



Kvalitetsrapport 2024

Socialnämnden Nordost

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
1.1	Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang	3
1.2	Sammanfattande bedömning	3
2	Barn- och ungdomsvård	5
2.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	5
2.1.1	Egenkontroll	5
2.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	9
2.1.3	Risker.....	15
2.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året.....	15
2.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	15
3	Ekonomiskt bistånd	17
3.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	17
3.1.1	Egenkontroll	17
3.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	20
3.1.3	Risker.....	25
3.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året.....	26
3.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	26
4	Vuxna	27
4.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	27
4.1.1	Egenkontroll	27
4.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	30
4.1.3	Risker.....	35
4.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året.....	35
4.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	36

1 Inledning

1.1 Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang

Enligt Socialtjänstlagen ska den som bedriver socialtjänst tillse att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 framgår att nämnden ska dokumentera sitt systematiska kvalitetsarbete och av föreskriften rekommenderas en årlig sammanhållen kvalitetsrapport.

Syftet med kvalitetsrapporten är att öppet och tydligt redovisa resultat av arbetet med att förbättra kvaliteten. Den ska synliggöra hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. Kvalitetsåret är från 1 september till 31 augusti.

1.2 Sammanfattande bedömning

Årets genomgång och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet visar utvecklingsområden men också en rad styrkor inom samtliga verksamhetsområden. Nedan är några exempel från arbetet som pågår inom respektive verksamhetsområde.

Inom Barn- och ungdomsvården visar årets kvalitetsrapport att den enskildes erfarenheter tas till vara genom exempelvis utredningsmodellen Barns behov i centrum (BBIC), LÖSA och förhållningssättet Signs of Safety. För att öka implementeringstakten i Signs of Safety har en större satsning genomförts under 2024 med riktade utbildningar och handledningsstöd till chefer, arbetsledare och stödfunktioner. Den enskilde görs också delaktig genom att verksamheten tar emot och hanterar synpunkter. I jämförelse med föregående års sammanställning har antalet inkomna synpunkter minskat drastiskt. Många enheter saknar helt inkomna synpunkter trots mängder av möten med stadsområdets invånare. Under kommande år behöver verksamheterna arbeta mer aktivt för att informera invånarna och möjliggöra för synpunkter på verksamheten att inkomma. Analys av utredda Lex Sarah utredningar har ökat under perioden och visar på ett antal utvecklingsområden: intern samverkan mellan enheter behöver förbättras när insatser ges från olika instanser samtidigt, samt att en helhetssyn saknas på barnets behov och situation. För att hantera ovan utvecklingsområden kommer verksamheten arbeta med att bland annat förbättra avvikelshanteringen och handläggningen ytterligare. Genom följsamhet till befintliga samverkansrutiner, avdelningsövergripande samverkansstrukturer, fortsatt kompetensutveckling för att behålla medarbetare förväntas samverkan förbättras.

Inom Ekonomiskt bistånd har brukarens delaktighet och inflytande ökat i och med att nästintill alla arbetsplaner har upprättats i dialog med brukaren. Området har även använt Motiverande Intervju som samtalsmetod och medarbetarna har gått klarspråksutbildning för att säkerställa att den enskilde förstår beslutsunderlaget. Automatiseringen av delar av handläggningen inom ekonomiskt bistånd har frigjort tid hos socialsekreterarna vilket har möjliggjort arbetet med delaktighet och inflytande. Genomgång av avvikelser för perioden visar att verksamhetsområdet

behöver prioritera arbetet med kompetenshöjande insatser riktade gentemot myndighetsutövande medarbetare för att förbättra rättssäkerheten och dokumentation i ärenden. Resultat av genomförd egenkontroll visar på att arbetet med barnrätt inom ekonomiskt bistånd gett effekt och utvecklats. Den visar också det finns bristande kunskap och efterlevnad gällande hantering av skyddade personuppgifter vilket kommer att vara ett utvecklingsområde framåt. Behovet av processer och system som underlättar i hanteringen av personuppgifter behöver också lyftas och prioriteras.

Område Vuxna arbetar med den enskildes delaktighet bland annat genom att använda Klarspråk och befinna sig på arenor där den enskilde befinner sig som till exempel medborgarkontoren. Avdelningen ser behov av att ytterligare utveckla arbetet med att ta tillvara brukarnas åsikter och uppfattningar om socialtjänsten för att kunna möta dom behov som finns och säkerställa att avdelningens arbete går i linje med nya socialtjänstlagen. Resultat av genomförd egenkontroll visar att verksamheterna behöver öka antalet genomförandeplaner för att säkerställa ett klienten får sina behov tillgodosedda samt att barnkonsekvensanalys görs i för liten utsträckning. Antalet barnkonsekvensanalyser behöver öka och verksamheten kommer att arbeta med kompetensutveckling och tydligare stödmaterial. Antalet inkomna synpunkter har ökat sedan föregående period men är fortfarande lågt till antalet. Resultatet visar att målgruppen inom Vuxna behöver stöttas och vägledas i att lämna synpunkter. Sedan föregående Kvalitetsrapport har antalet avvikelser som varit föremål för utredning enligt lex Sarah ökat ytterligare. Det är en positiv utveckling och tyder på att enheterna arbetar systematiskt med avvikelser som grund i arbetet och att kunskapen hos både chefer och medarbetare har ökat när det gäller rapporteringsskyldigheten om lex Sarah. Det är många avvikelser som gäller dokumentation i fel ärenden och förväxling av klienters dokumentation. För att hantera ovan utvecklingsområde kommer området utveckla systematiken kring hantering, åtgärder och uppföljning av avvikelser för att möjliggöra ökad kvalitet inom verksamheten.

2 Barn- och ungdomsvård

2.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

Det här avsnittet innehåller en sammanställning av de viktigaste resultaten/iakttagelserna från olika underlag inom det systematiska kvalitetsarbetet. Sammanställningen ger underlag för avsnittet 2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder.

2.1.1 Egenkontroll

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens kvalitet. Det innebär bland annat att följa upp att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet och säkerställa att verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamheten ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

2.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Arbetet med att utreda barn och ungas behov sker utifrån utredningsmodellen Barns behov i centrum (BBIC). I BBIC ställs höga krav på barnets och vårdnadshavarnas delaktighet. Utredningsplaner upprättas tillsammans med familjerna, i vilka det blir transparent i vad oron består av och vilka frågeställningar som utredningen har. Efter att beslut har fattats säkerställs den enskildes delaktighet och inflytande genom upprättande av en genomförandeplan tillsammans med barnet som utgår ifrån den enskildes behov och önskemål.

Signs of Safety (SoS) implementeras brett i verksamheterna inom barn och unga för att göra föräldrar delaktiga såväl i den oro som finns runt barnet, som i de lösningar som behöver åstadkommas för att nå trygghet och säkerhet för barnet. En grundläggande tanke i SoS är att involvera familjens nätverk i att skapa trygghet för barnet samt att korta ner placeringar utanför barnets nätverk. För att öka implementeringstakten i arbetet enligt SoS genomfördes under hösten 2024 en utbildningssatsning där samtliga avdelningschefer, enhetschefer, arbetsledare samt verksamhetsutvecklare deltog i två heldagar.

Myndighetsenheterna samt resursenheterna använder sig av metoden tejpning i utredning och uppföljning för att hjälpa barnet att kommunicera, men också för att förmedla information till barnet.

Resursenheterna har en obligatorisk rubrik i deras dokumenteringssammanfattning: barnets röst. Resursenheterna arbetar vidare bl.a. med F.I.T. (Feedback Informed Treatment) för vuxna, men även för barn. Förvaltningens MST-team arbetar i enlighet med metoden; ständigt med att fråga brukarna hur de uppfattar insatserna. Under 2024 har ytterligare ett MST-team startat upp i förvaltningen och tar emot förfrågningar från hela staden.

Implementering av arbetsmodellen LÖSA pågår på förvaltningen för att öka barns delaktighet.

Fokusgruppen Delaktighet leder arbetet med att återimplementera Västermodellen

samt har tagit fram en barnanpassad digital enkät som ställs efter barnsamtal. Enkäten innehåller fem korta frågor, gällande bland annat om barnet förstått varför hen träffat sin socialsekreterare och om hen upplevt sig lyssnad på. Placerings enheterna har genomfört intervjuer med barn enligt Västermodellen för att öka barnens delaktighet samt tydliggöra barnsekreterarens roll för barnet.

2.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar

Socialförvaltningarna har arbetat med att förbättra brukarundersökningen och under perioden har ingen brukarundersökning genomförts. Nästa brukarundersökning planeras till våren 2025 och omfattar område myndighet.

2.1.1.3 Öppna jämförelser

I årets redovisning av Öppna jämförelser beskriver förvaltningen förändringen jämfört med 2023. Dessa förändringar bör inte tolkas som en trend utan snarare som områden som behöver uppmärksamhet. Eftersom undersökningen inte alltid undersöker samma saker varje år och bygger på självrapportering, kan resultaten vara mindre valida.

Negativa förändringar

Under förevarande rubrik listas några vissa indikatorer/nyckeltal där förvaltningen i 2023 års Öppna jämförelser svarade "Ja", men "Nej" för 2024. Om svar inte rapporterats anges detta inom parentes:

- **Vidareutbildning om våld i nära relationer för handläggare**
- **Samlad kompetensutvecklingsplan för anlitade familjehem**
- **Aktuella överenskommelser om samverkan med andra verksamheter** (Ej rapporterat)
- **Erbjudande av grundutbildningen "Ett hem att växa i"** (Ej rapporterat)
- **Individbaserad systematisk uppföljning av verksamhetens stöd och insatser** (Ej rapporterat)
- **Användning av manualbaserade insatser och bedömningsmetoder** (Ej rapporterat)

Sammanfattning:

Förvaltningen har under 2024 antingen upphört med vissa aktiviteter som tidigare genomfördes under 2023, eller så saknas rapportering av dessa aktiviteter i den senaste genomgången. Förvaltningen bör undersöka varför dessa negativa förändringar kan ses. En möjlig orsak till vissa negativa förändringar kan vara att vissa rutiner gäller för hela staden, men rapporteringen avser förvaltningens rutiner, vilket kan påverka validiteten.

