

Kvalitetsberättelse 2022

Nämnden för funktionsstöd

Innehållsförteckning

1	Ordlista	3
2	Sammanfattning	4
3	Inledning	6
4	Organisering av det systematiska kvalitetsarbetet.....	7
4.1	Utvecklingsarbeten under 2022	7
4.2	Privata utförare	8
5	Analys och bedömning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete	9
5.1	Brukarnas bedömning.....	9
5.1.1	Synpunkter.....	9
5.1.2	Brukarundersökning	10
5.1.3	Brukarrevision	15
5.2	Vår egen bedömning	16
5.2.1	Avvikelser.....	16
5.2.2	Missförhållanden enligt lex Sarah.....	18
5.2.3	Vårdskada enligt lex Maria	20
5.3	Andras bedömning.....	20
5.3.1	Tillsyn.....	20
5.3.2	Revisioner	21

1 Ordlista

LSS Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

SoL Socialtjänstlag (2001:453)

HSL Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

IVO Inspektionen för vård och omsorg

Lex Sarah Reglerar skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden

Lex Maria Reglerar skyldighet att rapportera och utreda händelser som medfört eller skulle kunnat medföra en allvarlig vårdskada

2 Sammanfattning

Förvaltningen för funktionsstöd har under året arbetat för att omhänderta frågor relaterade till det systematiska kvalitetsarbetet och dess processer. Under hösten har förvaltningen arbetat med målsättningen att 2023 ha en tydliggjord ansvarsfördelning och beslutsmandat, former för samverkan med övriga socialnämnder samt kopplingen till förvaltning av IT-system. I början av 2023 fattade förvaltningsledningen beslut om ägarskap av förvaltningens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, roller och forum vilket kommer möjliggöra ett än mer effektivt förbättringsarbete framöver.

Under 2022 har förvaltningen arbetat med att implementera värdighetsgarantier för nämndens verksamhet. Förvaltningen har tagit fram kommunikationsmaterial och utbildningsmaterial för att alla medarbetare ska känna till garantierna.

I den övergripande analysen av det systematiska kvalitetsarbetet har förvaltningen utgått från perspektiven Brukarnas bedömning, Vår egen bedömning - det vill säga förvaltningens bedömning, samt Andras bedömning.

Brukarnas bedömning

Förvaltningen genomför en samlad bedömning genom att arbeta med synpunktshantering, brukarundersökningar samt brukarrevisioner. Förvaltningen har under året inkorporerat värdighetsgarantierna i förvaltningens synpunktshantering. Därutöver har rutin och process fastställts för synpunktshantering för att kunna ta emot fler synpunkter som en del av det systematiska förbättringsarbetet och för att kunna skapa god kvalitet för dem vi är till för.

Förvaltningen deltar i brukarundersökningar som tas fram av Sveriges kommuner och regioner, SKR. Som ett komplement genomförs även stadens egna enkäter inom verksamheter för barn och ungdomar, då SKR ännu inte tillhandahåller nationella brukarundersökningar på det området. Förvaltningen har genomfört åtgärder för att öka svarsfrekvensen för brukarundersökningarna under 2022. Utifrån resultaten ser förvaltningen att det finns fortsatta utvecklingsområden inom kommunikation och medbestämmande inom de flesta av förvaltningens utförarverksamheter.

Brukarrevisioner är ett komplement till andra metoder för att ta reda på vad brukarna tycker om verksamheten.

Vår egen bedömning

Förvaltningens samlade bedömning gäller avvikelser, missförhållanden och vårdskador. Förvaltningen arbetar aktivt med att omhänderta avvikelser. Med avvikelshantering menas att fel och brister som upptäcks inom verksamheten dokumenteras för att komma tillrätta med problemen. Antalet avvikelser ligger i nivå med föregående år och detsamma gäller antal avvikelser som har åtgärdats. Detta är en fråga förvaltningen måste jobba vidare med under 2023. Förvaltningen kommer att satsa på utbildningsinsatser inom avvikelshantering under 2023 för både chefer och medarbetare. Vidare ser förvaltningen behov av att samordna arbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården samt tillsammans med övriga socialförvaltningar, grundskoleförvaltningen och utbildningsförvaltningen.

Förvaltningen arbetar aktivt med att förebygga missförhållanden och vårdskador

samt hur detta rapporteras och åtgärdas då så inträffar.

Andras bedömning

Andras bedömning utgörs av tillsyner från IVO samt av revisioner genomförda av Göteborgs Stads stadsrevision. Dessa revisioner ger möjlighet att se över de insatser som gjorts och vad som behöver göras för att förvaltningen ska kunna skapa god kvalitet för dem vi är till för. Frekvenstillsyn av boende för barn och unga görs årligen. Förvaltningen väntar fortfarande på tre av fem rapporter från dessa tillsyner. Två revisioner har genomförts av Göteborgs Stads stadsrevision. En rapport angående hantering av privata medel inom bostad med särskild service redovisades i november 2022 och visade att det finns brister i hantering, redovisning och förvaring av privata medel samt att riktlinjer och rutiner saknas. Förvaltningen väntar på rapport från granskning av palliativ vård.

Bedömning av privata utförare

Inför denna kvalitetsberättelse har förvaltningen för första gången begärt in uppgifter från de privata utförarna av daglig verksamhet enligt LOV avseende deras systematiska kvalitetsarbete. Granskningen visar på att de privata utförarna arbetar på ett systematiskt sätt med brukarnas delaktighet och med hur eventuella missförhållanden och vårdskador tas om hand och på att inga missförhållanden eller vårdskador har rapporterats in till IVO.

Den samlade bedömningen

Förvaltningen ser att ansvarsfördelning och beslutsmandat för det systematiska kvalitetsarbetet behöver tydliggöras. Vidare ser förvaltningen att samverkan behöver utvecklas med övriga socialnämnder samt kopplat till förvaltningen av IT-system.

Förvaltningen har påbörjat implementering av värdighetsgarantier. För att värdighetsgarantierna ska få önskat genomslag krävs ett fortsatt kontinuerligt arbete i varje verksamhet.

