



Kvalitetsrapport 2024

Socialnämnden Centrum

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
1.1	Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang	3
1.2	Sammanfattande bedömning	3
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	8
2.1.3	Förbättringsarbetet sedan förra året	11
2.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	12
3	Ekonomiskt bistånd	13
3.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	13
3.1.1	Egenkontroll	13
3.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	16
3.1.3	Förbättringsarbetet sedan förra året	17
3.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	18
4	Vuxna	19
4.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	19
4.1.1	Egenkontroll	19
4.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	23
4.1.3	Förbättringsarbetet sedan förra året	24
4.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	25
5	Stadsövergripande uppdrag - barn, familj och trygghet	26
5.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	26
5.1.1	Egenkontroll	26
5.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	28
5.1.3	Förbättringsarbetet sedan förra året	29
5.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	30
6	Stadsövergripande verksamheter	31
6.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	31
6.1.1	Egenkontroll	31
6.1.2	Synpunkter, avvikelser och lex Sarah	33
6.1.3	Förbättringsarbetet sedan förra året	36
6.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	36

1 Inledning

1.1 Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang

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

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

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

Läshänvisning

Kvalitetsrapporten innehåller sex avsnitt. I avsnitt 1 finns en samlad bedömning och därefter följer avsnitt med rapportering för barn och ungdomsvård, ekonomiskt bistånd, vuxna samt de två avdelningarna stadenövergripande uppdrag – barn, familj och trygghet samt stadenövergripande verksamheter.

Arbetet med risker gäller samtliga verksamheter och beskrivs nedan istället för i respektive avsnitt.

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.

1.2 Sammanfattande bedömning

Sammanfattande bedömning

Den samlade bedömningen är att förvaltningens verksamheter håller fullgod kvalitet och att det systematiska kvalitetsarbetet fungerar relativt väl, även om det

finns förbättringsområden. Vi har löpande tagit fram former för hantering av de olika momenten i kvalitetsarbetet och förbättrat systematiken i arbetet. Vi har fullgoda former för att sammanställa och analysera resultat.

Nuläget

Förvaltningens verksamheter har olika uppdrag, både service och myndighetsutövning. Vi har verksamheter med ansvar för det breda socialtjänstuppdraget och specialistverksamheter med avgränsade uppdrag. Det systematiska kvalitetsarbetets föreskrifter och råd är lika oavsett uppdrag men behov av omfattning och frekvens kan skilja beroende på verksamhet, liksom resultat och förbättringsområden.

Vi använder flera olika metoder och arbetssätt för att skapa delaktighet och inflytande för dem vi är till. Metoderna gör också att vi kan följa upp genomförda insatser och få underlag till förbättringsarbetet.

Metoder vi arbetar med är bland andra barns behov i centrum (BBIC), Signs of Safety, en modell för riskbedömningar inom barn och ungdomsvården och Individbaserad systematisk uppföljning (ISU). ISU innebär dokumentationen av arbetet med klienter för att sedan kunna följa upp hur insatser gått på gruppnivå för att kunna säkra kvaliteten i verksamheten.

Andra metoder är LÖSA (en metod med ett starkt barnrättsperspektiv inom socialtjänstens barn och unga), motiverande samtal (MI), samordnad individuell plan (SIP), Feedback Informed Treatment (FIT - en metod för verksamheter som arbetar med samtal som förändringsverktyg), fokusgrupper och DOK som är ett system för dokumentation, kartläggning och uppföljning som bygger på intervjuer med den enskilde samt UngDOK som används för ungdomar.

Utifrån de metoder vi arbetar med får vi en samlad kunskap om hur vi bättre kan möta behoven hos våra målgrupper. En kunskapsbaserad verksamhet är centralt för god kvalitet. För stöd i kvalitetsarbetet finns inom förvaltningen enheten för Stadenövergripande kunskapsstöd och utveckling som tar fram kunskapsstöd och stödjer systematisk uppföljning. Inom staden finns även Enheten för kvalitet som tar ett samlat grepp på socialtjänstprocessen och samordnar arbetet med de styrande dokumenten.

En stor del av socialtjänstens arbete är att möta familjer i behov av stöd och i mötena framförs en mängd synpunkter, beröm och klagomål. Oftast hanteras de inom ramen för kontakten och samtalen och dokumenteras i den enskildes akt när sådan finns. De registreras inte alltid som en synpunkt eller ett klagomål i diariet. Förvaltningen har tagit fram en ny rutin för synpunktshantering inom för att förenkla administrationen.

Under kvalitetsåret har 23 lex Sarah-utredningar färdigställts. Socialt ansvarig samordnare (SAS) bedömning är att de rapporter som inkommer är adekvata. De händelser som rapporteras är händelser som ska rapporteras enligt bestämmelserna. Däremot har flera enheter inom avdelningarna en låg eller ibland obefintlig rapporteringsgrad. I 13 av utredningarna har det konstaterats att det inte föreligger något missförhållande. I övriga elva har missförhållande/risk för-missförhållande konstaterats, varav ett av dessa anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO beslutade att avsluta ärendet då de bedömde att förvaltningen uppfyllt utredningsskyldigheten. I de utredningar där missförhållanden kan konstateras ger SAS ofta förslag på åtgärder, vilka ansvarig chef ansvarar för att verkställa.

Vidare arbete

Det finns brister och förbättringsåtgärder vi behöver arbeta med, samtidigt är bedömningen att vi åtgärdar de brister och förbättringsområden som framkommer i

de olika momenten i relativt hög grad. Från förra årets kvalitetsrapport ser vi förbättringsåtgärder som återkommer även i årets rapport. Det handlar om att fortsatt utveckla och stärka systematiken i kvalitetsarbetet, till exempel synpunktshantering, former för arbetet med individbaserad systematisk uppföljning och barnrättsarbetet. Vad gäller individbaserad systematisk uppföljning (ISU) ger det oss kunskap om våra målgruppers problem, behov och resultat av genomförda insatser. Flera enheter har påbörjat arbete med ISU. I barnrättsarbetet behöver vi fortsatt säkerställa att vi dokumenterar barns delaktighet.

Tidigare år har vi haft brukarundersökningar att utgå från. I undersökningarna mäts nöjdhet hos brukare. För 2024 har vi inte kunnat genomföra brukarundersökning då den är under ombearbetning. Det innebär att vi saknar data gällande brukares syn på vår verksamhet.

Det totala antalet synpunkter är för få för att kunna bedriva systematisk verksamhetsutveckling med synpunkterna som grund. De synpunkter som har inkommit har vi däremot hanterat. Det är viktigt att de vi möter har kännedom om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål. Det arbetet kan vi stärka.

Den höga personalomsättningen vid en del av våra avdelningar gör det svårare att upprätthålla god kvalitet, vilket här handlar om nödvändig kunskap inom handläggning och dokumentation. Det är en utmaning att hålla alla rutiner som styr arbetet kända. Detsamma gäller det systematiska kvalitetsarbetet, däribland arbetet med avvikelser och synpunkter, som behöver hållas levande.

Förbättringsåtgärder framåt

Vi har olika förutsättningar vid olika avdelningar men ett antal aktuella förbättringsåtgärder för arbetet framåt i stora drag handlar om:

- Stärka barnrättsarbetet. Vi behöver säkerställa dokumentation av barnsamtal och barns delaktighet, att korrekta genomförandeplaner finns där det också tydligt framgår hur barn och föräldrar varit delaktiga, samt ytterligare stärka barnrättsperspektivet inom vuxenområdet.
- Vi behöver öka kunskapen kring befintliga rutiner och riktlinjer för att stärka rättssäkerheten i handläggning och dokumentation.
- Utveckla former och förutsättningar för individbaserad systematisk uppföljning för en kunskapsbaserad verksamhet.
- Samverkan mellan enheter och med andra förvaltningar är avgörande för att kvalitetsarbetet ska fungera väl, annars finns det risk att brukarnas behov inte tillgodoses på bästa sätt. Inom flera områden behövs ett aktivt arbete med samverkan.
- Att avvikelser rapporteras korrekt är viktig för möjlighet till utveckling av våra verksamheter. Det är därför angeläget att fler avvikelser rapporteras vilket är någonting som vi behöver arbeta med.

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

Barns, ungas och familjers inflytande och delaktighet säkerställs på en övergripande nivå i avdelningens verksamheter genom att arbetet sker i enlighet med Socialtjänstprocessen i Velfärdens processer, där centrala moment beskrivs i relation till delaktighet.

Avdelningen arbetar med Barns behov i centrum (BBiC) som är ett arbetssätt som är anpassat efter socialtjänstens regelverk. BBiC utgår från barnets behov och ska stärka barnperspektivet samt stödja barns inflytande och delaktighet. BBiC ger den sociala barn- och ungdomsvården en enhetlig och evidensbaserad struktur för handläggning, utredning, genomförande och uppföljning. Avdelningen använder STÖD-modellen för att öka den enskildes delaktighet då man tillsammans skapar realistiska mål vid uppstart av en insats och modellen kan även användas vid uppföljning av insats.

