



Rapport internkontroll 2017

Förslag till beslut

1. Socialnämnden godkänner rapporten om internkontroll för år 2017.
2. Internkontrollrapporten för år 2017 överlämnas till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Ärende

Det viktigaste syftet med internkontroll är att säkerställa måluppfyllelse, effektivitet, tillförlitlighet, kvalitet och lagenlighet i utförandet av Socialförvaltningens myndighetsuppdrag. Socialnämnden beslutade i november 2016 att fastställa internkontrollplanen för socialnämnden år 2017, se bilaga 1. Internkontrollen är en del av Socialförvaltningens kvalitetsarbete och fungerar som egenkontroll i enlighet med föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. De kontrollmoment/risker som fastställts i internkontrollplanen märks upp med symboler vid aktuella processer i Socialförvaltningens digitala processhandbok. Tanken är att medarbetare och chefer ska påminnas om de utvecklingsområden som förvaltningen har och efterhand åtgärda de brister som har konstaterats. De förbättringsområden som identifieras i internkontrollen ska också finnas med i förvaltningens och avdelningarnas verksamhetsplaner och arbetsgruppernas aktivitetsplaner. Utfallet av genomförda kontroller 2017 visar att grupperna arbetar med ständiga förbättringar enligt leankonceptet går i vågor. Ibland gör arbetsbelastningen att förbättringsarbetet prioriteras ner, och det är också viktigt att första linjens chefer och verksamhetsutvecklare ger grupperna struktur och rätt stöd i förbättringsarbetet. Ett återkommande tema vid Leanrevisionerna är att brukarens flöde ofta stannar av vid olika typer av överlämningar och verkställighet av insatser. Det kommande leanarbetet bör fokusera på dessa känsliga skeden. Vissa saker som t ex sekretessproblem i receptionen, återkommer vid de senaste årens leanrevisioner, vilket visar att det finns behov av att följa upp och verkligen åtgärda de brister som kommer fram, annars riskerar revisionerna att tappa sitt värde.

De flesta grupper har förbättrat användandet av SIP under 2017, medan någon grupp har minskat sitt användande av SIP. Det är viktigt att alla grupper fortsätter arbetet med att upprätta SIP i samverkan med Region Östergötland och därmed ökar brukarens delaktighet, tydliggör ansvarsfördelningen mellan olika aktörer och underlättar brukarens flöde. Uppföljningen av SIP:s effekter visar t ex att mål som sätts upp i handlingsplan har arbetats med och brukare har i många fall också fått adekvata insatser efter SIP-mötet. Det framgår i de flesta ärenden att SIP-mötet medfört ökad struktur och samverkan kring brukaren. Ett litet svarsunderlag via SIP-kollen¹ indikerar att det finns en känsla av att brukaren är försiktigt nöjd med det SIP-möte brukaren deltagit i.

Då det gäller utbetalningar av ekonomiskt bistånd visar kontrollerna inga anmärkningsvärda avvikelser, rutinerna följs väl. De mindre avvikelser som förekommit är åtgärdade. Barnrättsperspektivet i ärenden med långvarigt försörjningsstöd har granskats genom att varje handläggare fick ett ärende med uppdraget att se över dokumentationen av barnperspektivet utifrån särskilda frågeställningar. Det har skett en tydlig förbättring i resultaten i jämförelse med föregående år vad gäller nästan samtliga frågeställningar. Avdelningen använder sig av kollegiegranskning och har även genomfört kompetensutvecklande insatser inom barnrättsområdet. Det dokumenteras dock i hög utsträckning generellt om barn, inte specifikt. Dokumentation om barnens behov och konsekvenserna av beslut för barn är fortfarande förbättringsområden.

Då utredningstiderna avseende barn och unga fortfarande inte hålls inom fyra månader, så följs utvecklingen kontinuerligt och rapporteras varje månad till nämnden. Inflödet är fortsatt högt och det finns flera vakanta tjänster på grupperna Barn och unga 0-20 år. Vid kontroll av planering för placerade barn/ungdomars skolgång framgår det att vårdplan alltid finns upprättad och att genomförandeplan finns i de flesta ärenden men inte i alla. Dock är det genomgående att genomförandeplan sällan revideras. Planering för placerade barn/ungdomars skolgång finns i de flesta vård- och genomförandeplaner. Utvecklingsområdet blir att lägga mer fokus på att följa upp vården och revidera genomförandeplaner vid behov. Då det gäller HVB så följs de särskilda avtalen upp och redovisas till nämnd i och med HVB-statistiken varje månad. Resurssamordnarna skriver en kommentar i varje ärende kring skälen till varför Socialförvaltningen använt särskilt avtal i stället för generellt avtal. Det handlar om att det är fullt i Generellt avtal eller att behoven inte matchar.

Samtliga grupper inom avdelning Ä & F kämpar också med kö till handläggning och utredningstider som överstiger 120 dagar. Läget har försämrats jämfört med föregående år, och är mest alarmerande på LSS-gruppen. Det har varit hög omsättning bland handläggarna och det tar lång tid för upplärning, vilket innebär att möjlighet att arbeta undan kön försvåras.

¹ SIP-kollen är en webbaserad enkät som den enskilde kan fylla i efter mötet, länk [här](#)

Resursförstärkning har skett men det har ännu inte gett resultat fullt ut. En genomgång av antal ärenden i ärendestocken har gjorts, vilket resulterat i en jämnare fördelning handläggarna emellan. Antal ärenden per handläggare är dock fortfarande hög, vilket naturligtvis påverkas stressnivån/arbetsmiljön. Köerna följs upp var 14:e dag och prioritering av ärenden sker varje vecka. Ur brukarperspektiv kan antas en upplevd ökad oro över lång väntan på handläggning, iland kombinerat med väntan på verkställighet.

Barnrättsperspektivet har undersökts genom kollegiegranskning i Sol och LSS-utredningar gällande barn 0-17 år. Vissa förbättringar kan göras t ex att mer utförligt beskriva och koppla bedömningar och beslut gällande barnperspektivet till lagtext. KommunikERING av utredningar och beslut överlämnas ibland till andra parter än barnet. En bedömning bör göras om det är lämpligt att äldre barn istället bör kommuniceras då de själva är part i ärendet, medan det från fall till fall får avgöras om det inte är lämpligt att kommunicera med yngre barn. När det gäller barnets rätt till inflytande och insyn kan en hel del förbättringar göras bl.a. genom att göra fler och tydliga bedömningar kring barnens förmåga till delaktighet på olika sätt. Mer utförliga konsekvensbeskrivningar kan också göras i utredningsprocessen. Målbeskrivningen av insatsen kan göras mer individspecifik och barnets tankar kring mål och förväntningar på insatsen kan lyftas fram på ett tydligare sätt.

Beslutsunderlag: 2017 Internkontroll nr 10 - Utbetalningar av ekonomiskt bistånd, 2017-10-19, Internkontroll ekonomi 105 Socialnämnden, IFO2.docx, Internkontroll 14 skolgång, Internkontroll barnperspektivet 2017 på ÄoF, Internkontroll nr. 8 - AFI. Uppföljning av antal SIP, Internkontroll nr. 9 - Uppföljning av SIPs effekter, Internkontroll nr. 9 - Uppföljning av SIPs effekter, Internkontroll nr. 11 - Barnrättsperspektiv vid försörjningsinsatser, Internkontroll SIP 8 – antal, Internkontroll SIP 9 – effekter, Internkontroll SIP 2017 Lean revision AFI 2, Kontrollpunkt 16, handläggningstider 2017, Lean revision 2017 FH-gruppen, LEAN revision AFI Team Utredda 2017, Lean revision Barn- och ungdomsgruppen 1 2017, Lean revision EKB 2017, Lean revision Uppföljning familjehem 2017, Lean revision 2017 LSS-gruppen, Lean revision 2017 Äldregrupp 1, Lean revision 2017 Äldregrupp 2. Ekonom rapport.docx, Åtterrapporeringinternkontroll2017 (HR), Övergripande kontrollmoment 2017.