Förvaltningen ser behov av att arbeta vidare med avvikelshanteringsprocessen såväl internt som i samverkan externt. Utbildningsinsatser behöver genomföras för såväl chefer som medarbetare. Förvaltningen arbetar för att alla medarbetare ska veta när och hur avvikelser ska göras, samt för att alla chefer ska ha kunskap om hur avvikelser hanteras, utreds och åtgärdas.

3 Inledning

Alla som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen - SoL, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade - LSS eller hälso- och sjukvårdslagen – HSL är skyldiga att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Detta framgår av Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - SOSFS 2011:9. Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll beskriver också att nämnder och styrelser ska bedriva en ändamålsenlig och effektiv verksamhet med fokus på kvalitet för den verksamheten riktar sig till, och beakta detta i styrningen.

För att beskriva det systematiska kvalitetsarbetet och genomföra analys och bedömning av delar i det, har förvaltningen tagit fram en kvalitetsberättelse för 2022. Kvalitetsberättelsen innehåller beskrivningar utifrån perspektiven brukarnas bedömning, vår egen bedömning i förvaltningen och andras bedömning.

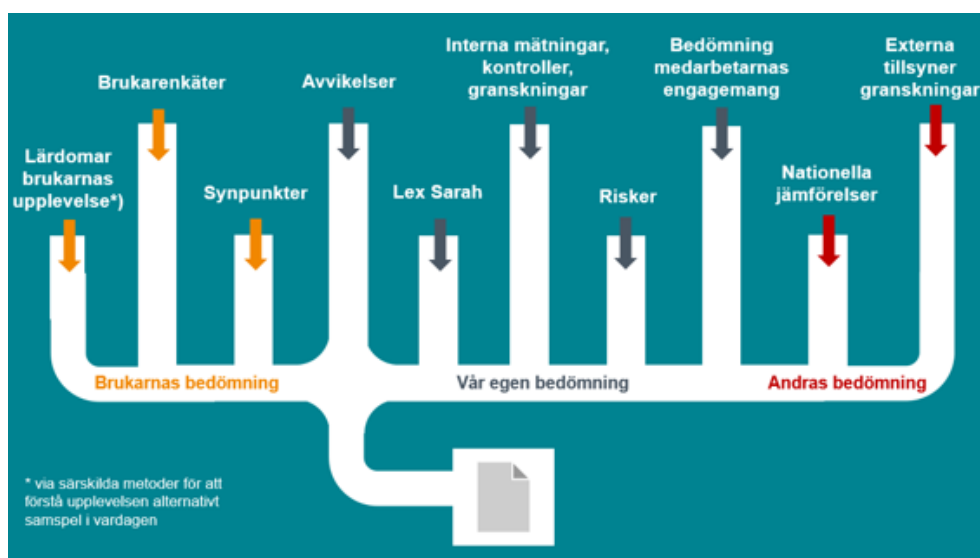


Bild: Samlad bedömning utifrån brukarnas bedömning, vår egen bedömning och andras bedömning.

4 Organisering av det systematiska kvalitetsarbetet

En vårdgivare eller någon som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 § 1. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

I den tidigare stadsdelsorganisationen ansvarade stadsledningskontoret för samordning av stadens gemensamma ledningssystem. I samband med facknämndernas tillkomst 2021 så lämnade stadsledningskontoret över ansvaret till de sex nya socialförvaltningarna. I ledningssystemet ingår de processer som utgör de så kallade Valfärdens processer samt beskrivningar av förutsättningarna för ett kvalitetsarbete. Förvaltningen har hittills valt att använda sig av det gemensamma ledningssystemet i oförändrat skick för sitt systematiska kvalitetsarbete.

Förvaltningen har analyserat och bedömt delar av det systematiska kvalitetsarbetet på en övergripande nivå. Fokus ligger på att identifiera trender och synliggöra strukturella utvecklingsområden i förvaltningens processer och arbetssätt. Den uppföljning som har genomförts under året redovisas i det följande och har strukturerats efter perspektiven brukarnas bedömning, vår egen bedömning (det vill säga förvaltningens bedömning) samt andras bedömning.

Ledningssystemet utgår från ett ”kvalitetshjul” där planering, genomförande, uppföljning och förbättringsarbete vävs samman med verksamheternas ordinarie arbete. Den största delen av förvaltningens förbättringsarbete sker på enhets- och verksamhetsnivå. En systematiserad uppföljning av arbetet möjliggör förbättringsarbete på en övergripande nivå och skapar möjlighet att ta tillvara goda erfarenheter.

4.1 Utvecklingsarbeten under 2022

För att inom förvaltningen omhänderta frågor relaterade till ledningssystemet och dess processer så har förvaltningen under året arbetat över avdelningsgränserna. Målsättningen har varit att inför 2023 ha tydliggjort ansvarsfördelning, beslutsmandat, former för samverkan med övriga socialnämnder samt kopplingen till förvaltning och utveckling av verksamhetsspecifika tjänster och IT-system. Beslut om ägarskap av förvaltningens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, samt roller och forum för arbetet fattades i början av 2023, vilket ger förutsättningar för ett än mer effektivt förbättringsarbete framöver.

Utifrån uppdrag från kommunfullmäktige har förvaltningen för funktionsstöd samordnat arbete tillsammans med övriga socialnämnder och äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen för att utveckla avvikelshanteringsprocessen och systematiseringen av analyser av avvikelserna för att få fler inrapporterade avvikelser och missförhållanden eller allvarliga missförhållanden.

I december 2021 beslutade nämnden för funktionsstöd att införa värdighetsgarantier. Under 2022 har förvaltningen arbetat i projektform för att skapa förutsättningar för en strukturerad implementering av värdighetsgarantier för

nämndens verksamhet. Projektet har tagit fram kommunikationsmaterial och utbildningsmaterial för chefer och medarbetare. En uppföljningsenkät i december 2022 visade att 68 procent av de 85 svarande enhetscheferna hade visat materialet för sina medarbetare på APT och att många arbetar engagerat med frågan på olika sätt. Inom samtliga avdelningar finns samtidigt chefer som ännu inte gått igenom materialet med sina medarbetare. För att värdighetsgarantierna ska få önskat genomslag krävs ett fortsatt kontinuerligt arbete i alla verksamheter.