Implementering pågår av Signs of safety's arbetsmetoder och särskilt anpassade verktyg för att ytterligare stärka barn och ungas inflytande och delaktighet. I avdelningens verksamhetssystem finns LÖSA -barndokument som används för att både lämna och inhämta information från barn och unga.

2.1.1.2 Brukarenkät

Det har inte genomförts någon brukarenkät under den period som kvalitetsrapporten avser.

2.1.1.3 Öppna jämförelser

I årets öppna jämförelser framkommer att avdelningen har ett förbättrat resultat sedan föregående år då avdelningen har påbörjat en individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens behov samt uppföljning av verksamhetens insatser till enskilda. Det sker genom en enkät som fylls i vid alla avslutade öppenvårdsinsatser på Barn och ungas Resursenhet. Ett utvecklingsområde för avdelningen är att även

genomföra individbaserad systematisk uppföljning av resultatet utifrån det stöd och insatser som ges till enskilda.

Avdelningen behöver stärka sitt arbete med bedömningsmetoder för uttågerande och normbrytande beteende. I öppna jämförelser har avdelningen svarat att bedömningsmetoder inte används. Under året har handläggare utbildats i SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) och EARL (Early Assessment Risk List) och detta är en del i förbättringsarbetet.

Handläggare med socionomutbildning och erfarenhet av barnutredningar är förutsättningar för en kunskapsbaserad och säker myndighetsutövning. I öppna jämförelser visas ett positivt resultat att inom avdelningen har 66 procent av handläggarna socionomutbildning med minst fem års erfarenhet av barnutredningar jämfört med rikssnittet som är 48 procent för 2024.

Som föregående år är ett utvecklingsområde för avdelningen att dela ut en broschyr från IVO till placerade barn om deras rättigheter med information anpassat efter barns olika åldrar. På avdelningen lämnas information anpassat efter barns olika åldrar, men det är inte alltid denna broschyr delas ut utan handläggarna lämnar behövlig information till placerade barn på andra sätt vilket ger ett missvisade resultat i öppna jämförelser för avdelningen.

2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	A nt al	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik			
Ingen kritik			
Stadsrevisionen		Stadsrevisionen granskade 2023 förvaltningens arbete mot våldsbejakande extremism och radikaliserings.	
Rekommendationer		Nämnden rekommenderas att identifiera vilka kunskapsbehov rörande våldsbejakande extremism och radikaliserings som finns inom den egna organisationen samt upprätta en utbildningsplan för att tillgodose behovet.	Säkerställer att avdelningen har metoder att använda sig av i sitt arbete med barn och ungdomar som riskerar att radikaliserars.
		Nämnden rekommenderas att genomföra den verksamhetsspecifika planering som framgår enligt Göteborgs Stads riktlinje mot våldsbejakande extremism och radikaliserings och implementera de åtgärder som följer av denna planering.	Säkerställa på avdelningen att samverkansstrukturer finns.
Revisionskritik			
Annan extern granskare			

2.1.1.5 Interna granskningar

Inga interna granskningar har genomförts under kvalitetsåret.

2.1.1.6 Övrig egenkontroll

Avdelning Barn och unga har tillsammans med avdelning Vuxen en plan för egenkontroll. Egenkontrollerna har genomförts i enkätverktyget Forms. Planen innefattar kontroll av handläggning och dokumentation, inloggning i individärenden och kontroll av inloggning i ärenden med skyddade personuppgifter. Enhetschefer ska vid behov upprätta åtgärdsplan utifrån kontrollerna. Resultat ska dokumenteras i verksamhetsplan. Egenkontroller genomförs varje vår och höst.

Egenkontrollen visade i granskande ärenden att skyddsbedömningar alltid görs i anmälningar och att utredning inletts omedelbart när det rör våld i nära relation. Utredningstiderna är dock generellt långa och i vissa fall överskridit utredningstiden. Utredningarna har varit inriktade på barnets situation och det finns en bedömning av barnets vårdbehov och hur det ska tillgodoses. I flera fall saknas dock dokumentation kring barnets inställning till beslut. Utredningsplaner saknas ofta i utredningsprocessen. Uppdragsdokument finns i insatserna och vårdplaner upprättas vid placering, men i flera fall saknas det genomförandeplaner alternativt att genomförandeplaner är upprättade för lång tid efter uppdragets start.

Förbättringsområden som uppmärksammats utifrån egenkontroller

- Avsluta utredningar inom lagstadgad tid
- Upprätta utredningsplaner
- Dokumentera barns delaktighet
- Dokumentera barn och vårdnadshavares inställning till förslag på beslut och insats
- Dokumentera kommunikering av beslutsunderlag och delgiven information
- Tillsä att genomförandeplaner finns i alla insatser
- Öka barn och föräldrars delaktighet i genomförandeplanerna
- Säkerställa att handläggare har mer än två års erfarenhet vid fördelning av skyddade ärenden

2.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

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

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

All personal har enligt lex Sarah en rapporteringsskyldighet av missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i verksamheten som rör den som får eller kan komma i fråga för insatser. Dessa rapporter föranleder en fördjupad utredning och syftet är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

2.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Bemötande	1
Rättssäkerhet	1
Annat	1

Under perioden 1 september 2023 till 31 augusti 2024 har 3 synpunkter och klagomål diarieförts inom avdelningen. De synpunkter som inkommit är från anhöriga och berör bemötande och rättssäkerhet. En stor del av socialtjänstens arbete är att möta familjer i behov av stöd och i dessa möten framförs en mängd synpunkter och även klagomål. Oftast hanteras dessa inom ramen i samtalen och dokumenteras i den enskildes akt och registreras som regel inte som en synpunkt eller ett klagomål i diariet.

Under 2024 infördes en ny förvaltningsövergripande rutin för hantering av synpunkter och det är troligtvis en förklaring till de låga antal registrerade synpunkter på avdelningen. Som en förbättringsåtgärd behöver avdelningens ledningsgrupp utöka dialogen om hanteringen av synpunkter och klagomål i enlighet med förvaltningsövergripande rutin för att synliggöra inkomna synpunkter.

2.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utröda och besluta Sol/LSS ärenden	100
Övrigt	35
Dokumentation	30
Samverkan internt	11

Under perioden 1 september 2023 till 31 augusti 2024 registrerade avdelningen Barn och unga 208 avvikelser i verksamhetssystemet Treserva. De största posterna redovisas i tabellen ovan. Detta kan jämföras med föregående period då 227 avvikelser registrerades. Antalet inrapporterade avvikelser har minskat inom avdelningen och rapporteringen är fortsatt ojämn mellan enheterna och det behövs ett fortsatt arbete för att säkerställa att avvikelser rapporteras in. Sex avvikelser har lett till lex Sarah anmälningar.

Avvikelseernas huvudsakliga innehåll:

- överskridna utredningstider
- brister i hantering av orosanmälningar
- brister i dokumentation och i handläggningen generellt
- brister i samverkan internt och med andra förvaltningar

Orsakerna beskrivs som brister i planering, brister i användandet av riktlinjer och rutiner och brister i kommunikation. En återkommande orsak som anges är problem med bemanningen. Det är ett flertal nya handläggare med ingen eller liten erfarenhet av myndighetsutövning samt att det har varit flera handläggarbyten och tillfälliga konsulter som handlagt ärenden i kortare perioder varpå delar i ärendeprocessen har uteblivit eller försenats.

Föreslagna åtgärder:

- förstärka bemanningen
- förstärka uppföljningen och planeringen i ärende- och beslutsprocesser

- påminna om befintliga rutiner

Arbetet med avvikelser finns med i avdelningen verksamhetsplan. Avvikelser, tillsammans med synpunkter och lex Sarah sammanställs två gånger per år och analyseras i verksamhetsplanen med syfte att identifiera eventuella förbättringsbehov. Uppföljning av arbetet med avvikelser kommer närmast att ske i samband med årsuppföljningen av verksamhetsplan. Socialt ansvarig socionom, SAS, har haft informationstillfällen kring avvikelser och lex Sarah för de olika avdelningarna.

Inom avdelningen utförs kontinuerlig kontroll av att avvikelser utreds och avslutas i tresserva.

Avdelningen har tidigare identifierat förbättringsområde dels kring behovet av att arbeta mer aktivt med avvikelser på enheterna för säkerställas att de rapporteras in, men även behovet av att samla avvikelser och lex Sarah utredningar i ett gemensamt dokument mellan verksamhetsutvecklare och SAS med syfte att tillsammans analysera och tydliggöra utvecklingsområden för såväl inom avdelningarna som inom förvaltningen. Detta arbete behöver fortgå på avdelningen.

2.1.2.3 Lex Sarah

För avdelningen har åtta lex Sarah utredningar färdigställts under kvalitetsåret. I sex av dem har missförhållande i någon form konstaterats, varav ett anmälades till IVO. IVO beslutade att avsluta ärendet hos dem då de bedömde att förvaltningen uppfyllt utredningsskyldigheten enligt lex Sarah. De två övriga utredningarna har resulterat i att det inte föreligger något missförhållande.