Uppföljning av 2017 års internkontrollplan

Kommunövergripande uppföljning

- 1. Uppföljning av klimatkompensation.** Kontroll utförd av: Ekonom. Rapport: Kontrollen har genomförts genom att verifikationerna granskats i enlighet med anvisningarna. Det finns inga brister i rutinen. Dock har inga flygresor förekommit utan det som konteras på konto 7050 på enhet 150 socialnämnden, är tågresor och hotell. Rutinen fungerar.
- 2. HR Rehabprocessen.** Kontroll utförd av: HR-konsult Rapport: Är rapporterat till Ks Anställningsmyndighet.
- 3. Granskning av att syfte och deltagare redovisas vid internt anordnade konferenser/studiedagar, interna kurser eller intern planeringsdag.** Kontroll utförd av: Ekonom. Rapport: Kontrollen har genomförts genom att verifikationerna granskats i enlighet med anvisningarna. Samtliga sex verifikationer kontrollerades och inga brister förekommer beträffande angivande av deltagare och syfte kopplat till fakturan. Blanketten fakturaunderlag representation används. Dock avsåg två av fakturorna deltagande på Barnahusdagen vilket borde ha bokförts som en vanlig konferensavgift och rättning är gjord.
- 4. Granskning av att rätt moms bokförs vid representation och hyra/leasing av bilar.** Kontroll utförd av: Ekonom. Rapport: Kontrollen har genomförts genom att verifikationerna granskats i enlighet med anvisningarna. Vid kontrollen hittades ingen felaktigt hanterad faktura avseende bokföring av moms vid bilhyra. Några av verifikationerna avsåg blommor, och inte i något fall kunde utläsas vem som varit mottagare av blomman. Åtgärd: Rutinen behöver förtydligas. Socialförvaltningens ekonom kommer att informera personalen som beställer blommor/hanterar fakturor att vem som är mottagare ska anges i kommentarsfältet för fakturan i Agresso.

Socialnämndens uppföljning

- 5. Socialnämndens egen granskning av verksamheten.** Kontroll utförd av: Utsedda nämndledamöter. Rapport: En sammanställning av årets granskningsuppdrag ska göras av nämndens internkontrollanter, att bifogas socialnämndens verksamhetsberättelse.

Förvaltningsövergripande uppföljning

- 6. Leankonceptet.** Kontrollera att Leankonceptet är implementerat och används inom hela förvaltningen. Kontroll utförd av: Avdelningschefer och

verksamhetsutvecklare. Rapport: Leanimplementeringen följs upp genom leanrevisioner som berör brukarvärde, daglig styrning, visuell uppföljning, säkerhet, miljö och ordning, ledarskap, utjämning, ständiga förbättringar, effektivitet, kvalitet och standardisering.

IFO: I år har Barn- och ungdomsgrupp 1, EKB-gruppen och Uppföljning Familjehem gjort leanrevisioner. *Barn- och ungdomsgruppen* konstaterar bland annat att brukarna tas väl omhand, det är god stämning på gruppen och alla hjälps åt. Det finns en del saker som behöver åtgärdas t ex finns det behov av en checklista för brukarinformationen, det finns hinder i flödet vid överlämning av ärenden och vid verkställighet av beslut, en del praktiska saker i arbetsmiljön behöver åtgärdas såsom t ex skrivaren och ordningen i köket och gruppens aktivitetsplan behöver synliggöras mer. Uppföljningar prioriteras inte eftersom utredningsarbetet går före, och man har behov av mer tid för att arbeta med förbättringar. *EKB-gruppens* leanrevision visar att arbetsgruppen har gjort många förbättringar och börjar få struktur på utvecklingsarbetet.

Arbetsgruppen och chefen är engagerad och aktiv. Uppföljningsstruktur finns och ungdomarna och utförarna har informerats om denna. Årshjul används för uppföljningsarbete. Gruppen framför att besöksrummen behöver ses över, de är kala och de är inte ljudisolerade. Gruppen lyfter fram att det är väntetider vid överlämning av ärenden till andra avdelningar samt väntetid på stödboenden. *Uppföljning familjehem* påtalar vid sin leanrevision att gruppen vill arbeta mer med brukarens upplevelse genom t ex brukarenkäter eller frågor till barnen i familjehemmen. Arbetsgruppen har flera pågående förbättringsprojekt. De betonar att de inte hinner med alla men arbetar med prioritering. Utjämning av arbetsbelastning görs med hänsyn till handläggares behov och förutsättning. Assistent avlastar med det administrativa, vilket också bidrar till utjämning av arbetsbelastningen. Arbetsgruppen har önskemål om att testa och jobba med leantavla igen och att visualisera förbättringsförslag. Överlämning av ärenden från Barn-och ungdomsgrupperna behöver en bättre struktur för snabbare överlämning. Gruppchefen läser alla utredningar och ger feedback till handläggare i grupp och/eller individuellt. Uppföljning sker också gällande barnens delaktighet och om barnen har kommit till tals.

AFI har genomfört en gemensam leanrevision med undantag för gruppen Team Utreda som har genomfört en egen revision. Grupperna påtalar att det är svårt för besökarna att prata ostört i receptionen utan att andra hör. Detta är en sekretessfråga med tanke på att brukaren eventuellt behöver prata om känsliga ämnen. AFI använder sig av bemötande enligt MI vilket också är en gemensam standard för hur besökare tas omhand. Den skriftliga standarden ska bearbetas. Gruppen påtalar brister i städningen av kontoret. Det tar lång tid att leta efter dokument i de olika förvaringsplatserna på Word, PHB, Treserva, I: katalogen. Vissa dokument är inaktuella, och grupperna planerar en lösning på detta. Mottagningen mäter sina ledtider, ringtider och hur lång tid det tar från komplett ansökan till beslut. Grupperna framför att arbetet med ständiga förbättringar inte ska vara ett stressmoment. *Team Utreda* konstaterar vid sin revision att för Team Utredas del finns ingen strukturerad och tydlig information om vad utredningen/ tiden på Team Utreda kommer innehålla.

Gruppen arbetar med att utveckla och strukturera skriftlig information. Brukarens upplevelse av verksamheten fångas av Socialförvaltningens brukarundersökning, men Team Utreda har ingen egen utvärdering. Alla i teamet jobbar med förbättring – men ibland finns det olika åsikter om innehållet i förbättringar, eller man har olika kommunikationsmönster. I utredningsmomentet kan ibland väntan uppstå och det förekommer ofta väntan på andra insatser. Fortsatt processgenomgång och definition av standards har påbörjats i samband med VISA-projektet. Uppföljning av ledtider och utredningstider ska också struktureras i samband med VISA.

Ä & F har genomfört leanrevisioner på samtliga sina grupper. *FH-gruppen* efterlyser bättre skyltning för besökare, de upplever att mottagandet av besökare är lite rörigt och känner en viss oro inför att det blir fler medarbetare på HK4, gruppens mätetal vill man inriktas mer mot kvalitet än kvantitet. Vissa insatser kan inte verkställas direkt, man lyfter detta med OMSK. När det gäller utredningars kvalitet arbetar gruppen med kollegiegranskning, och planer finns att börja med det även avseende uppföljningars kvalitet. *Äldregrupperna* upplever också att mottagandet av besökare inte alltid fungerar så bra, bland annat pga. att det saknas reception. Standarden för brukarinformation behöver repeteras så den efterlevs, man vill återinföra regelbundna tavelmöten, införandet av IBIC pågår för fullt, kollegiegranskning av utredningar och uppföljningar görs, och grupperna ska ta hjälp av en student för att utvärdera implementeringen av IT-stödet. Det finns behov av att arbeta mer med utjämning inom och mellan äldregrupperna. *LSS-gruppens* leanrevision visar att det finns behov av en förenklad information till brukarna. Gruppen behöver också påminna sig om hur mottagandet av besökare ska ske, och att det behövs en reception på HK. LSS-gruppen arbetar med ständiga förbättringar men behöver bli bättre på att dokumentera förbättringarna. Gruppen vill också återinföra tavelmöten.

