



Kvalitetsrapport socialförvaltningar

Socialnämnden Sydväst

Innehållsförteckning

1	Inledning	4
1.1	Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang	4
1.2	Sammanfattande bedömning	4
2	Barn- och ungdomsvård	6
2.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	6
2.1.1	Egenkontroll	6
2.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	10
2.1.3	Risker.....	14
2.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året.....	14
2.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	15
3	Ekonomiskt bistånd	16
3.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	16
3.1.1	Egenkontroll	16
3.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	19
3.1.3	Risker.....	21
3.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året.....	21
3.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	22
4	Vuxna	24
4.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	24
4.1.1	Egenkontroll	24
4.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	27
4.1.3	Risker.....	28
4.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året.....	28
4.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	29
5	Boende och hemlöshet.....	31
5.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	31
5.1.1	Egenkontroll	31
5.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	35
5.1.3	Risker.....	38
5.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året.....	38
5.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	39
6	Fritid.....	40
6.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	40

6.1.1	Egenkontroll	40
6.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	41
6.1.3	Nationella jämförelser.....	42
6.1.4	Risker.....	43
6.1.5	Förbättringsarbetet sedan förra året.....	43
6.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	44
7	Förvaltningsövergripande	46
7.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	46
7.1.1	Synpunkter.....	46
7.1.2	Interna mätningar, kontroller, granskningar	46
7.1.3	Avvikelser.....	46
7.1.4	Externa granskningar	47
7.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	47

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

Rapporten visar att det systematiska kvalitetsarbetet utvecklas inom samtliga verksamhetsområden. Fortløpande förbättringar har gjorts och pågår för att säkerställa och utveckla kvaliteten i verksamheterna.

Brukarnas inflytande och delaktighet har avdelningarna arbetat med genom olika metoder och verktyg efter de olika målgruppernas behov. Några exempel är LÖSA (lösningar för delaktighet och trygga barn), enkäter, intervjuer, arbetsplaner, samordnade planer, genomförandeplaner, verksamhetsråd och husmöten. Det bedrivs också forskning inom Barn och Unga, där resultat väntas under 2025. Att systematiskt fånga upp synpunkter från brukare utgör ett utvecklingsområde.

Några områden där förbättringar har gjorts sedan föregående kvalitetsår är följande:

- Fortsatt utveckling av nyckeltal inom flera avdelningar.
- Utveckling av egenkontroll. Egenkontrollen handläggningsprocess har gjorts mer användarvänlig. Egenkontrollen genomförs numera digitalt vilket underlättar analys av resultaten.
- Systematisk uppföljning på individnivå genom fortsatt implementering av ASI (Addiction Severity Index).
- Skapandet av ett relationsfridsteam.
- Uppföljning av beslutade åtgärder enligt lex Sarah. Detta synliggör genomförda förbättringar och skapar möjligheter för reflektion och gemensamt lärande.

Inom ovanstående områden har förbättringar skett samtidigt som det finns utrymme att fortsätta utveckla och förbättra arbetet.

Ett fortsatt utvecklingsområde för fler avdelningar är följsamhet till socialförvaltningarnas rutin för skyddade personuppgifter. Delar av rutinen uppfattas av flera verksamheter som svåra att följa.

Utifrån de brister som framkommit i lex Sarah utredningar har åtgärdsplaner upprättats. Hur omfattande dessa åtgärdsplaner är ser olika ut i olika verksamheter, beroende på vilka bakomliggande orsaker som identifierats. Uppföljningar genomförs av beslutade åtgärder i alla ärenden där missförhållande föreligger. Detta i syfte att följa upp att beslutade åtgärder genomförs samt att försöka mäta effekt av åtgärderna och synliggöra eventuella behov av ytterligare åtgärder.

Antal rapporterade avvikelser har överlag ökat inom förvaltningen. Det finns ett fortsatt behov av utbildning och dialog i frågorna. Inom stadsområde, välfärd och fritid har ett avvikelshanteringssystem införts, vilket kommer att säkerställa systematisk uppföljning och analys.

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

Avdelningen arbetar kontinuerligt för att stärka barns delaktighet och inflytande. En del i det är den pågående implementering av metoden LÖSA (lösningar för delaktighet och trygga barn). LÖSA en modell för att säkerställa barns delaktighet. Följeforskning av LÖSA har fortsatt under året och resultatet presenterades i slutet av året. Forskningen visar att.....

Inom avdelningen pågår också forskning gällande barns delaktighet där familjen har haft öppenvårdsinsatser. Forskningen bedrivs av Maria Heimer vid Uppsalas Universitet och förväntas vara klart i början av 2025. Resultatet kommer ge värdefull kunskap framöver gällande barns delaktighet som avdelningen kan arbeta vidare med.

Inom resursverksamheterna fortsätter arbetet med FIT (Feedback Informed Treatment) där brukaren ges möjlighet till att lämna omedelbar feedback på insatsen och behandlaren får förståelse kring brukarens behov. Aggregerade resultat har ännu inte gjorts men det finns dock möjligheter till det framöver.

BBIC (barns behov i centrum) som staden använder är också ett verktyg för att stärka barns delaktighet och inflytande på individnivå.

Göteborgs stads Familjehem har under 2024 genomfört en enkätundersökning för alla uppdragstagare (familjehem) över staden. Enkäten mejlades till alla familjehem. Enkäten besvarades anonymt och frågorna som ställdes handlade om tillgänglighet, bemötande, delaktighet, kompetens, trygghet, förtroende och helhetsintryck. Totalt inkom 204 svar över staden. Familjehemsenheten Sydväst hade högst svarsfrekvens (47 stycken). Resultatet var mycket positivt.

Barnsekreterarenheten har genomfört Västermodellen. Det är en modell som innebär att barn intervjuas i syfte att utveckla verksamheten. Barnen lyfte bland annat att de överlag är nöjda med kontakten med sin barnsekreterare. De upplever sig ha ganska god kännedom om vad socialtjänsten gör även om det ibland är svårt att förstå. En del tyckte att delaktighet är ett klurigt begrepp, men de uppfattar

generellt att de får ta del av det som berör dem och kan uttrycka sin åsikt. Det framkom också att det är viktigt för barnen att barnsekreteraren är snäll, lyssnar och att de är ärliga mot barnet om vad som sker.

2.1.1.2 Brukarenkät

Ingen brukarenkät har genomförts på övergripande nivå.

2.1.1.3 Öppna jämförelser

Årets resultat av öppna jämförelser visar bland annat att bedömningsmetoder avseende normbrytande beteende används men inte när det kommer till missbruk eller föräldraförmåga.

I resultatet framkommer att individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens behov/problem eller resultat av insatser inte görs på verksamhetsnivå. Förbättring av den individbaserade systematiska uppföljningen på verksamhetsnivå finns med som en aktivitet i kategoriplanen för barn och unga. Det finns också ett pågående arbete inom enhetschefernas temagrupsarbete över staden. Att utveckla den individbaserade systematiska uppföljningen ligger i linje med ny socialtjänstlag. Det finns idag inte stöd i befintligt verksamhetssystem för aggregerad systematisk individuppföljning.

Inom resursverksamheten används FIT (Feedback Informed Treatment) där möjlighet finns att framöver göra analyser på verksamhetsnivå. Inom resursverksamheten har också ett verktyg använts i samband med ett forskningsprojekt om barns delaktighet, vilket skulle kunna fortsätta att användas framöver för viss aggregerad uppföljning.

Det framgår också i öppna jämförelser att barn fortsatt får information om barns rättigheter samt kontaktuppgifter till ansvariga för placerade barn.

2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	A nt al	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	2		
Kritik	0		
Ingen kritik	2		
Stadsrevisionen	1		
Rekommendationer	3		
Revisionskritik			
Annan extern granskare	1		
JO (dnr: 0634/24)	1	Beslut från JO att det inte finns anledning att inleda utredning.	

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Avser två ärenden (dnr: 0350/23 samt 0591/23)

IVO uppmärksammade inte några brister inom de områden som tillsynen omfattade i ärende 0350/23. Barnet hade fått komma till tals, nämnden hade bedömt barnets bästa och inga brister i samverkan identifierades.

IVO uppmärksammade inte några brister i tillsynen avseende ärende 0591/23 som avsåg stödboende då stödboende hos resursverksamheten hade avslutats.

Stadsrevisionen

Stadsrevisionen riktade ingen kritik till nämnden (avser dnr: 0343/23) men framförde följande rekommendationer;

- Att stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk.

-Att stärka sin uppföljning av SIP-arbetet i syfte att se till att verksamheten lever upp till kraven som ställs i lagstiftning och regelverk gällande samordnade insatser för barn och unga.

-Att arbeta för förverkligandet av en gemensam digital samverkansyta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt säkra informationsöverföringen i arbetet med SIP barn och unga.

Justitieombudsmannen (JO)

Avser dnr: 0634/23. JO beslutade att det inte förelåg skäl till att inleda utredning.

2.1.1.5 Interna granskningar

Inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet ska socialförvaltningen genomföra interna egenkontroller som syftar till att följa upp och utvärdera den egna verksamhetens kvalitet. Egenkontrollerna innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. De fastställda interna granskningar som beslutats på förvaltningsnivå innefattar granskning av handläggning och dokumentation i individärenden, hantering av skyddade personuppgifter, behörighetskontroller i verksamhetssystemet Treserva samt granskning av köpt vård och boenden enligt ramavtal och direktupphandling. Detta görs i form av stickprov med olika intervaller under året enligt rutin.

Resultatet visar att avdelningen genomför ovan nämnda fastställda egenkontroller i olika utsträckning och att dessa kontroller utgör ett fortsatt förbättringsområde.

Behörighetskontroller i verksamhetssystemet Treserva genomförs och resultatet har inte påvisat några oegentligheter under kvalitetsåret. Det har konstaterats att det behöver bli tydligt var kontrollerna ska förvaras.

Loggranskningar av medarbetare görs men upplevs som svåra att genomföra och tar mycket tid i anspråk. Som exempel anges en kontroll i ett ärende som genererade en lista på 56 sidor som enhetschef skulle granska.

Avseende hantering av behörighet till skyddade ärenden får den handläggare som tilldelas ett sådant ärende behörighet under en begränsad tid.

Den egenkontroll som berör handläggning och dokumentation görs regelbundet men aggregeras inte på övergripande nivå vilket fortsatt utgör ett förbättringsområde.

Inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet granskar individutskottens ledamöter och ersättare kontinuerligt anmälda delegationsbeslut. Besluten anmäls per kalendermånad. Ledamot/ersättare väljer vid varje tillfälle ut tre beslut för granskning. Nämndsekreteraren meddelar respektive beslutsfattare vilka beslut som ska granskas. Beslutsfattaren tar därefter kontakt med den som granskar och man träffas för att gå igenom besluten. Oftast medverkar även förste socialsekreterare vid granskningstillfället. Granskningen utgår huvudsakligen från en checklista, som innehåller ett antal punkter att beakta vid granskningen. Den genomförda granskningen rapporteras av ledamot/ersättare vid ett kommande utskottssammanträde.

Resultatet av granskningarna, som sparas och förvaras hos nämndsekreteraren, visar huvudsakligen under året att det föreligger få eller inga anmärkningar på granskade beslut. Under kvalitetsåret har checklistan reviderats för att bli tydligare för beslutsfattare och granskare.

2.1.1.6 Övrig egenkontroll

Utöver de fastställda förvaltningsgemensamma interna granskningarna genomför enheterna inom avdelningen också egna kontroller.

På några enheter görs till exempel en fördjupad kontroll gällande följsamheten till handläggningsprocessen inom myndighetsutövningen. Det sker genom att enheterna tilldelas ett slumpmässigt utvalt ärende som sedan går igenom. Eventuella brister och utvecklingsområden som identifierats dokumenteras och tas upp på APT samt metodhandledning för gemensamt lärande och utveckling av arbetssätt.

På *mottagningsenheten* genomförs egenkontroll tre gånger per år avseende handläggning och dokumentation. Egenkontrollerna har visat att handläggning följs enligt rutiner och lagstiftning och att skyddsbedömningar görs i förhandsbedömningarna.

I samband med lönerevision genomför enhetscheferna inom *barn och familj 1,2,3* egenkontroller på tre ärenden för respektive handläggare. Varannan månad görs också kontroller på placeringar med fokus på uppdrag, uppföljningar och planering framåt. Ett arbete pågår avseende att digitalisera egenkontrollerna för att smidigare kunna aggregera och analysera resultat.

På *barnsekreterarenheten* görs ärendegenomgångar tillsammans med förste socialsekreterare och handläggare en gång per månad samt under metodhandledning en gång per vecka där både ärenden och metod diskuteras.

På *familjehemsenheten* genomförs egenkontroller kvartalsvis. Förste socialsekreterare väljer slumpmässigt ut ärenden från verksamhetssystemet Treserva och då ett ärende per fem familjehemssekreterare vid varje tillfälle. Tillsammans med förste socialsekreterare besvarar familjehemssekreterarna en forms enkät med frågor om det finns en familjehemsutredning, aktuellt avtal, registerutdrag och journalanteckningar.