I en jämförelse med föregående års åtgärdsförslag så återfinns flera av dessa även detta år, som till exempel; samverkan, sekretess, rättssäker LVU-handläggning och hantering av orosanmälningar. Vilka enheter nedan åtgärdsförslag riktar sig till framgår inte av sammanställningen men berörda enheter har kommunicerats. SAS bedömning är att det finns behov av att arbeta vidare med dessa teman.

I de utredningar där missförhållanden i någon form har konstaterats, handlar de övergripande om:

- Samverkan mellan enheterna inom avdelningen samt andra förvaltningar.
- Brister i handläggning kring LVU och LVM.
- Brister i handläggning av inkomna anmälningar.
- Brister i handläggning av personer med skyddade personuppgifter.

Åtgärdsförslag som givits har handlat om:

- Att genomföra kunskapshöjande insatser kring samverkan och att roller/mandat tydliggörs kring samverkan såväl internt som externt för att höja rättssäkerheten.
- Att genomföra kunskapshöjande insatser kring LVU- och LVM-lagstiftningen.
- Att tydliggöra ansvar och rollfördelning inom arbetsledningen.
- Att genomföra kunskapshöjande insatser kring barns delaktighet i socialtjänstprocessen.
- Att säkerställa att handläggningen bedrivs rättssäkert med tyngdpunkt på:
 - Ärenden som rör våld i nära relation, med betoning på hur kommunikation ska bedrivas på ett säkert sätt, att klienter ges möjlighet att komma till tals och samverkan mellan enheter och avdelningar.
 - Ärenden med skyddade personuppgifter, med betoning på

samverkan såväl internt mellan enheter och avdelningar som externt med andra kommuner.

- Förhandsbedömningar, med betoning på kontroll av uppgifter kring vårdnad och familjebild samt att hålla tidsgränsen.
- Information och bemötande gentemot klienter, med betoning på hur och på vilket sätt information ges på ett förståeligt vis utifrån rollen som socialsekreterare.

Annan återkoppling som givits till enheterna i samband med iakttagelser som gjorts under utredningarna har handlat om:

- Att dokumentationen ska vara tydlig, ordnad, förståelig, lätt att följa och återspegla händelseförloppen som varit.
- Att beslut, utredningsprocesser och samtycken/inställningar ska dokumenteras korrekt.
- Hantering av stödpersoners närvaro i möten utifrån vilken information som kan delges.
- Att säkerställa dokumentationen kring ställningstagande av polisanmälan.

Denna sammanställning är antalet färdigställda utredningar under kvalitetsåret, vilket inte ska sammanblandas med till exempel antalet inkomna rapporter eller påbörjade utredningar under kvalitetsåret. En utredning kan till exempel ha flera rapporter och utredningar kan ha startats med inte färdigställts.

Generellt om hantering och rapportering av lex Sarah på avdelningarna/områdena.

- Sammantaget bedömer SAS att de rapporter som inkommer är adekvata. De händelser som rapporteras är händelser som ska rapporteras enligt bestämmelserna.
- Det kan noteras att flera enheter inom avdelningarna har en låg eller ibland obefintlig rapporteringsgrad. Någon närmare analys av varför så är fallet har inte gjorts av SAS under kvalitetsåret.
- Vid egenkontroll gjord av SAS under oktober/november 2024 framgår det att omkring 15-20% av de händelser som upprättas som/bedöms som lex Sarah under 2024 (observera att detta är statistik uttagen på kalenderåret) på enheterna inte inkommer till SAS för fortsatt utredning enligt rutin.

2.1.3 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Genomföra genomlysning av utredning och insats utifrån kriminalitet och kön.	Under året har handläggare utbildats i SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) och EARL (Early Assessment Risk List)
Säkerställa dokumentation av barnsamtal och barns delaktighet samt även arbeta med att säkerställa att korrekta genomförandeplaner finns och där det också tydligt framgår hur barn och föräldrar varit delaktiga.	Arbetet är påbörjat

Arbeta med en samlad analys av synpunkter, avvikelser och eventuella åtgärder från lex Sarah samt aktivt sprida kunskaper och lärdomar från dessa på hela avdelningen genom att ha genomgångar på avdelningens ledningsgrupp.	Arbetet har påbörjats genom samverkan med SAS
Säkerställa kompetensförsörjningen inom våld i nära relationer genom regelbundna behovskartläggningar samt löpande informera om utbildningar på olika nivåer.	Arbetet påbörjat med utbildningar på basnivå och fördjupningsutbildningar.

2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Avdelning Barn och unga arbetar med Barns behov i centrum (BBiC) som är ett arbetssätt som är anpassat efter socialtjänstens regelverk och som utgår från barnets behov samt ger en den sociala barn- ungdomsvården en enhetlig och evidensbaserad struktur för handläggningen i ärendena. BBiC tillsammans med Signs of safety och andra modeller som används inom avdelningen syftar till att öka barn och familjers delaktighet.

Utifrån resultatet i årets kvalitetsrapport kan vi se att avdelningen fortsatt behöver stärka arbetet med att öka barns delaktighet och framför allt är det dokumentationen kring vilken information som delgetts barnet, barnets inställning till förslag till beslut samt anledning till att barnet inte gjorts tillräckligt delaktig i ärendeprocessen.

Flera av förbättringsåtgärderna som framkommer i egenkontrollerna och avvikelshanteringarna handlar om behovet av att stärka samverkan både intern och externt, säkerställa rättssäkerheten inom handläggning och dokumentation samt öka kunskap om de rutiner och riktlinjer som finns för avdelningen.

Det systematiska kvalitetsarbetet fungerar väl. För att kunna stärka det arbetet ytterligare är en förbättringsåtgärd att inom avdelningen utöka dialogen om rapporteringen av synpunkter och avvikelser på enheterna för att kunna få fram förbättringsåtgärder och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Planerade förbättringsåtgärder
Säkerställa att barnperspektivet och barns delaktighet synliggörs i handläggning och dokumentation samt säkerställa att barn och föräldrars inställning till förslag på beslut och insats synliggörs i dokumentationen
Säkerställa att genomförandeplaner finns i alla insatser samt öka barn och föräldrars delaktighet i dem
Säkerställa rättssäkerheten generellt inom handläggning och dokumentation samt specifikt i hantering av LVU, orosanmälningar och skyddade personuppgifter
Arbeta med kunskapshöjande insatser kring samverkan och roller i interna och externa samverkansformer

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

Brukarinflytande och delaktighet säkerställs på en övergripande nivå i avdelningens verksamheter genom att arbetet bedrivs enligt socialtjänstprocessen inom välfärdens processer. Processen beskriver centrala arbetsmoment med fokus på delaktighet, som också följs upp som en del av verksamhetens egenkontrollplan. Vid egenkontroll av handläggning och dokumentation under våren 2024 framkom att den enskilde hade gjorts delaktig i utredning och fått möjlighet att beskriva sina behov i 39 av 40 granskade ärenden. I det enda avvikande ärendet förelåg omständigheter som gjorde det omöjligt att involvera den enskilde.

Vid kommunikering av utredningar skickas dessa till berörda för att de ska kunna lämna sina synpunkter. Utredningen hålls öppen i en vecka, vilket ger möjlighet för återkoppling.

Göteborgs Stads bedömningsstöd för insatser till de som uppbär försörjningsstöd syftar till att i samråd med klienten komma fram till vilken typ av insats som är mest lämplig. Arbetet sker utifrån klientens egna ord och fokuserar på att formulera både kortsiktiga och långsiktiga mål. Dessa mål kan vidareutvecklas till en arbetsplan och utgör ett underlag för det fortsatta arbetet då den enskilde ska få en insats via kompetenscentrum. Brukaren är aktivt involverad i att formulera målen, som skrivs med dennes egna språk.

Vid behov hjälper verksamheten den enskilde att kalla till möte med berörda parter för att upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Planen ska utgå från brukarens perspektiv.

Under året har stadens mottagningsenheter gemensamt arbetat med tillgängligheten. Detta har bland annat inneburit att telefonnummer för tidsbokning numera finns direkt på stadens hemsida. Texten på hemsidan har också anpassats för att bli mer tillgänglig. En gemensamt framtagen kallelse har utformats för att vara mer lättläst. Det planeras även att lägga till ett kontaktformulär på hemsidan, där personer kan be att bli kontaktade av socialtjänsten istället för att behöva ringa

upp själv.

3.1.1.2 Brukarenkät

Ingen brukarenkät har genomförts sedan senaste kvalitetsrapporten.

3.1.1.3 Öppna jämförelser

Avdelningen har förbättrat sina resultat inom individbaserad systematisk uppföljning jämfört med föregående år, vilket även var en av våra förbättringsåtgärder från förra årets kvalitetsrapport. Detta har förstärkts genom att enhetschefer och chefsstöd arbetat med målgruppsanalyser av de som mottar ekonomiskt bistånd. Syftet är att förbereda oss inför nya socialtjänstlagens bestämmelser kring en kunskapsbaserad socialtjänst och att stärka vår förmåga till djuplodande analyser. Dock saknas fortfarande systematiska analyser av resultat av insatser.