7. **Uppföljning av statsbidrag till flyktingverksamhet. Kontrollera överensstämmelse mellan förvaltningens kostnader för flyktingverksamhet och inkomna statsbidrag.** Kontroll utförd av: Ekonom. Rapport: Socialförvaltningens kostnader för ensamkommande barn täcks av ersättningar från Migrationsverket under 2017. Det har dock de senaste månaderna visat sig att kostnaderna i flera fall överstiger de ersättningar förvaltningen kommer att få från Migrationsverket. Det beror på att omsorgsnämnden sannolikt endast räknat in dygnskostnad till boendet när man tecknat avtalen med Leanlink, Råd och stöd, men då överenskommelsen om ersättning hittills gällt ”faktiska kostnader” debiteras socialnämnden även lokalkostnad och el för boendena. Då räcker inte schablonerna till. Åtgärd: Ansvariga bör ta en dialog med omsorgskontoret. I år finns det retroaktiva medel från tidigare år som förvaltningen kan disponera för ändamålet och ändå klara av kostnaderna, men i längden är det inte hållbart att ersätta omsorgsnämnden för faktiska kostnader om de avtal de tecknat och kringkostnader överstiger ersättningen från Migrationsverket.
8. **Uppföljning av antal SIP, Samordnad Individuell Plan. Redovisa antalet SIP avdelningsvis.** Kontroll utförd av: Verksamhetsutvecklare. Rapport: *IFO* - SIP registreras i Treserva som händelse under rubrik ”Sammankallat till SIP” eller

”Medverkat i SIP”. Utifrån framtagen händelsestatistik från Treserva för tiden från och med 2017-01-01 till och med 2017-09-30 framgår det att det finns 63 registrerade SIP. Av dessa har handläggare på IFO sammankallat till 28 SIP samt deltagit på 35 SIP möten. Antal unika ärenden enligt statistiken är 29. IFO Vuxen har sammankallat till 4 SIP av totalt 6 registrerade SIP. IFO Uppföljning HVB 0-20 har sammankallat till 2 SIP av totalt 5 registrerade SIP. IFO Uppföljning familjehem har sammankallat till 3 av totalt 10 registrerade SIP. IFO EKB har inte sammankallat till SIP men har deltagit vid 1 SIP möte. IFO Barn och ungdom har sammankallat till 18 av totalt 37 registrerade SIP. Årets totala antal registrerade SIP-möten har minskat jämfört med förra årets resultat från sammanlagt 82 registrerade SIP möten till sammanlagt 63 registrerade SIP-möten. Internkontrollen visar att IFO vuxen har haft färre antal SIP-möten. Enligt förra årets internkontroll hade IFO Vuxen sammankallat till 11 SIP av totalt 35 registrerade SIP. Årets internkontroll visar att IFO Vuxen har sammankallat till 4 SIP av totalt 6 registrerade SIP. Resultat avseende övriga arbetsgrupper på IFO visar att antal SIP möten ligger på ungefär samma nivå som förra året. Åtgärd: Det är viktigt att, vid behov, fortsätta upprätta SIP i samverkan med Region Östergötland och därmed öka brukarens delaktighet samt tydliggöra ansvarsfördelning mellan aktörer.

Ä & F - Under perioden januari tom september 2017 har det registrerats 81 SIP inom Ä & F. År 2016 registrerades 65 SIP, vilket visar på en ökning. Åtgärd: Resultatet visar att avdelningen satsat mycket på SIP som ett verktyg i samverkan med Region Östergötland. Uppdelat per ärendetyp har 41 (26 unika personer) registrerats inom FH SoL, 37 (24 unika personer) inom FH LSS och 3 (3 unika personer) inom ärendetypen ÄO Äldreomsorg. En ökning med 16 stycken SIP är ett positivt resultat som går i led med det uppsatta målet i avdelningens verksamhetsplan: ”Avdelningens samverkan ska förbättras: antal SIP ska öka med 50 procent under 2016”. Under 2017 behöver det säkerställas hur de olika koderna i verksamhetssystemet används för registrering av SIP, så att hela förvaltningen gör likadant.

AFI - Utifrån framtagen händelsestatistik från Treserva för kontrollperioden 2016-10-01 till 2017-09-30 framgår det att det finns 15 registrerade SIP-händelser i 13 unika ärenden. 2 av händelserna avser SIP uppföljningsmöten. Av händelsestatistiken och dokumentation i ärenden framgår det att AFI-handläggare har sammankallat till SIP vid 9 tillfällen, och har deltagit i SIP vid 6 tillfällen. SIP har registrerats för 7 kvinnor och 6 män. Av statistiken i Treserva framgår det att SIP genomförs i en mindre utsträckning på AFI. Däremot framgår det av den manuella statistiken som inhämtas att antal genomförda SIP/nätverksmöten under kontrollperioden är 62. Även om siffran inte endast avser genomförda SIP kan slutsatsen dras att en möjlig risk och orsak till utfallet är att koderna för händelser i Treserva inte används när man har deltagit i eller sammankallat till en SIP. En annan möjlig orsak till utfallet är att det saknas kunskap på avdelningen kring vad SIP är och i vilka sammanhang man kan upprätta en SIP. AFI har inte redovisat antal genomförda SIP på internkontroll tidigare år. Vid en kontroll av händelsestatistiken för perioden okt 2015 – sept. 2016 kan man dock konstatera

att en viss förbättring har skett i antal genomförda SIP. Det har genomförts 4 stycken SIP under föregående period. Åtgärd: Utbildning i händelsekoder för samtliga grupper på AFI. AFI har inte skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter till SIP. Detta ska följas upp och åtgärdas. Åtgärder som rör kunskapspåfyllning gällande SIP (exempelvis via webbutbildningar) behöver diskuteras på ledningsnivå. Under 2017 har förvaltningsgemensamma mallar för kallelse och samtycke för SIP lagts till i Treserva. Mallen som används som underlag för SIP-möten har också lagts till i verksamhetssystemet.

- 9. Uppföljning av SIP:s effekter. Kontroll utförd av: Verksamhetsutvecklare.**
Rapport: *IFO* - Slumpmässigt urval om 10 ärenden har gjorts. Effekter som går att utläsa av journalanteckningar visar generellt att SIP protokoll upprättas, handlingsplan skrivs och följs upp. Handlingsplanen följs upp efter SIP-mötet i form av både individuella samtal med brukare och de som medverkat vid SIP-mötet. Det framgår att de mål som sätts upp i handlingsplanen har arbetats med och brukare har i många fall också fått adekvata insatser kort efter mötet. Det framgår i de flesta ärenden att SIP-mötet medfört ökad struktur och samverkan kring brukaren. Det som framgår är att handläggare inte alltid använder den mall som är avsedd för SIP-möten. SIP-möten dokumenteras på olika sätt. SIP-möten registreras på olika sätt. Inbjudan till SIP-möte registreras i vissa fall i verksamhetssystemet som ”Samman kallat till SIP”. Därefter görs en ny registrering i samband med själva SIP-mötet som ”Medverkat i SIP”. Därmed registreras två SIP- möten istället för ett som vore det korrekta. SIP-möten dokumenteras och registreras på olika sätt och i olika dokument. Vissa SIP-möten innehåller en handlingsplan medan andra inte gör det exempelvis. I SIP-möten som innehåller en handlingsplan blir ansvarsfördelningen tydlig. I de fall där SIP dokumenteras i form av en journalanteckning utan att ha en handlingsplan riskerar man att beskriva själva mötet och det som framkom utan att ha en tydlig planering och tydlig ansvarsfördelning kring det stöd som brukaren är i behov av. Åtgärd: Det råder olika uppfattningar kring orsakskoder och när en viss kod ska registreras. Därmed blir sammanställning av antal SIP inte korrekt. Orsakskoder för SIP ”Medverkar i SIP” och ”Samman kallat till SIP” behöver förtydligas för att undvika missförstånd. Det finns ett visst behov av ett förtydligande kring hur SIP möten ska dokumenteras och följas upp.

