Vilka åtgärdsplaner upprättas?
- ▶ På vilket sätt säkerställer nämnden att det finns tillgång till de insatser som olika målgrupper behöver?
- ▶ På vilket sätt sker uppföljning av kvalitet och resultat i de olika placeringsformerna samt öppna insatser? Hur används resultat från sådan uppföljning för ett strukturerat utvecklings- och förbättringsarbete?
- ▶ Hur säkerställer nämnden att genomförda insatser håller god kvalitet inom nämndens olika verksamhetsområden?
- ▶ Är nämndens ärendeberedning och handläggning ändamålsenlig och stödjer denna en effektiv intern kontroll och kvalitetsstyrning?

2.3 Ansvarig nämnd

Granskningen avser individ- och familjenämnden.

2.4 Revisionskriterier

Granskningen har utgått från följande revisionskriterier:

- ▶ Kommunallagen.
- ▶ Socialtjänstlagen.
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- ▶ Nämndens interna verksamhetsplaner samt övriga styrdokument av bedömd relevans.

2.5 Kvalitetssäkring

Utöver vår interna kvalitetssäkring har intervjuade getts möjlighet att komma med synpunkter på rapportutkastet för att säkerställa att revisionsrapporten bygger på korrekta fakta och uttalanden. Skriftliga bekräftelser på att de intervjuade mottagit rapporten och givits denna möjlighet har inhämtats. All korrespondens kring faktakontrollen har arkiverats.

Kontaktrevisorer för granskningen har varit Peter Westersund, Elisabeth Löf och Tanja Linderborg. Kontaktrevisorerna har tagit bl.a. tagit del av utkastet till rapport för synpunkter.

2.6 Genomförande och metod

Granskningen har genomförts med stöd av dokumentstudier och intervjuer. Intervjuer har gjorts med individ- och familjenämndens presidium, förvaltningschef, kvalitetsutvecklare, och enhetschefer. Vilka som har intervjuats och vilka dokument som granskats framgår av bilaga 2.

3 Utgångspunkter

3.1 Krav på verksamhetens kvalitet

Enligt 3 kap. 3 § Socialtjänstlagen, SoL, ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

I 5 kap. 1-3 §§ SoL finns särskilda bestämmelse som uttrycker krav på nämndens arbete med barn och unga.

3.1.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, (SOSFS 2011:9).

För att säkerställa att socialtjänsten lever upp till de krav och mål som gäller enligt lagar och andra författningar ska det finnas ledningssystem i verksamheten för systematiskt kvalitetsarbete.

Ansvar för användning av ett ledningssystem

Den som bedriver socialtjänst¹ ska:

- ▶ Ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- ▶ Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- ▶ Ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Den som bedriver socialtjänst ska:

- ▶ Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet.

I varje process ska de aktiviteter som ingår identifieras och aktiviteternas inbördes ordning ska bestämmas. För varje aktivitet ska de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utarbetas och fastställas.

Samverkan

Den som bedriver socialtjänst ska:

- ▶ Identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.

Systematiskt förbättringsarbete

Den som bedriver socialtjänst ska:

- ▶ Fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.
- ▶ Utöva egenkontroll

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver socialtjänst ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Enligt de allmänna råd kan egenkontrollen beskrivas som systematisk uppföljning och utvärdering av den egna

¹ Socialnämnd eller motsvarande kommunal nämnd, i fråga om sådan socialtjänst som kommunen har ansvar för, statens institutionsstyrelse då den myndigheten bedriver socialtjänst och annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver socialtjänst.

verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Utredning av avvikelser

Den som bedriver socialtjänst ska:

- ▶ Ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att det ska bli möjligt att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Förbättrande åtgärder samt förbättring av processer och rutiner

På grund av resultatet av riskanalys, egenkontroll och avvikelser ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Visar det sig att processerna och aktiviteterna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet ska de förbättras.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Av föreskriften följer att den som bedriver socialtjänst ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Enligt de allmänna råd bör, med dokumentationen som utgångspunkt, den som är ansvarig för socialtjänst varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och vilka resultat som har uppnåtts.

3.2 Krav på uppföljning enligt lagstiftning och föreskrifter

3.2.1 Socialtjänstlagen

Socialnämnden ska noga följa vården av de barn och unga som vårdas i ett familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende. Det framgår av bestämmelserna i 6 kap. 7 b § första stycket Sol. Uppföljningen ska främst ske genom:

- ▶ Regelbundna personliga besök i det hem där barnet eller den unge vistas.
- ▶ Enskilda samtal med barnet eller den unge.
- ▶ Samtal med den eller dem som tagit emot barnet eller den unge i sitt hem.
- ▶ Samtal med vårdnadshavarna.

Socialnämnden ska särskilt uppmärksamma barnets eller den unges hälsa, utveckling, sociala beteende, skolgång samt relationer till anhöriga och andra närstående. För barn och unga som placeras för vård utanför det egna hemmet med stöd av LVU finns motsvarande bestämmelser i 13 § LVU.

Socialnämnden är också skyldig när ett barn vårdas med stöd av SoL i annat hem än det egna, att minst en gång var sjätte månad överväga om vården fortfarande behövs och hur vården bör inriktas och utformas (6 kap. 8 § SoL).

En allmän utgångspunkt som framgår av följande citat från Prop. 2005/06:115; *Regeringen vill i detta sammanhang understryka att det alltid är den beslutande nämnden som har ansvaret för att den enskilde verkligen får det bistånd som har beviljats, oavsett vem – den beslutande nämnden själv, en annan nämnd eller en enskild verksamhet – som verkställer det beslutade biståndet. Med detta ansvar följer självklart en skyldighet att dokumentera att beslutet har verkställts samt att följa upp det beviljade biståndet*”.

Hur ett beslut ska följas upp när det inte är reglerat i SoL får bestämmas med utgångspunkt från vilken typ av insats det gäller och hur länge den ska pågå. Det är viktigt att uppföljningen sker systematiskt och att den bygger både på samtal med den enskilde och uppgifter från den som svarar för genomförandet av nämndens beslut om insats.

3.2.2 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS – SOSFS 2014:5

Föreskriften ska tillämpas vid dokumentation under handläggning av ärenden som gäller enskilda samt under genomförande och uppföljning av beslut om insatser i verksamhet.

Av föreskriften framgår bl.a. att åtgärder som vidtas vid uppföljning av en insats ska fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål dokumenteras i journalen. Dokumentationskravet gäller också faktiska omständigheter och händelser av betydelse vid uppföljning av en insats.

Åtgärder som vidtas av nämnden för att följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt nämndens beslut och gällande författningar ska dokumenteras. Detsamma ska gälla åtgärder som vidtas av nämnden för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som har gjorts tillsammans med den enskilde. Av dokumentationen ska det också framgå om den enskilde har fört fram några klagomål till nämnden på handläggningen av ett ärende eller på genomförandet av en insats och i så fall vilka åtgärder som har vidtagits av nämnden. I föreskriftens allmänna råd anges vad som bör framgå av dokumentationen.

Motsvarande bestämmelse som ovan finns, när det gäller åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp.

3.2.3 Kommentar

Socialtjänstlagen anger att insatserna inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Bestämmelsen i socialtjänstlagen kompletteras av socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 som stadgar att det ska finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och att det är individ- och familjenämnden i Västerås stads fall som ansvarar för att det finns ett ledningssystem för den del av socialtjänsten som ingår i nämndens uppgift. Ledningssystemet ska sedan användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Det är också tydligt enligt socialtjänstlagen att ansvarig nämnd noga ska följa vården av barn och unga som placeras i familjehem, jourhem och hem för vård och boende. Dessutom ett allmänt ansvar att följa upp insatser generellt. För individ- och familjenämnden finns ett uppföljningsansvar i två perspektiv: dels med utgångspunkt från myndighetsbeslut, dels som utförare av insatser.

Slutligen finns en skyldighet att dokumentera den uppföljning som görs.

4 Styrning och kontroll

4.1 Nämndens huvudsakliga ansvar enligt reglementet

Av individ- och familjenämndens reglemente framgår att nämnden i huvudsak ansvarar för de uppgifter som:

- ▶ Åvilar en socialnämnd enligt socialtjänstlagen (2001:453) och som inte anförtrotts nämnden för personer med funktionsnedsättningar eller äldrenämnden).
- ▶ Åvilar en socialnämnd enligt lag (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och enligt lag (1988:870) om vård av missbrukare (LVM).
- ▶ Åvilar en kommun enligt lagar och förordningar gällande kommunalt flyktingmottagande.
- ▶ Fullgörs enligt hälso- och sjukvårdslagen i särskilda boende för personer med missbruksproblem och psykiska funktionshinder.
- ▶ Åvilar kommunen rörande familjehemsplaceringar av barn och ungdomar enligt Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- ▶ Åvilar kommunen enligt Alkohollagen.

4.2 Verksamhetsstyrning

Individ- och familjenämnden eller individ- och familjeförvaltningen har inte beslutat om en modell för verksamhetsstyrning inom nämndens ansvarsområde. Ansvar och roller har enligt uppgift definierats inom förvaltningen men inte dokumenterats. Respektive chefsnivå i tjänstemannaorganisation, d.v.s. direktör, verksamhetsområdeschef och enhetschef, har ett verksamhets-, ekonomi- och personalansvar.

Nämndens tillämpade styrning utgår från den årliga verksamhetsplanen som bl.a. innehåller styrkort och budget. Styrkortet innehåller fyra perspektiv: kund, kvalitet, ekonomi och medarbetare. Enheterna inom förvaltningen upprättar årsplaner. I årsplanerna ska enheterna svara på nämndens styrkort och definiera aktiviteter som syftar till att uppnå målen i nämndens styrkort.