Enligt Socialstyrelsen bör socialtjänsten använda AUDIT och DUDIT som verktyg. AUDIT syftar till att upptäcka riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion, medan DUDIT är avsett att upptäcka drogrelaterade problem. Vi svarar nej på frågorna i öppna jämförelser, men ställer ändå frågor om missbruk som en del av den fasta utredningsmallen. AUDIT OCH DUDIT används inom vuxenområdet.

Vi har svarat delvis på indikatorn som gäller huruvida vi upprättar planer mot självförsörjning inom tre månader för alla vi möter. På grund av det ökade antalet besök, kopplat till nyttorealiseringsplanen för automatisering inom ekonomiskt bistånd, bedömer vi att vi bör följa upp detta för samtliga individer inom tre månader, snarare än delvis, som vi tidigare har angett.

En utmaning med öppna jämförelser är att de upplevs svåra att använda för verksamhetsutveckling på grund av indikatorernas specifika utformning. Resultaten påverkas också av hur Göteborgs stad är organiserad i fyra socialförvaltningar, vilket gör att resultaten kan avse stadens övergripande verksamheter snarare än vår avdelning.

3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

Verksamhetsområdet har inte varit föremål för externa tillsyner eller granskningar under kvalitetsåret.

3.1.1.5 Interna granskningar

I förra årets kvalitetsrapport angavs individbaserad systematisk uppföljning (ISU) som ett utvecklingsområde. För att stärka arbetet har enhetschefer och chefsstöd haft återkommande gemensamma analysträffar där det genomförts målgruppsanalyser av de personer som mottar försörjningsstöd. Arbetsformen kommer att kvarstå nästa år. Analyserna har bidragit till en djupare kunskap om vilka som uppbär försörjningsstöd och hur målgruppen förändrats över tid. Det har bland annat konstaterats att den höjda pensionsåldern har resulterat i att utbetalt försörjningsstöd till personer över 65 år har flerdubblats. Samtidigt har försörjningsstödet till personer under 25 år nästan halverats sedan 2021. En annan förändring har visat sig vara att andelen försörjningsstöd som utbetalas på grund av arbetslöshet minskat, men andelen som utbetalas till personer som är sjukskrivna med läkarintyg ökat.

Verksamhetsområdet har tagit fram en gemensam form för ärendegenomgångar, vilket var en förbättringsåtgärd i förra året kvalitetsrapport. Denna kommer att

börja användas 2025. Ärendegenomgångarna kommer bestå av ett antal fasta frågor, men möjlighet att justera efter behov. Det kan exempelvis innebära att tillföra vissa frågor under kortare period för att göra riktade uppföljningar på ett visst område. Resultaten från ärendegenomgångarna sammanställs inte på en övergripande nivå, utan lärdomar som har relevans för en hel enhet eller hela verksamhetsområde lyfts till en högre nivå när det finns behov

3.1.1.6 Övrig egenkontroll

Avdelningen har en plan för egenkontroll som för vuxenområdet innehåller följande delar:

1. Granskning av handläggning och dokumentation
2. Granskning av aktivitetsloggar i Treserva
3. Kontroll av behörigheter i Treserva till ärenden med skyddade personuppgifter
4. Daglig stickprovskontroll av utbetalning av ekonomiskt bistånd
5. Granskning av utbetalning via förladdade kort

Planen anger vilka kontroller som ska genomföras, i vilken frekvens och hur resultaten ska omhändertas. Enhetschefer analyserar resultaten av egenkontrollerna två gånger årligen och tar fram lämpliga åtgärder då resultaten påvisar behov.

Granskning av handläggning och dokumentation

Resultatet från våren indikerar att enheternas användning av arbetsplaner generellt har förbättrats sedan tidigare kontrolltillfällen. De flesta arbetsplaner är undertecknade, kommunicerade samt uppdaterade inom det senaste året. En del utredningar var dock fortsatt mer än ett år gamla.

FREDA-kortfrågor har återkommit som ett utvecklingsområde i flera omgångar av egenkontrollen. Våren 2024 hade frågorna ställts i enbart 16 av 39 ärenden inom det senaste året. Enhetschefer har fortsatt att lyfta frågan med enheterna och ser under hösten ett fortsatt behov av att arbeta med att implementera frågorna, även om antalet ställda FREDA-kortfrågor har ökat över tid.

Granskning av aktivitetsloggar i Treserva

Slumpmässigt utvalda handläggares aktivitet i Treserva granskas månatligen. Under kvalitetsåret har det inte upptäckts någon aktivitet som föranleder åtgärd.

Kontroll av behörigheter i Treserva till ärenden med skyddade personuppgifter

Den kartläggning av person med skyddade personuppgifter som ska upprättas i alla ärenden saknades i 15 av 21 ärenden vid granskningen. Resultatet grundar sig i okunskap till rutinen och bristande implementering, vilket behöver åtgärdas.

I 18 av 21 granskade ärenden är antalet handläggare med behörighet till ärendet inom rekommendationen 1-3. I de fall antalet överstiger rekommendationen anges att fler handläggare har behörighet för att ärendet ska kunna handläggas effektivt och skyndsamt, exempelvis vid oplanerad frånvaro.

Daglig stickprovskontroll av utbetalning av ekonomiskt bistånd

I 15% av de granskade utbetalningarna under våren har det saknats en registrerad ansökan i händelser i Treserva. Detta avser vanligtvis utbetalningar där ansökan inte har inkommit ordinarie väg, exempelvis muntligen, eller att ansökan istället registrerats som inkommen handling.

Vad gäller de övriga kontrollområdena noteras enbart ett fåtal avvikelser. I 13 fall

(2,5%) bedöms att beräkning och beslut är felaktiga. Den mest frekvent förekommande anledningen till att beslutet bedöms felaktigt är att beräkningen inte omfattat barnbidrag, bostadsbidrag eller vissa andra inkomster. Vid samtliga utbetalningar utom två har beslut fattats av rätt delegat. I ett ärende har beslutat belopp och utbetalt belopp inte överensstämmt då det funnits flera olika beslut för månad, varav några inte utbetalts utan att beslut makulerats i Treserva.

Granskning av utbetalning via förladdade kort

Vid vårens granskning hade samtliga beslut registrerats i Treserva och beslutat belopp har överensstämmt med utbetalningen. Från 2023 och framåt har avvikelser noterats för fem utbetalningar, men dessa har alltid avsett att beslutat bistånd varit något högre än utbetalningen i portalen och avsett mindre handläggningsfel.

3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

3.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Bemötande	2
Utförande av tjänst	2
Rättssäkerhet	1

Under kvalitetsåret har fem synpunkter registrerats i diariet. Den är färre än föregående år, då tio synpunkter registrerades. Det låga antalet beror på att synpunkter och klagomål som kan ha bäring på enskilda ärenden dokumenteras i personakten och därmed inte registreras som en synpunkt i diariet.

Avdelningen bedömer att de inkomna synpunkterna är för få för att användas till systematisk verksamhetsutveckling, men det kan ändå konstateras att ett fåtal av dem rör utvecklingsprocesser som är relevanta för avdelningen. En synpunkt handlar om tillgänglighet, vilket har varit ett utvecklingsområde för alla försörjningsstödsverksamheter i staden, bland annat som en del av förberedelserna inför den nya socialtjänstlagen. Det finns ett pågående utvecklingsarbete kring mottagningsenheterna som syftar till att göra verksamheten mer lättillgänglig.

Ytterligare två synpunkter handlar om klagomål på bemötande i synpunktslämnarens egna ärende, men har inte föranlett någon åtgärd.

3.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta SoL/LSS-ärende	48
Övrigt	23
Post, inkommen handling	14
Dokumentation - allmän	7
Samverkan intern/extern	9 (5/4)
Rättigheter och bemötande	4
Avvikelse inkommen från extern part	4
Utförande av SoL/LSS- insats	2
Påbörja SoL/LSS-insats	1

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Övergrepp, självskada, hot	1
Utrustning - övrig	1
Stöld/Försvunnen/Förstörd	1

Under kvalitetsåret 2024 har 115 avvikelser registrerats, vilket är det högsta antalet sedan förvaltningens inrättande 2021. 2023 registrerades 86 avvikelser. Ökningen anses positiv eftersom avvikelser utgör underlag för verksamhetsutveckling. Avdelningen har arbetat systematiskt med avvikelser på enheterna för att öka antalet. Viktiga avvikelser lyfts på verksamhetsmöten flera gånger per år.

När en avvikelse bedöms ha varit av betydande karaktär handlar det i regel om personer som inte fått sin utbetalning i rätt tid. Konsekvensen av detta blir vanligtvis inte särskilt stor för den enskilde, men kan i vissa fall orsaka problem eller oro. Orsaken är oftast att handläggaren glömt att slutföra handläggningen, eller att fel belopp utbetalats. Detta hanteras normalt i det enskilda ärendet.