Å & F – Kontroll utförd av: verksamhetsutvecklare. Ett slumpmässigt urval om 10 ärenden på ÄoF, samt slumpmässigt urval av 20 ärenden inom LSS- och funktionshinderomsorgsgruppen har undersökts avseende effekter som går att utläsa ur journal och SIP-kollen. Rapport: Denna uppföljning av effekterna av SIP går i led med det uppsatta målet i verksamhetsplanen: ” Brukaren ska uppleva en positiv effekt av SIP vid 80 % av fallen.”. Analys av 10 slumpmässigt utvalda ärenden på ÄoF: I det stora hela är det svårt att utläsa från journal och annan dokumentation effekterna av SIP utifrån brukarens perspektiv. Särskilt svårt att utläsa effekterna är det i vissa fall där barn med funktionshinder har haft en SIP. SIP är väl dokumenterade med tydlig ansvarsfördelning mellan parter, beviljade insatser för brukaren, tydlig

målsättning osv. Det finns i många fall uppföljning av ansvarsområden och insatser, dock behöver målen följas upp på ett tydligare sätt. Slutsatsen är att det i dagsläget är svårt att utläsa effekterna av SIP och en struktur för uppföljning av SIP behövs. Från årsskiftet kommer en ny kodning i verksamhetssystemet att implementeras för SIP uppföljningar. Ett slumpmässigt urval av 20 personer där handläggare från gruppen Funktionshinderomsorg och LSS-gruppen medverkat i SIP valdes ut, hälften från varje grupp. Undersökningen genomfördes maj-juni. Av dessa 20 hade 10 haft SIP som följts upp och 10 SIP som upprättats. 10 personer fick telefonsamtal och 10 personer fick SIP-kollen som utskriven enkät hemsänd med svarskuvert. Samtliga inkomna svar har lagts in i SIP-kollen. 11 inkomna svar har registrerats. Det finns fem nivåer från ”stämmer inte alls” till ”stämmer helt”. Det finns även ett mittenalternativ med ”varken eller”. Högsta värdet i svaren är 5 i nöjdhet. Frågorna omfattar områdena: bemötande, medbestämmande, relevans, struktur och information. Av enkäten framgår att de som haft första mötet, 4 svar, att man är ”varken eller” med en dragning åt ”delvis nöjd”. Svarsvärdena är mellan 3,3 och 3,8 där relevans får högst siffra. De som svarat efter det uppföljande SIP mötet är mer nöjda, 7 svar, här är svarsintervallet 3,8 till 4,5. Även om det är ett litet svarsunderlag indikerar svaren att det finns en känsla av att man är försiktigt nöjd med det möte som varit och det innehåll det haft.

AFI - Ett slumpmässigt urval om 10 ärenden. Då urvalsramens totala storlek är relativt litet har de ärenden där händelsen registrerats tidigast valts ut istället för att göra stickprov. Detta för att på bästa möjliga sätt kunna se effekter sedan genomförd SIP. I de ärenden som SIP har genomförts har målgruppen varit varierande. Gemensamt för alla ärenden är att brukaren har ett komplicerat hjälpbehov och att det har funnits ett stort behov av samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården. Korrekt val av samverkan via SIP har gjorts. En av de viktigaste effekterna som framgår av dokumentationen är att brukaren kommer vidare i sina planeringar. Vissa exempel från de granskade ärendena är att brukaren påbörjar psykiatriska utredningar eller arbetsförmågebedömningar. I ett flertal ärenden har en del av SIP-möten handlat om att få hjälp och korrekta underlag från sjukvården till en ansökan om sjukersättning. Brukaren har fått hjälp med sin ansökan och i ett av de granskade fallen är ärendet på väg att avslutas då hen har fått både sjukersättning och bostadstillägg och är därmed självförsörjande. I 3 av de 10 granskade ärendena har SIP-uppföljningsmöten genomförts; det framgår av dokumentationen att det har genomförts totalt 6 stycken uppföljningsmöten inom dessa ärenden. Efter genomfört SIP-möte har det i de flesta ärenden framgått att tät uppföljning har gjorts mellan AFI-handläggaren och brukaren för att följa upp delmålen som har bestämts under SIP-mötet. Av dokumentationen kan det utläsas att brukaren upplever en viss lättnad när många som hen har kontakt med inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården kan träffas och samverka samtidigt, så brukaren inte behöver upprepa sig i flera olika sammanhang. Handläggare jobbar aktivt med uppföljningar med brukaren och SIP-uppföljningsmöten. Av internkontroll nr. 8 framgår det att 2 uppföljningar har gjorts enligt händelsestatistiken. Av

granskning i dessa 10 ärenden framgår det att minst 6 uppföljningar har gjorts. En risk är därmed att händelserna i Treserva inte används när man har deltagit i eller sammankallat till en SIP, alternativt deltagit i eller sammankallat till ett SIP-uppföljningsmöte. Åtgärd: Ny händelsekod för SIP-uppföljningsmöten ska läggas till i Treserva från och med januari 2018. Information om den nya händelsekoden lämnas vid de planerade utbildningarna om händelsekoder under hösten 2017.

Avdelningen för försörjningsinsatsers uppföljning, AFI

10. Utbetalningar av ekonomiskt bistånd. Kontrollera att inga felaktiga betalningar av brukarfakturor görs; kontrollera att rätt underlag för beslut och utbetalning finns. Kontroll utförd av: Gruppchefer avdelning AFI. Rapport: 8705 fakturor har betalats under kontrollperioden. 314 betalningar över 20 000 kronor har gjorts under kontrollperioden. 105 kontroller av fakturabetalningar har gjorts. Alla betalningar över 20 000 kronor har gjorts. Minst 2 fakturautbetalningar per vecka kontrolleras av gruppchef på AFI. Totalt ska kontrollen omfatta minst 100 ärenden årligen. Kontroll av fakturaunderlag görs i efterhand utifrån slumpmässigt urval av 2 utbetalningar mot faktura per vecka. Urvalet görs av ekonom alternativt ekonomiassistent som meddelar ansvarig gruppchef om vilka ärenden som ska kontrolleras. *Utbetalningar över 20 000 kronor:* Samtliga utbetalningar över 20 000 kronor kontrolleras av gruppchef. Försäkringskassekontrollen och kontroll av utbetalningar över 20 000 kronor görs innan attest av utbetalningar. Samtliga kontroller dokumenteras enligt mall och skickas till verksamhetsutvecklare på avdelningen för sammanställning. Majoriteten av ärenden med större utbetalningar gäller stora barnfamiljer som väntar på andra ersättningar alternativt har låga egna inkomster, ibland i kombination med höga boendekostnader. I en del ärenden handlar det om nyanlända kommunanvisade som väntar på etableringsersättning. En stor del av ärenden med större utbetalningar är kopplade till kostnader för tillfälligt boende. Det förekommer även begravningskostnader och hyresskulder samt saneringskostnad i något enskilt fall. Som tidigare år har e-info använts av socialsekreterare och handläggare i mycket hög utsträckning. *Avvikelse:* Det har förekommit 2 avvikelser där socialsekreteraren/handläggaren inte har använt sig av e-info. I det ena fallet var det uppenbart att ingen ersättning från Försäkringskassan var aktuellt. Inga felaktiga utbetalningar har förekommit. Vid båda avvikelser har socialsekreteraren/handläggaren vidtalats om att följa den bestämda rutinen. Vid två tillfällen har det inte varit möjligt att använda sig av e-info av administrativa skäl. I det ena fallet låg tjänsten nere, och det andra fallet var ett nytt etableringsärende där personen inte var registrerad hos Försäkringskassan.