Huvudaktiviteterna i den tillämpade styr- och uppföljningsprocessen genomförs i enlighet med det årshjul som har definierats för individ och familjenämnden. Månadsvis följer nämnden upp verksamheten genom månadsrapporten som innehåller ekonomi och verksamhetsstatistik. Dessutom görs en helårsredovisning av kvalitetsarbetet samt en halvårsuppföljning av avvikelser.

Under 2018 har förutsättningarna för verksamheten präglats av att förvaltningen är ny, övergång från beställar-/utförarmodellen till en traditionell förvaltningsmodell och det stora budgetunderskottet. Dessutom har tjänster som t.ex. utvecklingsledare blivit bemannade först fr.o.m. hösten 2018. Den rådande situationen har påverkat möjligheten att ta tag i olika angelägna frågor.

Ett arbete har inletts med stöd av SIQ² Managementmodell att utveckla styrningen. Förvaltningschef och ekonomichef har gått en utbildning i modellen och ett arbete har påbörjats för att införa modellen. Under 2019 planeras fyra utbildningsdagar med samtliga chefer för att gå vidare med införandet av modellen.

² Swedish Institute for Quality.

4.3 Individ och familjeförvaltningen

Individ- och familjeförvaltningen leds av direktör. Som stöd till förvaltningen finns resurser för ekonomi, kommunikation, kvalitetsarbete, HR, administration och IT centralt. Förvaltningen är indelad i två verksamhetsområden; Barn och ungdom samt Vuxen. Totalt har förvaltningen ca 647 anställda (543,7 årsarbetare) varav 267 socialsekreterare. För verksamheten 2018 finns en nettobudget på 806 mnkr, varav 200 mnkr avser verksamhetsområde barn och ungdom exklusive myndighetsutövning.

4.4 Organisation, Barn och ungdom

Barn och ungdom är organiserad i ett antal enheter (se nedanstående figur).

Figur 1 - Verksamhetsområde Barn och ungdom



Under 2018 har vissa förändringar av verksamhetsområdets organisation gjorts. Mottagning barn och ungdom samt socialjour samt fältande socialsekreterare blev en enhet fr.o.m. den 1 augusti. Enheten för stöd och skydd tillkom som en ny enhet fr.o.m. 1 oktober. Enheten består av VIR³-vuxen och ensamkommandeteamet och från årsskiftet ska även VIR-barn ingå i enheten.

Från 1 januari 2019 kommer öppenvårdsenheten som nu är organiserad i tre avdelningar; Våld i nära relationer, Familj och ungdom och Barn och familj, att delas upp i 3 enheter.

4.5 Verksamhetsplan 2018

I verksamhetsplanen, som nämnden enligt beslut ställt sig bakom, framgår individ- och familjeförvaltningens styrkort i fyra perspektiv. I styrkortet för 2018 finns för kund- och kvalitetsperspektivet två mål, 7 framgångsfaktorer och 15 indikatorer.

³ Våld i nära relationer.

Tabell 1 - Kund- och kvalitetsperspektivet i styrkort 2018

Mål Kund: Vi har nöjda kunder och invånare	
<i>Framgångsfaktor: Vår verksamhet har hög tillgänglighet</i>	
Indikator	Styrtal
Det ska vara lätt att förstå informationen som fås av socialsekreterare	80 % eller fler ska uppleva att det är ganska lätt eller mycket lätt att förstå information som fås av socialsekreterare
Det ska vara lätt att komma i kontakt med socialsekreteraren	75 % eller fler ska svara att det är ganska lätt eller lätt
<i>Framgångsfaktor: Bemötandet är professionellt, värdigt och trovärdigt</i>	
Indikator	Styrtal
Den enskilde upplever att socialsekreteraren visar förståelse för denne och dennes situation	90 % eller fler ska svara att socialsekreteraren visar ganska stor eller mycket stor förståelse
Den enskilde upplever att socialsekreteraren efterfrågar den enskildes synpunkter på hur dennes situation skulle kunna förändras	90% eller fler upplever att socialsekreteraren efterfrågar den enskildes synpunkter
Den enskilde är nöjd med det stöd denne får av socialtjänsten i kommunen	90 % eller fler är ganska nöjda eller mycket nöjda
Mål Kund: Vi har rätt kvalitet i våra verksamheter och levererar rätt resultat	
<i>Framgångsfaktor: Tillräckligt med personal och personal med rätt kompetens leder till att personer som kommer i kontakt med nämndens verksamheter ökar sin förmåga att leva ett så självständigt liv som möjligt</i>	
Indikator	Styrtal
Andel hushåll med bidragstider 10-12 månader inom försörjningsstöd	Under 40 %
Andel ej återaktualiserade personer ett år efter avslutad utredning eller insats	Ungdomar: 74 % eller fler Vuxna: 74 % eller fler
Enskilda ska efter avslutad insats ha förbättrat sin förmåga att hantera sin situation	75 % eller fler
<i>Framgångsfaktor: Effektiv och rättssäker handläggning</i>	
Indikator	Styrtal
Utredning enligt Sol, BoU genomförs inom lagstadgad tid	100 % av alla som ingått i egenkontroll
Alla beslutsunderlag som omfattas av reglerna i 17 § Förvaltningslagen har kommunicerats med den enskilde	100 % av alla som ingått i egenkontroll
Barns synpunkter redovisas i utredningar som rör barn och ungdomar	100 % av alla som ingått i egenkontroll
<i>Framgångsfaktor: Evidensbaserad praktik</i>	
Indikator	Styrtal
Metoder relevanta för målgruppen	Alla enheter ska kunna beskriva sina metoder
<i>Framgångsfaktor: Det finns tillräckligt med bostäder och boendestöd</i>	
Indikator	Styrtal
Antal/andel bostadslösa	Hemlösa/uteliggare: 60 personer eller färre Flyktingar från a-bo: 100 % har eget boende
<i>Framgångsfaktor: Vår verksamhet har god tillgänglighet</i>	
Indikator	Styrtal
Besvarade telefonsamtal	
Besvarade mail	

4.5.2 Enheternas årsplan

I granskningen har vi tagit del av årsplan 2018 för öppenvård familj och den gemensamma årsplanen för familjehems-, samhällsvårds- och utredningsenheterna.

Av årsplanerna framgår aktiviteter till de indikatorer under kund- och kvalitetsperspektiven⁴ i verksamhetsplan 2018 som är relevanta för enheterna. I årsplanerna redovisas vissa invändningar till indikatorn ”ej återaktualiserade” bl.a. med hänvisning till att återaktualisering kan ske på andra grunder än den ursprungliga och att återaktualisering i vissa fall kan vara positivt. Vidare anger utredningsenheterna att det är svårt att mäta förbättringar efter avslutad insats.

För indikatorn ”metoder relevanta för målgruppen” redovisar utrednings- och samhällsvårdsenheten att de använder BBIC och hänvisar till tre andra metoder. Indikatorerna besvarade samtal och mail hanteras inte på annat sätt än att de beskrivs som omöjliga att besvara och att förutsättningarna finns för att hålla kontakt med klienterna.

Öppenvård familj anger till indikatorn ”metoder relevanta för målgruppen” som aktiviteter matris kompetensutveckling, färdig manual för krisstöd, deltagande i forskningsprojekt med Karlstads universitet och socialstyrelsen, utbildning i systematisk uppföljning och föreläsning om evidensbaserad praktik (EBP). För indikatorn ”förbättrad förmåga att hantera sin situation efter avslutad insats” anges aktiviteten att erbjuda metoder som grundar sig på beprövad erfarenhet och/eller vetenskap.

4.6 Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete

4.6.1 Allmänt

De sociala nämnderna (äldrenämnden, nämnden för personer med funktionsnedsättning och individ och familjenämnden) ställde sig 2012 bakom sociala nämndernas förvaltnings förslag på ledningssystem. Efter fyra år gjordes en revidering av ledningssystemet och individ- och familjenämnden beslutade i januari 2017 tillsammans med de två andra nämnderna om ”Riktlinje – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

4.6.2 Ansvarsfördelning - Ledningssystemet

I riktlinjen definieras ansvarsfördelningen inom ledningssystemet:

- ▶ Nämnden beslutar om ledningssystem för kvalitet, beslutar om mål och måtvärden för verksamheten och följer upp målen. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med.
- ▶ Förvaltningens direktör har det yttersta ansvaret för att ett ledningssystem upprättas, planeras, genomförs och följs upp. Direktören har även det yttersta ansvaret för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.
- ▶ Enhetschefen ska säkerställa att medarbetarna på enheten arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.
- ▶ Medarbetarna i den övergripande samordnande kvalitetsgruppen⁵ ansvarar för att utarbeta och förvalta ett ledningssystem för kvalitet utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

⁴ Enheterna har också utformat aktiviteter under medarbetarperspektivet och under ekonomiperspektivet.

⁵ Kvalitetsstrateg, Koordinator för synpunkter och klagomål, Hälso- och sjukvårdsstrateg och Kvalitetshandläggare

- ▶ Alla medarbetare ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att:
 - ▶ Arbeta i enlighet med processer och rutiner.
 - ▶ Medverka i förvaltningens olika aktiviteter i kvalitetsarbetet.
 - ▶ Delta i och lämna uppgifter till egenkontroll, kvalitetsregister och dylikt.
 - ▶ Delta i uppföljning och analys av mål och resultat.
 - ▶ Rapportera avvikelser av olika slag.
 - ▶ Lämna uppgifter till rapporter och utredningar.