En stor del av avvikelserna har anmälts till följd av brister i den postgången. Det kan handla om att post gått långsamt eller hamnat fel. Problemet var vanligare under våren 2024 och har efter dialog med ansvarig chef upphört. I ett fall har personuppgiftsincident anmälts då känslig information skickats till fel person.

En annan återkommande källa till avvikelse är att det har beslutats om fel belopp. Detta förekommer vanligtvis då handläggare ersätter varandra vid frånvaro och inte har samma kännedom om ärendet som den ordinarie handläggaren. Risken för handläggningsfel blir då större, särskilt om dokumentationen i ärendet inte är tydlig eller lätt att följa.

Avdelningens övergripande analys av avvikelserna innebär bland annat att vi kan arbeta mer systematiskt och grundligt vid implementering av nya rutiner och arbetssätt. Det kan finnas behov av att se över hur vi lägger upp implementeringsplaner. Sett i förhållande till antal ärenden och beslut i dessa bedömer vi att det fortsatt sannolikt bör anmälas fler avvikelser än det görs idag.

3.1.2.3 Lex Sarah

Inga Lex Sarah-utredningar har färdigställts under kvalitetsåret.

3.1.3 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Utveckla arbetet med individbaserad systematisk uppföljning	Avdelningen har stärkt sin kompetens inom individbaserad systematisk uppföljning och håller återkommande analysmöten med enhetschefer och chefsstöd. Analysmötena kommer fortsätta 2025.
Barnkonsekvensanalyser ska implementeras	Arbetet har påbörjats men inte slutförts. Medarbetare från enheten kommer att gå utbildning 2025. Kommer att kvarstå som förbättringsåtgärd.
Utveckla metoden för tjänstegenomgångar så att de blir lika mellan enheterna i området	En gemensam form för ärendegenomgångar har tagits fram och kommer att börja användas 2025.

Inhämta synpunkter från den enskilde i högre utsträckning samt i högre grad registrera inkomna synpunkter i enlighet med rutin	Genom att använda stadens bedömningsstöd säkerställer vi att den enskildes synpunkter på sin egen situation och sitt ärende tas till vara. Det är fortsatt ett lågt antal synpunkter som registreras i diariet, vilket beror på att synpunkter som har bäring på ärendet hanteras inom ramen för ärendet.
Implementera och använda FREDA-kortfrågor fullt ut	Användandet av FREDA-kortfrågor har ökat, men vi behöver fortsatt arbeta för att frågorna ska ställas i fler ärenden. Kommer att kvarstå som förbättringsåtgärd inför nästa år.
Arbetsplaner ska finnas i alla ärenden	Avdelningen har förbättrat sig kring arbetsplaner, men kommer att arbeta vidare med frågan. Egenkontrollerna visar att arbetsplaner fortfarande saknas eller inte är aktuella eller uppföljda i många ärenden. Kommer kvarstå som förbättringsåtgärd inför 2025.

3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Sammanfattningsvis bedöms verksamhetens kvalitet som god. Systematiken i kvalitetsarbetet har stärkts, vilket syns exempelvis i det högre antalet registrerade avvikelserna och inrättandet av en löpande analysgrupp bestående av enhetschefer och verksamhetsstöd. De flesta resultat indikerar att nivån är tillräckligt hög, men det finns områden där förbättringar behövs. Ett särskilt viktigt område att åtgärda är hanteringen av skyddade personuppgifter, där egenkontroller har visat att våra rutiner inte tillämpas fullt ut enligt plan.

Flera av de områden där vi ser utrymme för förbättringar har syns som utvecklingsområden tidigare. Det handlar exempelvis om arbetet med arbetsplaner, FREDA-kortfrågor och om barnrättsperspektivet. Trots att vissa förbättringar har skett kommer dessa att kvarstå som förbättringsåtgärder till nästa år och omhändertas inom ramen för verksamhetsplanen.

Planerade förbättringsåtgärder
Säkerställa att utredningsenheterna hanterar arbetsplaner likvärdigt
Barnkonsekvensanalyser ska implementeras
Arbete vidare med systematiken kring avvikelser för att fler ska rapporteras
Förbättra arbetet med FREDA-kortfrågor
Vidare implementera rutiner för hantering av skyddade personuppgifter

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

Brukarinflytande och delaktighet säkerställs på en övergripande nivå i avdelningens verksamheter genom att arbetet sker i enlighet med socialtjänstprocessen i välfärdens processer. Processen beskriver centrala arbetsmoment i relation till delaktighet. Delaktigheten följs bland annat upp som en del av verksamhetens egenkontrollplan. Vid egenkontroll av handläggning och dokumentation som genomförts konstaterades att den enskilde gjorts delaktig i utredning och fått möjlighet att beskriva sina behov i 52 av 60 granskade ärenden. De två vanligaste orsakerna till att detta inte skett är att utredningen inte varit färdigställd vid tidpunkten för granskningen eller att den enskilde inte medverkat i utredningen genom att inte vara anträffbar eller komma till inbokade möten.

Inom verksamhetsområdet används ett flertal evidensbaserade metoder, däribland Addiction Severity Index (ASI) och Uppföljning och beskrivning av åtgärder (UBÅT). ASI är en standardiserad bedömningsmetod inom missbruks- och beroendevården och UBÅT är ett uppföljningsverktyg som kan användas i kombination. I ASI-intervjun från den enskilde själv skatta sin problematik inom sju livsområden, vilket lägger grunden för stödet från socialtjänsten. I dagsläget finns det inte tillräckligt underlag för att sammanställa resultaten av uppföljningarna på gruppnivå.

Vuxenstödteamet håller även varje vecka gruppverksamheter med olika teman för personer med biståndsbeslut. Dessa träffar utvärderas efter varje tillfälle genom en enkät som delas ut till deltagarna. Formuläret innehåller utöver en värdering av gruppverksamheten möjligheten att lämna förslag för kommande tillfällen.

4.1.1.2 Brukarenkät

Ingen brukarenkät har genomförts sedan senaste kvalitetsrapporten.

4.1.1.3 Öppna jämförelser

Resultatet i öppna jämförelser visar på att avdelningen på i regel använder de metoder Socialstyrelsen frågar om och att vi möter målgruppen med relevanta insatser. Det gäller exempelvis att vi erbjuder Bostad först, stödsamtal till våldsutövare och stöd enligt IPS-modellen.

När det kommer till att skapa vår egen kunskap genom individbaserad systematisk uppföljning (ISU) visar resultatet att vi vid svarstillfället inte genomförde sådan uppföljning i någon högre utsträckning, i likhet med större delen av landets kommuner. Under året har avdelningen, och förvaltningen i stort, utvecklat sitt arbete med ISU. Detta har innefattat en jämförande uppföljning av insatser mellan utredningsenheterna. Enhetscheferna har också fått i uppdrag att genomföra analyser med stöd av verksamhetsutvecklare. Detta arbete har dock under året fått prioriteras ned på grund av tidsbrist.

Verksamheten har fortsatt låga resultat på frågor om hur synpunkter och åsikter från de vi möter systematiskt samlas in och används i verksamhetsutveckling. Detta är ett område där resultaten nationellt är mycket låga.

4.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	A nt al	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik			
Ingen kritik			
Stadsrevisionen			
Rekommendationer		Nämnden rekommenderas att identifiera vilka kunskapsbehov rörande våldsbejakande extremism och radikalisering som finns inom den egna organisationen samt upprätta en utbildningsplan för att tillgodose behovet.	En utbildningsplan för förvaltningen kommer tas fram med kunskapshöjande insatser utifrån behov för område, uppdrag och profession. Mottagets 1:e socialsekreterare har gått en utbildning om våldsbejakande extremism.
Rekommendationer		Nämnden rekommenderas att genomföra den verksamhetsspecifika planering som framgår enligt Göteborgs Stads riktlinje mot våldsbejakande extremism och radikalisering och implementera de åtgärder som följer av denna planering	Mottaget har ett etablerat arbetssätt för att hantera ärenden som rör våldsbejakande extremism.
Revisionskritik			
Annan extern granskare			

Förvaltningen antog i juni en anvisning för omhändertagande av Göteborgs Stads riktlinje mot våldsbejakande extremism och radikalisering. Syftet med riktlinjen är att förtydliga hur riktlinjen omhändertas hos socialförvaltningen Centrum,

tydliggöra vilka funktioner och verksamheter som berörs och ansvarar för arbetet, samt vilka åtgärder som behöver göras inom stadsområde Centrum utifrån stadsrevisionens granskning av förvaltningens arbete.

1:e socialsekreterare i vuxenmottaget gick under våren en pilotutbildning mot våldsbejakande extremism. Resterande arbetsledare har inte gått utbildningen då det i första hand är mottaget som möter de aktuella personerna.

När ett aktuellt ärende startas kontaktar avdelningen en koordinator på resursteamet mot våldsbejakande extremism och radikalisering för stöd i handläggningen. I dessa ärenden sker också samråd med polisen.