Positiva förändringar

Under förevarande rubrik listas vissa indikatorer/nyckeltal där förvaltningen i 2023 års Öppna jämförelser svarade "Nej", men svarar "Ja" för 2024. Om svar inte rapporterats anges detta inom parentes:

- **Implementering av rutin för att säkra skolgång för barn i skyddat boende**
- **Krav på krisberedskap vid upphandling av HVB och stödboende**
- **Aktuella kontinuitetsplaner för HVB och stödboende i egen regi**
- **Ökning av erfarna handläggare**

Handläggare med socionomutbildning och minst fem års erfarenhet av barnutredningar

- **2023:** 44,49 %
- **2024:** 48,4 % (rikets snitt 46,1 %)

Sammanfattning

Under 2024 har förvaltningen implementerat flera nya åtgärder och förbättringar som inte fanns på plats under 2023 eller där data tidigare inte rapporterats.

Detta tyder på att förvaltningen under 2024 har tagit steg för att förbättra kvaliteten och effektiviteten i barn- och ungdomsvården jämfört med 2023.

2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	A nt al	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik	1		
	1	Beslut 2024-01-02 IVO avslutar ärendet efter att nämnden efter inspektion redovisat adekvata åtgärder och kommit till rätta med bristen att tillämpa otillåtna begränsningar vad gäller besök i HVB Triton. D.nr. N163-1047/23	Det arbete som har påbörjats med att se över rutinen vad gäller besök av vänner i boendet behöver fortsätta i den riktning IVO pekat ut.
Ingen kritik	7		
	1	Beslut 2024-07-17 Tillsyn vid Stödboendet Hundrårsgatan visade inga brister i verksamheten gällande hur den arbetar med att förebygga, uppmärksamma och agera vid hot, våld och övergrepp. D.nr. N163-0450/24	Inga åtgärder
	1	Meddelande 2023-11-10 IVO meddelar att de tagit emot en anmälan från nämnden om att två barn placerats i ett familjehem där de därmed fanns totalt fem barn placerade. D.nr. N163-1347/23	Varken IVO eller nämnden har vidtagit några åtgärder.
	1	Meddelande 2023-12-21 IVO meddelar att de tagit emot en anmälan från nämnden om att ett barn placerats i ett familjehem där	Varken IVO eller nämnden har vidtagit några åtgärder.

	A nt al	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
		det därmed fanns totalt fyra barn placerade. D.nr. N163-1523/23	
	1	Meddelande 2024-05-31 IVO meddelar att de tagit emot en anmälan från nämnden om att ett barn placerats i ett jourfamiljehem där det därmed fanns fyra barn placerade. D.nr. N163-0753/24	Varken IVO eller nämnden har vidtagit några åtgärder.
	1	Meddelande 2024-06-17 IVO meddelar att de tagit emot en anmälan från nämnden om att ett barn placerats i ett familjehem där det därmed fanns fem barn placerade. D.nr. N163-0819/24	Varken IVO eller nämnden har vidtagit några åtgärder.
	1	Meddelande 2024-08-08 IVO meddelar att de tagit emot en anmälan från nämnden om att ett syskonpar placerats i ett familjehem där det därmed fanns fem barn placerade. D.nr. N163-1042/24	Varken IVO eller nämnden har vidtagit några åtgärder.
	1	Anmälan 2024-04-04 I samband med en inspektion och ett enskilt samtal vid ett HVB berättade ett placerat barn för IVO-inspektörer att hen i sin skolmiljö utsatts för oönskad kontakt av sexuell art. D.nr. N163-0424/24	Orosanmälan har enligt nämnden hanterats enligt rutin, bl.a. har IVO i egenskap av anmälare fått återkoppling.
Stadsrevisionen			
Rekommendationer			
Revisionskritik			
Annan extern granskare	3		
	1	Tillsynsmeddelande 2023-11-20 Arbetsmiljöverket önskar ta del av nämndens utredning gällande en allvarlig händelse enligt arbetsmiljölagen, där en socialsekreterare blev utsatt för hot. D.nr. N163-1351/23	Nämnden har genomfört och skickat sin utredning av händelsen till Arbetsmiljöverket. Nämnden bedöms ha följt befintliga rutiner.
	1	Beslut 2023-11-17 Klagomål från enskild. JO anser att de handlingar som socialtjänsten inkommit med inte ger JO anledning att fortsätta utredning eller göra	Inga åtgärder

	A nt al	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
		något uttalande. D.nr. N163-1365/23	
	1	Beslut 2024-07-03 Klagomål från enskild. JO anser att klagomålen inte ger anledningen till åtgärd eller uttalande. D.nr. N163-0904	Inga åtgärder

2.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
I 6 av 61 (9%) av granskade ärenden saknades utredningsplan (egenkontroll våren 2024), vilket är en förbättring från föregående års 19%.	Utifrån det arbete som fokusgruppen Korta ledtider gjort fortsätta med att implementera 30-60-90 - och bla öka användandet av utredningsplaner med tidsangivelser.
I 39 av 61 (63%) av granskade ärenden finns det uppgifter som visar på att barnets nätverk kartlagts, vilket är en oförändrad procentandel jämfört med föregående år.	Fortsätta att implementera Signs of Safety genom utbildning av medarbetare, handledning, metod och ärendegenomgångar.
I 4 av 10 (40%) av de granskade ärenden saknades handledningsplaner för familjehemmen.	Förstarna fortsätter arbetet på metod med medarbetare för att tydligare skapa en handledningsplan för familjehemmen.
Av egenkontroll framkom behov av att tydligare beskriva och dokumentera barnen/ungdomarnas delaktighet i upprättandet av genomförandeplan.	Föreståndarna på respektive HVB arbetar fortsatt med att öka ungdomarnas delaktighet i upprättandet av genomförandeplaner.
I enighet med förvaltningens interna kontrollplan har en uppföljning av den lokala rutinen för hantering av skyddade personuppgifter genomförts, detta utifrån risken att bristande kunskap och efterlevnad av styrande dokument kan medföra att förvaltningen röjer personuppgifter.	En plan för implementering av den uppdaterade rutinen ska presenteras på förvaltningsledningen hösten 2024

2.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

Den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen ska ta emot och utreda synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, myndigheter och föreningar. Synpunkter kan vara klagomål, men också övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Avvikelser ska åtgärdas och processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten kan förhindra att en inträffad avvikelse inträffar igen.

All personal har enligt lex Sarah en rapporteringsskyldighet av missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i verksamheten som rör den som får eller

kan komma i fråga för insatser. Dessa rapporter föranleder en fördjupad utredning och syftet är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

2.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Utförande av tjänst	9
Bemötande	3
Tillgänglighet	1
Övrigt	2

Under perioden har majoriteten av inkomna synpunkter kategoriserats som klagomål om Utförande av tjänst. Klagomålen handlar oftast om missnöje över ärendeprocessen eller ett fattat beslut. Arbetet med kommunikation med den enskilde och de som berörs av verksamhetens beslut behöver fortsätta att förbättras.

I jämförelse med föregående års sammanställning har antalet inkomna synpunkter minskat drastiskt. Inom området hanterar ett fåtal enheter majoriteten av synpunkterna som inkommer. Många enheter saknar helt inkomna synpunkter trots mängder möten med stadsområdets invånare. Enheterna behöver arbeta aktivt med att informera om möjligheten att lämna synpunkter på verksamheten.

Ett förbättringsarbete kopplat till hanteringen av synpunkter i förvaltningen genomförs kontinuerligt. Enheten för utveckling och kvalitet stöttar enheterna med praktiskt stöd i systemet men även workshop och utbildningar. Ett resultat av det är att synpunktslämnaren fått återkoppling i nästintill samtliga inkomna ärenden och att respektive synpunkt har hanterats mer skyndsamt i jämförelse med tidigare års sammanställningar.

2.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta SoL/LSS	145
Övrigt, Annan avvikelse som inte finns i listan	138
Dokumentation - allmän	102
Samverkan intern	35
Utföra SoL/LSS	31
Samverkan extern	19
Post, inkommen handling	22
Rättigheter och bemötande	19
Uppföljning SoL	13
Övergrepp, självskada, hot	13

Totalt 544 avvikelser har registrerats under perioden inom barn och unga, myndighet och resurser. Här redovisas de kategorier med 10 eller fler avvikelser. Förra året var det totalt 443 avvikelser

De vanligaste avvikelseområdena är kopplade till kategorin utreda och besluta SoL ärende, övrigt/annan avvikelse som ej finns i listan, dokumentation och samverkan intern.

Ett arbete med att få ner antalet avvikelser inom kategorin övrigt behöver fortsätta.

Denna kategori kan ses som ett mått på hur väl verksamheten lyckas förmedla kopplingen mellan socialtjänstprocessen och avvikelseprocessen. Det pågår ett arbete i Göteborgs stad med att se över kodning av områden, orsakskod samt aktiviteter i avvikelsemodulen i Treserva. Förslaget som kommer att presenteras innebär att område Övrigt tas bort ur systemet.

Det pågår aktivt arbete för att minska på ärenden med överskriden utredningstid, verksamheten förväntar sig att dessa åtgärder ska minska antalet avvikelser i den aktuella kategorin framåt.

Orsaker	Antal
Brist i riktlinjer och rutiner	95
Yttre orsaker	76
Brist i kommunikation	61
Brist i planering	55
Kompetensbrist	44
Brist i organisation och samverkan	24
Problem med bemanning	16
Brist i implementering	16
Brist i arbetsmiljö	7
Tekniskt fel	8
Ej avvikelse	5
Problem med ramvillkor och krav	1

De identifierade orsakerna till avvikelserna kan i huvudsak härledas till svårigheter gällande brist i riktlinjer och rutiner, yttre orsaker och brist i kommunikation och planering.