En rutin för synpunktshantering har tagits fram under året. För att systematisera synpunkterna och underlätta förbättringsarbetet framåt, så kategoriseras de numera efter respektive värdighetsgaranti.

4.2 Privata utförare

I egenskap av socialnämnd har nämnden för funktionsstöd enligt reglementet, det yttersta ansvaret för att individer får den hjälp och det stöd de behöver inom nämndens verksamhetsområde (kapitel 2, §2) oavsett om insatsen utförs i egen regi eller av privat utförare. Inför denna kvalitetsberättelse har förvaltningen för första gången begärt in uppgifter från de privata utförarna av daglig verksamhet, som ingår i valfrihetssystemet enligt LOV. De uppgifter som inhämtats berör systematiskt kvalitetsarbete gällande brukarnas delaktighet, arbete med avvikelser samt eventuella missförhållanden, vårdskador och tillsyner. Det inkomna underlaget har analyserats av förvaltningen och visar på att de privata utförarna arbetar på ett systematiskt sätt med brukarnas delaktighet och med hur eventuella missförhållanden och vårdskador tas om hand, samt på att inga missförhållanden eller vårdskador har rapporterats in till IVO. Inför kommande år kommer förvaltningen se över hur kvalitetsarbetet även hos privata utförare som är upphandlade enligt LOU kan införlivas i kvalitetsberättelsen.

Uppföljning genom enheten för kontrakt och uppföljning

Enheten för kontrakt och uppföljning genomför regelbundet granskningar av enheter som bedriver daglig verksamhet. Resultatet av uppföljning används i det systematiska förbättringsarbetet av verksamheterna. Under 2022 har uppföljning skett av sammanlagt 30 enheter. Resultatet tyder på att privata och kommunala utförare har samma förbättringsområden gällande systematiskt förbättringsarbete kopplat till synpunkter och klagomål.

5 Analys och bedömning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete

5.1 Brukarnas bedömning

Brukare och deras anhöriga har möjlighet att påverka och vara delaktiga i verksamheterna dels i vardagen och dels genom några reglerade tillvägagångssätt som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet.

5.1.1 Synpunkter

Antal synpunkter

Antal inkomna synpunkter 2021	Antal inkomna synpunkter 2022
157	169

Antal synpunkter med koppling till värdighetsgarantierna

Bemötande	Kommunikation och kompetens	Självständighet och delaktighet	Trygghet och kontinuitet	Synpunkter och kontakt
52	24	37	44	29

Synpunkter är åsikter som på något sätt berör förvaltningens verksamhet i form av klagomål, beröm eller förslag på förbättringar. Vem eller vilka som helst kan lämna in en synpunkt, till exempel brukare, anhöriga privata organisationer, gode män, andra myndigheter eller allmänhet. Förvaltningen har under året tagit fram och fastställt rutin och process för synpunktshantering. Implementering av den nya rutinen och processen har påbörjats i januari 2023.

Synpunkter kopplat till värdighetsgarantierna

Under 2022 har förvaltningen arbetat med att införa värdighetsgarantierna och göra dem kända av medarbetare, brukare och anhöriga. De fem värdighetsgarantierna är:

Bemötande. Vi respekterar dig, din integritet och dina upplevelser. Vi visar omtanke och bemöter dig med värdighet och medmänsklighet. Vi har förståelse för att din situation är unik.

Kommunikation och kompetens. Du ska kunna förstå oss och vi ska förstå dig. Vi har kunskap om dina funktionsnedsättningar, kommunikationssätt och ger stöd i att använda de hjälpmedel du behöver.

Självständighet och delaktighet. Vi stöttar och möjliggör för dig att kunna vara delaktig och påverka sin situation. Vi utgår från dina förmågor och uppmuntrar dig till att vara självständig och självbestämmande.

Trygghet och kontinuitet. Du ska trivas och känna dig trygg. Alla som ger dig stöd

ska känna till dina behov och hur du vill att stödet ges. Stödet ska präglas av kontinuitet och förutsägbarhet.

Synpunkter och kontakt. Du ska veta vem du kan vända dig till med önskemål och dypunkter kring ditt stöd. Det ska kännas enkelt och tryggt att kontakta oss. Vi lyssnar på dina synpunkter och du ska få ett tydligt svar.

Under våren arbetade förvaltningen med att inkorporera värdighetsgarantierna i förvaltningens synpunktshandling. Arbetet resulterade i en ny kategorisering av synpunkter, utifrån de fem värdighetsgarantierna. Samtliga avdelningar har använt den nya kategoriseringen sedan den 1 juli och även kategoriserat om synpunkter inkomna under första halvåret 2022. En synpunkt kan kategoriseras på fler än en värdighetsgaranti, vilket gör att summan från de fem kategorierna inte överensstämmer med summan av antalet inkomna synpunkter för året.

	Bemötande	Kommunikation och kompetens	Självständighet och delaktighet	Trygghet och kontinuitet	Synpunkter och kontakt
Totalt	52	30	37	44	29
Myndighet och socialpsykiatri	25	18	24	23	16
Daglig verksamhet och stöd	16	9	10	11	1
Bostad med särskild service	11	3	3	10	11
Kvalitet och Utveckling	0	0	0	0	1

"Bemötande" är den kategori som hamnar högst inom samtliga tre utföraravdelningar, även om steget till näst störst inte är stort. Det skiljer sig sedan något vilka kategorier som följer därefter. Inom Myndighet och socialpsykiatri är det "Självständighet och delaktighet". För Daglig verksamhet och stöd är det "Trygghet och kontinuitet" och för Bostad med särskild service är antalet synpunkter i kategorin "Synpunkt och kontakt" lika många som för "Bemötande". Anledningen till att synpunkterna fördelar sig olika kan höra samman med att avdelningarnas verksamhet ser olika ut, samtidigt kan det ge en indikation på vilka aspekter som är särskilt viktiga för respektive avdelning att analysera och arbeta vidare med i det systematiska kvalitetsarbetet och verksamhetsutveckling.