I staden har också en kompetenstrappa tagits fram för familjehemmen och i den ingår obligatoriska utbildningar samt frivilliga föreläsningar. Kompetenstrappan läggs in i uppdragstagarens akt i Treserva som en del i egenkontrollarbetet.

Inom *resursverksamheterna* finns ett årshjul för egenkontroller och det görs egenkontroller vid två tillfällen per termin. Under kvalitetsåret 2023/2024 valdes 30 ärenden slumpvis ut och då 10 ärenden per enhet. Det som granskades var om det fanns ett aktuellt beslut, om genomförandeplanerna var upprättade inom skälig tid (sex veckor från planeringsmöte), ifall barnet givits möjlighet till delaktighet,

om uppföljning genomförts inom överenskommen tid, om skriftliga sammanfattningar gjorts kopplat till uppföljningar samt ifall dokumentationen avseende löpande journalanteckningar gjorts inom skälig tid.

Resultatet visade att det finns beslut finns i alla ärenden och att det finns genomförandeplaner i alla de ärenden där det ska finnas men att en del behövde revideras. Vidare påvisade egenkontrollen att delaktigheten för barn och unga var hög utifrån genomförandeplanen och i de fall där delaktighet inte fanns har skäl angivits. Uppföljningarna hade överlag gjorts i tid men i några enstaka uppdrag uppmärksammades brister. Sammanfattningar saknades i några enstaka ärenden. Journalanteckningar fanns men saknades i några uppdrag på grund av sjukdom. Dialog förs på enheterna kring vad som behöver göras när medarbetare blir sjuk.

Höstens sista egenkontroll inom resursverksamheterna genomfördes med fokus på dokumentation, vad som skrivs i löpande journalanteckningar och i sammanfattningarna för att se om det finns en tydlig koppling till mål och måloppfyllelse.

Avdelningen har ett stort antal pågående ärenden och de ärenden som slumpmässigt valts ut och granskats har inte påvisat brister. Det innebär inte att det inte föreligger brister i andra specifika ärenden men granskningar kommer fortsatt att göras och utvecklas.

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. Avvikelse 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
Handläggning	5
Tips/synpunkt	3
Utlämnande av handling	2
Bemötande	1
Avtal och uppsägning	1
Återkoppling	1

En gemensam rutin för synpunktshantering finns i förvaltningen.

Under perioden har 13 synpunkter registrerats i befintligt system för synpunktshantering. De flesta av synpunkterna rör handläggning av ärenden eller någon form av tips/allmän synpunkt. Alla synpunkter bemöts av verksamheten där återkoppling och dialog sker med berörd synpunktslämnare. Synpunkter lyfts på enheternas APT. Inga systematiska brister har uppmärksammats i samband med hantering av synpunkterna.

2.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Brist i arbetsmiljö och kultur	4
Brist i implementering	2
Brist i kommunikation	13
Brist i planering	15
Brist i riktlinjer och rutiner	78
Brister i organisation och samverkan	21
Ej avvikelse	5
Kompetensbrist	16
Problem med bemanning	33
Problem med ramvillkor och krav	1
Tekniskt fel	16
Yttre orsaker	288
Övrigt	27

Totalt har 519 avvikelser rapporterats inom avdelningen under kvalitetsåret 2023/2024. Det innebär en ökning med 33 % jämfört med föregående kvalitetsår. Antalet avvikelser har ökat successivt sedan 2022. En förklaring till att antalet avvikelser ökar är att medarbetare och enhetschefer erbjuds utbildning i avvikelshantering årligen och att avvikelser regelbundet diskuteras på APT. Avdelningens enheter har kommit olika långt i arbetet med avvikelshantering.

Mottagningsenhetens avvikelser har främst handlat om sena förhandsbedömningar. Det handlar oftast om att förhandsbedömningen inte har dokumenterats i tid. Möten med familjerna är dock genomförda och familjen har fått besked men dokumentation har inte kunnat slutföras i tid. Det kan också handla om att mottaget fått in akuta skyddsbedömningar som måste hanteras före andra ärenden. Bedömning görs alltid tillsammans med 1:e socialsekreterare eller enhetschef. Dialog kring registrerade avvikelser sker på APT, metodhandledning eller i andra forum.

På barn och familj 1,2,3 har avvikelserna främst berört skyndsamheten i utredningsprocessen, att förhandsbedömning inte gjorts inom tidsfristen, brister i informationsinhämtning, samverkan inom och utanför förvaltningen och att inkomna handlingar inte hanterats i rätt tid.

Barn och familj har blivit bättre på att göra avvikelser i samverkan då regionen till exempel inte har närvarat på SIP-möten. Överskriden utredningstid är den avvikelse som sticker ut inom enheterna barn och familj 1 och 3. Anledningen till detta kan vara personalomsättning samt längre ledigheter både hos socialsekreterare och familjerna. På barn och familj 2 har brist i informationsinhämtning varit den främsta avvikelseorsaken. Vad detta har berott på

är oklart.

På familjehemsenheten handlar avvikelserna främst om problem med det administrativa stödet bland annat gällande många felaktiga utbetalningar. Det som uppmärksammats är att det finns ett behov av ökad samverkan mellan enheterna och ökad kunskap om varandras uppdrag samt ett behov av förtydligande kring vad som gäller när enheterna inte delar samma uppfattning. Medarbetare har inte gått utbildning i avvikelshantering. Diskussion om avvikelser görs regelbundet och minst en gång per år på APT.

Inom resursverksamheterna ses en liten ökning i antalet avvikelser och de har främst handlat om intern och extern samverkan och att uppdrag inte har utvärderats. Anledningen till ökningen är att medarbetare har fått utbildning i avvikelshantering och att dialog kring avvikelser sker med medarbetare.

2.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Allvarligt missförhållande. Ett barn har under ett och ett halvt års tid varit beviljat kontaktfamilj utan att beslutet har verkställts. Allvarlig oro för barnets hälsa och förälderns omsorgsförmåga har identifierats under lång tid utan att barnets behov har utretts ordentligt. Barnets röst har inte hörts tillräckligt. Orsaker bedöms ha varit bristande rutiner kring uppföljning vid ej verkställda beslut, förhållningssätt gentemot förälder, avsaknad av struktur vid ärendehandledning, otillräcklig ledning och styrning samt otydliga rutiner kring utredningsförfarande när oro kommer in vid pågående utredning utifrån ansökan.	Checklista för individuell metodhandledning, för att säkerställa att handlägningsprocess följs. Implementera framtiden egenkontroll kring hur ärenden utreds inför förlängning av beslut. Arbetssätt för hur oro/anmälningar ska tas omhand i pågående utredning förtydligas. Uppföljning genomfördes i februari 2024 och samtliga åtgärder är genomförda med önskad effekt.
Allvarligt missförhållande. Ett barn, omhändertaget enligt LVU, har under tio månaders tid haft regelbundet umgänge med en närstående vuxen trots allvarlig oro för sexuella övergrepp. Den vuxne har också involverats i barnets ärende hos socialtjänsten. Brist i ledning och styrning vilket innefattar brist i tydlighet kring hur situationer ska hanteras när internt samarbete inte fungerar, samt kompetensbrist.	Säkerställa tillräcklig ledning och styrning inom samtliga enheter, fördjupa kunskapen kring analys och bedömning med barnets bästa i fokus, säkerställa kompetensutveckling om sexuell utsatthet hos barn och om familjehemsvård, säkerställa internt samarbete samt dialog om hur avvikelser ska uppmärksammas och rapporteras. Uppföljning av åtgärderna genomförs i december 2024/januari 2025.

Ärende	Föreslagna åtgärder
Allvarligt missförhållande. Ett barn, aktuell inom socialtjänsten utifrån hedersrelaterat våld och förtryck, har förts utomlands av sin ena vårdnadshavare. Förvaltningen har inte tagit hedersproblematiken på tillräckligt stort allvar och har inte i tillräcklig utsträckning använt sig av den specialkompetens som finns inom förvaltningen. Det har saknats en tydlig beskrivning av när Resursteam Heder ska användas. Periodvis mycket hög arbetsbelastning beskrivs också som en bakomliggande orsak.	Rutin för samarbete mellan Barn och Unga och Resursteam Heder tas fram. Alla medarbetare ska ha grundläggande kunskap om hedersrelaterat våld och förtryck, genom återkommande utbildningar. Utökning med ett team. Översyn av ärendefördelningssystem. Vid uppföljning av beslutade åtgärder i december 2024 framkommer att rutinen för samarbete ej har genomförts. Detta med anledning av att det under hösten blev känt att teamet sannolikt skulle placeras centralt i staden. Rutin gällande samverkan behöver därmed omfatta samtliga socialförvaltningar.
Missförhållande. Integritetskänsliga handlingar gällande jourhem har sparats i ett barns akt, i och med utredning av särskilt förordnad vårdnadshavare. Brist i riktlinjer och rutiner, då det inte framgått var sådan information bör sparas. I utredningen framkommer brister i bemötande gentemot barnet. Förvaltningen har inte tagit tillräcklig hänsyn till det enskilda barnets förutsättningar och särskilda utsatthet. Bristerna i bemötande bedöms utgöra ett missförhållande enligt lex Sarah.	Säkerställa gott bemötande, genom att samtliga medarbetare har kunskap och kompetens att möta barn i utsatta situationer. Säkerställa tillräcklig ledning och styrning i samtliga enheter. Säkerställa att internt samarbete mellan enheter fungerar väl. Åtgärderna följs upp i december 2024/januari 2025. Utöver detta har frågan om utredningar gällande särskilt förordnad vårdnadshavare lyfts till Enheten för Kvalitet.
Risk för missförhållande. En orosanmälan har inte hanterats korrekt. Vårdnadshavare har inte fått information om inkommen anmälan, men kontaktar socialtjänsten och begär ut den.	Återkoppling till medarbetare utifrån vikten av noggrannhet, rättssäker handläggning och kommunikation.

Inom Barn och Unga har nio lex Sarah utredningar genomförts under kvalitetsåret och under hösten 2024 har ytterligare utredningar genomförts. Tre har bedömts som allvarliga missförhållanden och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Två har bedömts som missförhållanden och en som påtaglig risk för missförhållande. Fyra ärenden har inte bedömts utgöra missförhållande. I ett av de ärendena gjordes dock iakttagelser om tidigare brister i handläggning, samt att skriftlig dokumentation av en viktig bedömning saknades.

Under år 2024 har Barn och familj 1,2 och 3 fått ett antal lex Sarah och omfattande åtgärdsplaner har formulerats. Nästa år kommer att präglas mycket av att genomlysas olika moment i handläggningsprocessen och implementera rutiner och jobba för att få en enhetlighet och samsyn för de tre utredningsenheterna.

Utbildning i avvikelser och lex Sarah erbjöds för samtliga chefer och medarbetare inom avdelningarna Barn och Unga och Vuxen och Försörjningsstöd under vårterminen 2024. Det finns behov av fortsatt utbildning och dialog om avvikelser och lex Sarah inom Barn och Unga. Utifrån att ärenden rör sig mellan enheterna uppstår situationer där medarbetare uppmärksammar händelser som inträffat inom andra enheter inom den egna verksamheten. Det är av stor vikt att rapporteringsskyldigheten uppfylls samtidigt som det är viktigt med en tillitsfull arbetsplatskultur där det finns goda förutsättningar att prata med varandra. Det är också av stor vikt att återkopplingen till personal sker på ett sätt som skapar goda förutsättningar för gemensamt lärande.

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
Utveckla nyckeltal genom att mäta individuell måluppfyllelse i ärenden samt hur länge ärenden pågår.	Fortsatt arbete inom avdelningen. En genomlysning av insatserna inom resursverksamheterna kommer att göras innan årsskiftet. Ett stadenövergripande uppdrag pågår också avseende individbaserad systematisk uppföljning (ISU) i individärenden som berör familjebehandling.
Fortsätta att stärka alla delar inom egenkontrollerna samt systematiken kring dessa.	Ett arbete har gjorts kring egenkontrollen som avser följsamheten till handlägningsprocessen. En forms enkät har utformats så att den är applicerbar på alla enheter inom myndighetsutövningen utifrån de frågeställningar som berör deras verksamhetsområden. Vidare har ett arbete gjorts kring de egenkontroller som enheterna själva ser ett behov av. Även de har utformats via Forms för att förenkla och aggregera resultat.
Rätt förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete och säkerställa att medarbetare stannar (arbetsmiljö, kompetensförsörjning och lön)	Under året har en del lokaler utgjort ett arbetsmiljöproblem för både chefer och medarbetare och är något som avdelningen arbetat hårt med och till viss del lyckats lösa. Inom barn och familj har avsaknaden av två ordinarie enhetschefer påverkat arbetsmiljön hos såväl enhetschefer och medarbetare. Rekrytering av en enhetschef är genomförd vilket sannolikt kommer att öka stabilitet på sikt. Ett arbete har också gjorts gällande kompetensförsörjning och introduktion vilket har givit positiv effekt.
Barns inflytande, delaktighet och fortsatt implementering av LÖSA	Kontinuerligt arbete pågår. Följeforskning av LÖSA har pågått vilket ger värdefull kunskap framåt. Implementering av LÖSA fortgår och behöver hållas i. Utmaning med att det endast är två personer i staden som har huvudansvar för LÖSA.
Samverkan behöver fortsatt stärkas internt inom avdelningen	Finns flera upparbetade samverkansstrukturer som fungerar bra internt. Utvecklats inom VinR-området. Fortsatt bevakning utifrån att avdelningen delas i två 2025.