De åtgärder som vidtagits har bedömts leda till en förbättring i 109 fall. I 148 fall görs bedömningen att åtgärden inte går att avgöra om den lett till en förbättring och i 8 fall bedöms åtgärden inte haft någon effekt. Vid förra mättillfället bedömdes 121 åtgärder ha lett till en förbättring. Ett fortsatt utvecklingsarbete behövs för att se över vilka åtgärder som verkar ge effekt och vad som gör att effekt uteblir i de åtgärder som planerats och genomförts.

Slutsatserna kring avvikelshanteringen är att de avvikelser som registreras och hanteras väl stämmer överens med övriga identifierade utvecklingsområden inom annan kvalitetsgranskning. Behovet av att höja kunskapen kring riktlinjer och rutiner är återkommande och bör prioriteras.

Det syns en fortsatt utmaning i att avvikelserna hanteras på ett sätt så att de bidrar till en förbättring av kvaliteten i verksamheten. 215 avvikelser, dvs 39,5%, har hanterats inom 30 dagar från att avvikelserna rapporterades. Vid förra årets mätning låg den siffran på 36 %. 48 avvikelser har en hanteringstid på mer än 90 dagar och totalt har 139 avvikelser inte hanterats alls sedan de rapporterades. Vid förra årets mätning låg den siffran på 41 %. Antal avvikelser har ökat under året i jämförelse med året innan. 260 av alla rapporterade avvikelser från mätperioden ligger fortsatt öppna i systemet.

Status	Antal
Avslutad	284
Pågående	260

Ett prioriterat område inom ramen för verksamheternas systematiska förbättringsarbete under kommande år, är att kontinuerligt gå igenom avvikelser tillsammans på enheterna och förbättra hanteringen kan andelen åtgärder som ger effekt höjas. En skyndsam hantering är viktigt både för rättssäkerheten, och för att analysen ska vara relevant för verksamheten.

Avvikelser i MedControl Pro

Sedan senhösten 2021 har socialförvaltningen tillgång till Regionens avvikelssystem MedControl Pro. Systemet ska användas för registrering och hantering av avvikelser som sker i vårdsamverkan. Mellan perioden 1 september 2023 - 31 augusti 2024 har totalt 22 avvikelser (jmf 15 st föregående år) registrerats i systemet. Av dessa rör 6 stycken verksamhetsområdet barn och unga. Fem av dessa har förvaltningen registrerat och en kommer ifrån regionens verksamheter. Avvikelserna har kategoriserats som vård och behandling (1), Bemötande (1) samt Organisation/regler/resurser (4). Det går inte att dra några långtgående slutsatser utifrån underlaget i år.

Samtliga verksamheter inom barn och unga myndighet och familjemottagning och resurser har användare med utökad behörighet för att kunna ta hand om registrerade avvikelser. Sedan 1 oktober 2023 har samtliga medarbetare inom barn och unga tillgång till att registrera avvikelser i MedControlPro.

Förvaltningen behöver säkerställa att alla medarbetare har kunskap om hur avvikelser registreras i MedControlPro för att öka antalet jämfört med föregående år. Även omhändertagandet av avvikelser med tillhörande åtgärder är ett arbete som bör prioriteras inom ramen för verksamheternas systematiska förbättringsarbete under kommande år.

2.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Nyfött barn där ingen haft kontakt med mamman under ca en och en halv vecka. Brist i samordning. Händelsen utgör en risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Rutin behöver omarbetas/tas fram och implementeras inom avdelningen, när det gäller samverkan och överlämning mellan enheter.
En pappa som inte följer socialtjänstens rekommendation och har avslutat stöddinsats. Inte följts upp med inom vad som kan anses vara rimlig tid. Kompetensbrist. Brist i dokumentation. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Skriftlig rutin ska upprättas gällande vad som krävs i våldsärenden. Kompetensutveckling gällande dokumentation.
Orosanmälningar som gjorts gällande ett spädbarn, enhet inom barn och unga träffade inte familjen förrän efter nästan tre månader. Händelsen utgör ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah.	Heldagar med utbildning och samtal om tjänstemannaansvar, rättssäkerhet, bemötande och yrkesreflektion. Genomgång av lagstiftning enligt 11 kap SOL. Förste socialsekreterarna har under metod och i dokument, specificerat när första kontakt skall tas med familjer. Stöddokument/metodkontroll skickas som påminnelse och förtydligande till samtliga socialsekreterare efter gemensam genomgång. Förtydligande av FAS-systemet.
Brister i ett tidigare köpt familjehem som sagts upp av familjehemsenheten.	Rutin finns om att uppföljning ska ske varje halvår även vid köpta placeringar, vilket är

Ärende	Föreslagna åtgärder
Bristerna framkom vid omplacering till ett jourhem. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	av vikt att det följs även vid byte av handläggare. Klagomål till SPINK.
Miss vid överlämning mellan barn och unga och vuxen. Inget nytt placeringsbeslut fattades. Omprövning av vården hade gjorts. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Dokumentation på överenskommelse mellan förste socialsekreterarna på respektive enhet finns och ska göras känd. Genomgång i helgrupp och förtydliga uppdrag och ansvar.
Enskild som blev omplacerad flera gånger på grund av att HVB inte hade tillstånd för åldern. IVO beviljade inte dispens. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah	Avvikelse lämnas till SPINK och till det externa HVB som tog emot barnet. I frågeformuläret via SPINK ange även barnets födelsemånad förutom året.
Ett omhändertaget barn hade överlämnats till vårdnadshavare utan att rätt beslutsfattare har fattat beslut om upphörande av omhändertagande. Upptäcktes samma dag vid dokumentering att delegationsbeslutet låg på ordförande eller utskott. Utskott fattade beslut om upphörande samma dag. Händelsen var ett misstag på grund av en stressig arbetssituation och hot mot handläggare. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Samtal med förste socialsekreterare om det inträffade och att delegationsordningen alltid ska följas. Delegation ska göras känd av samtliga medarbetare på enheten.
Brist i jourhem. Jourhemsmamma med hög alkoholkonsumtion. Oenighet mellan enheter. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Avdelningscheferna ska säkerställa samverkan vid oenighet mellan enheter samt tydliggöra beslutsmandat.
Utredning ej kommunicerats innan avslut av utredning. Kompetensbrist och slarv. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Genomgång av rättssäker kommunikering på heldag. Presentation och genomgång av rutin för att säkerställa enhetlig och rättssäker kommunikering. Förste socialsekreterare ha extra fokus på planeringen av rättssäker kommunikering vid sina ärendegenomgångar. Extra fokus har lagts på vad lagstiftningen säger och innebär i praktiken och på hur det drabbar brukare, om kommunikeringen inte sker rättssäkert.
Fader som inte fått information om inledd utredning. Kompetensbrist. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Genomgång av vikten att följa lagstiftningen. Förste socialsekreterare arbeta vidare med kunskap på metoder, skriftliga bedömningar ska framgå tydligt i journalen. Systematiskt kvalitetsarbete om information till vårdnadshavare.
Inkommen handling som ej registrerats, dokument har inte förvarats i den enskildes akt. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Genomgång av dokumenthanteringsplanen i samband med APT, rutin för hantering av dokument finns i dokumenthanteringsplanen. Varje halvår genomförs så kallad aktrensning, enheten går igenom samtliga akter och rensar dem från eventuella kladdpapper,

Ärende	Föreslagna åtgärder
	minnesanteckningar, kopior av utskrifter m.m.
Brist i köpt familjehem, familjehems olämpliga uppträdande med påverkan av alkohol på kvällar. Kommentarer av ungdomens och vännernas fysiska utseenden, pratat illa om ungdomens biologiska familj. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Möte med företaget säkerställa att det familjehemmet inte används igen. Avvikelsen skickas till företaget. Anmälan har skickats till annan kommun som också har ett barn placerat i det aktuella familjehemmet. Utformning av ny rutin och implementering hur man ska följa den köpta vården. Information till SPINK.
Tre syskon där det saknats skyddsbedömning och säkerhetsplanering vid återplacering hos mamma. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Kompetensutveckling gällande dokumentation, skyddsbedömning och säkerhetsplanering på enheten.

Resultat

Sedan föregående redovisningsperiod så ökar antalet avvikelser som har utretts enligt lex Sarah. Det är positivt att avvikelser identifieras och lyfts upp i det systematiska kvalitetsarbetet. Kunskapen hos både chefer och medarbetare bedöms ha ökat när det gäller rapporteringsskyldigheten även om det är ojämnt mellan avdelningarna och enheterna med följsamheten till föreskrifterna. Socialnämnden i nordost har en omfattande verksamhet och det kan antas att det fortfarande finns avvikelser som inte rapporteras.

För barn och familjer är det viktigt att rätt insatser ges utifrån en helhetssyn på barnets situation och behov samt att samverkan sker när insatser ges från olika instanser samtidigt. Ett fortsatt fokus behöver vara vid placeringar i jour- och familjehem, framför allt med privata utförare. Nya arbetssätt och rutiner för att följa placeringar på ett bättre sätt har tagits fram.

SAS har genomfört utbildningar på enheternas arbetsplatsträffar, stormöten, metod möte, handläggarskola vår och höst, samt vid uppföljning efter utredning. Det noteras dock att det finns enheter där SAS ännu inte har bjudits in för information och utbildning.

Följsamhet till begäran av åtgärder ökar fortfarande såväl som återkoppling till SAS. Inom ramen för framtagna introduktion för chefer så finns information om systematiskt kvalitetsarbete och lex Sarah med sedan hösten 2023 tillsammans med kanslienheten.

Analys

De områden som behöver prioriteras i det fortsatta systematiska kvalitetsarbetet kan sammanfattas i några delar,

- Intern samverkan inom förvaltningen mellan olika enheter.
- Kontinuerligt arbete med olika rutiner och följsamhet till dessa. Viktigt med implementering av rutiner så att det som är aktuellt på enheterna också är känt.
- Fortsatt arbete med kompetensutveckling, framför allt gällande hantering av handlingar, sekretess och skyddade ärenden. Dessa utbildningar behöver vara obligatoriska.