Synpunktshandlingen gör att förvaltningen kan uppmärksamma brister och genomföra förbättringar för både den enskilde och för verksamheten i stort. Från och med 2023 har förvaltningen nya processer och rutiner på plats för implementering, såsom informationsmaterial, för att kunna ta emot fler synpunkter som en del av det systematiska förbättringsarbetet och för att kunna skapa god kvalitet för dem vi är till för.

5.1.2 Brukarundersökning

Brukarundersökningar genomförs och sammanställs årligen för att ge kunskap om

brukarens upplevelser av kontakt med och stöd från förvaltningens verksamheter.

Brukarundersökningarna är ett viktigt verktyg för att ge underlag till kvalitetsförbättring i verksamheterna där brukarnas åsikter är en viktig del. Brukarundersökningarna sker under hösten och resultaten analyseras sedan på enhets-, avdelnings- och förvaltningsnivå.

Förvaltningen använder sig framförallt av SKRs (Sveriges kommuner och regioner) brukarundersökningar. Undersökningarna är speciellt anpassade till funktionshinderområdet och det finns hjälpmedel för att genomföra dem i form av alternativ och kompletterade kommunikation, såsom bildstöd och översättningar till fler språk.

Under 2022 har förvaltningen deltagit i SKR:s nationella brukarundersökningar som riktar sig till gruppbostad LSS, servicebostad LSS, daglig verksamhet LSS, boendestöd SoL samt personlig assistans. Under 2022 har SKR dessutom genomfört en pilotundersökning för myndighetskontakt för vuxna inom funktionshinderområdet som förvaltningen deltagit i.

Förvaltningen har 2022 liksom 2021 även använt sig av brukarundersökningar genom Göteborgs Stads egen enkät. De undersökningar där förvaltningen använder stadens enkäter vänder sig huvudsakligen till verksamheter för barn och ungdomar, då SKR ännu inte tillhandahåller nationella brukarundersökningar på det området.

Under 2021 identifierades behov av att ta fram likvärdigt informationsmaterial på området i förvaltningen. Under 2022 har därför ett omfattande arbete genomförts med att ta fram likvärdigt informationsmaterial för hela förvaltningen vilket även kan anpassas utifrån lokala, samt enskilda brukares behov. Materialet innehåller information till brukare och medarbetare för att förbereda inför undersökningarna samt återkoppla resultat till brukarna och underlätta analys i verksamheterna. Detta syftar till en likvärdighet över förvaltningen, att öka svarsfrekvenser, skapa delaktighet samt att ge förutsättningar för återkoppling och analys av resultaten.

Resultat för brukarundersökningen som görs för Sveriges kommuner och regioner finns på www.kolada.se. Resultat för delar av nämndens verksamheter där staden gör en egen brukarundersökning finns på www.enkater.goteborg.se

Nationella undersökningar via Sveriges kommuner och regioner, SKR

SKRs enkäter består av nio till elva frågor, varav en är en bakgrundsfråga (kön) och övriga är kvalitetsfrågor. I SKRs brukarundersökningar är det brukaren själv som ska svara på enkäten. Frågorna anpassas utifrån verksamheten som undersökningen gäller. Som exempel visas frågorna som ställts gällande servicebostad:

- Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?
- Får du den hjälp du vill ha av boendepersonalen?
- Bryr sig boendepersonalen om dig?
- Pratar personalen hemma med dig så att du förstår vad de menar?
- Förstår personalen hemma vad du säger?
- Känner du dig trygg med boendepersonalen?
- Är du rädd för något hemma?

- Vet du vem du ska prata med om något är dåligt med stödet från boendepersonalen?
- Trivs du med boendepersonalen?

SKRs brukarundersökningar genomförs för brukare som har insats som verkställs inom Göteborgs kommuns geografiska område och innefattar därmed såväl egen regi som privat regi. Det är dock ett mycket litet antal privata utförare av daglig verksamhet och bostad med särskild service som ingår, vilket innebär att förvaltningens egna verksamheter är dominerande.

Svarsfrekvenser i SKRs undersökningar

Svarsfrekvenserna i undersökningarna 2022 har ökat jämfört med 2021. 2022 var den sammanlagda svarsfrekvensen i förvaltningen för alla områden i SKRs undersökning 56 procent jämfört med 44 procent år 2021.

Som bakgrund bedöms det ha haft betydelse att det under 2021 fanns tekniska problem för undersökningarna i förhållande till enkätleverantören. 2021 fanns också vissa svårigheter kopplat till att förvaltningen var nystartad, exempelvis att identifiera och anmäla alla enheter samt att tidigare strukturer för att genomföra undersökningar förändrades med den nya organisationen. Under 2022 har förvaltningen arbetat med att återuppbygga och utveckla/förbättra strukturer för att genomföra undersökningarna och det likvärdiga informationsmaterial som tagits fram har varit ett viktigt led i arbetet. Det bedöms vara den sammanlagda bakgrunden till de förbättrade svarsfrekvenserna.

Fokus på trygghet, kommunikation och medbestämmande

I den förvaltningsövergripande uppföljningen av resultatet av SKRs brukarundersökningar har förvaltningen 2022 liksom år 2021 valt att fokusera på områdena Trygghet, Kommunikation och Medbestämmande. Valet av dessa områden grundar sig i en koppling till FN:s deklaration om rättigheter för personer med funktionshinder, Programmet för full delaktighet samt Världighetsgarantierna.

Resultat Trygghet

Känner du dig trygg med personalen?

Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022
Alla	81%	79%	82%	79%
Några	17%	19%	17%	19%
Ingen	2%	2%	2%	2%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Är du rädd för något?

Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022
Aldrig	71%	72%	72%	72%
Ibland	24%	23%	22%	23%
Ofta	5%	5%	5%	5%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Av tabellerna framgår att Göteborg sammantaget har ett resultat som ligger något under, eller i nivå med, rikssnittet gällande trygghetsrelaterade frågor. I förhållande till 2021 ligger resultaten på samma nivå i förvaltningen 2022. Resultatet för respektive avdelning redovisas inte i tabellerna ovan. Resultaten varierar mellan de olika områdena. Förvaltningen uppmärksammar även att för flera områden i undersökningarna finns könsskillnader i resultaten.