Av riktlinjen framgår vidare att leverantörer och utförare är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som innebär kvalitetsuppföljning, kvalitetsutveckling, att involvera medarbetare i kvalitetsarbete samt ge information om resultatet till sina medarbetare. Leverantörer och utförare är också ansvariga för att informera nämnden om resultat av sin egenkontroll.

4.6.3 Definition av kvalitet

Riktlinjen hänvisar till SOSFS 2011:9 vilken definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Vidare hänvisas till socialstyrelsens uttalande om vad god kvalitet i socialtjänsten kan innebära.

4.6.4 Leverantörer och utförare

Leverantörer och utförare är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som innebär kvalitetsuppföljning, kvalitetsutveckling, att involvera medarbetare i kvalitetsarbete samt ge information om resultatet till sina medarbetare. Leverantörer och utförare är också ansvariga för att informera nämnden om resultat av sin egenkontroll.

4.6.5 Ledningssystemets huvudpunkter

Förvaltningen ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. I riktlinjen redovisas huvudprocessen och de aktiviteter som ingår i den samtidigt som det anges att för varje aktivitet ska de rutiner som behövs, utarbetas och fastställas.

Den information som kommer fram vid riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

När det gäller risker och riskanalys framgår att de risker med högst värden för sannolikhet och negativ konsekvens skrivs in i nämndens internkontrollplan. När nämnden har beslutat om interkontrollplanen kommer de prioriterade riskerna att vara en del i arbetet med egenkontrollerna. Det förbättringsarbete som egenkontrollerna bidrar till (för att minska risken för missförhållande eller helt undvika det) blir en viktig del i uppföljningen av de prioriterade riskerna i internkontrollplanen. Tillsammans är de delar av det systematiska kvalitetsarbetet.

Utifrån egenkontrollen ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. För förvaltningens del genomförs egenkontroller av rättssäkerheten i myndighetsutövningen med regelbundenhet varje år från och med 2015.

Vidare beskriver riktlinjen rapporterings- och dokumentationsskyldighet samt personalens medverkan.

En uppdatering av riktlinjer bereds f.n. och förväntas bli föremål för beslut vid nämndens sammanträde i januari 2019.

4.6.6 Förvaltningens kvalitetsledningssystem

IFF:s ledningssystem finns tillgängligt för samtliga medarbetare i stadens intranät, Insidan. Ledningssystemet är uppbyggt utifrån ledningsprocesser, huvudprocesser och stödprocesser. Alla processer är f.n. inte färdiga och dokumenterade. Arbetet med att färdigställa processerna är ett pågående arbete som leds av kvalitetshandläggarna och genomförs tillsammans med enheternas kvalitetsgrupper.

Tabell 2 – Ledningssystemets startsida på Insidan



Sidan är uppbyggd så att det under t.ex. respektive huvudprocess finns underliggande sidor som adresserar vidare till eventuella rutiner, mallar och checklistor. Varje sida har en ansvarig. I ledningssystemet beskrivs bl.a. sambandet mellan förbättringsarbetet och riskanalys, internkontrollplan, egenkontroll och analys av avvikelser, synpunkter och klagomål.

4.7 Riskanalys

Nämndens riskanalys inför 2018 gjordes i enlighet med stadens riktlinjer och tillämpningsanvisningar. Internkontrollplanen fanns med som en bilaga till sammanfattning av årsplan 2018 som behandlades av nämnden i oktober 2017.

För att undvika dubbelarbete i form av flera riskanalyser används Västerås stads modell för att även göra författningsstyrda riskanalyser i en och samma process. Den riskanalys som gjordes inför nämndens internkontrollplan 2018 omfattade även riskanalys som ska göras enligt SOSFS 2011:9. Samtliga risker som har identifierats och bedömts finns i IT-stödet för riskanalys, Exonaut.

Följande steg har ingått vid framtagandet av internkontrollplanen:

- ▶ Identifiering av verksamhetens åtaganden, verksamhetsplanering, kritisk verksamhet (tidskritisk) och mål.
- ▶ Identifiering av risker kopplat till ovanstående, med fokus främst på att identifiera risker kopplat till den verksamhet som anses vara viktigast att bedriva under kommande år.
- ▶ Analys kopplat till konsekvensområdena.
- ▶ Värdering/ prioritering. De risker som anses vara allvarliga tas vidare för att koppla åtgärder och kontroller till.
- ▶ Prioritera risker som ska vara med i internkontrollplanen och som respektive nämnd tycker är av största vikt att ständigt kontrollera och styra.

De allvarligaste riskerna som identifierats har infogats i internkontrollplanen. Följande risker ingår i planen:

- ▶ Inte kunna erbjuda insats utifrån behov i rimlig tid.
- ▶ Återkommande missförhållanden.
- ▶ Felaktig handläggning.
- ▶ Fel eller uteblivna insatser.
- ▶ Lämna ut sekretessbelagda uppgifter.
- ▶ Stor personalomsättning.

För varje risk som ingår i internkontrollplanen redovisas orsak, påverkan och behandlingsplan (åtgärd för att reducera risken).

4.7.1 Egenkontroll

I internkontrollplanen 2018 redovisas även egenkontrollplan 2018 för myndighetsorganisationen. Egenkontrollen inom barn och ungdom för enheterna utredning, samhällsvård och familjehemsenheten omfattar följande områden:

- ▶ Delaktighet.
 - ▶ Framgår det av dokumentation att den enskilde varit delaktig i genomförd behovsutredning.
- ▶ Kommunikering.
 - ▶ Framgår det av dokumentation att beslutsunderlag kommunicerats med part.
- ▶ Skäliga utredningstider.
 - ▶ I de fall det finns lagstadgade tidsgränser så sker kontroll utifrån detta annars i förhållande till skyndsamt genomförande/skälig tid.

För enheten mottagning, individ och familj omfattar egenkontrollen: Kontroll av skyddsbedömning inom 24 timmar, färdigställd förhandsbedömning inom 14 dagar, kontroll av om barnperspektivet har beaktats vid utredning och beslutsfattande i ärenden som indirekt påverkar barnet (ekonomiskt bistånd, bistånd till vuxna). Egenkontrollen inom myndigheten har varit inriktad på samma kontrollområden sedan 2015.

Egenkontrollen genomförs vid tre tillfällen under året av ett slumpmässigt urval av ärenden av respektive tertials senast avslutade ärenden.

Den verksamhet, öppenvård, som fördes över till IFF har under 2018 genomfört motsvarande egenkontroller som de gjorde när den tillhörde vård och omsorg. Egenkontrollen omfattar ett slumpmässigt urval av akter och avser genomförandeplan och social journal/anteckning. Egenkontrollen 2017 av genomförandeplanen omfattade 8 kriterier och av social journal/anteckning 6 kriterier.

Inför 2019 kommer en gemensam internkontroll- och egenkontrollplan att tas fram för hela individ- och familjeförvaltningen.

4.8 Bedömning

Individ- och familjenämnden har inte definierat en egen modell för verksamhetsstyrning inklusive ansvar och roller. Nämndens styrning utgår från stadens styrmodell och årshjul. IFF upprättar en verksamhetsplan med bl.a. styrkort och budget som nämnden ställer sig bakom. Verksamhetsplanens styrkort ses som nämndens uppdrag till verksamheten i form av mål och styrtalet. Enheterna inom förvaltningen svarar på verksamhetsplanen genom att upprätta årsplaner. Det arbete som har inletts inom förvaltningen för att utveckla styrningen bedömer vi som positivt.

Riktlinjen för ledningssystemet, som nämnden beslutade om i januari 2017 tillsammans med övriga två sociala nämnder i Västerås stad, är inte fullt ut anpassad till verksamhetens aktuella förutsättningar. Riktlinjen tar inte hänsyn till att nämnden svarar för både myndighetsutövning och genomförande av insatser. Den ansvarsfördelning inom ledningssystemet som beskrivs i riktlinjen fångar inte heller hur nuvarande organisation är utformad. Det gäller t.ex. ansvarsnivån verksamhetsområdeschef och funktionen som kvalitetsutvecklare. Den huvudprocess som beskrivs i riktlinjen motsvaras inte av hur huvudprocesserna redovisas i ledningssystemet på insidan. När det gäller hur riskanalys hanteras i riktlinjen är det vår uppfattning att den bör utvecklas och tydliggöra att återkommande riskanalyser ska upprättas i verksamheten och hur de ska göras utöver den riskanalys som görs inför upprättandet av internkontrollplanen.

Fyra av de styrtalet (5 st.) som finns i styrkortet under kundperspektivet relaterade till framgångsfaktorerna tillgänglighet och bemötande avser myndighetsutövning. Styrtalet "nöjd med socialtjänstens stöd" riktar sig till verksamheten i sin helhet. Samtliga styrtalet inom perspektivet ingår i den årliga enkät som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gör för deltagande kommuner. Framgångsfaktorn hög tillgänglighet finns också med under kvalitetsperspektivet och uttrycks då som god tillgänglighet. I det senare fallet avser indikatorn besvarade telefonsamtal och mail. Förutom att vi anser det tveksamt ur ett styrperspektiv att hantera framgångsfaktorn hög/god tillgänglighet på detta sätt så finns det inget belagt samband mellan god tillgänglighet och antalet besvarade mail och telefonsamtal.

De indikatorer som återfinns under effektiv och rättssäker handläggning och som rör barn och ungdom omfattas av den egenkontroll som årligen genomförs. De krav som lagstiftningen ställer på handläggningens kvalitet ska säkerställas genom efterlevnad av de rutiner för handläggning som ingår i ledningssystemet. Kravet är per definition 100 procent och om handläggningen inte har gjorts i enlighet med definierade rutiner är det en avvikelse och ska hanteras som en sådan. En reflektion är därför om de kontrollmål som ingår i egenkontrollen också ska ingå i styrkortet.