Samverkan med externa aktörer såsom regionen och funktionsstöd	SIP görs, men inte alltid det ger resultat. Övergripande överenskommelser finns, men inte alltid lätt att realisera på individnivå. Fortsatt en utmaning och utvecklingsområde.

2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Göra fördjupade analyser utifrån nyckeltal

Exempel på nyckeltal att fördjupa är genomsnittlig längd i pågående insatser, avslutsorsaker samt måluppfyllelse med mera. längd Ta fram nyckeltal avseende längd, avslut, måluppfyllelse med mera.

Fortsätta att stärka alla delar inom egenkontrollerna samt systematiken kring dessa

Resultatet visar att avdelningen genomför ovan nämnda fastställda egenkontroller i olika utsträckning och att dessa kontroller utgör ett fortsatt förbättringsområde. Under nästkommande år kommer avdelningen påbörja ett arbete med att digitalisera egenkontrollerna för att på så vis kunna aggregera resultat och fördjupa analyser.

Fortsätta arbetet med att genomföra de åtgärder som framkommer av lex Sarah utredningarna

Under år 2024 har Barn och familj 1,2 och 3 fått ett antal lex Sarah och omfattande åtgärdsplaner har formulerats. Nästa år kommer att präglas mycket av att genomlysna olika moment i handlägningsprocessen och implementera rutiner och jobba för att få en enhetlighet och samsyn för de tre utredningsenheterna. En planerad åtgärd är att genomföra kollegiala aktgranskningar.

Barns inflytande, delaktighet och fortsatt implementering av LÖSA

Avdelningen arbetar kontinuerligt för att stärka barns delaktighet och inflytande. En del i det är den pågående implementering av metoden LÖSA (lösningar för delaktighet och trygga barn). LÖSA en modell för att säkerställa barns delaktighet. Följeforskning av LÖSA har fortsatt under året och resultat kommer att presenteras i slutet av året. Det kommer att generera värdefull kunskap framöver.

Planerade förbättringsåtgärder
Göra fördjupad analys utifrån nyckeltalen. Ta fram nyckeltal avseende längd, avslut, måluppfyllelse med mera.
Fortsätta att stärka alla delar inom egenkontrollerna samt systematiken kring dessa.
Fortsätta arbetet med att genomföra de åtgärder som framkommer av lex Sarah utredningarna.
Barns inflytande, delaktighet och fortsatt implementering av LÖSA.

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

Arbetsplaner används som ett verktyg för att stärka brukarens delaktighet och inflytande. I egenkontroller har framkommit att det inte finns arbetsplaner i alla ärenden. Arbetet med att säkerställa att alla ärenden har en arbetsplan har pågått under 2024 och kommer fortsätta under 2025.

Enheten använder sig också av SIP i de ärenden som behöver samverkan med VGR för att få en helhetsbild kring brukarens insatser. Genom utbildning i SIP och införande av SIP-ambassadörer har SIP har fått en högre prioritet och antalet genomförda SIP har ökat.

Bedömningsstödet används i den utsträckning det är lämpligt. Syftet är att bedömningarna ska bli likvärdiga över staden och i slutändan leda till likvärdiga insatser. Via bedömningsstödet säkerställs brukarens delaktighet i utformningen av insatser.

Inom Studiecirkeln används individuella uppföljningar på plats som en arbetsmetod för att forma insatsen efter deltagarens behov.

De olika metoderna med arbetsplan, SIP, bedömningsstödet och uppföljning ger ett gott stöd att tillvarata brukarnas upplevelser och ge dem inflytande i det enskilda ärendet. Någon insamling av lärdomar från brukarnas upplevelser som grupp har inte gjorts.

Vamos gör individuella uppföljningar efter avslutad insats. Det som framkommer i dessa uppföljningar används för att utforma verksamheten.

3.1.1.2 Brukarenkät

Det har inte genomförts någon brukarenkät det gångna kvalitetsåret.

3.1.1.3 Öppna jämförelser

Enhetscheferna på försörjningsstödsenheterna fyllde gemensamt i Öppna jämförelserns enkät gällande ekonomiskt bistånd. Detta är ett tillfälle att reflektera över den egna verksamheten utifrån vad som tas upp i Öppna jämförelser, exempelvis insatser, bedömningsmetoder och samverkan. I de fall verksamheten saknar något av det som Öppna jämförelser tar upp så förs en dialog om detta är något som skulle bidra till ökad kvalitet i verksamheten eller om behovet är tillgodosett genom andra insatser och arbetssätt som verksamheten använder sig av.

Någon analys av resultatet av Öppna jämförelser har inte gjorts då bedömning görs att det är svårt att tolka vad en jämförelse med andra kommuner utifrån de frågor som tas upp i Öppna jämförelser säger om kvalitén i den egna verksamheten.

3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

Det har inte genomförts någon extern tillsyn eller granskning på avdelningen det gångna kvalitetsåret.

3.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
Handläggning och dokumentation i individärenden. Följande avvikelser är framträdande: Kommunicering av utredning har ej skett 4 Arbetsplan saknas 4 Totalt 12 ärenden ingår i granskningen.	Öka andelen ärenden som har arbetsplan. I första hand kommer det tas omhand via tjänstegenomgångar.
Hantering av skyddade personuppgifter. Följande avvikelser är framträdande: Avsaknad av loggkontroll 3 Checklista med kartläggning är inte ifylld 3 Fysiska handlingar förvaras inte i röd mapp 3 Totalt 3 ärenden ingår i granskningen.	Rutinen för hantering av skyddade personuppgifter behöver implementeras. Det är dock önskvärt att en revidering av rutinen görs först.
I granskningen vid effektivering framkommer: Klienter har inte alla ersättningar de har rätt till	Utbilda handläggarna om ersättningar i socialförsäkringssystemet för att säkerställa att alla klienter har rätt ersättning. Ett sätt att göra detta är "Månadens fokuskontroll" där en kontroll väljs ut varje månad och kontrolleras i samtliga ärenden.
I enhetschefernas ärende granskning framkommer: Avsaknad av arbetsplaner Bristar i dokumentation och olikheter i hur mycket som dokumenteras och vad som tillförs ärendet.	Öka andelen ärenden som har arbetsplan. I första hand kommer det tas omhand via tjänstegenomgångar. Öka kvalitén och likvärdigheten i dokumentationen. Det finns behov av en Dokumentations-skola.

Enligt Socialförvaltning Sydvästs rutin för interna mätningar, kontroller och granskningar ska följande egenkontroller genomföras på avdelningen:

-Handläggning och dokumentation i individärenden 12 granskningar har gjorts under kvalitetsåret. De avvikelser som är vanligast förekommande listas ovan.

-Hantering av skyddade personuppgifter 3 granskningar har gjorts under kvalitetsåret. De avvikelser som är vanligast förekommande listas ovan.

-Händelselogg i Treserva Sex kontroller har valts ut under kvalitetsåret (varav en ej har genomförts). Inga avvikelser framkommer.

-Användarbehörigheter i Treserva Kontroll sker årsvis av samtliga behörigheter.

Utöver dessa kontroller genomförs inom försörjningsstödsenheterna följande egenkontroller:

-Granskning vid effektivering Varje dag granskas utbetalningar av försörjningsstöd, tre utbetalningar per dag. Syftet med kontrollen är att säkerställa att verksamheten följer lagstiftningens intentioner genom att säkerställa att rätt belopp betalas ut till rätt person.

-Granskning av delegationsbeslut Månadsvis sker en granskning av delegationsbeslut. Granskningen görs av individutskottet som slumpmässigt väljer ut några delegationsbeslut varje månad. Syftet med granskningen är att säkerställa att förvaltningen följer tillämpliga lagar, föreskrifter riktlinjer m.m. och eliminerar eller upptäcker allvarliga fel eller brister. I denna granskning har inga avvikelser av vikt framkommit.

-Ärendegranskning Enhetscheferna har som ambition att granska två ärenden per socialsekreterare en gång om året. Syftet med granskningen är att säkerställa att verksamheten följer lagstiftningens intentioner. Återkoppling sker till respektive handläggare. De avvikelser som är vanligast förekommande lista ovan.

3.1.1.6 Övrig egenkontroll

Det finns en tydlig struktur för arbetsledningen på försörjningsstödsenheterna för att säkerställa att alla handläggare får det stöd de behöver för att en god kvalitet uppnås i det dagliga arbetet samt att kunna identifiera brister. I detta ingår även en struktur för samordning inom försörjningsstödsenheterna och över staden med målet att en god kvalitet ska erbjudas alla klienter.

1:e socialsekreterare har kontinuerligt ärendegenomgångar och metodmöten med socialsekreterarna med syfte att implementera rutiner och riktlinjer samt följa upp ärenden för att säkerställa att rätt insats erbjuds klienterna och att handlägningsprocessen utförs korrekt. Ärendegenomgångar genomförs 2-3 gånger per år (oftare vid behov), metodmöten hålls varje vecka. Avvikelser som framkommer i samband med ärendegenomgångar åtgärdas i respektive ärende. Återkommande avvikelser lyfts till enhetschef för diskussion om eventuell åtgärd för att komma till rätta med strukturella brister. Utifrån detta kan exempelvis nya rutiner skapas eller utbildningsinsatser initieras för att öka kvalitén i arbetet.

Arbetsledarmöten med enhetschef och 1:arna sker 2 ggr/månad. Alla enhetschefer på försörjningsstödsenheterna träffas 1 gång per vecka och samma sak gäller även 1:arna. Syftet med dessa möten är att säkerställa gemensam samsyn och öka rättssäkerheten när det gäller våra ärenden.

Inom enheten finns två FUT-handläggare. Att det finns särskilda handläggare för FUT (felaktiga utbetalningar) har satt fokus på frågorna kring felaktigheter vilket har gjort övriga handläggare mer medvetna. Det har även blivit lättare för övriga handläggare att agera när de upptäcker felaktigheter eftersom det finns en tydlig struktur för omhändertagandet av felaktigheterna.

Stadens plattformsarbete har en viktig roll. Plattformsarbetet är en samlingsterm för stadens övergripande kvalitetssäkring i arbetet genom kompetensutveckling, stöd till att hantera riktlinjer och utveckla metoder. Plattformsarbetet ska bidra till att skapa förutsättningar för en stabil och rättssäker socialtjänst som ger likvärdigt stöd för alla invånare i staden. Inom plattformsarbetet träffas man varje månad (EC-nätverk och 1:e nätverk). Mötena blir ett stöd i att följa de gemensamma processer som finns i staden, lyfta frågor som man har i den egna förvaltningen och jämföra sig med resten av staden. Det är ett viktigt forum för att ex stämma av att uppföljning och mätning sker på samma sätt i de olika förvaltningarna.

Bedömningen är att den grundläggande strukturen fungerar väl. Det finns utrymme att utveckla uppföljningen av den för att bättre ta tillvara på lärdomar från de dagliga arbetet och lyfta in dessa i det strukturerade arbetet med att förbättra kvaliteten.

3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

3.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål som direkt berör verksamheten	3
Förslag som direkt berör verksamheten	1

De inkomna synpunkter som inte varit anonyma har blivit bemötta. Den samlade bilden av de inkomna synpunkterna visar inget behov av generella åtgärder.

3.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Samverkan extern	9
Samverkan intern	6
Övrigt	40
Post, inkommen handling	10
Dokumentation allmän	12
Utreda besluta enligt SoL	38
Utförande av SoL	4
Rättigheter och bemötande	6
Stöld/försvunnen/förstörd	3
Avvikelse inkommen från extern part	1

Ca 50 % av avvikelserna beror på den mänskliga faktorn så som fel journalföring eller fel i beräkningen avseende ekonomiskt bistånd.

En betydande andel av avvikelserna (under kvartal 3 2024 var det 37 %) är kopplade till verksamhetssystemet Treserva och Görel. Bristande verksamhetssystem påverkar socialsekreterarnas arbetsmiljö, åter upp den frigjorda

tiden och klienterna riskerar att inte få sitt bistånd i tid. Det finns behov av ett verksamhetssystem som underlättar för medarbetarna och inte tvärt om.