Inom daglig verksamhet har resultaten på frågorna inom trygghetsområdet förbättrats jämfört med resultaten för 2020 innan förvaltningen bildades. Resultaten för 2022 ligger i nivå med, respektive något över, rikssnittet i daglig verksamhet. Förvaltningen har uppmärksammat att var fjärde kvinna 2022 svarar att de någon gång varit rädd för något på sin dagliga verksamhet, jämfört med var femte man.

Frågorna om trygghet är viktiga även inom Bostad med särskild service, såväl trygghet med personalen som man är rädd för något på sitt boende. Den upplevda tryggheten är något lägre än inom daglig verksamhet, och Göteborg har något sämre utfall än rikssnittet. Upplevelsen av trygghet är även inom bostad med särskild service lägre bland kvinnor än bland män.

Resultat Kommunikation

Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?

Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022
Alla	77%	75%	78%	77%
Några	21%	23%	21%	21%
Ingen	2%	2%	2%	1%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Förstår personalen vad du säger?

Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022
Alla	77%	76%	78%	77%
Några	21%	22%	20%	21%
Ingen	2%	2%	2%	1%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Tabellerna visar att Göteborg sammantaget har ett något lägre resultat än rikssnittet på frågorna gällande kommunikation men att resultaten har förbättrats något sedan 2021. Resultatet för respektive avdelning redovisas inte i tabellerna ovan.

En majoritet av verksamheterna har en positiv utveckling i sina resultat, såväl jämfört med 2020 som med 2021. Förvaltningen har arbetat aktivt med kompetensutveckling av personalen, bland annat genom egna webbaserade utbildningar i alternativ och kompletterande kommunikation, AKK. Inom område bostad med särskild service försämrades resultaten 2021, men under 2022 har de förbättrats betydligt, även om de fortfarande avviker något negativt mot rikssnittet.

Inom flera verksamheter är resultaten för kvinnor lägre än för män även inom detta frågeområde, både i 2022 års undersökning och i undersökningen 2021.

Resultat Medbestämmande

Får du bestämma ...?

Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022
Ja	80%	79%	80%	81%
Ibland	16%	16%	16%	15%
Nej	4%	5%	4%	4%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Frågan formuleras olika i de olika enkäterna som ingår i underlaget till uppgifterna till tabellen. Till exempel "Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?" i enkäten för servicebostad och "Låter dina boendestödjare dig bestämma om saker som är viktiga för dig" i enkäten för boendestöd.

Av tabellen framgår att Göteborg sammantaget hade ett något lägre resultat än det nationella snittet 2021 på frågan om medbestämmande, men att resultatet för 2022 har förbättrats och nu ligger något över rikssnittet. Resultatet för respektive avdelning redovisas inte i tabellen ovan.

Resultaten varierar mellan de olika områdena och enheterna. Förvaltningens bostäder med särskild service har resultat något lägre än rikssnittet och med en marginell minskning sedan 2020. Resultaten inom boendestöd ligger på samma nivå som rikssnittet och för daglig verksamhet ses en förbättring av resultaten sedan 2020 så att de nu ligger något över rikssnittet. Inom flera verksamheter är resultaten för kvinnor lägre än för män även inom detta frågeområde, både i 2022 års undersökning och i undersökningen 2021.

Göteborgs Stads enkäter

Göteborgs Stads egen enkät 2022 var inom förvaltningen för funktionsstöd riktad till lägerverksamhet, korttidshem, avlösarservice och Klippankooperativen.

Göteborgs Stads enkät riktar sig inte specifikt mot funktionshinderområdet utan samma enkät riktar sig till alla utförarverksamheter inom socialtjänstområdet i staden. I dessa brukarundersökningar, liksom i förvaltningen för funktionsstöd huvudsakligen avser verksamheter riktade mot barn, är det oftast vårdnadshavare som svarar på enkäten.



Bilden visar resultat från Göteborgs Stads brukarundersökning

Som framgår av tabellen är de som besvarat enkäten i hög grad nöjda med

insatserna, även om resultaten försämrats marginellt i 2022 års undersökning i förhållande till 2021.

Analys och bedömning

Förvaltningen bedömer att underlaget från brukarundersökningen år 2022 är tillräckligt omfattande och representativt för att utgöra ett underlag för förvaltningens fortsatta förbättringsarbete och indikatorer för nämndens måluppfyllelse. Under 2022 har förvaltningen vidtagit åtgärder för att öka svarsfrekvensen för brukarundersökningen och det arbetet behöver upprätthållas framåt. Underlaget visar att det finns fortsatta utvecklingsområden inom trygghet, kommunikation och medbestämmande inom de flesta av förvaltningens utförarverksamheter. Resultaten visar även könsskillnader inom fokusområdena, där resultaten är lägre för kvinnor än för män både i Göteborg och nationellt. En vidare analys av orsaker och plan för möjliga åtgärder bör genomföras.

För att bättre kunna analysera och använda resultaten från brukarundersökningarna i förvaltningens kvalitets- och utvecklingsarbete kommer systematik för ett samordnat omhändertagande att utvecklas under 2023.

5.1.3 Brukarrevision

Brukarrevision är ett verktyg för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling. Revisionen går ut på att brukare intervjuar brukare. En brukarrevision fokuserar på frågor om bemötande och delaktighet och ger en fördjupad kunskap om vad de vi är till för tycker om verksamheterna. Brukarperspektivet uppnås på två sätt, dels genom att brukare utför revisionen, dels genom att revisionen fokuserar på brukarnas upplevelse av bemötande och delaktighet. Brukarrevisionen är ett komplement till andra metoder.

Analys och bedömning

Under året har sex revisioner genomförts i förvaltningen, samtliga inom avdelningen Bostad med särskild service. Revisionerna visar goda resultat när det gäller trivsel, såsom inne- och utemiljö och gemensamma måltider. Resultaten visar på ett fortsatt behov av att förenkla, tydliggöra och tillgängliggöra information till de boende. Det gäller exempelvis personalens arbetstider och information om aktiviteter. Vidare finns utmaningar att finna balans mellan behov av individuella aktiviteter och gruppaktiviteter, inte minst som följd av pandemin. Det finns en ojämn takt när det gäller att återta tidigare aktiviteter såsom utflykter, vilket är saknat av många.