Det finns två indikatorer som avser verksamhetens effekter och som har bäring på barn och unga. Det gäller om den enskilde är nöjd med det stöd som denne får och enskilda ska efter avslutad insats ha förbättrat sin förmåga att hantera sin situation. Den första indikatorn mäts genom SKL:s enkät men hur den andra indikatorn ska mätas har inte framgått. Enligt vår bedömning krävs det för att kunna följa upp indikatorn "ha förbättrat sin

förmåga” att det har införts en metod för systematisk uppföljning i verksamheten. För närvarande finns inte den möjligheten för de insatser som riktar sig till barn och unga.

Indikatorn andel återaktualiseringar är inte helt okomplicerad eftersom det i vissa fall kan tolkas som positivt att någon vill återkomma för ytterligare hjälp och stöd. Det talar för att indikatorn bör användas på ett nyanserat sätt. Slutligen när det gäller relevanta metoder (evidensbaserade) för målgruppen har vi synpunkter på styrtalet. Det finns med stor sannolikhet ett samband mellan användning av behovsanpassade evidensbaserade metoder och vilket resultat verksamheten uppnår. Däremot är det vår uppfattning att det styrtalet som används, kunna beskriva sina metoder, inte är ett relevant måttal.

Vår bedömning är att den tillämpade styrningen under 2018 inte är tydlig och sammanhängande mellan nämnd och verksamhet. Det finns fyra ansvarsnivåer i organisationen inklusive nämnden. Förvaltningen tar fram en verksamhetsplan som nämnden ställer sig bakom och enheterna formulerar en årsplan som svar. Nämnden har ingen egen nämndplan och på verksamhetsområdesnivån saknas f.n. en plan eller åtagande. Vi anser att enheternas årsplaner inte på ett tydligt sätt klargör vad enheterna åtar sig att uppnå i förhållande till nämndens mål, hur det ska gå till och följas upp. Hur styrningen ska utformas över ansvarsnivåerna bedöms som ett viktigt utvecklingsområde.

För att styrningen via styrkortet ska kunna bidra på ett tillräckligt sätt till en ändamålsenlig verksamhet bör den tydligare rikta in sig på vilka effekter som ska uppnås för målgrupperna. Det kräver samtidigt att utfallet kan mätas på ett tillfredställande sätt i verksamheten i sin helhet och att utfallet analyseras samt att avvikelser leder till att förbättringsåtgärder vidtas. Med hänvisning till kravet på att verksamheten ska omfattas av ett ledningssystem är det vår bedömning att ledningssystemet måste vara en integrerad del av verksamhetsstyrningen. Ledningssystemets uppgift är att definiera de processer som behövs för att leva upp till de kvalitetskrav som ställs på verksamheten. I detta perspektiv ska ledningssystemet ses som ett medel att förverkliga de författningsstyrda krav och kommunala mål som finns för verksamheten.

Risker identifieras i samband med framtagandet av internkontrollplanen enligt den metod som följer av stadens modell för riskhantering och intern kontroll. I internkontrollplanen redovisas även plan för egenkontroll. Av interkontrollplan och plan för egenkontroll framgår inte risker för att kvaliteten på de insatser som erbjuds barn och unga inte motsvarar de krav som ställs i författningar.

Vi uppfattar att det finns ett samband mellan internkontrollplanen och plan för egenkontroll i den meningen att internkontrollplanen tar sikte på att identifiera väsentliga risker och åtgärder som ska vidtas för att reducera risken medan planen för egenkontroll är inriktad på att kontrollera att verksamheten tillämpar fastställda processer och rutiner.

Vår bedömning är att riskanalyser behöver göras återkommande och på ett metodiskt sätt i verksamheten och inte uteslutande i samband med framtagandet av internkontrollplanen. Det finns också anledning att se över egenkontrollen och vad den ska inriktas på. För närvarande är den statisk i den meningen att samma egenkontroller görs år efter år. Sammantaget utifrån hur egenkontroll definieras i SOSFS 2011:9 behöver den stärkas vad gäller uppföljning av resultatet av de insatser som görs för barn och unga. Ett viktigt område för egenkontrollen inom myndighetsutövningen bör vara att utredningarna görs på ett rättsenligt sätt.

5 Uppföljning och kvalitet

5.1 Uppföljning av styrkortet

I nämndens verksamhetsberättelse 2017 redovisas en uppföljning av styrkortets indikatorer. Uppföljningen i förhållande till kundperspektivet gjordes med hjälp av SKL:s nationella brukarundersökning som genomfördes vid myndighetskontoren under hösten 2017. Svarsfrekvensen från enheterna riktade till barn och unga och flyktingenheten blev för låg och ingick därför inte i resultatet. Nämnden beslöt därför att en kompletterande mätning skulle göras under 2018 avseende barn- och ungdomsvården. Den mätningen gjordes i början av 2018 och resultatet baseras på totalt 99 svar från barn och ungdom (ungdomar över 13 år och föräldrar). Jämfört med enkätresultaten för försörjningsstöd, enheten för vuxna med missbruk och bostadssociala enheten blev resultatet lägre. Utfallet för de fem styrtalen varierade inom intervallet 74-88 procent jämfört med 91-95 procent för övriga enheter. Resultatet innebar att endast ett av styrtalen uppnåddes (80 procent eller fler ska uppleva att det är ganska lätt eller mycket lätt att förstå informationen som fås av socialsekreterare) medan försörjningsstöd, enheten för vuxna med missbruk och bostadssociala överträffade styrtalen för de kritiska framgångsfaktorerna.

Resultatet för styrtalet Ej återaktualiserade ungdomar var 68 procent (mål 74 procent eller fler). För indikatorn "ensklida ska efter avslutad insats ha förbättrat sin förmåga att hantera sin situation" saknas mätvärden för barn och ungdom. I den kompletterande enkäten till barn och föräldrar enligt ovanstående uppgav 64 procent att situationen hade förbättrats mycket eller lite. Resultatet är dock svårtolkat eftersom frågan inte direkt relaterar till att förändringen har ett samband med socialtjänstens insatser, till skillnad från styrtalet under kvalitetsperspektivet som avser situationen efter avslutad insats. Dessutom är frågan ställd både till barn (över 13 år) och föräldrar.

Styrtalet att alla enheter ska kunna beskriva sina metoder uppnåddes inte i och med att utfallet blev 83 procent. Utfallet redovisas inte uppdelat per verksamhetsområde. Resultatet för de tre styrtal som ingick i framgångsfaktorn Effektiv och rättssäker handläggning varierade inom intervallet 80-91 procent, vilket innebar att styrtalens målvärden inte uppnåddes.

I verksamhetsberättelsen redovisas också utfallet av klagomål och synpunkter fördelat på myndighetsutövning, utförande av vård och omsorg samt hälso- och sjukvård. Motsvarande redovisning görs också av Lex Sarah-anmälningar. En mer detaljerad redovisning av dessa områden framgår av årsrapporten "Redovisning av systematiskt kvalitetsarbete inom individ- och familjenämndens verksamhetsområde 2017".

I delårsrapport 1 och 2 för 2018 lämnas en redovisning av styrtalens utfall 2017.

5.2 Systematiskt kvalitetsarbete 2017 inom individ- och familjenämnden

En helårsredovisning av det systematiska kvalitetsarbetet, avvikelser och egenkontroll har gjorts sedan 2016. I den framgår att inom den sociala barn- och ungdomsvården har kvalitetsarbetet under 2017 inriktats på de processer som rör handläggningen för barn och ungdom, vilket har resulterat i att processerna på barn och ungdomssidan i hög grad har förändrats och att rutiner och checklistor har reviderats.

När det gäller utförarsidans verksamhet som under 2017 har bedrivits antingen i form av beställningar eller avtal har förvaltningen valt att halvårsvis följa upp synpunkter, klagomål och ärenden enligt lex Sarah. Från och med 2017 ska samtliga utförare förutom Västerås Stads Vård & omsorg göra sin halvårsvisa, sammantagna rapportering av synpunkter och

klagomål samt lex Sarah-ärenden i en enhetlig, digital undersökning som går ut till alla utförare. Inom Västerås stad finns sedan maj 2017 ett gemensamt system som omfattar myndighetsutövning och utförande, Flexite, för handläggning av klagomåls- och synpunktsärenden.

Utfallet för egenkontrollen redovisas per enhet. Socialkontor mottagning (60 ärenden gällande barn och unga, varav 15 bortfall) uppnådde 100 procent för skyddsbedömning, 90 procent förhandsbedömning inom föreskriven tid och 55 procent av barn/unga var delaktiga i förhandsbedömning.

För enheterna utredning, samhällsvård och familjehem framgår utfallet i nedanstående tabell.

Tabell 3 - Egenkontroll 2017

Enhet	Utredningstid	Kommunicering	Delaktighet
B & U utredning	63 %	100 %	98 %
B & U samhällsvård	70 %	72 %	88 %
Familjehemsenheten	63 %	85 %	85 %

Urvalet utgörs av 60 ärenden per enhet. B & U samhällsvård hade ett bortfall på 20 ärenden p.g.a. ofullständigt underlag för tertial 2. En notering är att för B & U utredning har antalet utredningar som färdigställda inom 4 månader minskat under den senaste treårsperioden. För B & U samhällsvård har delaktigheten minskat under samma period.

Under 2017 inkom 32 lex Sarah-rapporter som avsåg myndighetsutövningen. Av dessa avser 11 B & U samhällsvård, två B & U utredning, och mottagningen. Sammanlagt fem av lex Sarah-anmälningarna avsåg bristande uppföljning av barn i samhällsvård.