Några avvikelser avser receptionen. Förvaltningsledningen har föreslagit att receptionen och andra serviceinriktade funktioner ska bli en egen enhet.

Det finns också exempel på där en enskild avvikelse uppmärksammar ett problem eller leder till en förbättring:

-En avvikelse avser möjligheten till att ha SIP möte med många deltagare i avdelningens lokaler. SIP är lagstadgat men risken för att vi inte kan genomföra en SIP med många deltagare är hög. Frågan har gått till BoU om att få använda ett av deras större rum enbart för stora SIP möten men det är inte möjligt.

-En avvikelse avsåg att schablonbeloppet i normberäkning (Treserva) avseende matpengar inte var uppdaterad till 2024 års siffror. Begäran om rättelse är skickat till Intraservice som har uppdaterat årets belopp.

-En avvikelse har lett till ny rutin för att säkerställa att effektivering av ekonomiskt bistånd görs varje dag.

-En avvikelse gällande samverkan med Kompetenscenter (KC) rörande oflexibelt arbetssätt vid samråd inför start på KC vilket lett till att klienters start fördröjdes flera veckor.

-En avvikelse avsåg att en person som bytt juridiskt kön inte fick sina pengar då hen även bytte personnummer. Det är en sällan förekommande händelse men konsekvens blir stor för den enskilde när ekonomiskt bistånd uteblir.

Utifrån avvikelser gällande postgång kan man nu se en viss förbättring.

Utifrån inkomna avvikelser har Tre Lex Sarah har öppnats.

Efter analys av avvikelserna från det gångna kvalitetsåret föreslås följande åtgärder:

-Inför 2025 får vi bevaka att Intraservice uppdaterar beloppen till 2025 års nivå.

-Den information som finns på skatteverket gällande byte av juridiskt kön behöver göras känd. Detta kan göras via 1:arna.

-Hur arbetet med receptionen utvecklas behöver följas och samarbetet behöver utvecklas för att ge medborgarna bästa möjliga mottagande.

-En lösning behövs för att kunna använda andra verksamheters mötesrum då vi är en förvaltning.

-Fortsatt arbete med Arbvux kring rutinen kring samverkan med Kompetenscenter.

-Dokumentationsskola som en åtgärd för avvikelser kopplade till dokumentation (mänsklig faktor).

Avvikelser registreras i verksamhetssystemet Treserva vilket ger förutsättningar för ökad systematik i avvikelshantering. Syftet med avvikelser är att kunna synliggöra eventuella brister. Rapporterna analyseras för att vidare identifiera åtgärder och utvecklingsbehov. SAS bjuds in till ALG möte vid behov. Uppföljning och återkoppling av avvikelser sker på APT vid behov.

Enheten har återkommande utbildning om avvikelshantering och lex Sarah, senast våren 2024. Totalt har det i år gjorts 129 avvikelser, jämfört med 48 förra året. Detta bedöms som ett resultat av utbildningen och att enhetscheferna påminner om och uppmuntrar att göra avvikelser. Avvikelserna är ett viktigt underlag för enhetscheferna att strukturerat arbeta med brister i verksamheten och medarbetarna

kommer därför även framöver att uppmanas att göra avvikelser. Det är av vikt att avvikelser görs även när felaktigheter upptäcks mellan avdelningar.

3.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
En person har fått för lite försörjningsstöd utbetalt i två och ett halvt år. Detta beror på ett fel i beräkning av hushållsgemenskap som följt med över tid. Händelsen bedöms utgöra ett missförhållande enligt lex Sarah. Personen i fråga har fått retroaktiv utbetalning.	Förtydligande av kontroll av hushållsgemenskap vid årlig omprövningsutredning genomförs. Lyfta fråga till Treserva referensgrupp om att gemensamma hushållskostnader ska synas på normberäkning, vilket underlättar för klienter att själva upptäcka eventuella fel. Uppföljning genomfördes i juni och åtgärderna var genomförda.

Inom Försörjningsstöd har tre lex Sarah utredningar genomförts under perioden, varav en berör både Vuxen och Försörjningsstöd. I två ärenden har bedömningen gjorts att händelserna inte utgör missförhållande enligt lex Sarah. I ett ärende har bedömningen gjorts att händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.

I lex Sarah- intervjuerna beskrivs att det överlag finns förutsättningar att utföra ett gott arbete, i form av utbildning och kunskap, tid och möjligheter, arbetsledning och kollegialt stöd. Inga återkommande eller systematiska brister har identifierats.

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
----------------------	---------------------------

Arbete med att säkerställa att klienterna har rätt ersättningar genom att höja kunskapsnivån hos socialsekreterarna.	"Månadens fokuskontroll" har införts. En kontroll väljs ut varje månad och kontrolleras i samtliga ärenden. Det blir dels en kontroll men även ett sätt att uppmärksamma och informera om en fråga eller ersättning. Arbete med att höja kunskapsnivån hos socialsekreterarna är ett arbete, som på grund av bland annat att ny personal tillkommer och socialförsäkringssystemet ändras, behöver fortsätta även under nästa år.
Implementeringen av rutinen för skyddade ärenden behöver fortsätta för att säkra kvalitén i arbetet med dessa ärenden.	Denna fråga har inte arbetats med under det gångna kvalitetsåret. Det finns fortfarande ett behov av att göra rutinen känd på enheterna men man ser behov av en revidering av rutinen vilket kommer inväntas.
Fokusera frigjord tid på klienterna för att träffa dem, utreda och kunna matcha till rätt insats.	Eftersom målnivån på digitala ansökningar inte är nådd än och systemet ofta krånglar finns inte frigjord tid i önskad omfattning. Arbete har under året pågått med Arbux för att få lämpliga insatser att matcha till. Arbetet med att fokusera den frigjorda tiden på att träffa klienter kommer fortgå under nästa år.

3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

På enheten finns en tydlig struktur för att i det dagliga arbetet upprätthålla en god kvalitet, som ärendegenomgångar, metodsittningar, samverkan mellan 1:ar och enhetschefer i den egna förvaltningen och över staden, arbetet med FUT-handläggare och stöd från plattformsarbetet. Den samlade analysen är att denna struktur fungerar bra och att enheten väl följer de processer och rutiner den har för att nå målen. Det finns utrymme att utveckla uppföljningen av denna struktur för att bättre ta tillvara på lärdomar från de dagliga arbetet och lyfta in dessa i det strukturerade arbetet med att förbättra kvaliteten.

Avvikelserna är ett viktigt underlag för enhetscheferna att strukturerat arbeta med brister i verksamheten. Rapporteringen av avvikelser har lett till ett flertal förbättringar på enheten. Antalet rapporterade avvikelser har ökat sedan förra kvalitetsåret vilket är positivt och medarbetarna kommer även framöver att uppmanas att göra avvikelser.

I resultaten av egenkontrollerna och avvikelsehanteringen framkommer vissa brister som ännu inte är åtgärdade. Utifrån dessa görs bedömning att det är prioriterat att arbeta vidare med följande åtgärder:

-Dokumentations-skola. Det finns ett behov av att öka kvalitén i dokumentation och att jobba för en större samsyn och likvärdighet i dokumentationen. Ett sätt att göra detta, som skulle bli ett bra komplement till den introduktion och uppföljning som sker på enheterna skulle vara att ha ett informationspass (skola) kring dokumentation. I skolan kan man lyfta grundläggande kunskap om dokumentation, vad som är lagstyrt, hur man dokumenterar på ett tillgängligt sätt (utifrån förhållningssätt i nya socialtjänstlagen) samt ett extra fokus på områden där vi utifrån kontroller ser att det brister eller att det görs olika. Tänkbara att hålla i detta skulle vara 1:e socialsekreterare tillsammans med SAS.

-Brukarinflytande. Vi saknar idag en systematisk insamling av information från klienter. Det är av stor vikt att veta hur vår verksamhet uppfattas av dem vi är till för och vad som är kvalitet för dem. Bedömning är att en brukarenkät inte är tillräckligt utan att det behöver genomföras någon form av fokusgrupp eller

intervjuer. Ett alternativ kan vara att ringa upp klienter som avslutats.

-Öka andelen ärenden som har en arbetsplan. Arbetsplaner är ett viktigt verktyg för att stärka brukarens delaktighet och inflytande. Den sätter även fokus på arbetet med självförsörjningsuppdraget. Det är därför viktigt att det finns arbetsplaner i alla de ärenden som behöver en.

-Öka kunskapen om ersättningar hos andra myndigheter. För att säkerställa att klienter har alla de ersättningar som de har rätt till från andra myndighet finns ett behov av att öka kunskapen hos handläggaren om olika ersättning.

Planerade förbättringsåtgärder
Dokumentationsskola
Brukarinflytande
Öka antalet ärenden som har arbetsplaner
Öka kunskapen om ersättningar från andra myndigheter

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

Arbetsplaner används som ett verktyg för att stärka brukarens delaktighet och inflytande. Arbetet med att det skall finnas aktuella arbetsplaner har pågått under det gångna kvalitetsåret. Att det finns arbetsplaner följs på ärendegenomgångar där 1:e socialsekreterare följer en mall där arbetsplan finns med.

Avdelningen använder sig av SIP (samordnad individuell plan) i de ärenden som behöver samverkan med VGR för att få en helhetsbild kring brukarens insatser. Att det görs SIP i ärenden aktuella för det, följs på ärendegenomgångar där 1:e socialsekreterare följer en mall där SIP finns med. I vårdteamet (som missbruksgruppen har) stämmer man av om det finns en SIP innan en ansökan om vård och behandling går till utskottet.

I ärenden där det krävs en samordning med annan förvaltning i staden (främst förvaltningen för funktionsstöd) används samordnad plan (SP). Syftet med samordnad plan är att personer som söker hjälp ska inte riskera att drabbas om det skulle uppstå brister i samarbetet mellan stadens olika förvaltningar.

De olika metoderna med arbetsplan, SIP och samordnad plan ger ett gott stöd att tillvarata brukarnas upplevelser och ge dem inflytande i det enskilda ärendet. Någon insamling av lärdomar från brukarnas upplevelser som grupp utifrån dessa metoder har inte gjorts.

Avdelningen använder sig av ASI (Addiction Severity Index). Olika metoder har prövats för att öka antalet ASI. En lokal plan har följts där fokus inledningsvis var kring kvalité (att alla intervjuer som görs ska vara kompletta). Målet i planen var att ASI skulle genomföras i alla ärenden inom unga vuxna och var fjärde ärende inom vuxen där det finns en ansökan om vård och behandling. Detta har medfört att antalet genomförd ASI har minskat. Framöver kommer fokus vara att öka antalet grundutredningar, uppföljningar och U-båt (Uppföljning och Beskrivning av Åtgärder). Utifrån detta har bland annat en ny riktlinje har införts om att ASI

ska göras i alla ärenden där det finns en ansökan om vård.

Det hålls regelbundna möten mellan avdelningen och central samordnare för ASI. Avdelningen har även en kontaktperson som följer arbetet och signalerar när det finns brister och åtgärder behövs. I takt med att antalet genomförda intervjuer ökar och framförallt antalet U-båtar kommer underlaget från ASI ge en bild av brukarnas upplevelser och erfarenheter.

4.1.1.2 Brukarenkät

Det har inte genomförts någon brukarenkät det gångna kvalitetsåret.

4.1.1.3 Öppna jämförelser

Enhetscheferna på vuxenheterna fyllde gemensamt i Öppna jämförelserns enkäter gällande missbruks- och beroendevården, våld och samsjuklighet. Detta är ett tillfälle att reflektera över den egna verksamheten utifrån vad som tas upp i Öppna jämförelser, exempelvis insatser, bedömningsmetoder och samverkan. I de fall verksamheten saknar något av det som Öppna jämförelser tar upp så förs en dialog om detta är något som skulle bidra till ökad kvalitet i verksamheten eller om behovet är tillgodosett genom andra insatser och arbetssätt som verksamheten använder sig av.

Någon analys av resultatet av Öppna jämförelser har inte gjorts då bedömning görs att det är svårt att tolka vad en jämförelse med andra kommuner utifrån de frågor som tas upp i Öppna jämförelser säger om kvalitén i den egna verksamheten.

4.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

Det har inte genomförts någon extern tillsyn eller granskning på avdelningen det gångna kvalitetsåret.