För att fördjupa möjligheten att få kunskap om vad brukarna tycker har förvaltningen ambitionen att under 2023 prioritera att genomföra brukarrevisioner i enheter som saknar resultat på brukarundersökningen eller har låg svarsfrekvens.

5.2 Vår egen bedömning

5.2.1 Avvikelser

Avvikelser	2021	2022
Antal inkomna avvikelser	10 183	11 136
Antal åtgärdade avvikelser	6 924	6 957

Definitionen av en avvikelse är enligt Socialstyrelsen "en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat". Tabellen nedan visar samtliga rapporterade avvikelser till och med den 31 december 2022. En avvikelse betraktas som åtgärdad först när ärendet har behandlats och avslutats i verksamhetssystemet.

Totalt inkom 11 136 avvikelser under 2022. Förvaltningen vill poängtera att många avvikelser inom samma verksamhet inte behöver betyda sämre kvalitet. På samma sätt är få eller inga avvikelser inte säkert ett tecken på god kvalitet i verksamheten. Förvaltningen arbetar för att alla medarbetare ska veta när och hur avvikelser ska rapporteras, samt för att alla chefer ska ha kunskap om hur avvikelser hanteras, utreds, åtgärdas och avslutas.

Vanligast förekommande kategorier

Varje inkommen avvikelse kategoriseras, dels utifrån området som avvikelsern berör, dels utifrån bedömd orsak. Det vanligast förekommande området för rapporterade avvikelser är "Läkemedel". Under 2022 har denna kategori 3 890 avvikelser, vilket utgör nästan 35 % av samtliga avvikelser.

Den näst vanligast förekommande kategorin är kategorin "Övrigt" med 1 743 avvikelser vilket motsvarar drygt 15 % av alla avvikelser. Förvaltningen har påbörjat arbete för att undersöka hur bättre klassning av avvikelser inom "övrigt" kan ske. Därefter kommer kategorin "Fall - registrering" med 1 082 avvikelser samt "Utförande av SoL/LSS-insats" med 1 021 avvikelser, vilket motsvarar drygt 9 % vardera.

När avvikelserna i nästa steg hanteras av chef så bedöms också orsaker till avvikelserna, som exempelvis brister i arbetsmiljö och kultur, brist i kommunikation, kompetensbrist, brist i planering, brist i riktlinjer och rutiner och så vidare.

Exempel på hur avdelningarna har arbetat

Inom avdelning Daglig verksamhet och stöd hanteras avvikelserna idag enligt en reflektionsmodell. Inkomna avvikelser analyseras för att systematiskt kartlägga, skapa handlingsplaner och förebygga att liknande avvikelser uppkommer igen. Statistiken visar att enheterna arbetar olika med att skriva avvikelser och att kunskapsnivån om avvikelser skiljer sig över verksamhetsområdet. Flera metodutvecklare har anställts under året. Metodutvecklare kan fungera som individuellt stöd till enhetschefer och stödpedagoger i val av evidensbaserade metoder, men också som stöd till hela arbetsgrupper samt för att söka och förmedla information och kunskap. Det ingår också i uppdraget att stötta enhetscheferna i arbetet med processer, avvikelser och egenkontroller.

Inom avdelningen Bostad med särskild service har arbete pågått under året för att stärka den gemensamma strukturen för avvikelshantering inom avdelningen. Två gånger per år sker analys systematiskt på avdelningsnivå och ute i verksamheterna

sker analysen löpande. Avdelningen tittar bland annat på antal inkomna avvikelser, andel avvikelser som inte är avslutade, antal avvikelser som är rapporterade som lex Sarah samt antal avvikelser som ligger i kategorin "Övrigt". Ledningsgrupperna tar upp och arbetar med avvikelser och lex Sarah-rapporter som lärande exempel. Därtill tittar avdelningen extra på så kallade tvångs- och begränsningsåtgärder.

Inom avdelningen Myndighet och socialpsykiatri har de vanligast förekommande avvikelserna handlat om "Samverkan", både inom förvaltningen samt med sjukvården. Utöver detta kan en del av avvikelserna härledas till att beslut eller uppdrag saknas, eller till att uppföljning inte har genomförts. Den typ av avvikelse som rapporterats mest frekvent inom boendestödet är utebliven insats samt fördröjd insats. Boendestödets verksamhet och förutsättningar vid korttidsfrånvaro gör det svårt att helt undvika situationer där insats inte kan utföras som planerat. Därtill avsäger sig en del brukare insats om den inte kan utföras av ordinarie personal.

Avdelningen ser behov av att ytterligare stärka enheternas systematiska avvikelshantering och avvikelseuppföljning, samt att säkerställa att samtliga medarbetare har kunskap om att de omfattas av krav på att göra avvikelse samt hur en avvikelse görs. Ett sätt att arbeta med lärande inom avdelningen är att lyfta och diskutera allvarliga avvikelser i verksamheternas ledningsgrupper.

Patientsäkerhet

Enligt patientsäkerhetslagen, SFS 2021:656, ansvarar verksamhetschefer för hälso- och sjukvård för att en patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen.

Inom förvaltningen för funktionsstöd lämnas cirka 1 500 000 läkemedelsdoser per år. Under 2022 inkom 3 890 läkemedelsavvikelser. Dessa utgörs framför allt av att läkemedelsdos har uteblivit, att signering av narkotikaklassade läkemedel brister, att läkemedelsskåp har lämnats olåst samt brister i delegeringsförfarande, vilket är problematiskt främst under sommarmånaderna.