Utbetalningar över 20 000 kronor: Det har förekommit avvikelse i ett undantagsfall; resterande utbetalningar har varit motiverade utbetalningar.

Avvikelse: Det har förekommit en avvikelse där det framgår att handläggare i

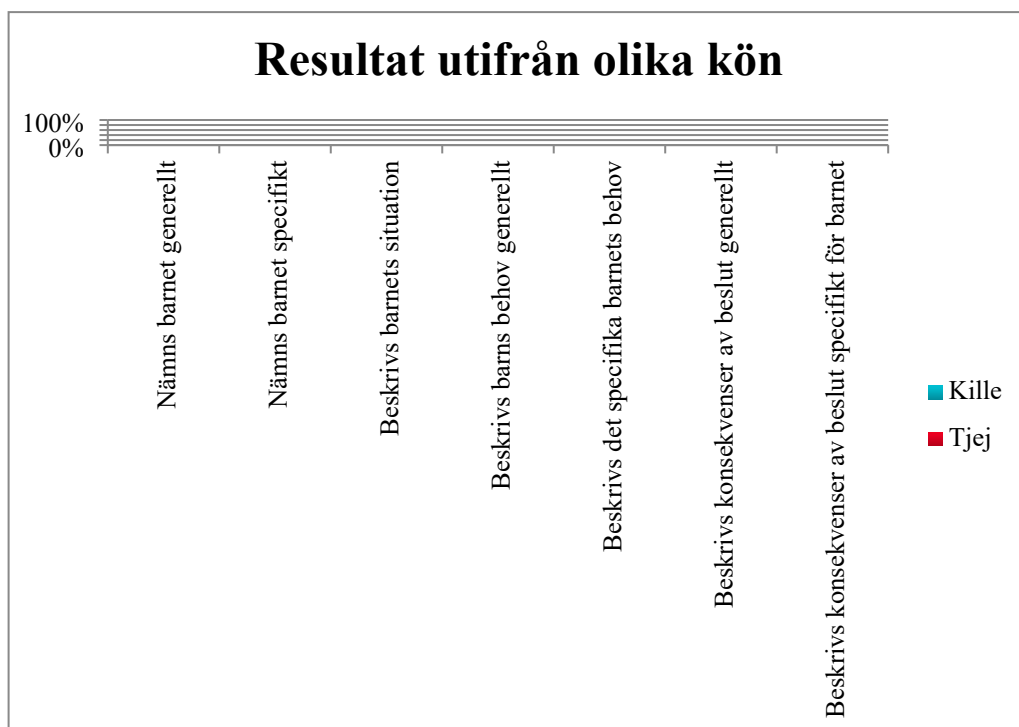
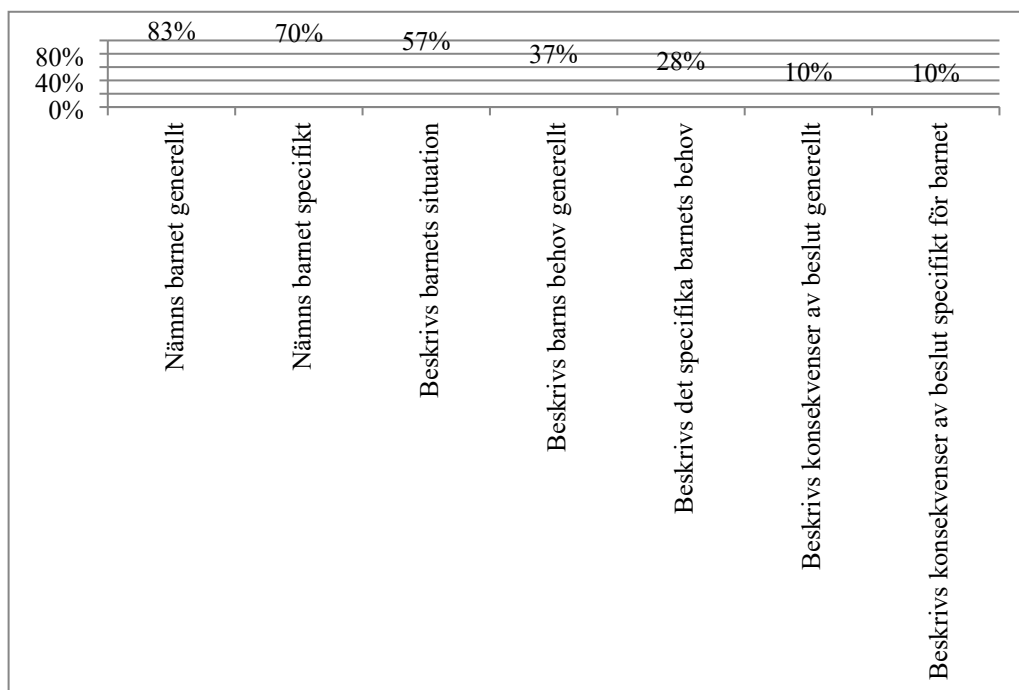
fråga hade lagt in en felaktig betalning för några år sedan när man precis hade gått över till Treserva som verksamhetssystem. Då hen saknade kännedom om hur hen skulle ta bort betalningen la hen utbetalningsdatum några år i framtiden. Handläggaren hade glömt att ta bort betalningen därefter. Utbetalningen stoppades innan den gick iväg, och handläggaren är vidtalad. Majoriteten av utbetalningar har varit motiverade och e-info har använts i mycket stor utsträckning. Åtgärd: Avvikelsen är ett undantagsfall, inga vidare åtgärder behövs. 2 avvikelser då det gäller användande av e-info (motsvarande 0,4 % av samtliga kontrollerade utbetalningar) har förekommit. Inga felaktiga utbetalningar har gjorts och åtgärd i form av information till berörda handläggare har skett omgående. Inga möjliga risker har identifierats.

Fakturaunderlag: De kontroller som har gjorts är utan anmärkning. Betalning av brukarfakturor är ofta kopplade till direktbetalning av hyra eller el, betalning av tillfälligt boende på vandrarhem alternativt betalning av hyresskuld. Till en mindre utsträckning betalas brukarfakturor gällande faktura för tandvård, läkarvård, flyttkostnader, magasineringkostnader och begravningskostnader.

11. Barnrättsperspektiv vid försörjningsstödsinsatser. Undersök om

barnrättsperspektivet beaktas i utredning eller journal i ärenden som varit aktuella i två år och det finns barn 0-17 år. Kontroll utförd av:

Verksamhetsutvecklare via kollegiegranskning. Rapport: Kollegiegranskningen genomfördes under perioden 2017-08-29 till 2017-09-22. 529 hushåll hade i juli 2017 varit oavbrutet aktuella i två år, i dessa hushåll fanns 1182 barn i åldern 0-17 år. Slumpmässigt urval om 143 antal barn (78 pojkar, 65 flickor) som var aktuella i ärenden som i juli 2017 varit oavbrutet aktuella i två år. Varje handläggare fick ett ärende med uppdraget att se över dokumentationen av barnperspektivet utifrån särskilda frågeställningar. De frågeställningar som handläggarna har utgått ifrån är följande: • Nämns barnet generellt? • Nämns barnet specifikt? • Beskrivs barnets situation? • Beskrivs barnets behov generellt? • Beskrivs det specifika barnets behov? • Beskrivs konsekvenser av beslut generellt? • Beskrivs konsekvenser av beslut specifikt för barnet? I sin granskning har handläggarna fått i särskilt uppdrag att titta på pojkar och flickor var för sig, för att en analys ska kunna göras om eventuella könsskillnader i dokumentation. Handläggarna har gått igenom dokumentationen i form av journalanteckningar, grundkartläggning, anvisningar till Jobb-och Kunskapstorget och andra handlingar där man kan beskriva familjens situation. Handläggarna har granskat dokumentationen från det senaste året till och med kontrollmånaden. En kvalitativ granskning har gjorts i ett antal ärenden där handläggare har svarat att barnets behov har beskrivits specifikt och konsekvenser av beslut för det specifika barnet har dokumenterats.