4.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
Handläggning och dokumentation i individärenden. Följande avvikelser är framträdande: Har kommunikering skett (utredning)? 9 Har beslut som ska kommuniceras kommunicerats? 8 Har avslut av insatser registrerats rätt i Treserva? 11 Finns aktuell arbetsplan/genomförandeplan/vårdplan? 9 Totalt 47 ärenden ingår i granskningen	Viktigast att åtgärda är avslut av insats samt kommunikering. Bedömning görs att detta kan omhändertas genom den dagliga arbetsledningen. För att göra detta behöver resultatet av egenkontrollerna behöver göras känt bland medarbetarna. Ett sådant informationstillfälle är planerat i november 2024. Enhetschefer behöver ha en dialog med 1:e socialsekreterare kring hur man ska hantera avvikelser i granskning. En sådan dialog är planerad i november 2024.
Hantering av skyddade personuppgifter. Följande avvikelser är framträdande: avsaknad av loggkontroll 7 Är checklista ifylld? 5 Totalt 10 ärenden ingår i granskningen	Utifrån granskningen görs bedömning att rutinen behöver gås igenom med medarbetarna för att säkerställa att den följs. Ett uppdrag kommer ges till 1:e socialsekreterare att gå igenom rutinen med handläggarna. Rutinen behöver även gås igenom på förvaltningsnivå då delar av den inte går att efterfölja, som loggkontrollen vilket det inte finns fysiska förutsättningar för.

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda

Enligt Socialförvaltning Sydvästs rutin för interna mätningar, kontroller och granskningar ska följande egenkontroller genomföras på avdelningen:

-Handläggning och dokumentation i individärenden 47 granskningar har gjorts under kvalitetsåret. De avvikelser som är vanligast förekommande listas ovan.

-Hantering av skyddade personuppgifter 10 granskningar har gjorts under kvalitetsåret. De avvikelser som är vanligast förekommande listas ovan.

-Händelselogg i Treserva Tre kontroller har valts ut under kvalitetsåret (varav en har genomförts). Inga avvikelser framkommer.

-Användarbehörighet i Treserva Kontroll av samtliga behörigheter sker årsvis.

Utöver dessa kontroller genomförs följande kontroller inom vuxenheterna:

-Granskning av handlingar till individutskottet

De handlingar som anmäls till individutskottet granskas av nämndsekreterare för att säkra kvalitén. Avvikelser som upptäcks återkopplas till respektive 1:e socialsekreterare

-Granskning av delegationsbeslut

Månadsvis sker en granskning av delegationsbeslut. Granskningen görs av individutskottet som slumpmässigt väljer ut några delegationsbeslut varje månad. Syftet med granskningen är att säkerställa att förvaltningen följer tillämpliga lagar, föreskrifter riktlinjer m.m. och eliminerar eller upptäcker allvarliga fel eller brister. I denna granskning har inga avvikelser av vikt framkommit.

4.1.1.6 Övrig egenkontroll

Det finns en tydlig struktur för arbetsledningen inom vuxenheterna för att säkerställa att alla handläggare får det stöd de behöver för att en god kvalitet uppnås i det dagliga arbetet samt att brister uppmärksammas. I detta ingår även en struktur för samordning inom vuxenheterna och över staden med målet att en jämn kvalitet ska erbjudas alla klienter.

1:e socialsekreterare har kontinuerliga ärendegenomgångar och metodmöten med socialsekreterarna med syfte att implementera rutiner och riktlinjer samt följa upp ärenden för att säkerställa att rätt insats och handlägningsprocess utförs. Ärendegenomgångar genomförs var 4:e vecka i missbruksgruppen och unga vuxna samt 1-2 tillfällen per termin i boendegruppen. Metodmöten hålls varje vecka. Avvikelser som framkommer i samband med ärendegenomgångar åtgärdas i respektive ärende. Återkommande avvikelser lyfts till enhetschef för diskussion om eventuell åtgärd för att komma till rätta med strukturella brister. Utifrån detta kan exempelvis nya rutiner skapas eller utbildningsinsatser initieras för att öka kvalitén i arbetet.

Enhetschefer och 1:e socialsekreterare har möten veckovis. Alla enhetschefer på vuxenheterna träffas 1 gång/vecka och samma sak gäller 1:e socialsekreterare. Syftet med dessa möten är att säkerställa gemensam samsyn och öka rättssäkerheten i ärendena.

Enheten har ett särskilt vårdteam för att kunna göra mer enhetliga bedömningar kring ansökningar om vård och behandling. 1:e socialsekreterare och enhetschef

för missbruksgruppen deltar. På vårdteamet går man igenom utredning, bedömning och förslag till beslut för att nå en samsyn.

Vuxenenheterna arbetar aktivt med att implementera Göteborgs stads rutiner och riktlinjer för att skapa ett enhetligt synsätt samt öka rättssäkerhet och likabehandling i ärendena. För detta har stadens plattformsarbete har en viktig roll. Plattformsarbetet är en samlingsterm för stadens övergripande kvalitetssäkring i arbetet genom kompetensutveckling, stöd till att hantera riktlinjer och utveckla metoder. Plattformsarbetet ska bidra till att skapa förutsättningar för en stabil och rättssäker socialtjänst som ger likvärdigt stöd för alla invånare i staden.

Bedömningen är att den grundläggande strukturen fungerar väl men det finns utrymme att utveckla uppföljningen av den för att bättre ta tillvara på lärdomar från de dagliga arbetet och lyfta in dessa i det strukturerade arbetet med att förbättra kvaliteten.

4.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

4.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål som direkt berör verksamheten	2
Förslag som berör verksamheten	2

Totalt har fyra synpunkter inkommit. De synpunkter som varit klagomål har bemötts. De synpunkter som avser förslag har varit anonyma. Utifrån de inkomna synpunkterna ser vi inget behov av att vidta generella åtgärder.

4.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Samverkan extern	6
Samverkan intern	3
Övrigt	6
Post, inkommen handling	2
Dokumentation allmän	2
Rättigheter och bemötande	3

Det totala antalet avvikelser under kvalitetsåret är 22 vilket är en minskning mot året innan då antalet var 27.

En stor andel av avvikelserna berör extern samverkan. Samtliga av dessa berör samverkan med sjukvården. Bedömning görs att det är av vikt att påminna medarbetare om att göra avvikelser mot sjukvården när det inte fungerar.

Uppfattningen är att det oftare kommer svar från vården på de avvikelser som görs nu än vad det gjort tidigare.

Ett antal avvikelser kommer av låg bemanning och otydlighet i rutiner över överlämning av ärenden under sommaren. Denna lärdom tas med inför sommarplaneringen nästa år.

Avvikelseerna är ett viktigt underlag för enhetscheferna att strukturerat arbeta med brister i verksamheten och att kunna säkerställa att brister åtgärdas. Att många avvikelser hamnar i kategorin övrigt försvårar i analysen och möjligheten att dra slutsatser om generella åtgärder eller förbättringar. Det finns ett behov av fler kategorier för att undvika att så många hamnar i övrigt men även ett behov av att fortsätta ha en aktiv diskussion på enheten om avvikelser och vad respektive kategori innebär så att rapporteringen av avvikelser förblir enhetlig. Att avvikelseerna analyseras kontinuerligt under året skulle underlätta arbetet.

4.1.2.3 Lex Sarah

Inom Vuxenenheterna har fem lex Sarah utredningar genomförts under perioden, varav en berör både Vuxen och Försörjningsstöd. I fyra ärenden, som alla gäller dödsfall, har bedömningen gjorts att händelserna inte utgör missförhållande enligt lex Sarah. I ett ärende har bedömningen gjorts att händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah. Händelsen inträffade inom avdelning Stab och kommunikation och berörde en klient som var aktuell inom Vuxen Missbruk.

I lex Sarah- intervjuerna beskrivs att det överlag finns förutsättningar att utföra ett gott arbete, i form av utbildning och kunskap, tid och möjligheter, arbetsledning och kollegialt stöd. Inga återkommande eller systematiska brister har identifierats.

Utbildning i avvikelser och lex Sarah erbjöds för samtliga chefer och medarbetare inom avdelningarna Barn och Unga och Vuxen och Försörjningsstöd under vårterminen 2024.

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
----------------------	---------------------------

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Fortsatt implementering av ASI (Addiction Severity Index, standardiserad och strukturerad intervju)	Arbetet med ASI har tagits upp i medarbetarsamtal för att medvetandegöra och ge förutsättningar att arbeta med ASI. Behov av ASI stäms av på alla ärendegenomgångar. Fokus har varit att öka kvalitén i de ASI som genomförts. Framöver kommer fokus vara att öka antalet grundutredningar, uppföljningar och U-båt. Utifrån detta har en ny riktlinje har införts om att ASI ska göras i alla ärenden där det finns en ansökan om vård.
Fortsatt arbete med ViNR, skapa familjevårdsteam tillsammans med BoF. Utveckla rutin för motiverande/behandlande insatser både för våldsutsatta och våldsutövarna.	Relationsvårdsteamet har startat 2024 och är organiserat under VoF. En initial rutin för hur arbetet ska bedrivas finns. Samverkan internt och externt är under uppbyggnad. En plan finns för att göra en nulägesanalys för behoven på avdelningen.
Analysera och arbeta med resultatet från utvärderingen av Unga vuxna	Rekommendationerna i utvärderingen har följts upp och är ett underlag för det fortsatta arbetet med målgruppen. Planering pågår för att ta fram en struktur för att ta tillvara på klienternas synpunkter .
Undersöka möjligheterna att underlätta avvikelserapporteringen	Det finns ett gemensamt pågående arbete med att se över avvikelshanteringsprocessen. SF Sydväst har representanter i detta arbete. Förändring gällande avvikelserapporteringen i systemet, med fler kategorier väntas komma under 2025. Dock finns det begränsade möjligheter att utforma kategorier efter enheternas önskemål då det är många verksamheter som ska kunna använda samma kategorier. Arbetssättet för sammanställning och analys av avvikelserna har setts över under året. Det innebär bland annat en ny checklista som ska underlätta analys och uppföljning samt en rekommendation att detta görs per område istället för per enhet.

4.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

På enheten finns en tydlig struktur för att i det dagliga arbetet upprätthålla en god kvalitet, som ärendegenomgångar, methodsittningar, samverkan mellan 1:ar och enhetschefer i den egna förvaltningen och över staden och stöd från plattformsarbetet. Den samlade analysen är att denna struktur fungerar bra och att vi väl följer de processer och rutiner vi har för att nå våra mål. Det finns utrymme att utveckla uppföljningen av denna struktur för att bättre ta tillvara på lärdomar från de dagliga arbetet och lyfta in dessa i det strukturerade arbetet med att förbättra kvaliteten.

De brister som framkommer i egenkontrollerna är i stora drag de samma som vid förra årets sammanställning. En förklaring till detta kan vara att vuxenenheterna under det gångna året genomgått en organisationsförändring där man gått från två till tre enheter, byggt upp ett relationsvårdsteam samt utökat med en tjänst som har fokus på frågor kring kriminalitet. Utöver arbete med planering av verksamheten har organisationsförändringen bidragit till att frågor kring gränssnitt och intern samverkan varit prioriterade att arbeta med. I de förbättringsåtgärder som planeras nu finns dock insatser med för att komma till rätta med de brister som framkommer i egenkontrollerna.

De förbättringsåtgärder som planeras är:

-Förbättra dokumentationen gällande avslut av insats och kommunikering. Bedömning görs att detta kan omhändertas genom den dagliga arbetsledningen. En förutsättning är dock att resultatet av egenkontrollerna görs känt bland medarbetarna. Detta kommer att göras vid ett informationstillfälle i november 2024.

-Se över rutinen för skyddade personuppgifter Egenkontrollen visar att delar av denna rutin inte följs idag. Det finns ett behov att gå igenom rutinen på förvaltningsnivå då det finns delar av rutinen som idag inte går eller är svåra att leva upp till. Därefter planeras att ges ett uppdrag till 1:e socialsekreterare att gå igenom rutinen i respektive arbetsgrupp.

-Brukarinflytande på Unga vuxna. Planering pågår för att bygga upp en struktur för att kontinuerligt ta tillvara på klienternas synpunkter om verksamheten.

-Öka antalet grundutredningar, uppföljningar och U-båt inom ASI.

Planerade förbättringsåtgärder
Förbättra dokumentationen gällande avslut av insats och kommunikering
Se över rutinen för skyddade personuppgifter
Brukarinflytande på Unga vuxna
-Öka antalet grundutredningar, uppföljningar och U-båt inom ASI.

5 Boende och hemlöshet

5.1 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 5.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder.

5.1.1 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.

5.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Boende och hemlöshet arbetar på olika sätt för att utveckla, samt öka, brukarinflytandet. Bland annat har Center mot hemlöshet ett särskilt uppdrag att utveckla och öka brukarinflytande. Där arbetar man till exempel med att strukturera och samordna verksamhetsrådet. Verksamhetsrådet är ett forum för brukarorienterade frågor med representanter från brukare, medarbetare och chefer där professionella och personer med erfarenhet av hemlöshet möts regelbundet för att utbyta information, kunskap, erfarenheter och utveckling tillsammans.

På enhetsnivå arbetar verksamheterna med kontinuerliga husmöten där brukarna ges möjlighet att vara delaktig och påverka verksamhetens innehåll samt lyfta synpunkter. Husmötena är en viktig del för att brukaren ska ges möjlighet till inflytande och delaktighet i sin vardag.