När det gäller hälso- och sjukvård har förvaltningen också identifierat brister i samverkan, såväl internt som externt. Det brister i samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och utförare såväl som mellan regionens hälso- och sjukvård och utförare. Tydligare rutin för hur samverkan ska stärkas behöver tas fram. Arbete har påbörjats. Förvaltningen ser att det har varit få allvarliga vårdskador under året samt att rapporterade läkemedelsavvikelser under året inte har ökat jämfört med föregående år.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), vilka är anställda i Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen, har identifierat generella brister i delegeringsförfarandet och pekar på ett behov att genomlysas följsamhet till gällande lagar, riktlinjer och rutiner. Inom förvaltningen för funktionsstöd har MAS sett en ökning av patienter med ordination på komplexa insatser som PEG/sonder, trakeostomier, respiratorer och sugning i övre luftvägar. Både avvikelser, utredningar och frågor gällande delegering av arbetsuppgifter har varit vanligt förekommande. Utifrån fördjupad granskning ser MAS behov av samordning, kompetensutveckling, säkra rutiner och en adekvat uppföljning på olika nivåer för att säkerställa patientsäkerhet.

Avvikelser i samverkan

Göteborgs Stad samverkar med Västra Götalandsregionen (VGR) bland annat avseende in- och utskrivning från slutenvård och så kallad SIP, samordnad individuell plan. Särskild rapportering av avvikelser sker avseende denna samverkan. Under 2022 har sammanlagt 88 avvikelser i samverkan hanterats mellan förvaltningen för funktionsstöd och VGR. Av dessa har 53 rapporterats av

medarbetare i förvaltningen och skickats till VGR för utredning och eventuella åtgärder, medan förvaltningen har mottagit, utrett och hanterat 35 inkomna avvikelser från VGR. Arbete med att inom förvaltningen förbättra processer för hantering av avvikelser i samverkan pågår och kommer att fortsätta under 2023.

Analys och bedömning

Förvaltningen ser allvarligt på det låga antalet åtgärdade avvikelser, då det under året endast är 6 957 av 11 136 avvikelser som registrerats som åtgärdade i verksamhetssystemet. Den låga andelen avvikelser som registrerats som åtgärdade kan delvis förklaras med att åtgärder har vidtagits, men inte registrerats enligt gällande administrativ rutin - vilket kan förklaras med osäkerhet kring det formella förfarandet vid avvikelshantering. Detta är ett utvecklingsområde för förvaltningen under kommande år.

Det systematiska arbetet med avvikelser behöver stärkas under nästa år för att säkerställa att samtliga medarbetare har kunskap om kravet på att göra avvikelse samt hur en avvikelse görs. Arbetssätt kring avvikelshantering varierar idag inom avdelningarna, och bland enheterna finns ett fortsatt behov av kompetensutveckling gällande korrekt rapportering, hantering och analys av avvikelser för att förbättra kvaliteten. Fortsatta samtal behövs i arbetsgrupperna om att avvikelser är en del av det systematiska kvalitetsarbetet i strävan efter att ständigt förbättra verksamheten.

Under hösten 2022 har utbildningsinsatser om avvikelser och lex Sarah påbörjats som en del i ett internt kompetensprogram kallat Kompetenshjulet. Utbildningen om avvikelshantering riktas till medarbetare och kommer att ske regelbundet en gång per termin och planering finns för fördjupade utbildningsinsatser i avvikelshantering. Från och med 2023 kommer introduktionsutbildning om avvikelseprocessen att hållas för nya chefer och därefter även utbildningsinsatser till alla chefer samt medarbetare i verksamheterna.

Samverkan med de övriga socialförvaltningarna samt grundskole- och utbildningsförvaltningen har påbörjats under 2022 för att förbättra den gemensamma avvikelseprocessen. En överenskommelse om detta arbete, som samordnas av förvaltningen för funktionsstöd, har förberetts och kommer att antas i början av 2023.

Förvaltningen har under 2022 identifierat behov av kartläggning av processer och rutiner för handläggning av HSL-avvikelser, det vill säga avvikelser som berör hälso- och sjukvårdsinsatser, mellan förvaltningen för funktionsstöd och Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen. Planering för detta pågår och ska genomföras under 2023.

Under 2023 kommer förvaltningen också att utreda möjlighet till förbättrat IT-stöd för hantering av avvikelser för att förenkla och effektivisera rapportering och utredning och förbättra systematiken i analysen.

5.2.2 Missförhållanden enligt lex Sarah

Lex Sarah rapporter	2021	2022
Antal rapporter	230	407

När anställda i förvaltningen får kännedom om ett missförhållande, eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör en eller flera enskilda som får insatser inom verksamheten, så är medarbetaren skyldig att genast göra en lex Sarah-

rapport. Förvaltningen är då skyldig att utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja missförhållandet/risken för missförhållandet.

Tabellen ovan innehåller samtliga rapporter som har upprättats enligt lex Sarah. Från den 1 december 2021 till och med den 30 november 2022 har 407 rapporter rapporterats och hanterats av SAS - Social ansvarig samordnare. SAS uppdrag är att utreda, bedöma och fatta beslut om lex Sarah-rapporter samt göra anmälningar till IVO när det är aktuellt. Av de inkomna och utredda rapporterna för året är det sju som blivit ärenden anmälda till IVO. Under 2021 var det fem rapporter som blev anmälda ärenden till IVO. Om SAS inte bedömer att ärendet ska anmälas till IVO så är det att betrakta som en avvikelse som hanteras enligt ordinarie avvikelseprocess.

Förvaltningen vill belysa att många rapporter inom samma verksamhet inte behöver betyda sämre kvalitet. På samma sätt är få eller inga rapporter inte ett säkert tecken på god kvalitet i verksamheten.

Genomförd granskning

Förvaltningen fick ett uppdrag från kommunfullmäktige att göra en genomlysning av hur rutinerna gällande lex Sarah-rapporteringen efterlevs. Den egenkontroll som genomfördes visade att det under 2021 hade upprättats 232 rapporter enligt lex Sarah som inte hade inkommit till SAS i enlighet med process och rutin. Det är allvarligt att rutinen inte följs och åtgärder har vidtagits under året. Resurser tillsattes för att kunna utreda de rapporter som inte inkommit enligt rutinen och utbildningar har genomförts med förvaltningens alla avdelningar. Vidare har intern information, samverkan kring systemtekniska lösningar och riktade åtgärder satts in inom avdelningarna. Utvecklingen har gått åt rätt håll, men det återstår arbete och insatser för att det ska kunna ses som ett acceptabelt resultat.