2.1.3 Risker

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 framgår att den som bedriver socialtjänst fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska den som bedriver socialtjänst uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskhantering på enhetsnivå sker huvudsakligen vid förändringar i verksamheten samt inför verksamhetsplanering, där risker identifieras och värderas i en nulägesanalys och de åtgärder som bedöms behöva vidtas, tas med i kommande års verksamhetsplanering.

Förvaltningens samlade arbete med riskhantering sker i samband med det årliga budgetarbetet då nämnden beslutar om en samlad riskbild samt beskrivning av åtgärder som vidtagits eller behöver vidtas, senast under februari månad.

2.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Fortsatta satsningar på att behålla och utbilda befintliga medarbetare samt rekrytera medarbetare med den kompetens som förvaltningen behöver för att kunna fullgöra sitt uppdrag.	Arbete pågår på avdelningsnivå genom god introduktion samt att följa belastningen på respektive tjänst genom tjänstemätning. Åtgärderna har inte fått önskad effekt då personalomsättningen fortfarande är hög inom myndighetsutövningen.
Kontinuerligt följa upp och förbättra samverkan mellan enheter och förvaltningar för att säkerställa att brukarnas behov tillgodoses på bästa sätt.	Arbete pågår på flera sätt. Ledningsgrupperna inom området Barn och ungdomsvård har haft gemensamma utvecklingsdagar där flera åtgärder kopplat till samverkan lyfts. Information om samverkansrutiner i förvaltningen har lämnats via mejl och avsatt tid i kalendern för samverkan har skickats ut. Genom förstenätverket inom avdelningen BoU bjuds samverkansparter in för att förbättra samverkan.
Säkerställa att enskildas uppfattning systematiskt tas tillvara genom synpunktshantering, Västermodellen, enkät om barns delaktighet samt i handläggning och genomförande.	Pågående arbete som fortsatt behöver prioriteras kommande år.

2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Planerade förbättringsåtgärder
Fortsatt arbete med att implementera ny lagstiftning gällande barn i skyddat boende. Fokus på samverkan, för att säkerställa skyddet för den enskilde.
Fortsatt arbete med implementering av Signs of Safety, för att säkerställa barnen och familjernas delaktighet samt att deras egna resurser i form av bland annat nätverk tillvaratas.

Fortsatta satsningar på att behålla och utbilda befintliga medarbetare samt rekrytera medarbetare med den kompetens som förvaltningen behöver för att kunna fullgöra sitt uppdrag.

Fortsatt arbete med att möjliggöra för alla invånare i stadsområdet att lämna synpunkter i syfte att öka delaktigheten och skapa underlag för fortsatt förbättringsarbete.

3 Ekonomiskt bistånd

3.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

Det här avsnittet innehåller en sammanställning av de viktigaste resultaten/iakttagelserna från olika underlag inom det systematiska kvalitetsarbetet. Sammanställningen ger underlag för avsnittet 3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder.

3.1.1 Egenkontroll

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens kvalitet. Det innebär bland annat att följa upp att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet och säkerställa att verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamheten ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

3.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Brukarens inflytande och delaktighet säkerställs på en övergripande nivå i förvaltningens verksamheter genom att arbetet sker i enlighet med socialtjänstprocessen. I processen beskrivs centrala moment såsom brukarens delaktighet under bland annat utredning och vid upprättande av arbetsplan och genomförandeplan. Egenkontroll som genomfördes inom försörjningsstödsenheterna under våren 2024 visade att 53 av 54 arbetsplaner var upprättade i dialog med brukaren. Det är en betydande ökning jämfört med resultatet föregående period. Värt att notera är att frågan vid årets granskning enbart ställts i ärenden där arbetsplanen är upprättad under den senaste 12-månadersperioden. Detta kan stå för en del av ökningen. Automatiseringen, och den tid som har frigjorts vid handläggning av återansökningar, tros ligga bakom att fler fått möjlighet att vara delaktiga i sin planering.

Motiverande intervju (MI) fortsätter användas som samtalsmetod i förändringsarbetet med brukare och metoden i sig främjar inflytande och delaktighet. Samtliga socialsekreterare erbjuds MI-utbildning och utbildningen är en del i introduktionen för nyanställda.

För att kunna vara delaktig och ha inflytande behöver brukare förstå den information som lämnas. Försörjningsstödsenheterna har fortsatt arbetet med att ta fram förenklade och standardiserade formuleringar som ska göra det lättare att ta till sig det skriftliga språket. Under perioden har verksamheten haft ett ökat fokus på klarspråksarbetet i introduktionen av nya kollegor. En arbetsgrupp har träffats regelbundet under året för att arbeta med texter och diskutera utmaningar och lösningar.

Antalet synpunkter/klagomål fortsätter att öka inom verksamheterna som arbetar med myndighetsutövning, vilket är positivt utifrån både delaktighet och tillit gentemot förvaltningen. Därutöver finns synpunktsbrevlådor uppsatta i vissa verksamhetslokaler och alla brukare informeras om att de kan lämna synpunkter/klagomål under tiden de är i aktivitet i verksamheterna.

Den tid som frigörs från administration genom automatiseringen ska varje socialsekreterare i stället lägga på fler besök per månad. Att få träffa sin socialsekreterare oftare bör öka känslan av delaktighet och inflytande.

3.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar

Socialförvaltningarna har arbetat med att förbättra brukarundersökningen och under perioden har ingen brukarundersökning genomförts. Nästa brukarundersökning planeras till våren 2025 och omfattar område myndighet.

3.1.1.3 Öppna jämförelser

I årets redovisning av Öppna jämförelser beskriver förvaltningen förändringen jämfört med 2023. Dessa förändringar bör inte tolkas som en trend utan snarare som områden som kan behöva uppmärksamhet. Eftersom undersökningen inte alltid undersöker samma saker varje år och bygger på självrapportering bör resultaten tolkas med försiktighet.

Inom ekonomiskt bistånd har knappt några förändringar skett jämfört med 2023 års Öppna Jämförelser, och de svar som har förändrats är uteslutande positiva. Följande indikatorer/nyckeltal svarade förvaltningen "Nej" på i 2023 års Öppna jämförelser men "Ja" eller "Delvis" på 2024:

- **Aktuell överenskommelse om samverkan med primärvård, 24 mån (Ja)**
- **Aktuell överenskommelse om samverkan med bostadsföretag/hyresvärdar i enskilda ärenden (Delvis)**

Därutöver har tiden till nybesök minskat vilket är gynnsamt för den enskildes process och förvaltningens tillgänglighet:

- **Individuella möten för utredning och planering till nybesök är max 14 dagar**
2023: 8–14 dagar
2024: 4–7 dagar

Förvaltningen har ett fortsatt arbete att göra primärt inom följande indikatorer/nyckeltal där svaret är "Nej" både i 2023 och 2024 års Öppna Jämförelser:

- **Genomföra individbaserad systematisk uppföljning av stöd och insatsers resultat för de enskilda**
- **Använda enskildas uppfattning till att utveckla verksamheten ekonomiskt bistånd**
- **Ha en aktuell överenskommelse om samverkan med vuxenpsykiatri respektive Försäkringskassan**
- **Använda standardiserade bedömningsmetoder AUDIT eller DUDIT**

för att upptäcka riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion samt drogrelaterade problem

Andel handläggare med socionomexamen inom myndighetsutövningen av ekonomiskt bistånd har ökat från 83,3 procent 2023 till 87 procent 2024. Rikets andel ligger på 73,7 procent. Den höga andelen socionomer ger förvaltningen bättre förutsättningar att bedriva en kvalitativ myndighetsutövning.

3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik			
Ingen kritik			
Stadsrevisionen			
Rekommendationer			
Revisionskritik			
Annan extern granskare			

Ingen extern tillsyn eller granskning har genomförts inom området försörjningsstöd mellan 2023-09-01 till 2024-08-31

3.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
Bedömningsstödet användes i 50 % av alla ärenden där det bedömts att det borde ha använts. Det finns också en oförklarad skillnad mellan könen (egenkontroll våren 2024)	Fortsätta pågående implementering av bedömningsstödet. Undersöka eventuell oskälig könsfördelning och vidta åtgärder.
Fler arbetsplaner och utredningar är uppdaterade och 53/54 arbetsplaner var upprättade i dialog med den enskilde. Avsevärd förbättring.	Bibehåll det goda arbetet genom aktivt metodarbete
Resultat i frågor om barnrättsarbetet visar att det fortsatt finns ett arbete att göra, men att arbetet går framåt.	Fortsätta pågående implementering av stödmaterial, då detta gett effekt.
I enighet med förvaltningens interna kontrollplan har en uppföljning av den lokala rutinen för hantering av skyddade personuppgifter genomförts, utifrån risken att bristande kunskap och efterlevnad av styrande dokument kan medföra att förvaltningen röjer personuppgifter.	En plan för implementering av den uppdaterade rutinen ska presenteras på förvaltningsledningen hösten 2024

3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

3.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål - utförande av tjänst	9
Klagomål - bemötande	4
Klagomål - övrigt	7

Under perioden har flest inkomna synpunkter kategoriserats som klagomål - utförande av tjänst. Klagomålen handlar oftast om missnöje med handläggningen, att den enskilde inte har fått det bistånd hen har ansökt om. Den näst största kategorin är Klagomål - övrigt som handlar om en mängd saker som till exempel missnöje med Göteborgs Stads hemsida, missnöje med brister i tillgänglighet under telefontid eller missnöje med bemötandet från enskilda handläggare. När det gäller både utförande av tjänst och bemötande behöver verksamheterna fortsätta arbeta med, dels hur man kommunicerar med den enskilde för att handläggningen ska bli begriplig, dels bemöta brukare så att de upplever tillit, respekt och delaktighet.