Genomförandeplaner används som ett verktyg för att stärka delaktighet och inflytande, och enheterna har arbetat med att säkerställa aktuella genomförandeplaner samt att dessa upprättas tillsammans med brukaren. Arbetet med att ha aktuella genomförandeplaner och att dessa är upprättade i delaktighet är ett pågående som behöver fortsätta även nästa år.

I verksamheterna bor personer som ofta har en låg, eller icke befintlig, tillit till välfärdens insatser så som socialtjänst och hälso- och sjukvård. Detta gör det viktigt att bygga upp ett förtroende och exempelvis fungerande samverkan med andra aktörer för att stärka brukarens möjligheter till eget inflytande och delaktighet. Bland annat används samordnad individuell plan (SIP) i de fall samverkan krävs för att få en helhetsbild kring gemensamma insatser för individen. När SIP upprättas är brukaren med vilket är ett sätt ge brukaren inflytande i sin planering och insatser. Ytterligare ett exempel på arbetet mot förstärkt delaktighet och inflytande som skett under 2024 är en utökad samverkan med VGR och deras mobila beroendeteam. Teamet arbetar uppsökande för personer med skadligt bruk och beroende med eller utan samsjuklighet och är ett steg att minska tröskeln till vården. Sammantaget inom Boende och hemlöshet är det ett utvecklingsområde att

utöka arbetssätt för att öka brukarnas inflytande och delaktighet.

5.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Trygg i verksamheten	Röd/83/Prioriterad	Tryggheten i avdelningens verksamheter är en aktuell fråga utifrån resultatet av den senast genomförda brukarenkäten.
Påverkan av stöd	Röd/83/Prioriterad	Arbetet för att möjliggöra och öka brukarens inflytande och delaktighet i insatser är identifierat som ett fortsatt utvecklingsarbete utifrån resultatet av den senast genomförda brukarenkäten.
Förändring av situation	Röd/79/Prioriterad	Avdelningen följer regelbundet upp statistik som kopplas till möjligheterna att identifiera en utveckling och effekter vad gäller förändring av sin situation. Ett utvecklingsarbete är att möjliggöra och uppnå systematik i att följa övrig upplevd förändring hos de som bor i våra verksamheter.

Resultat från brukarenkäten 2022.

Brukarundersökningar genomförs vartannat år och den senaste genomfördes under hösten 2022, vilket innebär att ovan resultat hämtats därifrån. I tabellen redogörs resultat utifrån identifierade prioriteringar för hela Boende och hemlöshet, och en analys som görs är att det är av vikt att tydligare följa upp arbetet med åtgärder och aktiviteter utifrån nästkommande resultat för att kunna genomföra en utvärdering av resultaten samt konstatera effekter.

Utifrån resultat gällande trygg i verksamheten har man arbetat med ett antal åtgärder för att säkerställa arbetet med trygghetsskapande insatser. Samtliga enheter fått introduktion i Mutual Benefits platssamverkansmodell vilket bland annat syftar till att utveckla det trygghets- och trivselskapande arbetet omkring våra boenden. Då det är ett arbete som påbörjats under 2024 och då platssamverkansmodellen inte är implementerad fullt ut är det i nuläget svårt att utvärdera effekten av åtgärderna. Avdelningen har även under 2024 sett över samtliga bevaknings- och larmtjänster bland annat i syfte för att säkra trygghet- och säkerhet samt kvaliteten. Vad effekterna blir av åtgärderna kommer vara möjliga att utvärdera först när samtliga avtal sagts upp och bytts ut, vilket förväntas ske under våren 2025.

Brukarundersökningar är en viktig del i arbetet med brukarinflytande för att få kunskap om brukarnas bedömning av verksamheterna, och på så sätt kunna följa upp effekten av insatser likväl som att kunna identifiera utvecklingsområden. Det har varit en utmaning att få till en systematik i uppföljningen av brukarens upplevelser av insatser i samband med brukarundersökningen på grund av en varierad svarsfrekvens mellan enheterna, vilket också gör det utmanande att få ett adekvat resultat. Under 2023 och 2024 har det pågått ett arbete i staden gällande utveckling av brukarundersökningar med representanter från de fyra socialförvaltningarna, varav en representant från Boende och hemlöshet. Syftet med arbetet är att undersöka möjligheten till modeller som på ett mer fördjupat sätt kan nå brukarens egna synpunkter och upplevelser. Arbetsgruppen har även haft i uppdrag att undersöka vad för utveckling som behövs för att nå en högre svarsfrekvens. Uppdraget har presenterats för förvaltningsdirektörerna och inväntar

i nuläget besked om förslaget.

5.1.1.3 Öppna jämförelser

Det saknas aktuella nyckeltal från öppna jämförelser som berör Boende och hemlöshet.

5.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	A nt al	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik			
Ingen kritik	1	Tillsyn av stödboendet för barn och unga, Bia stödboende, som omfattat hur verksamheten arbetar med att förebygga, uppmärksamma och agera vid hot, våld och övergrepp utifrån det systematiska kvalitetsarbetet. Tillsynen har inte uppmärksammat några brister inom de områden som har granskats	
Stadsrevisionen			
Rekommendationer			
Revisionskritik			
Annan extern granskare			
Ingen kritik	3	Miljöförvaltningen har utfört tillsyn i tre verksamheter utifrån tillagning av mat. Inga uppmärksammade brister har framkommit i granskningen.	

Stödboenden omfattas av regelbunden tillsyn av inspektionen för vård och omsorg (IVO), och det utförs årligen tillsyn från IVO av Bia stödboende. Syftet är att granska att lagar och regler följs för att individerna som bor på stödboendet får insatser som är säkra och av god kvalitet. Miljöförvaltningen utför tillsyn och kontroller för att inspektera huruvida avdelningens verksamheter följer bestämmelserna i miljöbalken i syfte att skydda miljön och hälsa.

Det har skett ett fåtal tillsyner av olika verksamheter inom Boende och hemlöshet under kvalitetsåret där samtliga har genomförts utan påvisade brister.

5.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
--------------------------	-----------------------

Uppföljning av insats saknas i många ärenden.	Säkerställa att uppföljningar dokumenteras enligt utfästelse.
Brister i att ge information till berörd förvaltning om innehåll i genomförandeplan.	Följsamhet till rutin gällande social dokumentation och överenskommelse socialt boende med stöd.
Svårt att utlösa när insatserna planeras utföras samt att de utförs. Socialt boende med stöd bör utgå från respektive stödnivå i beskrivningen.	Säkerställa att insatserna utförs enligt överenskommelse.

Intern granskning av social dokumentation oktober 2023 och augusti 2024.

Under kvalitetsåret har två interna granskningar avseende social dokumentation genomförts. Granskningarna har påvisat likartade brister, i ovan tabell återfinns en sammantagning av påpekanden från granskningen samt åtgärder för att komma till rätta med det som granskningen påvisat.

5.1.1.6 Övrig egenkontroll

Arbetet med egenkontroller syftar till att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens kvalitet i syfte att säkerställa att verksamheterna arbetar utefter processer och rutiner som finns enligt stadens kvalitetsledningssystem. Det genomförs en rad olika egenkontroller för att följa upp kvaliteten av våra verksamheter. Nedan återfinns resultat och utvärdering av de genomförda egenkontrollerna för kvalitetsåret.

- Egenkontroll av skyddade personuppgifter:

Egenkontroll av skyddade personuppgifter sker genom stickprovskontroller i Treserva och urvalet sker genom slumpmässigt utvalda ärenden. Följsamheten till rutinen gällande kontroll av skyddade personuppgifter påvisar vissa brister. Stickprovskontroller i Treserva fungerar bra, däremot förekommer svårigheter vad gäller förvaring av fysiska dokument. Därutöver råder varierande kunskap kring hantering av skyddade personuppgifter och därav har ett extra utbildningstillfälle planerats in under hösten 2024.

- Egenkontroll av händelselogg:

Rutinen för egenkontroll av händelselogg i Treserva genomförs enligt förvaltningens rutin utan anmärkning. En utmaning är förvaring av resultat och analys av genomförda egenkontroller.

- Egenkontroll av användarbehörigheter:

Rutinen för egenkontroll av användarbehörighet i Treserva genomförs enligt förvaltningens rutin utan anmärkning. Liksom vid egenkontroller av händelseloggar i Treserva förekommer även här en utmaning vad gäller förvaring av resultat och analys av genomförda egenkontroller.

- Egenkontroll av social dokumentation:

Egenkontroll görs till viss del inom avdelningarna. Även här finns en utmaning vad gäller att rutinen följs fullt ut och att säkerställa uppföljning av resultat och analys av genomförda egenkontroller.

- Egenkontroll av följsamhet till hygien:

Inom vård- och omsorgsboendena genomförs egenkontroller gällande mätningar av följsamhet till hygien. Dessa sker två gånger om året och löper på enligt rutin.

Överlag råder en god följsamhet till de basala hygienrutinerna, däremot har även ett antal fokusområden identifierats vilka man skapat åtgärder för. Det finns en viss diskrepans mellan självskattning och observationer vid utförandet av egenkontrollerna vilket bland annat resulterat i att man kunnat identifiera förbättring- och fokusområden gällande följsamhet till rutiner och behov av att kunskap bör upprepas och underhållas.

5.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

5.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål	29
Beröm	9
Förslag	18
Fråga	5
Felanmälan	1

Totalt antal inkomna synpunkter är 61. Av dessa är 25 synpunkter hanterade och 34 synpunkter är ännu inte hanterade. Det har skett en minskning med 33 synpunkter i jämförelse med samma period föregående år. Anledningen till detta beror på att en stor del av de synpunkter som inkom under föregående kvalitetsår berörde synpunkter från allmänheten i samband med nyheter om verksamhetsflytt av två verksamheter.

Det råder en stor variation i antalet registrerade synpunkter mellan de tre avdelningarna. Orsaker till detta beror bland annat på att många synpunkter inkommer i det löpande arbetet inom verksamheterna, vilka omhändertas utifrån vad som uppkommer på husmöten eller enskilda samtal med individer. Exempelvis har matråd blivit till som ett omhändertagande av många inkomna synpunkter i samband med måltider. Där är brukarna med och kan tycka till och påverka de alternativ av mat som finns att tillgå. Flertal verksamheter har brevlådor där de boende kan lämna synpunkter och det är även en fast och återkommande punkt på husmöten för att tillsammans med brukare lyfta de synpunkter som finns och återkoppla hanteringen av dessa.

Forumet för hur synpunkter kommer in och hanteras varierar. En utmaning är att följa förvaltningens rutin för synpunktshantering fullt ut utifrån att det finns en administrativ börda kopplat till det stora antalet, och varierande typer, av synpunkter som inkommer till verksamheterna dagligen. En utvecklingsbehov framåt är att synliggöra de synpunkter som inkommer i verksamheterna och ett det finns behov av att arbeta vidare med frågan för att få till en tydligare systematik i synpunktshantering. Detta i syfte att utveckla verksamheterna och öka kvaliteten utifrån de synpunkter som inkommer, samt som en del i att möjliggöra och öka delaktighet och brukarinflytande.

5.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Fall - registrering	296 (198)
Övrigt	167 (208)

Läkemedel	148 (104)
Samverkan intern	56 (41)
Dokumentation - allmän	49 (43)
Utförande av SoL/LSS- insats	46 (44)
Samverkan extern	41 (29)
Övergrepp, självskada, hot	32 (88)
Rättigheter och bemötande	25 (37)
Hygien	25 (27)
Utrustning- larm	19 (10)
Utrustning - övrig	15 (14)
Stöld/Försvunnen/Förstörd	12 (11)
Utrustning- hjälpmedel	10 (11)
Post, inkommen handling	6 (10)
Avvikelse inkommen från extern part	5 (13)
Uppföljning SoL/LSS-insats	4 (5)
Delegerad HS-uppgift	4 (4)
Genomföra åtgärder enligt vårdplan	3 (20)
Påbörja SoL/LSS-insats	3 (2)
Personskador HS	3 (2)
Utreda och besluta SoL/LSS-ärende	1 (6)
Avsluta ärendet	1 (1)

Statistiken i tabellen ovan gäller enbart registrerade avvikelser i Treserva.

Antalet registrerade avvikelser för perioden 1 september 2023 till 31 augusti 2024 uppgår till totalt 973 stycken. För samma period föregående år uppgick antalet registrerade avvikelser till 928 stycken. Ovanstående tabell visar antalet avvikelser för perioden samt för perioden innan inom parentes. För perioden 2 september 2023 till 30 juni 2024 är 162 av avvikelserna ej avslutade, för hela perioden är antalet ej avslutade avvikelser 272 stycken.