4.1.1.5 Interna granskningar

Löpande granskningar

I det löpande arbetet genomför 1:e socialsekreterare ärendegenomgångar tillsammans med samtliga socialsekreterare. Arbetssättet syftar till att säkerställa att ärenden hanteras enligt socialtjänstprocessen och att handläggningen håller en god kvalitet. Frekvensen på ärendegenomgångarna varierar mellan enheterna, från var sjätte vecka till 1-2 gånger per termin. Områdets 1:e socialsekreterare har fått i uppdrag att ta fram en gemensam mall för genomgångarna, då de för närvarande sker på olika sätt. Syftet är att den gemensamma mallen ska bidra till att bedömningar och arbetssätt mellan utredningsenheterna är jämlika.

Genomgångarna genomförs på individnivå och sammanställs i regel inte på gruppnivå, då det huvudsakliga syftet är att säkerställa att varje enskilt ärende hanteras korrekt. I förekommande fall kan lärdomar som dragits vid ärendegenomgångarna leda till generella åtgärder.

En administrativ rutin säkerställer att avtal och fakturahantering sköts ändamålsenligt. Som en del av rutinen kontrolleras att det alltid finns avtal då insatser köps externt. Rutinen inkluderar även granskning i förhållande till verksamhetssystemet Treserva, vilket också bidrar till en korrekt handläggning. Rutinen följs upp genom dialog mellan administratörer och chefer på ledningsgrupp. Vid den senaste uppföljningen konstaterades att den i huvudsak fungerar väl men att det ibland kan uppstå felaktigheter till följd av kommunikationsbrister mellan handläggare och administratörer. För att åtgärda detta klargjordes hur kommunikationen ska ske och vilka konsekvenser det kan få om information inte överlämnas korrekt.

Särskild granskning

På grund av förvaltningens ekonomiska läge 2023 genomförde avdelningen granskningar av boendeinsatser, vilket nämndes i föregående års kvalitetsrapport. Under vintern 2023 och våren 2024 fortsatte detta arbete, men med fokus skiftat från enskilda ärenden till övergripande jämförelser mellan avdelningens utredningsenheter. Syftet var att se närmare på varför utredningsenheternas utfall skilde sig åt.

Granskningen visade sig att det fanns större skillnader i kostnadsutfall för annat LVM-placeringar, långsiktigt boende och stödboende. Orsakerna analyserades och varierade från rena skillnader i ärendemängder mellan enheterna, skillnader i bedömda stödnivåer i långsiktigt boende och längd på befintliga placeringar vid överlämning från avdelning barn och unga till vuxenenheten. Respektive enhetschef och arbetsledning har omhändertagit lärdomarna enligt behov i verksamheterna. På ett generellt plan blir kunskapen ett underlag till övergripande verksamhetsplanering och budgetarbete.

4.1.1.6 Övrig egenkontroll

Avdelningen har en plan för egenkontroll som för vuxenområdet innehåller följande delar:

1. Granskning av handläggning och dokumentation
2. Granskning av aktivitetsloggar i Treserva
3. Kontroll av behörigheter i Treserva till ärenden med skyddade personuppgifter

Planen anger vilka kontroller som ska genomföras, i vilken frekvens och hur resultaten ska omhändertas. Enhetschefer analyserar resultaten av egenkontrollerna två gånger årligen och tar fram lämpliga åtgärder då resultaten påvisar behov.

Handläggning och dokumentation

Under de två kontrollerna under kvalitetsåret, hösten 2023 och våren 2024, anses resultatet i huvudsak vara gott. Granskningen visar att handläggningen överlag sker med god kvalitet, men att det finns vissa utvecklingsområden

FREDA-kortfrågor saknades i många ärenden vid vårens granskning och vid det föregående tillfället konstaterade mottagningsenheten att det behöver förtydligas i dokumentationen varför frågorna inte ställs i vissa fall. Under analysen av egenkontrollerna diskuterades även att vi behöver stärka vårt arbete riktat mot våldsutövare för att nå fram till fler.

Andra utvecklingsområden inkluderar:

- *omfattningen på utredningar*: dokumentationen blir i vissa fall för omfattande. Målsättningen är att utredningarna ska begränsas till att fokusera på det viktigaste för att säkerställa en effektiv och ändamålsenlig handläggning.
- *frågor om spel*: dessa ställs sällan inom ramen för utredningen.
- *klarspråk*: medan de bedömningar som gjorts vid kontrollerna visar på att vår dokumentation är klarspråkad kan det finnas ett behov av att säkerställa att det vi anser är lättförståeligt även är det för brukarna.
- *kommunicering av utredningar*: görs i för låg omfattning och behöver förbättras.

Granskning av aktivitetsloggar i Treserva

Dessa kontroller genomförs på två enheter inom verksamhetsområdet (fyra avdelningar inom avdelningen) månatligen. Enhet och handläggare slumpas fram och granskningen genomförs av enhetschef. Granskningarna har inte visat på några oegentligheter.

Kontroll av behörigheter i Treserva till ärenden med skyddade personuppgifter

Från 2024 ska denna kontroll genomföras en gång årligen, istället för två gånger årligen. I samband med förändringen gjordes granskningen mer omfattande och utgår ifrån stadens rutin för hantering av skyddade personuppgifter samt förvaltningens lokala rutin för behörighetsadministration och kunskapskrav.

Granskningen visade på brister i följsamheten till rutinerna. I 8 av 9 ärenden saknades den kartläggning som enligt rutin ska upprättas och i vilken det ska finnas information om bland annat hur kontakten med personen ska ske på ett säkert sätt. I de flesta fall angavs bristande implementering och okunskap om rutinen som orsaken. Enhetschefer fick till följd av egenkontrollen i uppdrag att säkerställa att rutinen följs. Uppföljning kommer att ske när kontrollen genomförs kommande

vår.

4.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

4.1.2.1 Synpunkter

Under kvalitetsåret finns enbart två registrerade synpunkter. Båda synpunkterna rör specifika ärenden där den enskilde själv respektive en anhörig har inkommit med klagomål. Underlaget är för litet för att utgöra underlag för verksamhetsutveckling.

Synpunkter inom myndighetsutövningen hanteras normalt som en del av ärendet, då den enskildes inställning är en viktig del i utredningen. Det blir därmed en gränsdragningsfråga kring vilka synpunkter som ska registreras som sådana i diariet och utgöra underlag för en sammanställning över synpunkter och klagomål. I praktiken behöver enhetschef avgöra om en specifik synpunkt har en övergripande karaktär, vilket sällan är fallet.

4.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Post, inkommen handling	13
Samverkan extern/intern	12 (6/6)
Dokumentation - allmän	7
Utreda och besluta SoL/LSS-ärende	3
Utförande av SoL/LSS-insats	1
Avvikelse inkommen från extern part	1
Övrigt	20

Verksamhetsområdet har registrerat 57 avvikelser under kvalitetsåret, vilket är en ökning från 43 föregående år. Antalet avvikelser har ökat varje år sedan förvaltningens inrättande 2021, vilket anses vara positivt ur en kvalitetsaspekt. Avdelningen har haft som målsättning att öka antalet registrerade avvikelser för att främja kvaliteten i verksamheten.

Under året har den vanligaste orsaken till registrerade avvikelser varit att inkomna handlingar inte hanterats rätt. Det rör sig främst om internpost som gått för långsamt eller hamnat fel till följd av brister i riktlinjer och rutiner, samverkan eller kommunikation, vilket lett till fördröjningar i handläggningen. I ett fåtal fall har det resulterat i en betydande inverkan för enskild. Frågan har hanterats genom dialog med den chef som är ansvarig för den interna postgången.

Samverkansfrågor är återkommande tema där verksamheterna ofta upplever svårigheter, både internt och externt, och utgör den näst vanligaste kategorin av avvikelser. I flera fall avser avvikelserna samverkansproblem med sjukvården och avvikelsen har då i regel överförts till den verksamhet som anses ansvarig inom VGR. Ännu fler avvikelser avser samverkan inom förvaltningen eller med annan förvaltning. Dessa situationer handlar ofta om kommunikationsbrister, vilket åtgärdas genom direkta samtal mellan berörda enheter, eller på en mer övergripande nivå beroende på avvikelserns karaktär.

4.1.2.3 Lex Sarah

Samtliga nio färdigställda utredningar under kvalitetsåret har resulterat i att det inte föreligger något missförhållande. Majoriteten av utredningarna har handlat om

oväntade dödsfall, vilka enligt rutin ska rapporteras om det vid en första översyn av enheterna står klart att det inte är direkt obehövt. Denna ärendetyp har förekommit i högre grad under det aktuella kvalitetsåret i jämförelse med föregående. En utredning har också handlat om utredningstiden vid 7§ LVM i relation till hur fortgående missbruk och tillförlitlighet bedöms. Föregående års tema i kvalitetsrapporten gällande samverkan har ej varit aktuellt detta år.

Eftersom inga utredningar har avslutats med bedömningar om att det föreligger ett missförhållande av något slag så har inga åtgärdsförslag givits.