Jämfört med förra årets kvalitetsrapport har antalet synpunkter ökat med två stycken. Inom verksamhetsområdet är det tydligt att vissa verksamheter har flera synpunkter medan övriga inga alls. De verksamheter som helt saknar inkomna synpunkter behöver arbeta aktivt med att informera om möjligheten att lämna synpunkter.

3.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta om SoL/LSS-insats	303
Övrigt	127
Dokumentation - allmän	99
Post, inkommen handling	83
Utrustning - övrig	45
Samverkan - extern	19
Rättigheter och bemötande	17
Samverkan - intern	10

Inom myndighet för försörjningsstöd samt utförare arbetsmarknad finns 719 avvikelser registrerade för perioden. Övan redogörs för de avvikelser som överstiger 10 i antal.

Flest avvikelser har sammantaget inträffat inom området Utreda och besluta SoL-ärenden med 303 avvikelser, och förvaltningen behöver fortsätta prioritera arbetet med kompetenshöjande insatser riktade gentemot myndighetsutövande medarbetare för att förbättra rättssäkerheten. Även brister i dokumentation har koppling till brukarnas rättssäkerhet. Här behöver verksamheterna se över vilka ytterligare åtgärder som behövs. Den enskilt största underkategorin är i årets mätning "Övrigt" där 127 avvikelser återfinns. Användningen av den kategorin kan ses som ett mått på hur väl verksamheten lyckas förmedla kopplingen mellan socialtjänstprocessen och avvikelseprocessen. Det pågår ett arbete i Göteborgs stad med att se över kodning av områden, orsakskod samt aktiviteter i

avvikelsemodulen i Treserva. Förslaget som kommer att presenteras innebär att område Övrigt tas bort ur systemet.

Även i år framkommer bekymmer med posthanteringen där inkomna handlingar inte hanteras på rätt sätt. Det pågår en översyn av hur posthanteringen kan förbättras, för att minska felmarginalen. Detta arbete behöver fortsätta.

Orsaker	Antal
Kompetensbrist	282
Brist i planering	163
Tekniskt fel	93
Problem med bemanning	88
Brist i implementering	60
Brist i riktlinjer och rutiner	56
Yttre orsaker	42
Ej avvikelse	36
Brist i kommunikation	35
Brist i organisation och samverkan	26
Brist i arbetsmiljö och kultur	17

De identifierade orsakerna till avvikelserna kan i huvudsak härledas till kompetensbrist, brist i planering och tekniska fel. Verksamhetsområdet har under året vidareutvecklat befintlig kompetensutvecklingsplan för att rusta medarbetare med rätt förutsättningar. Flera av orsakerna går att härleda till en hög personalomsättning och brist på personal. Ett fortsatt fokus på att minska personalomsättningen är av högsta vikt för bättre resultat framåt.

De åtgärder som vidtagits har bedömts leda till en förbättring i 230 fall. Motsvarande siffra i förra årets rapport var 238 fall. I 362 fall görs bedömningen att åtgärden inte går att avgöra om den lett till en förbättring. Motsvarande siffra var 210 i förra årets rapport. I 10 fall har åtgärder fått ingen effekt. Den siffran var 16 fall förra året. Här behövs fortsatt ett utvecklingsarbete i att se över vilka åtgärder som verkar ge effekt och vad som gör att effekt uteblir i de åtgärder som planerats och genomförts. I många fall är det svårt att i samband med att avvikelseanalysen görs veta om åtgärden får avsedd effekt, då effekterna tar tid och får ses som långsiktiga. Viktigare att följa är om andelen liknande händelser ökar eller minskar över tid.

Genom att kontinuerligt gå igenom avvikelser tillsammans på enheterna och förbättra hanteringen kan andelen åtgärder som ger effekt höjas, vilket bör vara ett prioriterat område inom ramen för verksamheternas systematiska förbättringsarbete även under kommande år.

Det har skett en god utveckling under året i hanteringen av avvikelser. Föregående mätperiod var 28% av avvikelserna under perioden fortfarande pågående. Vid årets rapportering var 12 % av avvikelserna under perioden fortsatt pågående. Detta indikerar att verksamheten hantering sker något snabbare än tidigare period. 593 avvikelser, dvs 82,5 % av avvikelserna hanteras inom en månad från rapportering. Dock har 33 avvikelser ännu inte hanterats i systemet och ca 3 % av avvikelserna en hanteringstid på över 90 dagar från rapportering. Här kan verksamheten utveckla sitt arbete.

Status	Summa
Avslutad	634
Pågående	85

Avvikelser i MedControl Pro

Sedan senhösten 2021 har socialförvaltningen tillgång till Regionens avvikelssystem MedControl Pro. Systemet ska användas för registrering och hantering av avvikelser som sker i vårdssamverkan. Mellan perioden 1 september 2023 - 31 augusti 2024 har totalt 22 avvikelser (jmf 15 föregående år) registrerats i systemet. Sex av dessa rör verksamhetsområde ekonomiskt bistånd (jmf med 0 föregående år). Av dessa har en inkommit från VGR och resten rapporterats av medarbetare som arbetar inom ekonomiskt bistånd. De berör avvikelser inom områdena Bemötande (3), Informationssäkerhet (1) och Organisation/regler/resurser (2).

En särskilt utsedd enhetschef har fått uppdraget att kunna registrera och hantera avvikelse när så inkommer.

3.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Handlingar har skickats till fel klient. Misstag stress. Mail med personuppgifter om klient skickades fel och inkom till en verksamhetsutvecklare i förvaltningen. Klient fått annan klients handlingar hem till sig. Klient som har fått utredning och beslut avseende en helt annan klient, oklar anledning. Handhavandefel. Personuppgifter som skickats till fel klient. Slarv och ouppmärksamhet. Beslutsmeddelande skickats till fel klient. Ouppmärksamhet. Beslutsmeddelande som har skickats till fel klient. Händelserna utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Samtal med enskilda medarbetare att inte hantera flera ärenden samtidigt. Påminnelse vid metod genomgångar med förste socialsekreterare. Lyftas till Intraservice behov av en ny teknisk lösning där systemet är säkrare, behov av att man kommunicerar direkt i ärendet via mina meddelanden i Treserva och inte via ett externt program. Extra upplärning av alla nya och nygamla. Uppmaning till alla att endast arbeta i ett ärende åt gången Kompetensutveckling gällande skyddade personuppgifter Info varje morgonmöte att vidta försiktighet då mina meddelanden används.
En ansökan och underlag som lämnats över vid ett samverkansmöte med handläggare vid annan enhet går inte att hitta, varken i ordinarie arkiv eller avsett arkivskåp för skyddade ärenden. Motstridiga uppgifter mellan den enhet som lämnat över ärendet och handläggaren vid den andra enheten. Den enskildes behov har inte utretts och det saknas beslut. Goda rutiner finns att följa. Kompetensbrist och underlåtenhet att följa rutiner. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Initiera kontakt med ansvarig för närarkivet för att se om man kan hitta system att eliminera risken framåt. Klargörande samtal och dokumentation/handlingsplan gällande medarbetares underlåtenhet.
Handläggare skrivit om fel person i en klients ärende. Slarv ouppmärksamhet. Felaktig dokumentation i annan klients journal.	Ta upp på APT igen. Vikten av att säkerställa en säker hantering. Endast arbeta i ett ärende samtidigt och dubbelkolla flera gånger så att

Ärende	Föreslagna åtgärder
Felaktig dokumentation i annan klients journal. Misstag, hög arbetsbelastning. En klients förnamn har dokumenterats i annans journal. Dokumenterat i fel journal. Ouppmärksamhet. Händelserna utgör en risk för missförhållande enligt lex Sarah.	kommunicering sker till rätt person. Kompetensutveckling med jurist på avdelningsgemensamt personalmöte och genomgång av mina meddelanden. Säkerställa introduktionen av nya medarbetare. Inte arbeta i parallella ärendefönster.
Handlingar som förvarats i en "samlingsakt". I samband med att en medarbetare gick hem sjuk upptäcktes att hen på ett regelvidrigt sätt förvarat handlingar utanför akter. I "samlingsakten" finns alla möjliga handlingar, överklagan och ansökningar från olika klienter som hen har lagt i akten. Händelsen utgör ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah.	Handlingarna har fördelats till respektive ansvarig handläggare. Genomgång av allmänna regler för dokumentation, sekretess och förvaring av inkomna handlingar. Översyn av innehållet i introduktionen. Översyn av enhetens arbetsuppgifter. Översyn av förutsättningar för överlämning av ärenden. Utvärdera nya medarbetare löpande och tilldela dem delegation. Ärendegenomgångar. Egenkontroll.
Avslag på en ansökan på felaktiga grunder, samt felaktig och olämplig formulering i brev till den enskilde. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Åtgärder kopplas till ärendet ovan som anmäldes till IVO, samma medarbetare.
Handlingar som lagts in i annan klients akt, skyddade personuppgifter i båda ärendena. Personuppgifter i ett skyddat ärende har lagts in i bokningssystemet HCL. Personnummer följt med till förtroendetandläkare i skyddat ärende. Händelserna utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Kompetensutveckling i regelverket kring sekretess och skyddade personuppgifter. Rutin avseende tandvårdsärende.
Klient som fått felaktigt utbetalt och för lågt ekonomiskt bistånd utifrån norm. Handläggningen av den enskildes ärende har därmed inte varit korrekt och rättssäker. En enskild har under tidigare handläggning inte fått sina behov utredda till fullo av socialtjänsten. Regelverk och föreskrifter har inte följts vilket tyder på avsevärda brister i kompetens hos handläggare som tidigare har varit aktuella i ärendet. Socialtjänstens särskilda ansvar för personer med samsjuklighet har inte omhändertagits för att utreda den enskildes behov. Brister i handläggning. Kompetensbrist Händelserna utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Genomgång på APT. Genomgång av förste socialsekreterare rutinen på ÄGG ärendegenomgång. Översyn av ny rutin gällande samverkan med Funktionsstöd. Handlungsplan för handläggaren med uppföljning av enhetschef och förste socialsekreterare varje månad. Samsjuklighetsärenden tas upp under ärendegenomgångar.
Försvunnen akt som inte återfinns. Akt som är försvunnen. Slarv ej följt rutin. Händelserna utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Implementera rutin. Gå igenom brister med kanslienhets arkivarie.