Avseende utförd vård och omsorg inom individ- och familjenämndens område redovisades 12 lex Sarah-rapporter. Sammanlagt 7 utförare hade lämnat rapporter, varav 6 redovisade ingen rapport medan Vård & Omsorg redovisade 12 rapporter gällande hela individ- och familjeomsorgsverksamheten.

Under 2017 har 81 klagomål kommit in som gäller handläggningen inom samtliga myndighetskontor. Av dessa avsåg 33 socialkontor barn och ungdom och socialkontor utredning. Utförarna redovisade sammanlagt 46 synpunkter och klagomål.

5.3 Redovisning av lex Sarah och synpunkter och klagomål halvår 1 2018

5.3.1 Lex Sarah

Under första halvåret 2018 inkom 30 lex Sarah-rapporter avseende myndighetsutövningen, varav fem från B & U utredning, sju från B & U samhällsvård, fem från Mottagningen, och två från familjehemsenheten. I den bedömning som görs i rapporten framgår att antal inkomna lex Sarah-rapporter har ökat i jämförelse med samma tidsperiod 2015, 2016 och 2017. I redovisningen framförs att ökningen orsakas av det utvecklingsarbete som gjorts inom området lex Sarah-tillämpning under 2017. Rutinerna för tillämpningen av lex Sarah har reviderats och antagits av IFN. Tillämpningen har tydliggjorts ytterligare i syfte att öka medvetenheten om rapporteringskyldigheten. Samtidigt konstateras Lex Sarah-utredningarna under de tre senaste åren har visat att ett antal missförhållanden återkommer trots att adekvata åtgärder har vidtagits. Exempel på återkommande missförhållanden inom myndighetsutövningen gällande barn och unga är att barn placeras utan att vården följs upp och säkerställs och passivitet att agera för barns skydd. En förklaring till att

vidtagna åtgärder inte ger önskad effekt är svårigheterna att rekrytera behörig personal till den sociala barn och ungdomsvården. Personalomsättningen är förhållandevis hög vilket också leder till svårigheter att implementera åtgärderna.

Inga Lex Sarah-rapporter hade inkommit från öppenvård och boenden. En förklaring som anges är att det finns behov av att öka medvetenheten om rapporteringskyldigheten enligt Lex Sarah på samtliga enheter inom öppenvård och boenden.

5.3.2 Synpunkter och klagomål

Under första halvåret 2018 har 46 klagomål kommit in som berör handläggning inom IFF:s samtliga myndighetskontor. Av dessa avsåg 15 B & U utredning, 14 B & U samhällsvård, och ett familjehemsenheten. Sammantaget handlar klagomålen till avgörande del om bemötande, information/delaktighet och rättssäkerhet.

Under första halvåret 2018 inkom 14 klagomål som berör utförd öppenvård inom IFF:s samtliga verksamheter i både egen och privat regi. En iakttagelse är att antalet klagomål och synpunkter är lågt i förhållande till verksamhetens omfattning.

5.4 Uppföljning av insatser

5.4.1 Utgångspunkt

Med utgångspunkt från att den beslutade nämnden har ett ansvar för att den enskilde får det bistånd som har beviljats följer en skyldighet att följa upp det beviljade biståndet. Därutöver finns ett krav på att nämnden noga ska följa vården av barn och unga i ett familjehem, jourhem, hem för vård och boende samt placerade med insats enligt LVU. I dessa fall framgår det också hur och vad uppföljningen ska intrikats mot. För de som vårdas enligt SoL i annat hem än det egna hemmet ska minst var sjätte månad övervägas om vården fortfarande behövs och hur vården bör inriktas och utformas.

Nämnden har inom sitt område ett dubbelt uppföljningsansvar dels att följa upp insatser i förhållande till nämndens uppdrag (myndighetsperspektivet), dels följa upp genomförandet av insats (utförarperspektivet).

5.4.2 Barn och ungdom, myndighetskontor

I ledningssystemet på "Insidan" finns inte en generell rutin för uppföljning utan uppföljningen görs utifrån lagstiftningens krav och med stöd av relevanta handböcker och de formulär och stöddokument som finns i verksamhetssystemet. Nämnden har en licens för Barns behov i centrum, BBIC, som är ett arbetssätt anpassat efter socialtjänstens regelverk. BBIC är integrerat i verksamhetssystemet och utvecklad av socialstyrelsen för att stödja utredning, planering och uppföljning inom den sociala barnvården.

Uppföljning på individnivå görs i samband med lagstyrda överväganden och i särskild ordning av övriga beslutade insatser. Om vårdplaner har upprättats omfattas de av uppföljningen. Övervägande och uppföljning görs med stöd av för ändamålet särskilda formulär och stödtexter. I BBIC finns formulär för övervägande, uppföljning av placering och öppenvårdsinsatser. Uppföljningar kan också dokumenteras i journalen.

Hur varje uppföljning är gjord och vad den resulterar i framgår av dokumentationen i respektive personakt. Som vi har förstått det är det inte möjligt att ta fram aggregerade uppgifter t.ex. beträffande hur barns och familjers situation förändrats till följd av insatserna. Det är inte heller möjligt att ta fram statistik över i vilken utsträckning som uppföljningar har gjorts.

Enligt vad vi har uppfattat är det möjligt att komplettera BBIC med systematisk uppföljning. Frågan aktualiserades inom förvaltningen i början av 2018 men p.g.a. arbetssituation och bemanning bedömdes att verksamheten inte klarade av att implementera ett nytt system. Frågan är f.n. vilande.

5.4.3 Öppenvård familj

Enheterna inom Öppenvård familj upprättar en genomförandeplan utifrån det uppdrag som följer av biståndsbeslutet. En mall för genomförandeplan finns i BBIC. Av den framgår ett antal behovsområden till vilka mål/delmål, insats och tidsram kan anges. Genomförandeplanen ska följas upp var sjätte månad. Uppföljningen ska dokumenteras i journal-systemet där det finns rubriker som vägledning. Exempel på rubriker är: Hur målen i genomförandeplanen har uppnåtts, barnets respektive föräldrars/förälders uppfattning av behandlingen i förhållande till sina behov och önskemål m.fl. Den information som framkommer i uppföljningen av genomförandeplanerna kan inte aggregeras.

När en insats avslutas upprättas en slutrapport eller en behandlingsrapport i vilken bl.a. måluppfyllelsen ska redovisas enligt en fyrgradig skala. Resultat från slutrapporterna samställs inte/kan inte sammanställas.

I verksamheten används även andra uppföljningsmetoder t.ex. Ungas röster som började användas under 2017. Instrumentet mäter ungas erfarenheter av vård inom barn- och ungdomspsykiatri och liknande verksamheter. Instrumentet som vänder sig till målgruppen 10-20 år innehåller 17 frågor med fasta svarsalternativ samt två öppna frågor. Unga röster används för målgruppen inom hela öppenvårdens verksamhet. Under 2018 har instrumentet även använts vid avdelningen för barn och familj och även för vuxenkontakten vid centrum mot våld. Resultatet sammanställs och analyseras.

Inom delar av verksamheten, t.ex. högstödsteamet, används journal digital. Journal digital är ett digitalt hjälpmedel som bl.a. innehåller skattningsskalor för att samla in klienters och närståendes syn på klientens livssituation.

Ett tvåårigt forskningsprojekt pågår under ledning av forskare från Karlstads universitet inriktat på hur barn och unga som får stöd upplever vårdkvaliteten och resultatet av insatsen. Verksamheter som omfattas av projektet är Högstödsteamet och Iris.

5.5 Uppföljning av upphandlade avtal

Inom område barn och ungdom finns dels en upphandling av HVB för placeringar i åldern 13-21 enligt lag om valfrihetssystem, LOV, dels ramavtalsupphandlade konsulentstödda familjehem. Den senare upphandlingen har gjorts av SKL Kommentus med deltagande av 69 kommuner.

HVB enligt LOV upphandlades med stöd av enheten för beställning, upphandling och avtalsuppföljning vid sociala nämndernas förvaltning och har f.n. 44 godkända leverantörer. Avtalsuppföljningen har inte startat ännu men kommer att göras av enheten för beställning, upphandling och avtalsuppföljning. Av avtalen framgår att leverantören ska medverka i nämndens uppföljning av verksamheten, rapportera synpunkter och klagomål och avvikelser löpande till nämnden samt allvarliga händelser omedelbart, redovisa lex Sarah enligt nämndens instruktion och delge resultaten av egenkontroll enligt nämndens begäran. Det framgår också av avtalet att nämnden förbehåller sig att genomföra olika former av uppföljning.

När det gäller ramavtalet för konsulentstödda familjehem är det SKL Kommentus som har ansvaret för avtalsuppföljning. Hur de tänker genomföra den har inte framgått. I avtalen finns inskrivet vilken rapporteringsskyldighet som utföraren har i förhållande till placerande nämnd.

5.6 Utvecklings- och förbättringsarbete

Enligt det systematiska kvalitetsledningssystemet utreds, sammanställs och analyseras avvikelser (t.ex. Lex Sarah) och synpunkter och klagomål. Åtgärder har sedan vidtagits för att komma till rätta med avvikelser. En iakttagelse är dock, framförallt när det gäller avvikelser enligt Lex Sarah, att trots åtgärder har missförhållanden återkommit. Det gäller t.ex. missförhållanden inom myndighetsutövningen när barn placeras utan att vården följs upp och passivitet att agera för barns skydd.

Beträffande uppföljning av insatser för barn och ungdom som följs upp av myndighetskontoren har vi inte noterat att informationen sammanställts och använts i syfte att utveckla och förbättra verksamheten. Resultatet av uppföljningen används dock givetvis för åtgärder i det enskilda ärendet som i så fall framgår i personakten.