I 83 % av granskade ärenden nämns barn generellt. I 70 % av ärenden nämns barnet specifikt. Barnets situation beskrivs i mindre än 60 % av ärenden. I cirka 40 % av ärenden nämns barnets behov generellt och i cirka 30 % av ärenden beskrivs behoven specifikt. Konsekvenser av beslut, generellt eller för det

specifika barnet, nämns sällan, i 10 % av fallen. Det dokumenteras oftare om pojkar än om flickor (skillnad på 3-13 % i 4 av 6 valda frågeställningar). Det är särskild intressant att notera att det dokumenteras aningen oftare om flickors specifika behov och om konsekvenser av beslut specifikt för flickor (skillnad på 8 respektive 4 % i dessa frågeställningar). I kommentarer som handläggare har skrivit vid sina granskningar framgår det att i en del grundkartläggningar nämns inget om barnens barnomsorg/skola, hälsa eller mående. Konsekvenser av avslagsbeslut (bland annat om barnomsorg) för barnet nämns inte eller i enstaka beslut. I några ärenden tycks det vara lite oklart kring dokumentationen gällande umgängesbarns situation. I granskningen förekommer även bra exempel. Ett sådant är där handläggaren har beskrivit ett barns behov och konsekvenser av beslutet för barnet i samband med en ansökan om cykel – att barnet ”ska få liknande möjligheter till en meningsfull fritid som andra barn i deras ålder”. Ett annat exempel gäller ansökan om semesterresa, där barnrättsperspektivet har beaktats i beslutet. Sammanfattningsvis dokumenteras det i hög utsträckning om barn generellt. Dokumentation om barnens behov och konsekvenserna av beslut för barn tydliga förbättringsområden, precis som föregående år.

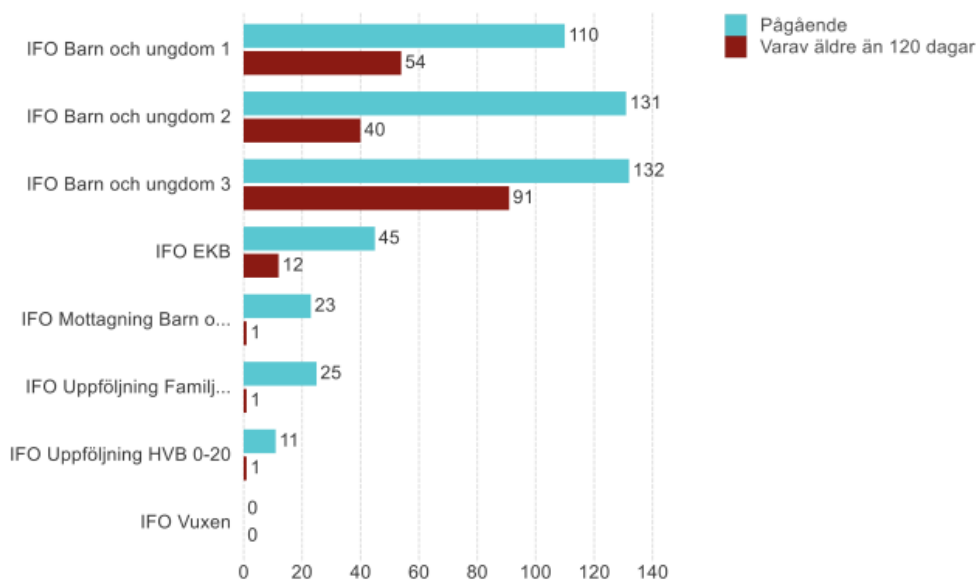
Av granskningen framgår det att dokumentationen avseende barn ofta gäller ansökningar som har en tydlig koppling till barnet (exempelvis vinterkläder, liggvagn, resekostnader, kostnad för fritidsaktiviteter). Samma metod som föregående år valts, och ett liknande antal ärenden har granskats. Det har skett en tydlig förbättring i resultaten i jämförelse med föregående år vad gäller nästan samtliga frågeställningar. Föregående år nämndes barn generellt i 89 % av granskade ärenden (en relativt mindre försämring på 6 % i 2017 års resultat). I 53 % av ärenden nämndes barnet specifikt (en förbättring på 17 %). Barnets situation beskrevs i mindre än 35 % av ärenden (en förbättring på 25 %). I cirka 20 % av ärenden nämndes barnets behov generellt och/eller specifikt (en förbättring på 10-20 %). Konsekvenser av beslut, generellt (9 %), eller för det specifika barnet (2 %), nämndes sällan (här har det skett förbättring på ca 8 %). Merparten av besluten i ärenden är gynnande, varför uppgifter kring konsekvenser av beslut för barnen inte är lika vanligt förekommande. Vissa beslut, som exempelvis arbetsresor för att vårdnadshavare till barnen ska kunna medverka i sin planering, har mindre påverkan på barn i hushållet och det kan vara en orsak till att det inte dokumenteras om konsekvenser av beslut för barn. En orsak till det förbättrade resultatet kan vara själva metoden för internkontrollen som har valts år 2016 och har använts även i år. Kollegiegranskningsmetoden har varit uppskattad av handläggarna som har uppgett att metoden har gett dem möjlighet att reflektera över sina egna sätt att dokumentera. Andra orsaker till det förbättrade resultatet kan vara genomförda åtgärder sedan föregående års internkontroll. Under hösten 2016 och våren 2017 har verksamhetsutvecklare på avdelningen informerat om resultat på internkontrollen, för att socialsekreterarna ska själva

få uppfattning om utvecklingsområden. I samband med informationen har socialsekreterarna fått diskutera och göra övningar kring betydelsen av barnrättsperspektivet och fått en kort genomgång av Barnkonventionens grundprinciper. Klarspråksgruppen har arbetat fram ett stöd för hur man ska dokumentera om barn i ärenden och en ny halvdag om barnrätt är planerad under hösten 2017. Personalomsättning under året har varit relativt lågt, vilket har gjort att kunskapen om barnrättsperspektiv har funnits kvar inom verksamheten. Då metoden som har valts är kollegiegranskning kan data påverkas av på vilket sätt socialsekreterarna själva har tolkat frågeställningar (i instruktioner till socialsekreterarna finns det exempel på dokumentation kopplad till varje frågeställning). Det har i granskningen inte funnits utrymme att beskriva vad det är som har dokumenterats och som har lett till ett positivt utfall, varför en kvalitativ granskning har gjorts utöver kollegiegranskningen. Granskningen har gjorts utifrån ett relativt litet urval (motsvarande cirka 12 %) av alla barnfamiljer med långvarigt biståndsbehov. Resultatet är därmed inte nödvändigtvis representativt för all AFI:s handläggning av ärenden där barn förekommer i hushållet. Precis som föregående år kan det vara så att det fortfarande är fler som söker om bistånd till fritidsaktiviteter för sina söner än för sina döttrar. Ett naturligt utfall av detta är då att det dokumenteras mer om pojkarnas situation än om flickornas, något som återspeglar sig i statistiken. Möjliga orsaker till detta kan bero på patriarkala strukturer i vissa familjer, där pojkar uppmanas oftare att engagera sig i fritidsaktiviteter jämfört med flickorna i familjen. Åtgärd: Sammanfattningsvis dokumenteras det i hög utsträckning om barn generellt. Dokumentation om barnens behov och konsekvenserna av beslut för barn är fortfarande tydliga förbättringsområden. Åtgärder kopplade till ovanstående ska tas fram av ledningsgruppen på AFI för genomförande.