Ärende	Föreslagna åtgärder
Beslut har inte fattats inom tidsram. Ansökan lagts i akten och glömts bort. Miss att handlägga återansökan och fatta ett beslut. Familjen har haft andra inkomster. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Genomgång med handläggare.
Överklagan har inte skickats vidare till Förvaltningsrätten för prövning, samt brister i handläggning. Inkommen handling (överklagan) har inte hanterats rätt – sorterats in i fysisk akt utan åtgärd. Brister i dokumentation. Brist i återkoppling/kommunicering till klienterna. Fördröjd åtgärd Utredningstid överskridits. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Genomgång med handläggare. Tydliggörande av uppdrag och ansvar när handläggare arbetar utan delegation.
Brister i handläggning, kompetensbrist, fyra avvikelser med samma medarbetare. Arbetar inte kvar. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Ingen delegation förrän handläggare anses rättssäker i sin handläggning. Stående tid för team varje vecka, möjlighet till att få vägledning i ärenden. Stående tid för drop-in-team en gång i veckan för ärendefrågor. Enskilda tjänstegenomgångar två ggr/termin där tjänsten går igenom. Metod en gång i månaden där 1:e belyser relevanta ämnen för arbetet. Spontant stöd av arbetsledning vid behov.
Kontakt tagits med VISMA utan samtycke från klient. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah	Genomgång av regler för sekretess och samtycke.
Handläggare upptäcker att det saknas handlingar, ansökningsunderlag, hyresavtal samt praktikavtal, som ska ha inkommit enligt journalen. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Akterna framöver ska sorteras enhetsvis och i olika färgställningarna för respektive enhet. Genomgång av rutin för hantering av personakt vid lån mellan och inom socialkontor.
Samtycke saknas från klient att socialtjänsten får ta kontakt med pappan/anhöriga. röjande av sekretess. Okunskap. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Rutin för samtycke, Införa "dagansvar" samt "telefon för jouren" som en del i introduktionsschemat.
Utebliven SIP. Kompetensbrist. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Genomgång av SIP-process Information om vikten av att socialtjänsten erbjuder de insatser/stöd som behövs så skyndsamt som möjligt så att klients rättigheter tas till vara.
Miss att fatta beslut i tandvårdsärende. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Obehandlade underlag ska ej sorteras i den fysiska akten. Varje handläggare ska skapa en fysisk mapp med namn "obehandlade" på sitt kontor. Daterat inkommen kostnadsförslag ska framgå i den gula post it lappen i Treserva.
Orosanmälan ej tagits om hand. Kompetensbrist. Rapporten avser en inkommen orosanmälan från sjukvården gällande missbruk som inte lämnats vidare till Vuxen mottag.	Handlingsplan med medarbetaren.

Ärende	Föreslagna åtgärder
Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	

Resultat

Sedan föregående redovisningsperiod så ökar antalet avvikelser som har utretts enligt lex Sarah. Det är positivt att avvikelser identifieras och lyfts upp i det systematiska kvalitetsarbetet. Kunskapen hos både chefer och medarbetare bedöms ha ökat när det gäller rapporteringsskyldigheten även om det är ojämnt mellan avdelningarna och enheterna med följsamheten till föreskrifterna. Socialnämnden i nordost har en omfattande verksamhet och det kan antas att det fortfarande finns avvikelser som inte rapporteras.

Det är påtagligt många händelser när det gäller förväxling av klienters dokumentation. Det behövs kontinuerlig dialog med medarbetarna om att förändra sina arbetssätt. Med automatisering av handläggningen för återansökningar inom ekonomiskt bistånd förväntades dessa avvikelser att minska, så har inte blivit fallet ännu. Det är inte optimalt att nya tjänster införs som inte ger ett säkrare arbetssätt så att rättssäkerheten upprätthålls.

SAS har genomfört utbildningar på enheternas arbetsplatsträffar, stormöten, metodmöte, handläggarskola vår och höst, samt vid uppföljning efter utredning. Det noteras dock att det finns enheter där SAS ännu inte har bjudits in för information och utbildning.

Följsamhet till begäran av åtgärder ökar fortfarande såväl som återkoppling till SAS. Inom ramen för framtagna introduktion för chefer så finns information om systematiskt kvalitetsarbete och lex Sarah med sedan hösten 2023 tillsammans med kanslienheten.

Analys

De områden som behöver prioriteras utifrån Lex Sarah-utredningarna i det fortsatta systematiska kvalitetsarbetet kan sammanfattas i några delar.

- Intern samverkan inom förvaltningen mellan olika enheter.
- Kontinuerligt arbete med olika rutiner och följsamhet till dessa. Viktigt med implementering av rutiner så att det som är aktuellt på enheterna också är känt.
- Fortsatt arbete med kompetensutveckling, framför allt gällande hantering av handlingar, sekretess och skyddade ärenden. Dessa utbildningar behöver vara obligatoriska.

3.1.3 Risker

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 framgår att den som bedriver socialtjänst fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska den som bedriver socialtjänst uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskhantering på enhetsnivå sker huvudsakligen vid förändringar i verksamheten samt inför verksamhetsplanering, där risker identifieras och värderas i en nulägesanalys och de åtgärder som bedöms behöva vidtas, tas med i kommande års

verksamhetsplanering.

Förvaltningens samlade arbete med riskhantering sker i samband med det årliga budgetarbetet då nämnden beslutar om en samlad riskbild samt beskrivning av åtgärder som vidtagits eller behöver vidtas, senast under februari månad.

3.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Tillsammans med arbetsledning planera och genomföra åtgärder för att öka kompetensen inom barnrättsarbete samt antalet barnkonsekvensanalyser (sker via barnbokslutet)	Flera åtgärder genomförda. Resultat i egenkontrollen visar på en förbättring, även om det är en bit kvar.
Erbjuda ett samordnat stöd när den enskilde är aktuell inom både vuxen och försörjningsstöd så att avdelningen upplevs som en socialtjänst	Flera aktiviteter igång, eller i uppstartsfas. Gemensam rutin för samverkan i gemensamma ärenden är framtagen. Avdelningen delad i två under perioden. Gemensam ledningsgrupp och gemensamma personalmöten väntas minska risken att arbetet avstannar.
Fortsätta ställa Freda-kortfrågor systematiskt i ärenden för att kunna identifiera, och erbjuda stöd, till fler våldsutsatta och våldsutövare	Verksamheten har sett en ökning i antalet ställda Freda-kortfrågor till följd av det ökade fokuset på frågan. Detta bör innebära att fler fått erbjudande om stöd.
Genomföra kompetensutvecklingsinsatser inom dokumentation och hantering av handlingar	Ordinarie utbildningstillfällen har använts i högre grad och ett riktat tillfälle tillsammans med förvaltningens jurister har genomförts. Ännu lite tidigt att se om detta gett resultat, men bör kunna följas upp genom analys av avvikelseutvecklingen över helåret.

3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Planerade förbättringsåtgärder
Fortsätta utveckla arbetssätt och förhållningssätt för att erbjuda ett samordnat stöd när den enskilde är aktuell inom flera verksamhetsområden, så att klienten möter en samlad socialtjänst.
Förstärka kompetensutvecklingsinsatser inom dokumentation och hantering av handlingar, där det bedöms nödvändigt
Lyfta behovet av digitala stödsystem och förbättrade administrativa processer för att minska den mänskliga faktorn i hantering av handlingar
Aktivt arbeta med minskad personalomsättning för att minska belastningen på befintlig personal och skapa goda förutsättningar att lyckas i det dagliga arbetet
Stärka arbetet med att efterleva rutiner och riktlinjer för hantering av skyddade personuppgifter, för att stärka den enskildes rättssäkerhet och skydd.

4 Vuxna

4.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

Det här avsnittet innehåller en sammanställning av de viktigaste resultaten/iakttagelserna från olika underlag inom det systematiska kvalitetsarbetet. Sammanställningen ger underlag för avsnittet 4.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder.

4.1.1 Egenkontroll

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens kvalitet. Det innebär bland annat att följa upp att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet och säkerställa att verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamheten ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

4.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Brukarens inflytande och delaktighet säkerställs på en övergripande nivå i förvaltningens verksamheter genom att arbetet sker i enlighet med socialtjänstprocessen.

Avdelningen arbetar på följande sätt för att öka brukarnas inflytande och delaktighet:

- Utredningar och andra underlag skrivs enligt Klarspråk, det vill säga med ett språk som utgår från brukarens behov.
- Säkerställa att kommunikering av beslut och att information om ev överklagan lämnas
- Genom att arbeta med att vara en tillgänglig socialtjänst. Detta uppnås genom att handläggare inte har någon specifik telefonid utan finns tillgängliga när dom inte är upptagna i mötet. Klienter kan alltid nå enheterna via dagansvar om det uppstår akuta behov
- Utförare inom Vuxen resurs befinner sig regelbundet på Medborgarkontor för att ha en möjlighet att fånga upp behov som målgruppen själva uttrycker
- Inom utredande enheter som mötet målgruppen med skadligt bruk och beroende används det standardiserade bedömningsinstrumentet ASI som främjar delaktighet, bland annat genom att klienten får skatta sin egna livssituation.
- Motiverande intervju (MI) fortsätter att användas som samtalsmetod i förändringsarbetet med brukarna och metoden i sig främjar inflytande och delaktighet.

Arbetet med synpunkter är ett sätt att arbeta med brukares delaktighet och inflytande. Jämfört med föregående års Kvalitetsrapport har antalet synpunkter ökat men ligger fortsatt på en låg nivå (totalt 5 stycken). Verksamheterna inom vuxen behöver informera, upplysa och stötta målgruppen i att framföra de

synpunkter och klagomål som finns

Avdelningen ser behov av att ytterligare utveckla arbetet med att ta tillvara brukarnas åsikter och uppfattningar om socialtjänsten för att kunna möta dom behov som finns och säkerställa att avdelningens arbete går i linje med nya socialtjänstlagen.