Annan återkoppling som givits till enheterna i samband med iakttagelser som gjorts under utredningarna har handlat om:

- Begäran om inhämtande av handlingar från extern part.
 - På vilket sätt och hur omfattande material som ska begäras.
- Tydliggörande av dokumentation så den är korrekt och förståelig.

4.1.3 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Utveckla arbetet med individbaserad systematisk uppföljning, inklusive med ASI och UBÄT	Avdelningen har arbetat med individbaserad systematisk uppföljning i genomförda och inledda projekt. Under våren genomförde verksamhetsekonom, planeringsledare gemensamt med verksamheten en analys av insatser och kostnader. Med start vintern 2024 planeras en riktad uppföljning av ärenden som får beslut via socialjouren under pågående ärende hos vuxenheten. ASI och UBÄT har fortsatt för begränsade underlag för att kunna genomföra en grundad uppföljning med.
Ta fram en gemensam form för ärendegenomgångar	Ett arbete har påbörjats för att nå fram till gemensamma former för ärendegenomgångar, men det är inte slutfört. Ärendegenomgångar genomförs med olika frekvens och innehåll på enheterna.
Öka följsamheten till socialtjänstprocessen och förbättra handläggning och dokumentation	Området har inrättat "stormetod" som mötesform, där 1:e socialsekreterare håller metodmöte med enheterna utifrån specifika temaområden. Syftet är att ge fördjupad kunskap om särskilda ämnen och relaterade rutiner. Avdelningen har också förstärkt sitt arbete med egenkontroller av handläggning och dokumentation, särskilt i relation till chefers analysarbete där resultatet analyseras i grupp två gånger om året.
Stärka och systematisera arbetet i avvikelseprocessen	Fler avvikelser har registrerats varje år sedan förvaltningens inrättande. Enheterna arbetar löpande med avvikelser som grund för verksamhetsutveckling genom att gå igenom de viktigaste avvikelserna med arbetsledning och med hela enheterna vid behov.
Inhämta synpunkter från den enskilde i högre utsträckning samt i högre grad registrera inkomna synpunkter i enlighet med rutin	Antalet inkomna synpunkter är för lågt för att använda för verksamhetsutveckling. De synpunkter som inkommer är inom myndighetsövningen oftast direkt kopplade till specifika ärenden och hanteras därmed inom ramen för ärendet. I de flesta fall rör det sig om klagomål där det konstateras att handläggningen och bedömning skett enligt rutiner och riktlinjer.

4.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Sammantaget bedöms kvaliteten i verksamheten vara god. De flesta resultaten visar att vi har tillräckligt hög kvalitet, men det finns vissa brister som behöver åtgärdas. En särskilt viktig brist att åtgärda är hanteringen av skyddade personuppgifter, där egenkontrollen visat att vi inte har implementerat våra rutiner tillräckligt väl.

Sedan förvaltningens inrättande 2021 har arbetet med att utveckla en systematik kring kvalitetssarbetet varit ett prioriterat område. Tidigare års förbättringsåtgärder har till stor del reflekterat detta och fokuserat på likvärdighet mellan avdelningens enheter, gemensamma arbetsformer och att förbättra arbetssätt för analys. Som förbättringsåtgärder inför kommande år fokuserar vi istället på verksamhetsnära åtgärder kring arbetssätt och kvalitet i handläggningen. De flesta av åtgärderna är baserade på resultat från avdelningens internkontrollplan.

Detta innebär dock inte att arbetet med att utveckla systematiken är avslutad. Årets arbete har visat att vi ytterligare kan förbättra oss, särskilt vad gäller analys av vissa delar av kvalitetsledningssystemet.

Planerade förbättringsåtgärder
Stärka vårt arbete riktat mot våldsutövare för att nå fram till fler
Säkerställa att vi kommunicerar utredningar till den de berör
Säkerställa att omfattningen på utredningar är ändamålsenlig
Vidare implementera rutiner för hantering av skyddade personuppgifter

5 Stadsövergripande uppdrag - barn, familj och trygghet

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 6.2 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

Inom avdelningen arbetar vi både med myndighetsutövning och tillhandahåller serviceinsatser. En förutsättning för att lyckas med vårt arbete är att ha en hög grad av brukardelaktighet. I alla våra uppdrag arbetar vi för att skapa inflytande och delaktighet för dem vi möter.

Vi använder olika metoder, såsom enkäter och intervjuer, inför, under och efter genomförd insats, men även andra uppföljningsinstrument som är anpassade för verksamheterna i syfte att göra brukarna delaktiga i såväl insatsen som vårt förbättringsarbete. I verksamheter för ungdomar använder vi UngDok som skapar delaktighet för ungdomen i hur insatsen utformas.

Barn som är aktuella i familjerättsliga ärenden har fått ökade möjligheter till delaktighet, bland annat genom arbetet med LÖSA! men också genom att vi ser över hur vi kan förbättra alla de familjerättsliga uppdragen utifrån att barns rätt till delaktighet och information. Vi arbetar bland annat med att kvalitetssäkra barnhandlingarna vid adoption ur informationssynpunkt, utforska hur vi bättre kan följa upp umgängesärenden, implementera bildstöd i föräldraskapsärendena som förklarar ärendets gång och innehåll samt att ta fram riktlinjer för hur vi pratar med barnen i vissa faderskapsärenden som är särskilt svåra. Ett fortsatt förbättringsområde är att öka barns delaktighet i samarbetssamtal.

På våra samtalsmottagningar, dit den enskilde kan söka själv, utformar vi insatsen gemensamt med den hjälpsökande för att säkerställa att vi utgår ifrån de behov och önskemål som hen har.

En av våra viktigaste iakttagelser är att brukarinflytande inte enbart är viktigt för att höja kvaliteten på insatserna utan att det bidrar till att insatserna ger bättre resultat för den enskilde, när hen får möjlighet att vara delaktig i utformandet. I familjerättsliga processer är förhoppningen att genom att än tydligare synliggöra

och låta barnet komma till tals, öka förutsättningarna för föräldrarna att nå samförstånd utifrån barnets bästa i ärendet.

Genom våra olika aktiviteter för att göra brukarna involverade, får vi kunskap om våra målgruppers behov och önskemål. Det har gett underlag till förbättringsarbete, till att kunna anpassa insatserna och erbjuda alternativ som bättre passar för vissa grupper och behov. Ett exempel är uppstarten av Mini-Marias Resursmottagning. Vi har fortsatt systematisera, dokumentera och sprida den kunskap vi har om våra målgrupper och deras behov. Att arbeta för barn och ungas delaktighet är särskilt viktigt att vidhålla och utveckla.

5.1.1.2 Brukarenkät

Vi har inte genomfört någon brukarundersökning under kvalitetsåret. Det pågår ett stadengemensamt arbete med att revidera den gemensamma brukarundersökningen. Förhoppningen är att genomföra brukarundersökning för myndighetsutövande verksamheter under våren 2025.

5.1.1.3 Externa tillsyner och granskningar

	A nt al	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik			
Ingen kritik			
Stadsrevisionen		Stadsrevisionen granskade år 2023 förvaltningens arbete mot våldsbejakande extremism och radikaliserings	
Rekommendationer		Att tydliggöra och kommunicera syfte och uppdrag för resursteamet mot våldsbejakande extremism och radikaliserings, samt	
Revisionskritik			
Annan extern granskare			
Socialnämnden - Centrum - Hisingen - Nordost - Sydväst		Varje månad genomför politiker från de fyra socialnämnderna stickprov av ärenden hos Familjerättsbyrån.	Inga anmärkningar under kvalitetsåret.

Stadsrevisionen granskade under 2023 förvaltningens arbete mot våldsbejakande extremism och radikaliserings och gav förvaltningen rekommendationer, varav två var riktade till avdelningens stadsövergripande uppdrag. Det som avser att tydliggöra och kommunicera syfte och uppdrag för resursteamet har bäring på kvalitetsarbetet, då resursteamet erbjuder konsultation, stöd och kunskapshöjande insatser. Det i sin tur kan bidra till ökad kunskap hos medarbetare som möter målgruppen och ökad kvalitet i ärendehandläggning. Resursteamet (som består av en medarbetare) har på olika sätt synliggjort sin kompetens under senaste året och har bland annat deltagit i en stor utbildningssatsning inom grundskolan och i att ta fram metodstöd i arbetet, vilket nu sprids. Resursteamet samarbetar också med

socialförvaltningarna för att anordna utbildningar som är anpassade olika behov.

5.1.1.4 Interna granskningar

Avdelningen har inte genomfört några interna granskningar under kvalitetsåret.

5.1.1.5 Övrig egenkontroll

Genomförda egenkontroller inom myndighetsutövningen på Familjerättsbyrån visar sammantaget på god ärendehantering med fullgod dokumentation. Under våren har Familjerättsbyrån i egenkontrollerna haft ett särskilt fokus på barnsamtal, kallelser till barn och kommunikering av bedömning till barn. Ärenden som granskats hållit hög kvalitet och varit väl genomförda enligt de riktlinjer och rutiner som vi har.