Avdelningarna för individ- och familjeomsorgs uppföljning, IFO

- 12. Barnavårdsutredningar ska färdigställas inom fyra månader om det saknas beslut om förlängning. Granska statistik varje månad. Ska gås igenom av avdelningschef och gruppchef och delges arbetsgruppen. Kontroll utförd av: Avdelningschef IFO avdelning 2. Rapport: Då utredningstiderna fortfarande inte hålls inom fyra månader i alla ärenden, så följs utvecklingen kontinuerligt och rapporteras varje månad till nämnden. Inflödet är fortsatt högt. I slutet av oktober 2017 pågick sammanlagt 477 utredningar om barn och unga. 200 ärenden har pågått längre än 120 dagar (*källa LinQ*) d v s 42 %. Det är en försämring jämfört med 2016 då motsvarande siffra var 36 %. För att få en kompletterande bild redovisat också medianvärde på utredningstiden för *avslutade* utredningar. 2016 var medianvärdet 140 dagar och 2017 var motsvarande siffra 120 dagar (*källa LinQ*), vilket visar att utredningarna har avslutats snabbare i år.**

Pågående utredningar, barn och unga (0-17)



Åtgärd: Avdelningschef bedömer att utredningstiderna skulle hållas om det inte fanns vakanser på grupperna Barn och unga 0-20 år. Ett aktivt rekryteringsarbete pågår för att fylla de vakanser som finns. Det är också konsulter inhyrda för att arbeta med utredningar. Gruppcheferna går igenom alla ärenden med sina medarbetare varje månad, och följer faserna i utredningar via leantavlor.

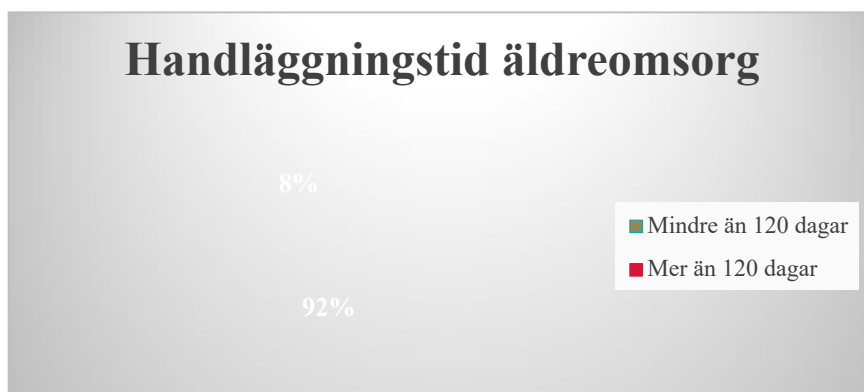
13. Bevaka barnets och deras föräldrars rätt till insyn i ärendehantering genom kontinuerlig kommunikering. Kontrollera via journalen enligt specificerade kontrollpunkter i blankett. Kontroll utförd av: Kontrollmomentet har inte genomförts pga. byte av BBIC-samordnare. Gruppcheferna följer dock upp detta kontinuerligt. Rapport: Saknas.

14. Tillgodose placerade barns/ungdomars förutsättningar för en fullgod skolgång. Kontrollera om planering för placerade barn/ungdomars skolgång finns i vårdplan/genomförande plan. Kontroll utförd av: Verksamhetsutvecklare. Rapport: Slumpmässigt urval om 20 ärenden med insats HVB och familjehem har gjorts. Lagkraven följs, det framgår att vårdplan finns upprättad. Genomförandeplan finns i de flesta ärenden men inte i alla. Dock är det genomgående att genomförandeplan sällan revideras. Planering för placerade barn/ungdomars skolgång finns i de flesta vård- och genomförandeplaner. Åtgärd: Mer fokus behöver läggas på att följa upp vården och att genomförandeplaner uppdateras kontinuerligt. Exempelvis kan ett barn ha placerats vid 6-års ålder. En vårdplan finns och genomförandeplan. Genomförandeplanen behöver uppdateras efter en viss tid, och om barnet är t ex 9 år gammalt så kan behovet vara annorlunda gällande skolgången, målet är inte längre ”inlärning” utan målet för en viss årskurs.

- 15. Följsamhet av generella avtal HVB unga. Undersöka anledningen till val av HVB särskilt avtal. Kontroll utförd av:** Resurssamordnare och avdelningschef IFO.
Rapport: Särskilda avtal följs upp och redovisas också till nämnd i och med HVB-statistiken varje månad. Resurssamordnarna skriver en kommentar i varje ärende kring skälen till varför Socialförvaltningen använt särskilt avtal i stället för generellt avtal. Det handlar om att det är fullt i Generellt avtal eller att behoven inte matchar.

Avdelningen för äldre och funktionsnedsatta, Ä & F

- 16. Bevaka handläggningstiderna inom Äldregrupperna, Sol. och LSS. Följ upp handläggningstiderna via Treserva. Mätning varje tertial. Kontroll utförd av:** Gruppchefer, avdelning Ä & F (Källa: LinQ) **Rapport: Äldreomsorg-** Granskning av antalet avslutade utredningar av Äldregrupperna inom ärendetyperna FH SoL, LSS och ÄO under perioden januari - september visar att totala antal ärenden var 3302 (1997), snittlängden (dgr) var 27 (20), antal >120 dagar var 249 (90) och d.v.s. 8 % (5). Siffror inom parentes visar 2016 års siffror.



Funktionshinderomsorg - Granskning av antalet avslutade utredningar av gruppen Funktionshinderomsorg inom ärendetyperna FH SoL, LSS och ÄO, under perioden januari – september 2017 visar att totala antalet ärenden var 512 (323), snittlängden (dgr) 81 (33), antal >120 dagar var 158 (17) d.v.s. 31 % (5).



LSS - Granskning av antalet avslutade utredningar av gruppen LSS under perioden januari-september 2017 visar att totala antalet ärenden var 448 (417), snittlängden (dgr) 128 (64), antal >120 dagar 231 (76) d.v.s. 52 %.(18 %).



Avdelningen har i verksamhetsplanen för 2017 som mål att samtliga ärenden ska vara handlagda inom 120 dagar från att ansökan/begäran inkommit. *Äldregrupperna* har under perioden januari - september 3302 utredningar som avslutats med en snittlängd på 27 dagar. Av dessa är det 249 ansökningar som inte handlagts inom 120 dagar, vilket motsvarar 8 %. Mätning för ansökningar som inte handlagts inom 120 dagar för samma period 2016 visar 5 %. Kö till handläggning följs regelbundet var 14:e dag. I äldregrupperna har kö till handläggning varit som högst i början av året med 245 ärenden, för att sedan minska fram till maj med som lägst 79 ärenden. Kö har därefter ökat till 155 ärenden i slutet av september. I maj infördes IT-stödet IBIC-modulen och det har också varit längre bemanning under sommarens semesterperiod. I mitten av januari hade den person som väntat längst på handläggning väntat i 248 dagar. I slutet av september månad var motsvarande siffra 206 dagar. Det finns en prioriteringsordning där angelägna ärenden prioriteras. De som får vänta längst är framförallt ansökningar från andra kommuner där grupperna behöver invänta utredningsunderlag från hemkommunen innan beslut kan tas. Ansökningar om servicelägenhet har också en längre prioritet utifrån att insatsen avser en bostad.