På motsvarande sätt har vi inte heller noterat att det i den egna öppenvårdsverksamheten har gjorts sammanställningar av uppföljningen av genomförandeplaner som i sin tur används för utveckling och förbättring av verksamheten. Däremot används t.ex. uppföljningen med modellen Unga röster där resultatet sammanställs, analyseras och används för att utveckla och förbättra verksamheten.

5.7 Bedömning

Uppföljningen av nämndens mål, framgångsfaktorer, indikatorer och styrtal görs med hjälp av enkäter. Enkäten 2017 kunde inte redovisa något utfall för de som hade haft kontakt med socialkontoren för barn och ungdom p.g.a. för få svar. Den kompletterande undersökning som gjordes i början av 2018 fick 99 svarande fördelat på föräldrar och barn/ungdom 13 år och äldre. Eftersom uppgifter saknas om urvalsmetod, antal enkäter och svarsfrekvens är det svårt att bedöma om hur representativ de svarande är för målgruppen

Utfallet för de fem styrtal som ingår i kundperspektivet för enheterna inom barn och ungdom hamnade förutom för ett av styrtalen under styrtalens målvärden. Vår bedömning är då avvikelser i förhållande till mål uppkommer ska en avvikelseanalys redovisas tillsammans med åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen.

Styrtalen i kundperspektivet fångar huvudsakligen den upplevda kvaliteten avseende tillgänglighet och bemötande och inte kvaliteten på eller effekten av insatserna annat än genom utfallet på frågan om den enskilde är nöjd med det stöd som socialtjänsten ger. Frågan om i vilken grad en enskild är nöjd med stödet och om stödet faktisk förbättrat förmågan att leva ett självständigt liv är inte självklart. Informationsvärdet skulle dock bli högre om svaren kan brytas ned och redovisas per insats eller insatskategori.

Under kvalitetsperspektivet finns styrtalen "ej återaktualiserade" och "förbättrat sin förmåga att hantera sin situation efter avslutad insats". En fråga som kan ställas är vad mäter egentligen måttet ej återaktualiserade (efter ett år)? Det finns olika förklaringar till varför någon inte återaktualiseras eller återaktualiseras som i båda fallen kan vara positiva eller negativa.

För 2017 och hittills under 2018 har det inte redovisats någon uppföljning på nämnds- eller förvaltningsnivå inom området barn och ungdom av om förmågan att hantera sin situation efter avslutad insats. Vår bedömning är att bristen på kunskap om hur enskildas

situation påverkas av socialtjänstens insatser för barn och ungdom är allvarlig. Informationen är nödvändig för att kunna styra verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Styrtalet som inte kan mätas ska inte ingå i styrkortet. Mätningen av insatsernas kvalitet och effekter måste göras på insatsnivå och sedan aggregeras upp till verksamhetsområde och slutligen till verksamhetsnivå. Enligt vår bedömning måste de olika insatserna kunna värderas för sig.

När det gäller delårsrapporterna ställer vi oss tveksamma till att upprepa den redovisning av styrkortsuppföljningen som fanns i verksamhetsberättelsen för 2017. Som vi ser det ska delårsrapporterna innehålla årets uppföljning. Det måste vara möjligt att löpande göra uppföljningar av vissa styrtalet.

En helårsredovisning av kvalitetsarbetet görs fr.o.m. 2016. Att upprätta en form av årlig kvalitetsberättelse är positivt och i enlighet med allmänna råd i SOSFS 2011:9. Kvalitetsredovisning beskriver bl.a. det gångna årets inriktning och arbete inom det systematiska kvalitetsarbetet. Tyngdpunkten i redovisningen ligger på utförd egenkontroll per enhet, lex Sarah-rapporter samt synpunkter och klagomål. Enligt vår bedömning bör det övervägas om kvalitetsrapporten också ska innehålla en redovisning av uppnådd kvalitet och resultat i övrigt. Andra utvecklingsområden enligt vår uppfattning gäller hur arbetet med riskanalys har genomförts samt en samlad analys av årets kvalitetsarbete med åtgärder för att förbättra kommande års systematiska kvalitetsarbete.

När det gäller egenkontroll redovisas den utslutande för myndighetskontoren. I nästa kvalitetsredovisning för 2018 ingår egenkontrollen för den egna öppenvården i rapporteringen. Vår bedömning är samtidigt att nämnden årligen ska begära en redovisning av de externa utförarnas egenkontroll, vilket avtalen också ger möjlighet till. En iakttagelse, i förhållande till styrtalet om att utredning enligt SoL ska genomföras inom lagstadgad tid till 100 procent, är att trots tre års egenkontroll ligger utfallet fortfarande relativt långt från målvärdet.

Nämnden har ett tvådelat uppföljningsansvar dels som ansvarig för myndighetsutövning, dels som utförare. Den uppföljning av biståndsbeslutade insatser för barn och ungdom som görs vid omprövningar och uppföljning i övrigt kan f.n. inte sammanställas på verksamhets- och delverksamhetsnivå. Av den anledningen finns det inte kunskap om hur enskildas situation förändras under och efter insatserna, i vilken grad mål och delmål uppnås och om hur olika insatser uppfattas av enskilda och anhöriga m.m. Det finns inte heller kunskap på verksamhetsnivå om i vilken grad mål och delmål i genomförandeplaner uppnås. Enligt vår bedömning utgör detta förhållande en allvarlig brist som påverkar möjligheten att dels erbjuda rätt insats för olika behovs- eller målgrupper, dels att bedriva ett ändamålsenligt utvecklings- och förbättringsarbete.

Inom öppenvård familj finns exempel på metoder som har införts för att följa upp den upplevda kvaliteten på insatser t.ex. Unga röster som används inom större delen av verksamheten. Bedömningen är också att användningen av journal digital inom delar av verksamheten ger förutsättning att följa kvaliteten på insatserna. Det forskningsprojekt som bedrivs inom del av verksamheten kan också på sikt förväntas ge ett positivt bidrag till kunskapen om hur insatser fungerar och uppfattas. Vi bedömer dock att det är viktigt att sammanställningar från resultatet rapporteras till nämnden i samband med delårsrapporter och verksamhetsberättelse.

Hittills har utvecklings- och förbättringsarbetet inom myndighetskontoret för barn och unga i huvudsak utgått från avvikelserapportering (lex Sarah) och synpunkter och klagomål samt riskreducerande åtgärder.

6 Behov av insatser

6.1 Kartläggning av behov av insatser

Enligt SoL är varje kommun ansvarig för att det finns tillgång till HVB, familjehem och stödboende och ansvarig nämnd för att de finns öppna insatser för att möta barns, ungas och vårdnadshavares olika behov.

Individ- och familjeförvaltningen följer löpande hur behov av och tillgång till insatser utvecklas framförallt beträffande HVB, familjehem och öppna insatser. Tillvägagångssättet är inte systematiserat utan enheterna uppmärksammar hur behoven utvecklas och vilka behov som inte kan tillgodoses.

Nedan görs en översiktlig beskrivning av hur förvaltningen arbetar med att identifiera och tillgodose behov av olika typer av insatser.

HVB

Inför LOV-upphandlingen HVB och stödboende gjordes analyser av behov av olika kategorier av HVB. Upphandlingen inleddes efter sommaren 2017.

Upphandlingen omfattade barn och unga (13-21 år) som ska placeras enligt SoL och LVU. I målgruppen ingår även ensamkommande barn/ungdomar som är i behov av behandlingsinsatser och utredningsplaceringar av familjer.

Antalet anslutna utförare som har godkänts har efter hand ökat och f.n. är 44 företag godkända.

Familjehem

Behovet av familjehem har ökat samtidigt som det under lång tid har funnits en brist på familjehem. Familjehemsenheten bedriver en ständigt pågående rekrytering av familjehem.

För att förstärka tillgången till familjehem har IFN deltagit i den gemensamma upphandling av familjehem som SKL Kommentus har gjort med 68 deltagande kommuner omfattande bl.a. familjehem för barn och unga 0-17 år och familjehem i kombination med särskilda insatser för barn och unga 0-17 år.

Stödboende

Behovet av stödboende framgår indirekt i statistiken när unga blir kvar i andra vårdformer. Enheterna rapporterar också vilka behov som finns. När det gäller ensamkommande barn, och där verksamheten vet antalet personer i vård räknas faktiska personer.

Öppenvård

Inom öppenvården förs statistik över behov och efterfrågan. Statistiken omfattar hur många uppdrag som inkommer, väntetid, önskad verksamhet m.m. Statistiken håller dock på omarbetas av förvaltningens statistiker. Utredningsenheten rapporterar när det är svårt att få tillgång till öppenvården i egna region. När en bristsituation uppkommer hanteras situationen för de personer som är i behov av öppenvård genom att externa platser upphandlas. När nu enheterna för myndighetsutövning och öppenvård ingår i samma organisation är det en uppfattning att det förs en löpande dialog mellan enheterna kring behov av och tillgång till insatser.

Gällande öppenvården finns vetskapen att egenregin inte har tillräckliga resurser. I samband med arbetet med budget 2019 kommer nämnden att bedöma och analysera hur resurserna ska fördelas inom nämndens område.

6.2 Särskilda planer

En boendeplan håller på att tas fram som förväntas beredas i nämnden vid sammanträdet i december 2018.

Senast antog nämnden en boendeplan den 26 oktober 2017 som gäller perioden fram till och med 2021. Syftet med boendeplanen är att redovisa behov av bostäder och olika boendeformer för nämndens målgrupper, samt vara ett underlag för kommande strategiska beslut. Boendeplanen är avgränsad till att innefatta bostäder/boenden som tillhandahålls av nämnden.