De kategorier där antalet registrerade avvikelser är högst är inom *fall-registrering*, *övrigt* samt *läkemedel*. Avvikelser gällande läkemedel har ökat med 42 procent i jämförelse med föregående kvalitetsperiod. Antalet registrerade fall har ökat med 49 procent. Vid *fall-registrering* gäller detta främst boendeverksamheterna inom särskilt boende/bostad med särskild service (BmSS) för äldre. Då fall är en del i åldrandet krävs inte alltid någon större analys och det möjliggör även att dessa kan markeras som "ej avvikelse". Funktionen "ej avvikelse" används även på andra håll inom avdelningarna och där krävs ett fokus framåt när det kommer till att säkerställa hantering, liksom analys, av avvikelserna.

Övergrepp, självskada, hot har mer än halverats i rapporteringen. Vid närmare granskning återfinns en del av avvikelserna gällande övergrepp, självskada och hot under kategorin *övrigt*. En annan orsaksförklaring till minskningen av antalet inrapporterade avvikelser kan vara att man under året behövt genomföra en ny resursfördelning vilket påverkat möjlighet i tid vad gäller att rapportera in avvikelser. En jämförelse har gjorts utifrån resultat av trygghet i verksamheten i 2024-års medarbetarenkät för att tydliggöra om det finns samband utifrån statistiken i avvikelserna. Resultatet påvisar däremot att det finns en upplevelse av att man är trygg i verksamheten. Ytterligare en orsak till minskningen är att

avvägningar också görs utifrån vad som klassificeras som en avvikelse och att tillräckliga åtgärder har vidtagits. Sammanfattningsvis finns behov att titta närmare på orsak till detta för att säkerställa att siffran stämmer eller om det grundar sig i en underrapportering. Det finns också behov av att säkerställa trygghet i att göra avvikelser samt tydliggöra syftet med att rapportera in avvikelser.

5.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Kallebäck, allvarligt missförhållande (tre ärenden, juni 2023). Tre boenden har förlorat 15 000 kr var efter att ha blivit bestulna/förlorat sina bankkort. Detta anses särskilt allvarligt då liknande händelser inträffat vid två tidigare tillfällen. De åtgärder som tagits fram hade inte efterlevts.	Säkerställa implementering av rutiner. Revidering och verksamhetsanpassning av rutin. Införa stickprovskontroller.
Kallebäck, allvarligt missförhållande. En brukare har inte kunnat få insatser utförda, bland annat på grund av att brukarens partner, också boende, varit hotfull. Brister i metodarbete, arbete med våld i nära relation, kommunikation och dokumentation.	Öka kompetensen inom våld i nära relation. Egenkontroll av social dokumentation. Ärendet följdes upp i oktober 2024, åtgärderna har genomförts med god effekt. Fortsatt arbete med att bibehålla kunskap vid personalomsättning.
Aröd, allvarligt missförhållande. En ung vuxen person har haft ett missbruk av lustgas som varit mer omfattande än vad verksamheten har känt till. Personen behövde vårdas akut på sjukhus med anledning av nervpåverkan till följd av missbruket. Brister i metodarbete och kompetensbrist avseende lustgas.	Utbildning i hela personalgruppen om lustgas och dess risker. Förändring i informationen till den enskilde vid inflyttning, förtydliga att det inte är tillåtet med lustgas i boendet. Skriftlig rutin för arbete med berusningsmedel och påverkade ungdomar. Avdelningsgemensam rutin gällande hantering av lustgas. Förtydliga rutinen gällande brandtillsyn. Uppföljning genomfördes i november 2024. Samtliga åtgärder är genomförda eller påbörjade.

39 utredningar har genomförts enligt lex Sarah under kvalitetsåret. Detta innebär en kraftig minskning jämfört med tidigare år (67 utredningar under kvalitetsåret 2022/2023 och 71 utredningar under kvalitetsåret 2021/2022).

I 22 ärenden har bedömning gjorts att händelsen inte utgör ett missförhållande enligt lex Sarah. 12 ärenden har bedömts utgöra missförhållanden enligt lex Sarah, jämfört med 24 ärenden 2022/2023 och 28 ärenden 2021/2022.

I fem ärenden har bedömning gjorts att det rör sig om allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande och anmälningar har gjorts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under 2022/2023 gjordes sju anmälningar till IVO och under 2021/2022 gjordes åtta anmälningar.

Det sker ett aktivt arbete med åtgärder vilka också har pågått under lång tid, och i år är det möjligt att se effekten av arbetet med långsiktiga processer då antalet lex Sarah minskar, både antalet rapporter och antalet missförhållanden. Det finns en

systematik i arbetet med åtgärder och uppföljningar och ett stort fokus läggs på analysarbetet för att se trender och tendenser utifrån händelser.

Fortsatta brister i dokumentation har uppmärksammats samtidigt som det finns tecken på förbättringar och omfattningen av bekymren har minskat.

5.1.3 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.

5.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Fortsatt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet gällande avvikelsehantering och säkerställa att analyser och åtgärder leder till förbättringar.	Uppföljning av lex Sarah har genererat kvalitetsförflyttningar. Man kan se att åtgärderna har gett önskad effekt samt att en systematik kring bibehållande har upprättats.
Fortsatt utveckling i arbetet med att mäta och följa upp resultat och effekter av våra insatser.	Ett sätt att mäta resultat och effekter av våra insatser är genom nyckeltalet "andel som flyttar vidare till mer självständigt boende". Under året har ett arbete påbörjats för att utveckla hur Boende och hemlöshet mäter och följer upp resultat och effekter av insatser genom att tydliggöra vad flytt till en mer självständig boendelösning innebär för de olika insatserna. Däremot krävs ytterligare arbete med att bryta ned begreppen och analys för att få ett än mer sanningsenligt resultat.
Fortsatt arbeta med att säkerställa en trygg och säker boendemiljö.	Det har skett ett omtag kring Embrace där rapporteringen ökar och en mer kontinuerlig överblick återfås från stadsområde Hisingen genom sammanfattningar av det som inrapporteras. Avvikelse gällande övergrepp, självskada och hot har minskat vilket tyder på en underrapportering och orsak behöver analyseras.
Fortsatt arbete i att säkerställa att samtliga klienter har en genomförandeplan framtagen i delaktighet.	Delaktigheten är svår att mäta och statistiken är missvisande då det är fler genomförandeplaner igång än vad det är brukare.

5.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Boende och hemlöshet har genomgått en organisationsförändring där man gått från en avdelning till tre. Detta har präglat stora delar av kvalitetsåret då arbetet påbörjades under hösten 2023 och har pågått under större delen av 2024. Det stora underskott som avdelningen hade 2023 har också präglat arbetet under 2024. Dessa två faktorer har bidragit till att det har behövt finnas ett stort fokus på att etablera den nya organisationen och planera verksamheterna samt komma till rätta med en ekonomi i balans. Personalomsättningen har påverkats vilket också synliggjort utmaningar i frågor gällande kompetensförsörjning och rätt kompetens. En slutsats som dras av detta är att det finns behov av att under 2025 prioritera arbetet med befattningsfrågan för att på lång sikt säkerställa kompetensförsörjning och på så sätt god kvalitet.

Sammanfattningsvis finns en systematik inom Boende och hemlöshet i arbetet med att upprätthålla, utveckla och säkerställa kvaliteten i våra verksamheter och insatser. Egenkontrollerna påvisar att verksamheterna arbetar utefter upprättade processer och rutiner. Däremot har utvecklingsbehov identifierats vad gäller hanteringen av vissa rutiner för att upprätthålla följsamheten fullt ut. Ett arbete behöver ske vad gäller att säkerställa dokumentation av egenkontroller överlag för att på så sätt möjliggöra övergripande analyser av resultaten. Därutöver påvisar egenkontrollen för skyddade personuppgifter att det finns delar av rutinen som idag är svåra att leva upp till och i vissa fall skapar rutinen svårigheter i utförandet av verksamheternas arbete. Avdelningen ser ett behov av att lyfta rutinen på förvaltningsnivå för att se över hantering.

Avvikelse är ett viktigt underlag för att strukturerat arbeta med brister och utveckling framåt. Antalet rapporterade avvikelser skiljer sig åt mellan enheterna, inrapportering av avvikelser är en viktig del i att identifiera brister och arbeta med dessa i analyser och uppföljning för att säkra kvaliteten i våra verksamheter. Det är fortsatt ett stort antal avvikelser som rapporteras in under kategorin *övrigt*, detta gör det svårt att identifiera vad avvikelserna berör och på så sätt möjliggöra förflyttningar. Det finns ett fortsatt behov av att minska antalet avvikelser som rapporteras in som *övrigt* för att möjliggöra samt underlätta analyser på ett övergripande plan.

Arbetet med synpunktshantering är en viktig del i att få kunskap om brukarnas bedömning av verksamheten, samt för att skapa förbättring och förändring. Hur synpunkter inkommer och hanteras ser olika ut i verksamheterna, och det är en utmaning att synliggöra synpunkter genom att registrera dessa. Slutsatsen är att man behöver finna en systematik med synpunktshanteringen som fungerar för att följa upp och analysera de synpunkter som inkommer i det dagliga arbetet i syfte att synliggöra mönster och säkerställa verksamhetsutveckling.

Planerade förbättringsåtgärder
Fortsatt arbete med social dokumentation för att säkerställa god kvalitet (genom analys av egenkontroller).
Målgruppsdefinition och säkerställa tydlighet i insatsen socialt boende med stöd.
Komma vidare i befattningsfrågan i syfte att säkerställa kompetensförsörjningen på sikt.
Säkerställa följsamhet till nya socialtjänstlagen.

6 Fritid

6.1 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 Slutsatser och förbättringsåtgärder under den här rubriken.

6.1.1 Egenkontroll

6.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

All verksamhet inom fritid bygger på frivillighet vilket innebär att brukarnas inflytande och delaktighet utgör själva grunden för arbetet och genomsyrar all verksamhet. Delaktighet är också det överordnade målet för all verksamhet.

Fritidsverksamheten arbetar främjande och utifrån barn och ungas delaktighet och inflytande. Det innebär att all planering av aktiviteter utgår från ungas förslag och/eller identifierade behov där barn och unga förväntas vara med och komma med förslag, delta i planeringen av och genomförandet av aktiviteter. Personalen antar ett coachande förhållningssätt och stöttar de unga i att planera, genomföra och utvärdera aktiviteter för sig själva och andra barn och unga. Fritids personal har också ett uppdrag att synliggöra det informella och icke-formella lärandet och på så sätt fokusera på de ungas utveckling och lärande i fritidsverksamheten.

Under 2024 har ökad delaktighet varit ett utvecklingsområde. Verksamhetsutvecklare stöttar personal på mötesplatserna regelbundet i att utveckla former för delaktighet och inflytande över verksamheten. Detta bland annat lett till en ökad medvetenhet hos medarbetarna och till att man testat nya arbetsformer, t ex veckovis brainstorm.

6.1.1.2 Brukarenkät

Nyckeltal/Indikator	2023	2024
Antal genomförda mötesplatsenkäter	192	246
Antal genomförda sommarlovsenkäter	183	248
Antal genomförda enkäter "Vad är bra Fritid för dig?"	-	127

Resultat

- Antal genomförda mötesplatsenkäter framtagna av KEKS

Mötesplatsenkäten har genomförts på alla mötesplatser. Målet var att genomföra minst 15 enkäter per mötesplats vilket uppnåddes. Detta gör att varje mötesplats får ett resultat. Det gemensamma resultatet för fritids högstadiesverksamheter presenteras under 6.1.3 Nationella jämförelse.

Antalet enkäter har ökat mellan 2023 och 2024 vilket beror på att

mötesplatsenkäter för mellanstadieåldern har inkluderas.

- Antal genomförda sommarlovsenkäter

Enkäter har genomförts i de sommarlovsaktiviteter där det varit möjligt. Svaren visar på att de flesta varit nöjda med de aktiviteter som de deltagit i.

Inför och under sommarlovet bjöds målgruppen in till ett flertal tillfällen för att vara delaktiga i utformandet av aktiviteter och lämna förslag på aktiviteter. Detta ledde till att ett flertal aktiviteter utformades tillsammans med och utifrån målgruppens önskemål och behov.

- Antal genomförda enkäter "Vad är bra fritid för dig?"

Under våren genomfördes en enkät om ungdomars fritidsaktiviteter i årskurs 7 och 9 på två utvalda skolor. Resultatet analyserades i berörda arbetsgrupper men ledde inte till några konkreta förändringar av verksamheten. Arbetet med att utveckla metoder för att fånga upp och identifiera behov hos de som inte besöker oss behöver vidareutvecklas.

6.1.1.3 Övrig egenkontroll

Det har genomförts en genomlysning av 1200 kvadrat utifrån framförallt externa parter synpunkter. Resultatet är under bearbetning.

6.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

6.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål	2
Fråga	1

Synpunkterna har blivit bemötta. De två klagomål som inkommit rör bristande information om Fritids verksamhet i kalendariet.

För fritid, som har mest brukarnära verksamhet på avdelningen, är det i första hand genom förslagslådor, brukarenkäter och andra forum för inflytande som brukarnas bedömning fångas. Delaktighet och inflytande är ett ständigt förbättringsområde inom fritid och man har identifierat att flera mötesplatser behöver utveckla sina inflytandeforum.