I gruppen *Funktionshinderomsorg* hade i början av januari den person som då väntat längst på handläggning väntat 130 dagar, sista september var motsvarande siffra 52 dagar. Angelägna ärenden och ärenden där det finns barn prioriteras och hanteras skyndsamt. De som får vänta längst på handläggning är framför allt de som söker boende, stöd i boendet eller kontaktperson. Detta är i sig ett problem då det sedan är resursbrist och kö även till att kunna verkställa de beslut som fattats, så dessa brukare får lång tid från ansökan till verkställighet. Gruppen Funktionshinderomsorg hade under januari-augusti i år 512 utredningar som avslutats med en snittlängd av 81 dagar. Av dessa har 158 överstigit 120 dagar, vilket motsvarar 31 %. För samma period 2016 avslutades 323 utredningar med en snittlängd av 33 dagar. 17 översteg 120 dagar vilket motsvarade 5 %. Eftersom siffrorna avser alla ärenden, även de som tidigare haft service insatser, är statistiken svår att läsa ut. Då dessa ärenden under hela processen har haft en pågående insats har prioriteringen varit att tillgodose behov till personer som varit utan insatser och uppföljning för de som tidigare haft

insats på service har fått vänta varför handläggningstiden dragit ut på tiden och drar upp värdet i ovanstående siffror. Gruppen Funktionshinderomsorg har även handlagt personer över 65 år som tidigare haft insatser på service och dessa väntetider finns också med i gruppens siffror. Siffrorna för 2017 när det gäller ärenden över 120 dagar är därför svåra att följa för gruppen och dra några slutsatser utifrån.

För gruppen LSS visar resultatet att 52 % av antalet avslutade utredningar överstiger 120 dagar och målet som finns uppsatt för 2017 att samtliga ärenden ska vara handlagda inom 120 dagar från ansökan/begäran har inte uppnåtts. Flertal ärenden som väntar på handläggning, har redan passerat 120 dagar när de väl tas om hand. Jämförbara siffror från 2016 visar 426 avslutade utredningar där 77 översteg 120 dagar, d.v.s. 18 %. Det är en klar försämring mot föregående år. Det har varit omsättning bland handläggarna även under det här året. Det tar lång tid för upplärning, vilket innebär att möjlighet att arbeta undan kön försvåras. Resursförstärkning har skett i gruppen men har ännu inte gett resultat fullt ut. En genomgång av antal ärenden i ärendestocken har gjorts, vilket resulterat i en jämnare fördelning handläggarna emellan. Antal ärenden per handläggare är dock fortfarande hög. Köerna kommer även fortsättningsvis att mätas/följas upp var 14:e dag och prioritering av ärenden sker varje vecka. Ur brukarperspektiv kan antas en upplevd ökad oro över lång väntan på handläggning. Det blir fler samtal till jourtelefonen med frågor vart just deras ärende ligger till i kön, viss irritation och besvikelse. Avdelningen kommer inte att nå målet med att alla ärenden kommer att handläggas inom 120 dagar under 2017.

- 17. Barnrättsperspektiv - bevaka barnets rätt till inflytande och insyn samt korrekt dokumentation i Sol. och LSS-utredningar gällande barn 0-17 år på avdelning Ä & F. Kontrollera om barnets åsikter beaktats i tillräcklig utsträckning i utredningsförfarandet och om inflytande aspekter dokumenterats korrekt i utredningen (enligt specificerade kontrollpunkter i blankett). Kontroll utförd av:** Handläggare i form av kollegiegranskning, analys och sammanställning av verksamhetsutvecklare. Rapport: Granskning är genomförd i form av kollegiegranskning av 12 handläggare i LSS-gruppen där varje handläggare fick ganska ett ärende var. Granskningen omfattade löpande journal och utredningsdokumentation i ärendet. I LSS-gruppen arbetar några få vana handläggare med lång erfarenhet av myndighetsutövning, målgruppen och handläggning enligt LSS-lagstiftningen. Den stora delen av gruppen är handläggare med mindre erfarenhet, något som borde beaktas i analys och åtgärd.

I samtliga fall anges barnet specifikt samt dennes behov, önskemål och intressen. Barnets situation beskrivs specifikt också utifrån den sociala situationen, pågående stödinsatser, tidigare situation, skolsituation, familjesituationen osv. I några fall beskrivs barnet generellt utifrån diagnoser. Stor del ligger i beskrivning av diagnos och funktionsnedsättning, dock framkommer inte det salutogena perspektivet fram på ett tydligare sätt. I några fall finns en generell beskrivning av barnet i förhållande till det "normala" föräldern. Även anhörigas situation beskrivs och hur det påverkar barnet. I ett fall beskrivs barnets behov generellt genom referat ur kammarrättsdom vad

gäller föräldraansvar, samt i ett fall görs en jämförelse av barnet med vad som kan anses normalt för åldern. Generellt beskrivs konsekvenser av beslut för samtliga barn i form av hänvisning till proposition, lagtext och barnets bästa. Det beskrivs även i former av avlastning för föräldrar. Specifika konsekvenser av beslutet beskrivs i de flesta fall utifrån påverkan på anhöriga (främst föräldrar). I ett ärende har handläggaren bedömt att barnet inte själv kan skapa sig en uppfattning av sökt insats och heller inte uttryckt sina önskemål kring denna. I samtliga fall har barnet närvarat i mötet med handläggaren. I fyra fall för barnet sin talan och i ett av dessa riktar handläggaren direkt frågor till barnet. I övriga fall för förälder eller vårdnadshavare barnet talan, dock framkommer det inte, förutom i två fall, att en bedömning är gjort eller beskrivning om barnets kommunikationsförmåga. I det fall en bedömning är gjort beskrivs det att barnet har bristande kommunikationsförmåga och kan endast till viss del kommunicera via tecken. I löpande journal framkommer det i ett fall att beslut har delgetts vårdnadshavare. I ett fall framkommer det att barnet har synpunkter, men inte på vad. Bedömningen är att handläggaren har lyft fram barnets röst i utredningen på olika sätt, dock behöver en beskrivning göras av de fall där barnets talan förs av annan och vad det beror på. En möjlig orsak till varför kommunikeringen under den pågående processen sker med andra än barnet är att handläggaren har gjort en bedömning utifrån barnets förmåga att tillgodogöra sig information och kommunikationsförmåga. Genomgående i utredningarna upplevs målsättningen av insatsen vara övergripande och inte individuell. Barnets röst och mål med insatsen kommer inte fram på ett tydligt sätt. I granskningen framkommer inga skillnader av resultatet utifrån kön.

Åtgärd: Förbättringar som kan göras är att mer utförligt beskriva och koppla bedömningar och beslut gällande barnperspektivet till lagtexten. Vid kommunikering av utredningar och beslut överlämnar handläggarna detta till andra parter (ex. föräldrarna) än barnet. En bedömning bör göras om det är lämpligt att äldre barn istället bör kommuniceras då de själva är part i ärendet, medan det från fall till fall får avgöras om det inte är lämpligt att kommunicera med yngre barn. Man kan göra fler och tydliga bedömningar kring barnens förmåga till delaktighet på olika sätt. Mer utförliga konsekvensbeskrivningar kan göras i utredningsprocessen, främst i de fall när det gäller mer ingripande insatser som är nya för barnet men framförallt vid avslagsbeslut. Något annat som går att förbättra är målbeskrivningen av insatsen som kan göras mer individspecifik samt att barnets tankar kring mål och förväntningar på insatsen kan lyftas fram på ett tydligare sätt. Ett annat sätt att tydliggöra i vilken omfattning barnets röst lyfts fram är att ange i utredningen var informationen kommer ifrån och vem som uppger vad. Resultatet kommer att presenteras för LSS-gruppen för diskussion av förbättringsåtgärder.

Anita Lhådö

Beslutet skickas till:
Kommunens revisorer,
Kommunstyrelsen