Av den senaste boendeplanen framgår att nämnden totalt för sociala ändamål och för flyktningmottagandet har ett behov av 300-400 bostäder per år de närmaste åren. Hälften av behovet avser nyanlända som anvisas Västerås samt ensamkommande unga som inte längre har vårdbehov. I boendeplan lyfts att det finns behov av en boendekedja för ungdomar som varit placerade på behandlingshem, HVB eller familjehem och som ska slusas över till eget boende. Nuvarande boendekedja behöver enligt boendeplanen ses över med hänvisning till att det i dag saknas stödinsatser anpassade för ungdomar i eget boende. Stödboende för unga kan komma att bli ett behov i denna boendekedja.

6.3 Åtgärdsplaner

Av intervjuer har framgått att åtgärder vidtas när det finns en obalans mellan behov och tillgång till insatser men att det inte tas fram dokumenterade åtgärdsplaner.

6.4 Bedömning

En viktig uppgift för nämnden är att kunna tillgodose biståndsbedömda behov med rätt insats i rätt tid. För att hantera uppgiften på ett ändamålsenligt sätt fordras planering och styrning av tillgången till insatser. Ytterst har socialnämnden eller kommunen ansvar för att det finns tillgång till HVB, familjehem, öppna insatser och stödboenden. Samtidigt finns skillnader i de behov som enskilda och familjer har som motiverar respektive insats. För varje insatstyp kan det därför finnas behov av olika inriktningar på den vård och det stöd som ges vilket kan komplicera insatsförsörjningen. Behovet av insatser påverkas av fler faktorer än demografiska förändringar vilket kan medföra tillfälliga ökning eller minskningar av behov av specifika insatser. En annan faktor som har betydelse för behovet av insatser är nämndens strategi och arbetssätt. Finns ambitionen att möta behov tidigare och att minska behovet av HVB-placeringar och/eller att förkorta placeringstiden i HVB så förutsätts en utökning av tillgången till öppna insatser.

På olika sätt uppmärksammas behov av insatser och överväganden görs hur brister ska hanteras då de uppkommer. Samlade och dokumenterade analyser och åtgärdsplaner vid bristsituationer är sällan förekommande och därmed inte ofta en fråga för nämnden. Ett exempel på en strukturerad analys är boendeplanen som fastställs av nämnden. En ny boendeplan håller f.n. på att beredas. Vi ser det som ett grundläggande problem att nämnden inte på ett planmässigt sätt säkerställer att det finns tillgång till insatser som olika målgrupper behöver.

Vår bedömning är att nämnden på ett mer strukturerat och systematiskt sätt behöver hantera frågan om hur behovet av insatser på kort och lång sikt ska tillgodoses. I planeringen måste dels ingå hur behovet av insatser förväntas utvecklas över tid, dels hur det ska tillgodoses, d.v.s. både en plan för insatsbehov och en plan för "insatsförsörjningen". Tidshorisonten på planeringen kan diskuteras t.ex. om den ska vara 4-5 år eller längre. Det behöver finnas en koppling mellan nämndens strategi för hur den ska lösa sin uppgift och insatsplaneringen. Ett införande av systematisk uppföljning kan bidra till bättre kunskap om vilka behov som finns inom barn och ungdomsområdet. Vår bedömning är att det särskilt viktigt att det finns en insatsplan för den öppna vården och att den är samordnad med t.ex. boendeplanen.

7 Ärendeberedning

7.1 Utgångspunkt

7.1.1 Ärende

Med beredning avses förberedelse av ett ärende innan ett beslut fattas. Varken kommunallagen eller förvaltningslagen definierar begreppet ärende. Enligt "Förvaltningslagen med kommentarer", Hellners och Malmqvist, år 2007 sid 36, menas att man åsyftar myndigheternas beslutande verksamhet till skillnad från annan förvaltningsverksamhet som exempelvis faktiskt handlande. I begreppet handläggning av ett ärende ingår momenten utredning, beredning, föredragning, beslutsfattande och verkställighet (sid 427, Kommunallagen med kommentarer och praxis, 2011).

7.1.2 Ärenden som beslutas enligt kommunallagen

Av kommunallagen framgår att fullmäktiges ärenden ska beredas men samtidigt inget formellt beredningskrav av ärenden i kommunstyrelse och nämnder. Att beredning av nämndärenden ändå sker följer av allmänna förvaltningsrättsliga principer (sida 423, Kommunallagen med kommentarer och praxis, 2011). Enligt t.ex. regeringsformen 1 kap. 9 § ska domstolar samt förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet. I begreppet förvaltningsmyndighet inryms de kommunala nämndernas verksamhet. Enligt officialprincipen har en förvaltningsmyndighet ansvar för att ett ärende blir ordentligt eller tillräckligt utrett.

I Västerås stad finns en av fullmäktige, i november 2015, antagen policy för ärendeprocessen och en riktlinje för ärendeprocessen antagen av kommunstyrelsen i januari 2016. En handbok "Instruktion för ärendeprocessen i Västerås stad" fastställdes av processägaren i april 2017. En övergripande iakttagelse är att handboken ger en tydlig vägledning till hur ärenden ska hanteras och utformas samt tydliggör ansvars- och rollfördelningen i ärendeprocessen. Handboken definierar dock inga närmare krav på vad beslutsunderlagen ska innehålla eller en checklista för att kunna kontrollera om ett ärende är tillräckligt utrett.

7.1.3 Ärenden för barn och unga enligt sociallagstiftningen

Styrande för handläggning och utredning av ärenden för barn och unga är bl.a. Förvaltningslagen, SoL, LVU och andra författningar. Samtidigt ska det inom verksamheten finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) som ytterst ska säkerställa att verksamheten lever upp till de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Dessutom använder sig verksamheten av BBIC som är anpassat efter socialtjänstens regelverk i syfte att stödja utredning, planering och uppföljning inom den sociala barnvården.

7.2 Iakttagelse – Beredning av ärenden till nämnd

Vi har i granskningen översiktligt belyst frågan om beredning av ärenden för beslut enligt kommunallagen, vilket bl.a. innebär att vi inte har granskat specifika ärendens beredning inför nämndbeslut.

Vår uppfattning baserad på den översiktliga granskningen är att ärendeberedningen i huvudsak genomförs enligt den ansvars- och rollfördelning som följer av stadens handbok. Fördelning av ärenden som ska handläggas/utredas sker i förvaltningschefens ledningsgrupp. Ledningsgruppen fungerar även som tjänstemannaberedning inför nämndens sammanträden. Förvaltningschef, ordförande och nämndsekreterare möts en gång per månad för att gå igenom vilka ärenden som ska tas upp på kommande sammanträde. Nämndens arbetsutskott har ett sammanträde per månad för beredning av ärenden till nämnden.

Det har inte framgått i granskningen att nämnden har tagit ställning till kvalitetskrav som ställs på de underlag som ska ligga till grund för beslut i nämnden eller att det finns en checklista för att kontrollera om ett ärende är tillräckligt utrett.

7.2.1 Iakttagelse – Beredning av individärenden

I ärendeprocessen för individärenden avseende barn och unga är det socialsekreteraren som handlägger och därmed utreder ärendet. Beslut i individärenden kan i princip fattas på följande nivåer:

- ▶ Handläggaren, enligt delegation.
- ▶ Teamledare, enhetschef och verksamhetsområdeschef, enligt delegation.
- ▶ Individ- och familjenämndens arbetsutskott, enligt delegation.
- ▶ Nämndens ordförande, enligt delegation.
- ▶ Individ- och familjenämnden (ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt),

Nämndens nuvarande delegationsordning innebär en relativt begränsad delegation till tjänstemän för individärenden inom verksamhetsområdet barn och ungdom, vilket får till följd att många beslut hänskjuts till nämndens arbetsutskott.

I granskningen har vi inte tagit del av utredningar och kan inte uttala oss om de motsvarar de krav som ställs i gällande författningar. Vi vill i detta sammanhang hänvisa till en pågående tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ett referat av det PM som IVO upprättade och tillsände nämnden (avsnitt 7.2.2 Inspektionen för vård och omsorg).

Av intervjuer framkommer dock uppfattningen att det ställs högre krav på utredningar som ska gå till arbetsutskottet för beslut än vad som framgår av SoL och socialstyrelsens handbok. Det finns en osäkerhet i organisationen för att utredningarna inte ska motsvara arbetsutskottets krav. En konsekvens av detta är att mycket tid ägnas åt utredningar och läsning av utredningar som ska avgöras av arbetsutskottet. Vid arbetsutskottets sammanträden varje vecka medverkar verksamhetsområdeschef och enhetschefer. Handläggares ärenden som ska till arbetsutskottet läses först av teamledaren och därefter av ansvarig enhetschef. Inte sällan blir det återremiss på ärenden vilket leder till förseningar i verkställandet.

7.2.2 Inspektionen för vård och omsorg - tillsyn

IVO genomförde inom ramen för pågående tillsyn ett dialogmöte den 18 juni 2018 tillsammans med företrädare för individ- och familjenämnden. IVO har därefter i ett PM sammanfattat delar av vad som diskuterades vid dialogmötet. IVO:s ambition med sitt PM är att bidra till fortsatt lärande och problemlösning.

IVO:s uppfattning är att det inom organisationen finns en hierarkisk ängslan och rädsla för att göra fel. IVO:s slutsats är att organisationen genomsyras av bristande tillit, vilket medför att brister i handläggning av ärenden uppstår. Bristerna leder till att enskilda lider rättsförlust i olika grad, exempelvis genom att stöd och hjälp uteblir eller försenas.