4.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar

4.1.1.3 Öppna jämförelser

I årets redovisning av Öppna jämförelser beskriver förvaltningen förändringen jämfört med 2023. Dessa förändringar bör inte tolkas som en trend utan snarare som områden som behöver uppmärksamhet. Eftersom undersökningen inte alltid undersöker samma saker varje år och bygger på självrapportering, kan resultaten vara mindre valida.

Missbruks- och beroendevård

I 2024 års Öppna jämförelser finns inga tydliga förändringar på detta område. Avsaknaden av förändringar kan antingen indikera jämn kvalitet eller att möjligheter till förbättringar inte har utnyttjats fullt ut.

Våld i nära relation

Negativa förändringar

Under förevarande rubrik listas vissa indikatorer/nyckeltal där förvaltningen i 2023 års Öppna jämförelser svarade ”Ja”, men ”Nej” för 2024. Om svar inte rapporterats anges detta inom parentes:

- **Erbjuder stödsamtal med biståndsbeslut till män som utövat våld mot närstående**

Vidare svarade förvaltningen nej för på flertalet frågor 2023, där inget svar rapporterats för 2024:

- **Aktuell överenskommelse om samverkan med ungdomsmottagningar, 12 månader**
- **Vidareutbildning om våld i nära relation för handläggare som utreder barns behov**
- **Vidareutbildning om våld i nära relation för handläggare som utreder vuxna som utsatts för våld**

Sammanfattning:

Vissa insatser relaterade till våld i nära relationer har upphört eller inte rapporterats för 2024. Det är av vikt att undersöka orsakerna till detta. En möjlig orsak till vissa negativa förändringar kan vara att vissa rutiner gäller för hela staden, men rapporteringen avser förvaltningens rutiner, vilket kan påverka validiteten.

Positiva förändringar

Under förevarande rubrik listas de indikatorer/nyckeltal där förvaltningen i 2023 års Öppna jämförelser svarade "Nej", men "Ja" för 2024. Om svar inte rapporterats anges detta inom parentes:

- **Enskildas uppfattning används till att utveckla utförarverksamheten**

För vissa indikatorer rapporterades ingen data för 2023, men har fått svaret "Ja" för 2024:

- **Aktuell överenskommelse om samverkan med polisen, 12 månader**
- **Aktuell överenskommelse om samverkan med kvinnojourer, 12 månader**
- **Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld av närstående finns för:**
 - *Ekonomiskt bistånd*
 - *Missbruks- och beroendevården*
 - *Barn och unga*

Sammanfattning

Detta indikerar att förvaltningen har gjort framsteg inom flera områden relaterade till våld i nära relationer. Denna utveckling tyder på en förbättrad samverkan och implementering av rutiner som kan bidra till att stärka arbetet mot våld i nära relationer och öka kvaliteten på stödet till utsatta individer.

4.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik		Beslut 2024-01-16Tillsynen genomfördes under 2022. IVO avslutar ärendet och vidtar inga ytterligare åtgärder med anledning av att nämnden uppmärksammat och åtgärdat bristen. Ärendet gäller organisering av arbete och insatser kopplat till våld i nära. Nämnden hade inte säkerställt att arbetet gav förutsättningar för samverkan.Dnr: N163-0557/22	Se till att det finns färre gemensamma rutiner. Förvaltningsövergripande rutin för arbetet är numera upprättad. Fortsatt arbete med att säkerställa att samverkan mellan enheter, avdelningar och förvaltningar fungerar genom följa gemensam rutin samt att ha uppföljningar/egenkontroller av arbetet.
Ingen kritik			
Stadsrevisionen			
Rekommendationer			
Revisionskritik			

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Annan extern granskare			

4.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
I enighet med förvaltningens interna kontrollplan har en uppföljning av den lokala rutinen för hantering av skyddade personuppgifter genomförts, utifrån risken att bristande kunskap och efterlevnad av styrande dokument kan medföra att förvaltningen röjer personuppgifter.	En plan för implementering av den uppdaterade rutinen ska presenteras på förvaltningsledningen hösten 2024
I endast 2 av 5 ärenden på Vuxen resurs fanns det en aktuell genomförandeplan (egenkontroll våren 2024)	Tydliggöra processen mellan myndighet och utförare samt öka antalet genomförandeplaner för att säkerställa ett klienten får sina behov tillgodosedda
I endast 1 av 4 ärenden med barn framgick det tydligt hur barnet/barnen påverkades av beslutet (egenkontroll våren 2024)	Öka antalet barnkonsekvensanalyser som görs i hushåll med barn genom ökad kunskap och tydligare stödmaterial

4.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

4.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål- Utförande av tjänst eller bemötande	4
Beröm	1

Under perioden har fem synpunkter rapporterats enligt förvaltningens rutin för synpunktshantering. Antalet är en förbättring jämfört med föregående års Kvalitetsrapport (ökning med två stycken) men fortfarande lågt till antalet. Verksamhetsområdet fortsätta arbeta aktivt med att öka antalet synpunkter så att de förvaltningen är till för får komma till tals, förvaltningen lär av eventuella misstag och synpunkterna bidrar till verksamhetsutveckling vid en korrekt hantering.

Ingen synpunkt har lett till åtgärder som bidragit till verksamhetsutveckling.

4.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Övrigt	41
Dokumentation - allmän	32
Utreda och besluta SoL/LSS-ärende	22

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Samverka intern	20
Post, inkommen handling	19
Utförande av SoL/LSS-insats	14

Inom myndighet vuxen finns 175 avvikelser registrerade. Ovan redogörs för de avvikelser som över 10 i antal.

Antalet avvikelser har ökat jämfört med föregående period vilket är glädjande då det ger förvaltningen ökade möjligheter att arbeta aktivt med det systematiska kvalitetsarbetet. Flest avvikelser återfinns inom kategorin *Övrigt*. Denna kategori kan ses som ett mått på hur väl verksamheten lyckas förmedla kopplingen mellan socialtjänstprocessen och avvikelseprocessen. Det pågår ett arbete i Göteborgs stad med att se över kodning av områden, orsakskod samt aktiviteter i avvikelsemodulen i Treserva. Förslaget som kommer att presenteras innebär att område Övrigt tas bort ur systemet.

Även inom kategorin dokumentation - allmänt återfinns en stor andel av avvikelserna där aktiviteten är bristande dokumentation men där det saknas vidare information om vilket typ av brist det handlar om. Kategorin utreda och beslut SoL/LSS-ärende handlar främst om att det saknas beslut och att man på olika sätt brustit i informationsinhämtning. Båda dessa kategorier har bäring på rättssäkerheten för klienterna och det är viktigt att avdelningen prioriterar olika typer av kompetenshöjande insatser för att komma tillrätta med de brister som finns. Genom att stärka rättssäkerheten för den enskilde kan avdelningen även öka tilliten till socialtjänsten.

Orsaker	Antal
Brister i implementering	65
Brist i riktlinjer och rutiner	42
Brist i kommunikation	29
Yttre orsaker	28
Brister i organisation och samverkan	18
Kompetensbrist	18
Brist i planering	17
Brister i arbetsmiljö och kultur	7
Tekniskt fel	5
Ej avvikelse	5
Problem med bemanning	2

De identifierade orsakerna till avvikelserna kan i huvudsak härledas till brister i implementering, brister i kommunikation och bristande följsamhet mot beslutade riktlinjer och rutiner. Verksamhetsområdet behöver identifiera vilka riktlinjer och rutiner som avses för att se hur styrande dokument kan förbättras för att minska risken för avvikelser i socialtjänstprocessen. Likaså behöver verksamheten se över implementeringsprocessen och se om det finns gemensamma lärdomar som kan hjälpa till att utveckla verksamheten.

De åtgärder som vidtagits har bedömts leda till förbättring i 54 fall. Vid förra mättillfället bedömdes 27 åtgärd ha lett till en förbättring, vilket får ses som en positiv utveckling. I 64 fall görs bedömningen att åtgärden inte går att avgöra om den lett till en förbättring och i 10 fall bedöms åtgärden inte ha fått någon effekt. 62 av 175 avvikelser saknar bedömning.

Det syns en stor förbättring vad gäller skyndsamheten att hantera avvikelser och bidrar till en förbättring av kvaliteten i verksamheten. 149 avvikelser, 85 %, har hanterats inom en månad från rapportering och 12 avvikelser, knappt 7 %, har en hanteringstid på mer än tre månader. Totalt är det 3 avvikelser som inte har hanterats alls i systemet.

Status	Summa
Avslutad	151
Pågående	24

Avvikelser i MedControl Pro

Sedan senhösten 2021 har socialförvaltningen tillgång till Regionens avvikelssystem MedControl Pro. Systemet ska användas för registrering och hantering av avvikelser som sker i vårdsamverkan. Mellan perioden 1 september 2023 - 31 augusti 2024 har totalt 22 avvikelser (jmf med 15 föregående år) registrerats i systemet. 10 av dessa rör verksamhetsområde vuxen, av dessa har nio registrerats av förvaltningen och en av regionens verksamheter. Avvikelsena har kategoriserats som organisation (9) samt informationssäkerhet (1). Det går inte att dra några långtgående slutsatser utifrån underlaget i år.

Förvaltningen behöver fortsätta uppmuntra medarbetare att registrera avvikelser för att dessa ska kunna användas som en del i det systematiska förbättringsarbetet på ett ändamålsenligt sätt.

Förvaltningen ska säkerställa att alla medarbetare har kunskap om hur avvikelser registreras i MedControlPro, för att samtliga avvikelser som sker i vårdsamverkan ska registreras korrekt. Förvaltningen ska arbeta med detta såsom det anges i "Socialförvaltningarnas handlingsplan för omställning till nära vård" målområde 5 - Kvalitetssäkring. Detta arbete ska prioriteras under kommande år och avser att förbättra arbetet med avvikelser i samverkan och utveckla uppföljning. Aktiviteten som anges i målområde 5 avser att säkerställa att hela processen, inklusive analys, med avvikelshantering (MedControl Pro) i samverkan följs.