Analys av bristområden

Förvaltningen har sedan december 2021 påbörjat arbete med att systematisera lex Sarah-rapporterna i bristområden. Detta kommer att möjliggöra jämförelser för kommande år. Det finns totalt elva möjliga bristområden, och områdena är samma som för avvikelser. Varje rapport kan innefatta flera områden. De fyra vanligaste bristområden är:

Brister i utförande av beviljade insatser (insatser som utförts delvis, inte alls/försummelse eller på ett felaktigt sätt, bristande resurser såsom bemanning, planering, avsaknad av material)

Enskild personal som brister i arbetsutövande (exempelvis bemötande, kränkning fysiska och psykiska övergrepp, bristande arbetsutövning trots adekvat utbildningsgrund och introduktion)

Bristande kompetens hos personal (exempelvis brister i introduktion, förhållningssätt, personals nödvändiga kompetens gällande målgrupp och uppdrag/roll, arbetsmetoder, löpande kompetensutveckling, svårigheter med rekrytering)

Bristande social dokumentation (med bristande rättssäkerhet som följd)

Förvaltningen ser att insatser behöver göras för att komma till rätta med dessa brister. Det ställer krav på att introduktion och utbildningsinsatser håller en god kvalitet och är tillgänglig för nyanställd och befintlig personal. Det är dessutom viktigt med en tydlig, närvarande och kontinuerlig arbetsledning samt metodstöd i direkt verksamhet. Verksamheten behöver ge personalen rätt förutsättningar att

utföra sitt uppdrag.

5.2.3 Vårdskada enligt lex Maria

Lex Maria är det vardagliga namnet på anmälningsskyldigheten gällande vårdskada, som följer av 3 kap 5 § Patientsäkerhetslagen. Anmälningsskyldigheten innebär att en vårdgivare har skyldighet att anmäla till IVO om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom.

	2021	2022
Antal anmälningar enligt lex Maria	5	1

Den anmälan som gjorts under 2022 gäller bristande signeringar och uppföljningar. Äldre- samt vård och omsorgsförvaltningen är ansvarig för legitimerad personal och har därför upprättat rutiner för att säkerställa kompetens, förberedelser och möjlighet till full närvaro vid behandlingar. I utredningen framkommer bristande kunskap om gällande riktlinjer och rutiner. I det specifika fallet har omgivande faktorer haft stor påverkan. Verksamheten har upprättat åtgärdsplan.

5.3 Andras bedömning

5.3.1 Tillsyn

Frekvenstillsyn - barn och unga

IVO ska enligt lag och förordning regelbundet inspektera boenden för barn och ungdomar. Regleringen avser exempelvis bostäder med särskilt stöd och service för barn eller ungdomar enligt LSS. Inspektionen ska ske minst en gång per år. Vid alla inspektioner ska de barn som vill prata med inspektören från IVO få möjlighet till det.

Vid tillsyner 2021 lyfte IVO fram tre brister som ansågs vara allvarliga. Bristerna avsåg begränsningsåtgärder utan samtycke, bristande kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation, så kallad AKK, samt ohanterade avvikelser. Arbete har genomförts på alla förvaltningens barnboenden för att lösa dessa brister. Personal har fått kompetensinsatser inom AKK, översyn av begränsningsåtgärder och inhämtande av samtycke har fortsatt och mer systematiska arbetssätt för att hantera avvikelser har införts.

Under 2022 har fem tillsyner gjorts och två av rapporterna har inkommit. Rapporten för det ena boendet visar att omvårdnaden i boendet är individuellt utformad och att verksamheten inte tillämpar begränsande och/eller integritetskränkande åtgärder. IVO har därmed avslutat ärendet. Rapporten för det andra boendet konstaterar att det fortfarande finns brister kring samtycke för vissa begränsningsåtgärder. Denna brist och eventuella åtgärder ska redovisas till IVO i februari 2023. Utöver den påtalade bristen har tillsynen visat att verksamhetens bemanning och personalens kompetens ger förutsättningar för att tillgodose de boendes individuella omvårdnadsbehov och att verksamheten tar omhand och utreder avvikelser. De tre återstående rapporterna inväntas i början av 2023. Det sjätte barnboendet öppnades i maj 2022 och har inte haft någon tillsyn än.

5.3.2 Revisioner

Privata medel

Göteborgs Stads stadsrevision har granskat hantering av privata medel för personer med funktionsnedsättning som bor i bostad med särskild service. Granskningen visar att nämnden för funktionsstöd saknar riktlinjer och rutiner samt att det finns brister i hantering, redovisning och förvaring. Granskningen redovisades i november 2022.

Arbete pågår med att ta fram en övergripande rutin för privata medel och förvaltningen har som ett första steg antagit en "Anvisning för hantering av privata medel i samband med inköp av livsmedel till gemensamma måltider". Nya arbetssätt kopplade till bland annat fakturering och kassabok håller på att införas.

Nästa steg i den övergripande rutinen som tas fram är övrig hantering av kontanter, hantering av bankkort/betalkort samt förvaring av privata medel och värdesaker. Detta arbete planeras till början av 2023.

Palliativ vård

Göteborgs Stads stadsrevision har under året genomfört en granskning av Göteborgs Stads palliativa vård samt stöd till patienter och närstående i nämnden äldre- samt vård och omsorgsnämnden, nämnden för funktionsstöd samt socialnämnden Nordost. Syftet med granskningen är att bedöma om de granskade nämnderna erbjuder en god palliativ vård och omsorg och ett gott stöd till den sjuke och dennes närstående.

I granskningen undersöker stadsrevisionen om de berörda nämnderna har ändamålsenliga processer och rutiner som säkerställer en god palliativ vård och omsorg, om de säkerställer att närstående erbjuds bistånd, stöd och social omsorg i den omfattning som de har rätt till samt om nämnderna samverkar kring patienten på ett ändamålsenligt sätt.

Rapporten från granskningen har inte publicerats än och därför kommer frågan att lyftas i nästkommande års kvalitetsberättelse.