Att i flera led ompröva och försöka detaljstyra innehållet i olika utredningar är enligt IVO:s bedömning oerhört resurskrävande, och betungande för förvaltningen. IVO menar att en sådan ordning medför svårigheter att efterleva lagstiftarens krav. Ledning och förtroendevalda måste därför förlita sig på tjänstemännens kompetens att genomföra utredningar och göra bedömningar.

IVO anser att en förutsättning för att förändringsarbetet ska få faktisk effekt för de enskilda, d.v.s. att rättssäkerhet och insatser av god kvalitet säkerställs, är att det kommuniceras med och inkluderar handläggarna.

Som ett led i en lärande tillsyn framhåller IVO några av de slutsatser som presenteras i tillitsdelegationens slutbetänkande, "Med tillit växer handlingsutrymmet - tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn", SOU 2018:47. IVO rekommenderar individ- och familjenämnden att läsa hela slutbetänkandet.

IVO överlämnar till individ- och familjenämnden att reflektera över och fortsätta det förändringsarbete som organisationen behöver genomföra. Vid höstens möte vill IVO att nämnden konkret presenterar för IVO på vilket sätt förändringsarbetet nu genomförs och vad det omfattar, vilka effekter detta har fått och förväntas få för de enskilda och hur Individ- och familjenämnden därigenom möjliggör att avhjälpa tidigare återkommande brister.

7.3 Bedömning

Beträffande ärendeberedningen till nämnd som inte avser individärenden kan konstateras vid en översiktlig granskning att den förefaller genomföras i enlighet med den ärende-process som framgår av stadens handbok. Samtidigt anser vi att handboken inte i sig tydliggör vad som krävs för att ett ärende ska anses tillräckligt utrett. Nämnden har inte för egen del definierat vilka krav den ställer på beredningsunderlagen för att de ska anses tillräckligt utredda. Vår bedömning är därför att nämnden inte har tillfredsställande förutsättningar att kunna säkerställa en tillräcklig beredning av ärenden. Vår uppfattning är att en viktig förutsättning för att kunna kvalitetssäkra och upprätthålla en tillräcklig intern kontroll av ärendeberedningsprocessen inom ärendeprocessen är att den i sig definieras och fastställs.

Beredning och utredning av individärenden inom verksamheten för barn och ungdom ska genomföras på så sätt att de lever upp till de författningsstyrda kraven på utredningar. För att säkerställa att så ska bli fallet måste nämnden ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden har i sin tur beslutat om en riktlinje för ledningssystemet. Dessutom har BBIC införts som stöd för handläggning av ärenden för barn och unga.

Uppstår det brister (avvikelser) i utredningar har inte ledningssystemet tillämpats på ett korrekt sätt. Då ska också åtgärder för att förbättra processen och i övrigt skapa förutsättningar för att handläggare ska kunna genomföra utredningar enligt det sätt som

processen föreskriver. Återtagande av delegation och utökad kontroll från politiken är med största sannolikhet inte rätt sätt att säkra kvaliteten i handläggningsprocessen. Är det dessutom som IVO hävdar att den bristande tillit som de anser att organisationen kännetecknas av leder till brister i utredningar som kan innebära rättsförluster för enskilda är det fråga om en allvarlig situation. Dessutom är det kontraproduktivt att mer resurser används i och med att flera led omprövar innehållet i utredningar utan att kvaliteten blir bättre utan istället t.o.m. riskerar att bli sämre. Om det inträffar avgörande fel eller brister i utredningar så ska det identifieras med stöd av ledningssystemet och hanteras som avvikelser. En annan aspekt utifrån vikten av att utredningar görs på ett korrekt sätt är att egenkontrollen också bör inriktas på att kontrollera att utredningar i sin helhet har gjorts på ett rättsenligt sätt.

Vi konstaterar att IVO i sin tillsyn har bedömt att det finns brister i handläggningen av ärenden för barn och unga och att de har gett rekommendationer till nämnden för att kunna uppnå förbättringar. Av den anledningen lämnar vi inga egna rekommendationer utan förutsätter att nämnden tar fasta på IVO:s rekommendationer och agerar i enlighet med dem.

8 Svar på revisionsfrågorna

Nedan redovisas kortfattade svar på de revisionsfrågor som har ingått i granskningen.

Fråga	Svar
På vilket sätt säkerställer nämnden att verksamhetsstyrningen är strukturerad och ändamålsenlig?	Nämnden har inte i särskild ordning beslutat om verksamhetsstyrningen. Den tillämpade modellen för verksamhetsstyrning är inte helt ändamålsenlig bl.a. beroende på att den inte omfattar samtliga ansvarsnivåer samtidigt som de ansvar och roller som ingår inte tydligt har definierats.
Vilka rutiner för identifiering av risker finns samt vilka åtgärder sätts in för minimering av risker?	Nämndens riskanalys inför 2018 har gjorts i enlighet med stadens riktlinjer och tillämpningsanvisningar. Modellen används även för att göra författningsstyrda riskanalyser, t.ex. enligt SOSFS 2011:9, vid ett och samma tillfälle. För de risker som ingår i internkontrollplanen tas behandlingsplaner som innehåller åtgärder för att reducera respektive risk.
Är roller och ansvar tydligt definierade och fördelade med avseende på verksamhetsstyrningen?	Nej, ansvar och roller är inte tydligt definierade med avseende på verksamhetsstyrningen.
På vilket sätt sker kartläggning och analys avseende behovet av HVB, familjehem, stödboende samt öppna insatser, på kort och lång sikt? På vilket sätt tas analyser i beaktande av nämnden? Vilka åtgärdsplaner upprättas?	Nämnden genomför inte för verksamheten i sin helhet en systematisk kartläggning av behovet av insatser. Stödboenden ingår i den boendeplan som upprättas och i vilken behov kartläggs och analyseras. Nämnden beslutar om boendeplanen. I övrigt har bedömningar av behov gjorts i samband med LOV-upphandling av HVB och löpande i verksamheten. Åtgärder vidtas vid bristsituationer men dokumenterade åtgärdsplaner upprättas inte och fastställs.

Fråga	Svar
På vilket sätt säkerställer nämnden att det finns tillgång till de insatser som olika målgrupper behöver?	Vår bedömning är att nämnden inte på ett planmässigt sätt säkerställer att det finns insatser som olika målgrupper behöver.
På vilket sätt sker uppföljning av kvalitet och resultat i de olika placementsformerna samt öppna insatser? Hur används resultat från sådan uppföljning för ett strukturerat utvecklings- och förbättringsarbete?	I grunden görs uppföljningen på individnivå utifrån biståndsbeslut och av genomförandeplaner i pågående öppna insatser. Eftersom uppföljningarna inte sammanställs på verksamhetsnivå finns knappast förutsättningen för ett strukturerat utvecklings och förbättringsarbete.
Hur säkerställer nämnden att genomförda insatser håller god kvalitet inom nämndens olika verksamhetsområden?	I första hand genom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
Är nämndens ärendeberedning och handläggning ändamålsenlig och stödjer denna en effektiv intern kontroll och kvalitetsstyrning?	Beträffande ärendeberedningen till nämnd som inte avser individärenden kan konstateras, vid en översiktlig granskning, att den förefaller genomföras i enlighet med den ärendeprocess som framgår av stadens handbok. Samtidigt gör vi bedömningen att nämnden inte har tillfredsställande förutsättningar att kunna säkerställa en tillräcklig beredning av ärenden. Vi konstaterar att IVO i sin tillsyn har bedömt att det finns brister i handläggningen av individärenden för barn och unga och att de har gett rekommendationer till nämnden för att uppnå förbättringar

Västerås den 11 januari 2019

Gunnar Uhlin
EY

Bilaga – Intervjuer och källförteckning

Intervjuade befattningshavare

- ▶ Ordförande individ- och familjenämnden.
- ▶ 2:e vice ordförande individ- och familjenämnden.
- ▶ Förvaltningsdirektör, individ- och familjeförvaltningen.
- ▶ Kvalitetsutvecklare, individ- och familjeförvaltningen.
- ▶ Verksamhetschef, område barn och ungdom.
- ▶ Enhetschef, samhällsvårdsenheten.
- ▶ Enhetschef, familjeenhetschefen.
- ▶ Enhetschef, utredningsenheten.
- ▶ Avdelningschef, familj och ungdom, öppenvård familj.
- ▶ Avdelningschef, barn och familj, öppenvård familj.

Dokument

- ▶ Individ- och familjenämndens reglemente.
- ▶ Individ- och familjenämndens delegationsordning.
- ▶ Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete.
- ▶ Policy för styrningen i koncernen Västerås stad.
- ▶ Individ- och familjenämndens verksamhetsberättelse 2017.
- ▶ Delårsrapport 1 och 2 2018 och 2017.
- ▶ Sammanfattning årsplan 2018
- ▶ Verksamhetsplan 2017 och 2018.
- ▶ Enheters årsplaner 2018
- ▶ Planeringsunderlag årsplan 2018 och 2019.
- ▶ Riktlinje för riskanalys och intern kontroll samt tillämpningsanvisningar för riskhantering och intern kontroll.
- ▶ Internkontrollplan 2018.
- ▶ Plan för egenkontroll
- ▶ Boendeplan (2017).
- ▶ Systematiskt kvalitetsarbete 2017 inom individ- och familjenämnden.
- ▶ Individ- och familjenämndens protokoll och ett urval av handlingar 2017–2018.
- ▶ Organisationsschema IFF.
- ▶ Socialtjänstlagen.
- ▶ SOSFS 2011:9.
- ▶ SOSFS 2014:5.
- ▶ Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten – Handbok (Socialstyrelsen)