4.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
En orosanmälan som inkommit gällande missbruk hade avslutats, men att man skulle prata med klienten. Kontaktförsök gjordes via telefon. Klienten hade kontakt med öppenvården samma dag som orosanmälan. Därefter inga nya kontaktförsök under en månad. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Samtal med berörda handläggare.
En mammas telefonnummer har av misstag röjts till en pappa. Kvinnan är skyddad och bytte nummer när hon blev placerad på skyddat boende. Mannen hade inte det numret. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Handläggare ska ta hjälp av socialadministratör vid maskning och ta ansvar för att viktiga adresser och telefonnummer aldrig ska stå i journal eller i dokument, utan alltid stå skrivet i den gula notislappen i Treserva.
Beslut om kontaktperson som inte verkstälts under ca ett år. Svårigheter vid matchning och långsam process.	Snabbare process med matchning, inarbetat matchningsförfarande finns.

Ärende	Föreslagna åtgärder
processen tagit lång tid, först vid det åttonde försöket blev det en matchning. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	
Dokumenterat om annan klient i journal. Slarv, ärenden låg bredvid varandra i ärendelista. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah	Arbetsledning har rättat i journal.
Dom om LVM verkställdes inte när dom från förvaltningsrätten inkommit utan dagen efter. Mottagningsfunktion har ej följt överenskommelse utan skickat till ansvarig socialsekreterare som inte var i tjänst. Mejlet, som innehåller dom om LVM-vård som ska verkställas omedelbart, upptäcks av ansvarig enhet först dagen efter. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Överenskommelsen ska göras känd för alla medarbetare på enheterna.
Brister i handläggning av LVM. Kompetensbrist. I en planerad omorganisering överförs ca trettio ärenden mellan två enheter för att uppnå likartad arbetsbelastning. Mottagande enhet upptäckte att det finns brister i dokumentation och handläggning, i ett antal olika ärenden. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Säkerställa att dokumentationen håller den kvalitet som regelverket föreskriver. Avvikelse lyfts i samband med enhetens planeringsdag, förtydliga uppdrag samt dialog i storgrupp om hur verksamheten fortsatt säkerställer att dokumentationen håller den kvalitet som regelverket föreskriver, dvs en rättssäker handläggning. Arbetsledare i respektive grupp på enheten att arbeta mer intensivt med metodutveckling. Ärendegenomgång minst en gång per månad där samtliga ärenden på tjänsten går igenom. Introduktion med veckovisa avstämningar med arbetsledaren utöver metodutveckling samt ärendegenomgång som sker en gång i veckan för nya medarbetare. Spontana avstämningar mellan medarbetare och arbetsledare vid behov.
Brister i hantering av mailkonversation. Anmälan från anhörig gällande psykisk ohälsa inkom till förvaltningsbrevlådan som krypterade mejlet till funktionsbrevlåda. Mejllet har därefter hamnat i olika e-post inkorgar och information har fördröjts varpå hantering, förhandsbedömning av anmälan likaså. Den enskilde var känd sedan tidigare. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Rutin som enheten använder vid inkommande orosanmälningar ska implementeras.
Orosanmälan som av misstag inte vidarebefordrats till barn och unga. Den avser en mamma med minderårigt barn. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Rutin att man alltid ska skicka vidare orosanmälan som gäller barn, den ska göras känd. Samtal med medarbetaren. Arbete med barnperspektivet.
Orosanmälan gällande missbruk som inte blev hanterad. Ej följt rutin.	Ny LVM-rutin som finns i Styrande dokument - Navet. Övriga rutiner med

Ärende	Föreslagna åtgärder
Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	stöddokument vid aktualisering finns och ska göras kända av medarbetarna.
Vistelseort röjd i sekretesskyddat ärende. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Implementering av "Socialförvaltningen Nordosts rutin för hantering av skyddade personuppgifter" Implementering av "Socialförvaltningarnas rutin för hantering av skyddade personuppgifter" Inga detaljer så som namn på staden/boende/gatan eller något annat känslig information skall förekomma i dokumentation. Noggrann läsning av beslutsunderlagen gäller även de delarna så som basdelen (Familjesituation) som oftast är i syskonärenden ett copy paste. Införande av ett nytt moment i arbete med skyddade ärende. Ansvarig socialsekreterare skall i skyddade ärende innan beslutsunderlag skall lämnas in för läsning omvandla beslutsunderlaget till PDF-fil för hela filen skall noggrant genomsökas för att säkerställa att det inte finns någon önskad information.
Dokumentation i fel journaler. Slarv. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah	Åtgärdsplan för att undvika fortsatta fel: Tänka på att ha så få ärenden öppna i Treserva som möjligt för minskad risk. Arbete med att få tydlig information kring vad LVS i dagsläget kan vara behjälpliga med. Lyfta behov av att ha någon form av spärr och/eller påminnelse i Treserva när man skall utföra vissa moment.
Tre dagar sen inkommen handling i en LVM-utredning. Kompetensbrist, otydlig rutin. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah	Göra rutin tydligare och tillse att den är implementerad.
Brist i implementering av ny lagstiftning lagen om placering av barn i skyddat boende. Brister i intern samverkan mellan enheter. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Samverkansplan inför start av ny enhet 1 oktober. Tydliggöra vilka mandat har man vid samverkan, som mandat att följa med i processen, mandat att vara samordnare. vad enheterna ansvarar för. Hur det förväntas att enheterna ska samarbeta, ta med perspektiv in och diskutera före möte med klienter. Inte lämna ett möte utan att alla vet vem gör vad, klargöra efter mötena. Obligatorisk kompetensutveckling. Kompetensutveckling om umgängesbegränsning och hemlighållande. Höja kunskap om skyddat boende. Genomgång av befintliga rutiner.

Resultat

Sedan föregående redovisningsperiod så ökar antalet avvikelser som har utretts enligt lex Sarah. Det är positivt att avvikelser identifieras och lyfts upp i det systematiska kvalitetsarbetet. Kunskapen hos både chefer och medarbetare bedöms ha ökat när det gäller rapporteringsskyldigheten även om det är ojämnt mellan avdelningarna och enheterna med följsamheten till föreskrifterna. Socialnämnden i nordost har en omfattande verksamhet och det kan antas att det fortfarande finns avvikelser som inte rapporteras.

Det är påtagligt många händelser när det gäller förväxling av klienters dokumentation. Det behövs kontinuerlig dialog med medarbetarna om att förändra

sina arbetssätt. Med automatisering av handläggningen för återansökningar inom ekonomiskt bistånd förväntades dessa avvikelser att minska, så har inte blivit fallet ännu. Det är inte optimalt att nya tjänster införs som inte ger ett säkrare arbetssätt så att rättssäkerheten upprätthålls.

SAS har genomfört utbildningar på enheternas arbetsplatsträffar, stormöten, metodmöte, handläggarskola vår och höst, samt vid uppföljning efter utredning. Det noteras dock att det finns enheter där SAS ännu inte har bjudits in för information och utbildning.

Följsamhet till begäran av åtgärder ökar fortfarande såväl som återkoppling till SAS. Inom ramen för framtagna introduktion för chefer så finns information om systematiskt kvalitetsarbete och lex Sarah med sedan hösten 2023 tillsammans med kanslienheten.

Analys

De områden som behöver prioriteras i det fortsatta systematiska kvalitetsarbetet kan sammanfattas i några delar,

- Intern samverkan inom förvaltningen mellan olika enheter.
- Kontinuerligt arbete med olika rutiner och följsamhet till dessa. Viktigt med implementering av rutiner så att det som är aktuellt på enheterna också är känt.
- Fortsatt arbete med kompetensutveckling, framför allt gällande hantering av handlingar, sekretess och skyddade ärenden. Dessa utbildningar behöver vara obligatoriska.

4.1.3 Risker

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 framgår att den som bedriver socialtjänst fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska den som bedriver socialtjänst uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskhantering på enhetsnivå sker huvudsakligen vid förändringar i verksamheten samt inför verksamhetsplanering, där risker identifieras och värderas i en nulägesanalys och de åtgärder som bedöms behöva vidtas, tas med i kommande års verksamhetsplanering.

Förvaltningens samlade arbete med riskhantering sker i samband med det årliga budgetarbetet då nämnden beslutar om en samlad riskbild samt beskrivning av åtgärder som vidtagits eller behöver vidtas, senast under februari månad.

4.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Vidhålla arbetet med att rapportera in avvikelser i Treserva och utveckla systematiken kring hantering, åtgärder och uppföljning för att	Avdelningens inrapporterade avvikelser har fortsatt hållit en god nivå. Förvaltningen har tagit fram ett tydligare arbetssätt kopplat till avvikelsehanteringen som syftar till att underlätta en ökad systematik. Arbetssättet har inte implementerats inom avdelningen än men kommer påbörjas i dec/jan.

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
möjliggöra ökad kvalitet inom verksamheten	
Kontinuerligt arbete med att göra rutiner välkända samt säkerställa följsamhet till dessa	Information om rutiner har lämnats bland annat på avdelningens personalmöten men arbetet måste fortsätta under nästkommande år.
Genomföra barnkonsekvensanalyser inför varje beslut när barn finns i ärendet för att säkerställa att lagen följs och barnrättsperspektivet beaktas	Åtgärderna har inte haft önskad effekt och arbetet med frågan kommer finnas med under nästkommande år.

4.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Planerade förbättringsåtgärder
Kontinuerligt arbete med att göra rutiner välkända samt säkerställa följsamhet till dessa
Ökat fokus på brukardialog/brukarinflytande
Ökat fokus på barnrätt och barnkonsekvensanalyser och att hitta sätt att göra frågan till en del av det kontinuerliga metodarbetet
Justering av egenkontroll utifrån inspel från arbetsledning
Fokus på samverkan inom förvaltningen