6.1.2.2 Avvikelser och Lex Sarah

Under 2024 har medarbetare informerats om att de ska rapportera avvikelser till enhetschef. Det rapporteras avvikelser i olika hög grad på olika mötesplatser. Från 1 november 2024 kommer enhetscheferna rapportera inkomna avvikelser i ett formulär för att säkerställa en systematiskt uppföljning och analys.

6.1.3 Nationella jämförelser

Index	2022	2023	2024	Good enough mål	Snitt KEKS
Index Inflytande, delaktighet och ansvarstagande, öppen verksamhet	62 %	69 %	63 %	50 %	60 %
Andel unga som producerar verksamhet	10 %	8 %	24 %	30 %	6 %
Andel ungdomsproducerad verksamhet	32 %	24 %	40 %	60 %	19 %
Index delaktighet, gruppverksamhet	85 %	75 %	91 %	75 %	79 %
Index lärande, gruppverksamhet	65 %	80 %	100 %	85 %	76 %
Index trygghet och bemötande, öppen verksamhet	90 %	91 %	90 %	90 %	89 %
Avvikelse från jämn könsfördelning	8 %	6 %	6 %	10 %	12 %

Varje år sammanställs samtliga resultat från mötesplatsenkäten som utförs av KEKS, vilket är en internationell organisation som verkar för öppen fritidsverksamhets kvalitetsutveckling. I mötesplatsenkäten följs övergripande mål upp och Good Enough-mål vilket är riktmärke som anger vad mötesplatserna ska sträva efter. Genom resultatet går det att utläsa utveckling över tid och i relation till övriga verksamheter som är med i KEKS. Resultatsammanställningen är en del av underlaget för att identifiera nya delmål i respektive verksamhet och gemensamt utvecklingsarbete.

Resultat

- **Index inflytande och ansvarstagande, öppen verksamhet**

Verksamheten har under flera år legat långt över Good Enough-målet vilket visar att barn och unga upplever att de får ha inflytande och är ansvarstagande på sin mötesplats och för sin fritid.

- **Andel unga som producerar verksamhet och andel ungdomsproducerad verksamhet**

Vi har gjort en stor ökning som delvis förklaras av att vi inför 2024 förändrat sättet att följa upp verksamheten för att bättre synliggöra den ungdomsproducerade verksamheten.

- **Index delaktighet, gruppverksamhet och Index lärande, gruppverksamhet**

Underlaget är väldigt litet då de flesta verksamheter inte prioriterat att göra gruppenkäter. Vilket gör att det är svårt att dra slutsatser utifrån resultatet. Mötesplatserna har under det senaste året inte prioriterat att göra enkäter på gruppnivå genom KEKS, då deras redovisningsmodell inte speglar all typ gruppverksamhet.

- **Index Trygghet och bemötande, öppen verksamhet**

Resultatet visar att barn och unga känner sig trygga och upplever sig bli bra bemötta på mötesplatserna.

- **Avvikelse från jämn könsfördelning**

Målvärdet är att avvikelse från jämn könsfördelning ska vara som högst 10 % eller mindre. I öppen verksamhet har ett aktivt arbete medfört att avvikelsen från jämn könsfördelning minskar för varje år, vilket är positivt. I gruppverksamhet har avvikelsen ökat under de senaste tre åren. Fritid har nått en stor grupp nya, unga (främst tjejer) i verksamheten och arbetat aktivt med underrepresenterade grupper, genom ett aktivt uppsökande arbete på skolor och i närområden eller arenor där unga befinner sig. Utifrån att verksamheten ofta arbetar medvetet med gruppverksamhet för att nå en viss målgrupp kommer verksamheten inte använda detta mått som en indikator 2024.

6.1.4 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.

6.1.5 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Öka andelen unga som är delaktiga och har inflytande.	Fritid arbetar löpande med att utveckla arbetet för att öka delaktigheten, bland annat genom gårdsråd och enkäter. Utöver detta har verksamhetsutvecklare under våren stöttat mötesplatserna regelbundet i att utveckla former för delaktighet och inflytande över verksamheten. Detta bla lett till en ökad medvetenhet hos medarbetarna och till att man testat nya arbetsformer, t ex veckovis brainstorm.
Förstärka relationerna till tonåringar i stadsområdet.	Fritid har ökat det uppsökande arbetet på skolorna och det finns nu en struktur för hur vi besöker de flesta högstadieskolor i området.

Strategidokumentet för meningsfull fritid som ett gemensamt styrdokument ska implementeras fullt ut inom alla verksamheter som omfattas av det.	Strategidokumentet är implementerat och under 2024 har fritid arbetat systematiskt de gemensamma delarna av handlingsplanen för att kunna säkerställa ett pågående arbete och identifiera gemensamma behov av stöd för utveckling.
Se över enkäter riktade till gruppverksamhet för att få högre svarsfrekvens.	Vi har inte prioriterat denna fråga då dessa ungdomar även svarar på mötesplatsenkäterna.
Utvecklad analys kring mötesplatsenkäter för mellanstadieålder och verksamheter där vi samverkar med Passalen.	Resultatet från mellanstadieenkäterna har utgjort en del av underlaget för analys av genomförda insatser. Enkäten genomförd i samverkan med Passalen saknade tillräckligt underlag och har därför kompletterats med en utökad dialog med ledare för verksamheten.
Systematik kring rutiner, checklistor och instruktioner.	Arbetet med att ta fram checklistor vid evenemang och utflykter har påbörjats. Arbetet med att ta fram checklistor och rutiner för kommunikation, marknadsföring och sociala medier har påbörjats och delvis implementerats.
Systematisk avvikelshantering.	Enheterna rapporterar avvikelser till enhetschef. Den systematiska avvikelshanteringen i form av sammanställning och analys startade 1 nov 2024.
Förstärkt dokumentering av det systematiska brandskyddsarbetet.	Enheterna dokumenterar de systematiska brandskyddsarbetet genom rapportering i SharePoint-ytan. Det finns en utsedd person som ansvarar för rapportering.

6.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Den finns en systematik inom fritid i arbetet med att upprätthålla, utveckla och säkerställa kvaliteten i verksamheten. I det lokala inriktningsdokumentet för meningsfull fritid är systematiskt kvalitetsarbete ett av flera delmål. I fritids kvalitetsarbete ingår:

- Handlingsplaner på varje mötesplats för att omhänderta strategi för meningsfull fritid. Ett stöd för medarbetare att arbeta med mål och aktiviteter utifrån befintliga förutsättningar i området/mötesplatsen.
- Kompetensutveckling, omvärldsbevakning
- Enkäter och gårdsråd, förslagslådor
- Analyser av större processer (exempelvis lovutvärdering, feriejobb)
- Daglig reflektion
- Besöksstatistik

All verksamhet inom fritid bygger på frivillighet vilket innebär att deltagarnas inflytande och delaktighet utgör själva grunden för arbetet och genomsyrar all verksamhet. Utifrån de indikatorer som är kopplade till meningsfull fritid är helhetsbedömningen att verksamheten fortsatt har en hög kvalitet när det gäller trygghet, inflytande, delaktighet och ansvarstagande. Resultatet 2024 visar även att vi når fler ungdomar som vill skapa verksamhet för sig själv och andra ungdomar.

Fritid arbetar ständigt med olika metoder för att öka andelen unga som är delaktiga och har inflytande. Flera mötesplatser behöver fortsätta arbetet med att utveckla

forumen för inflytande i sina verksamheter.

Vi behöver förenkla våra uppföljningar så att de blir mer träffsäkra utifrån strategidokumentet meningsfull fritid och eventuellt skala ner antalet frågor. Vi behöver även utveckla kvalitativa metoder för att följa kvalitén.

Planerade förbättringsåtgärder
Utveckla det systematiska kvalitetsarbetet t.ex. genom att inkludera kvalitativ uppföljning
Öka antalet rapporterade avvikelser och arbeta systematiskt med uppföljning, analys och åtgärder av avvikelser.
Utveckla metoder för att identifiera och fånga behov och önskemål hos unga som vi inte når genom våra mötesplatser
Ett fortsatt arbete är att göra skriftliga rutiner och checklistor.

7 Förvaltningsövergripande

7.1 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 Slutsatser och förbättringsåtgärder under den här rubriken.

7.1.1 Synpunkter

Under året har en synpunkt rörande stödfunktionerna inkommit. Synpunkten rörde information på goteborg.se.

7.1.2 Interna mätningar, kontroller, granskningar

HR

HR avdelningen genomför löpande kontroller enligt granskningsplan och löneadministrativa processen samt anställningsavtal. Förvaltningen har förbättrat läget beträffande antalet utförda kostnadskontroller.

Ekonomi

Ekonomiavdelningen genomför enligt granskningsplan kontroller inom ekonomi- och inköpsområdet. Även Redovisningstjänster inom socialförvaltning Centrum (tidigare Intraservice) utför kompletterande kontroller i de processer som de ansvarar för enligt serviceöverenskommelse. Granskningarna visar överlag på en god efterlevnad av rutiner.

Stab och kommunikation

Inom arbetet med utvärdering av system för styrning, uppföljning och kontroll har förvaltningen sedan starten 2021 undersökt hur nämndens förtroendevalda ser på kvalitén i de beslutsunderlag som lyfts till nämnden inför beslut. Resultatet av nämndens svar är i hög utsträckning positiva och liksom tidigare år visar resultatet flera styrkor.

7.1.3 Avvikelser

Inom avdelningen stab och kommunikation har en lex Sarah utredning genomförts.

Handlingar i ett LVM-ärende inkom inte till förvaltningsrätten inom lagstadgad tid. Det inträffade var ett handhavandefel som skedde på grund av den mänskliga faktorn. Händelsen utgjorde ett missförhållande. Inga systematiska brister uppmärksammades i lex Sarah utredningen.

För att händelsen inte ska upprepas ansvarar avdelningschef stab och kommunikation för följande åtgärder:

Se över och vid behov förtydliga avdelningens manualer avseende beslut som fattas i utskott och ska kommuniceras till annan myndighet. Säkerställa att det

tydligt framgår att sänd/leveranskvitto mottas.

Säkerställa en trygg och hållbar bemanning av nämnds- och utskottssekreterare.

7.1.4 Externa granskningar

Bokslut och ekonomiprocesser

Kommunen har enligt uppdaterad revisionsstandard infört ett förändrat arbetssätt avseende granskning av nämndernas ekonomiprocesser och bokslut. Förenklat kan det beskrivas som att fokus flyttas från granskning av respektive förvaltning/nämnd till att utgå från ett stadenperspektiv. Det innebär också att inget särskilt utlåtande lämnas till förvaltningen för årsbokslutet. Det har dock inte förmedlats att några brister har framkommit i granskningen. Inte heller i delårsbokslutet augusti 2024 har några avvikelser noterats.

Resor i tjänsten

Under 2023 genomförde stadsrevisionen en granskning av nämndens resor i tjänsten och resultatet av den återkopplades i revisionsredogörelsen under våren. Stadsrevisionens bedömning var att det finns brister i internkontrollen kopplat till detta och rekommenderar därför att den interna kontrollen stärks.

Förvaltningen har utvecklat beställningsförfarandet för resor i tjänsten där resa bokas via resebyrå. Redan när resan bokas via förvaltningens inköpsfunktion efterfrågas syfte och deltagarlistor vilket väsentligt minskar risken för resor som bryter mot stadens riktlinjer. Vid resor som inkluderar konferens kommer även program från konferensen att begäras in.

7.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Ekonomi

Förvaltningen har tagit fram förtydligade rutiner avseende köp av vård och boende under 2024. Under 2025 behöver följsamheten till dessa följas upp och utvärderas för att säkerställa månadsvis rättvisande redovisning och goda beslutsunderlag för prognoser.

Nya regler med löptider för förvaltningens lokaler samt stora fluktuationer i hyresnivåer innebär ett behov av att se över förvaltningens interna rutiner för att skapa framförhållning och ha tillförlitliga beslutsunderlag och ekonomiska prognoser.

Inom inköpsområdet behöver särskilt riskerna avseende brist på platser inom barn och unga hanteras. Brist hos ramavtalsleverantörer kan leda till att förvaltningen behöver betala överpris eller accepterar andra ogynnsamma avtalsvillkor då förhandlingsutrymmet är begränsat. Utbildningar i verksamheten behöver genomföras och en inköpsanalys av nuläget ska göras för att identifiera behov av ytterligare åtgärder.

Stab och kommunikation

Förvaltningen arbetar vidare för att bibehålla och ytterligare utveckla kvalitén i beslutsunderlagen till nämnden bland annat genom TU-skola för alla handläggare.

Under hösten beslutades om en förändrad organisation. Förändringen förväntas

minska sårbarheten för nämnd- och utskottsarbetet. Effekterna behöver följas upp under 2025.