Utifrån granskningen konstateras att vi behöver bli bättre på att använda de kallelser till barn som utarbetats och finns i Treserva. Det finns även tecken på att vi behöver öka andelen erbjudanden om tid för kommunikering av utredningen till barnen. Arbetet med att skriva barnutredningar får anses vara implementerat.

I genomgång av alla samarbetssamtal kan vi konstatera att vi har mycket få barnsamtal i samarbetssamtal. Vi behöver öka barns delaktighet i samarbetssamtal, vilket är ett utvecklingsområde vi har haft under lång tid men tyvärr inte lyckats nå framgång i. Vi behöver framöver fundera på hur vi ska ta oss an frågan.

På samtalsmottagningarna genomför vi ärendeavstämningar. De hanteras i varje verksamhet och är i dagsläget inget vi sammanställer på avdelningsnivå. Vi har inlett ett arbete där ärendeavstämningar ingår, i syfte att göra det mer likvärdigt och arbeta för gemensam uppföljning.

Vidare är statistikuppföljning en viktig egenkontroll som samtliga verksamheter har, där vi följer hur många vi möter, inkomna ärenden och genomförda insatser.

Även individbaserad systematisk uppföljning (ISU) är en form av egenkontroll som vi under en längre tid har haft ambition om att utveckla inom avdelningen. Vi har tagit vissa steg men hur vi ska förhålla oss till dataskyddsförordningen medför begränsningar i utvecklingsarbetet. Vi har kommit en bit på väg vad gäller Ungdomstjänst, men det arbetet har stannat av, liksom på våra samtalsmottagningar inom våld i nära relation.

I de verksamheter som använder UngDok får vi bra underlag för uppföljning på både individ- och grupp-nivå som vi använder både för ökad kunskap om målgruppen och till verksamhetsutveckling. En svårighet är dock fortsatt att få till uppföljning efter tre månader.

Under året har vi gjort vissa förbättringar vad gäller arbetet med egenkontroller och vi planerar för att ytterligare se över vilka kontroller vi behöver göra för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och i enlighet med förvaltningens rutin.

5.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

5.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Beröm	5

Klagomål	8
----------	---

Under kvalitetsåret har 13 inkommit till avdelningen, varav fem är beröm och åtta är klagomål. Berömmen är riktade till samtalsmottagningarna och avser bemötande och utförande av tjänst och är lämnade av klienter som varit nöjda med det samtalsstöd och bemötande de har fått. Klagomålen handlar huvudsakligen om tillgänglighet och utförande av tjänst och merparten är riktade till myndighetsutövning.

Antalet inkomna synpunkter ligger i nivå med tidigare år. Det låga antalet ger inget samlat underlag till systematiskt förbättringsarbete. Vi har hanterat samtliga klagomål och vidtagit åtgärder där det varit relevant.

Under kvalitetsåret har vi förbättrat och förenklat synpunktshantering i förvaltningen. Vår upplevelse är att det är en enklare hantering, planeringsledare kan bistå i hanteringen och på ett enkelt sätt föra statistik. Vi behöver fortsatt och på ett systematiskt sätt informera våra klienter om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål.

5.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Stöld	1
Övrigt	12

Under kvalitetsåret har vi haft 13 avvikelser. Stölden polisanmälades. De andra avvikelserna kommer till största del från myndighetsutövningen, där avvikelserna har registrerats som övrigt. En avvikelse som inte har registrerats gäller att det inte längre är möjligt att registrera faderskapsärenden i Treserva, vilket är något som skapar mycket extraarbete.

En annan avvikelse gäller att det är för långa köer till samtalsstöd för våldsutövare. Det pågår ett löpande arbete för att se över hur vi kan korta ner väntetiden. Vi har också förstärkt med personal under året.

Många av avdelningens verksamheter använder inte Treserva, utan är hänvisade till reservrapporten vid rapportering och utredning av avvikelser. Förhoppningen är att digital dokumentation av avvikelser möjliggörs vid införande av dokumentationssystem för insatser utan behovsprövning.

De verksamheter som använder Treserva får ingen notis när det finns nya avvikelser eller när de inte åtgärdats inom en viss tid. Det medför att det kan hända att avvikelser missas.

I övrigt hanteras de avvikelser som rapporteras.

5.1.2.3 Lex Sarah

Inga rapporter har inkommit vilket också innebär att inga utredningar blivit färdigställda för avdelningen.

5.1.3 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
----------------------	---------------------------

Avvikelsehantering. Förbättra dokumentation av avvikelser i verksamheter som inte använder Treserva (utforska hur Treserva avvikelsemodul kan användas även av de verksamheterna).	Med anledning av ny socialtjänstlags krav på dokumentation även i insatser som ges utan behovsprövning behöver nytt dokumentationssystem införas. En trolig hantering kan vara att Treserva tillgängliggörs för sådan dokumentation, vilket rimligtvis kommer att möjliggöra dokumentation av avvikelser i Treservas avvikelsemodul. Avdelningen har inte vidtagit några ytterligare åtgärder för att undersöka möjligheten att använda Treserva avvikelsemodul i väntan på nytt dokumentationssystem.
Egenkontroller. Gemensamt arbete för att förbättra ärendeavstämningar för samtalsmottagningar och göra arbetet mer likvärdigt. Se över arbetet med egenkontroller inom myndighetsutövningen och förbättra vid behov.	Avdelningen har påbörjat ett arbete som innefattar hantering av ärendeavstämningar för samtalsmottagningarna. Arbetet har pausats under hösten då en större omorganisering av uppdrag pågår inom avdelningen. För myndighetsutövning har en av enheterna till nästa kvalitetsår 2024/2025 gått över till att genomföra egenkontroller med stöd av Forms. En rutin för arbetet vid enheten har också tagits fram.
Synpunktshantering. Förbättra arbetet med synpunktshantering, informera brukare om hur synpunkter/klagomål kan lämnas.	Förvaltningen har förbättrat synpunktshanteringen, vilket har gjort det enklare och ger bättre förutsättningar för planeringsledare att bistå i hantering och att för statistik. Vi behöver fortsatt och på ett systematiskt sätt informera våra brukare om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål.

5.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Avdelningens verksamheter har olika uppdrag, både service i ett tidigt skede och myndighetsutövning. Förutsättningarna skiljer sig därmed markant, vilket blir tydligt i arbetssätt och resultat och gör det lite svårt att göra en samlad bedömning. Faktorer som nära ledarskap och engagerade medarbetare är också viktiga och sammantaget är ändå bedömningen att verksamheterna håller god kvalitet och att kvalitetsarbetet fungerar relativt väl.

Vi står inför en stor omställning med anledning av ny socialtjänstlag, vilket i grunden kommer att påverka flertalet av avdelningens verksamheter. Det kommer att ge oss andra och bättre förutsättningar och tydlighet även när det kommer till det systematiska kvalitetsarbetet.

Vi behöver hålla i och om möjligt utöka möjligheterna att arbeta med individbaserad systematisk uppföljning, som är en viktig del i att skapa beprövad erfarenhet och en av grunderna i en kunskapsbaserad socialtjänst. Vidare planerar vi för att fortsätta säkra att vi gör de egenkontroller vi behöver inom myndighetsutövning och att ärendeuppföljningar (avstämningar) i våra samtalsmottagningar görs likvärdigt och systematiskt.

Planerade förbättringsåtgärder
Hålla i och om möjligt utöka möjligheterna att arbeta med individbaserad systematisk uppföljning
Säkra att vi gör de egenkontroller vi behöver för att säkra kvalitet i verksamheten

6 Stadsövergripande verksamheter

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 7.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder.

6.1.1 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.

6.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Avdelningens verksamheter arbetar med såväl myndighetsutövning som med att erbjuda serviceinsatser, där vi på olika sätt arbetar att skapa förutsättningar för inflytande och delaktighet för dem vi möter.

Etableringsenheten arbetar systematiskt med att säkerställa brukarnas inflytande genom fokusgrupper och utvärderingsfrågor vid integrationsårets avslut.

Resultaten har visat på att brukarna i stort är nöjda med vägledning, stöd och information som de får. De har även lyft en hög tillgänglighet som positivt. Bland det som återkommit som negativt är information i olika form. Det har gällt brist på information gällande arbetsliv och fritidsaktiviteter men även att för mycket information ges i början av ärendetiden.

Det är mycket information som ska förmedlas vid nybesök, därför har vi arbetat med att säkerställa att informationen blir tillgänglig och med att individanpassa innehåll och mängd. Det gör vi genom att arbeta med motiverande samtal (MI). Vi har MI-ombud som återkommande håller i olika MI-pass för kollegor, till exempel vid metodtillfällen.

Utöver information om arbetsliv och fritidsaktiviteter har vi även bidragit till att utveckla insatserna till Welcome House, där det nu finns insatser kopplat till arbete och fritid och vi hänvisar dit när vi identifierar behovet tillsammans med brukaren.

Vi har även förbättrat vår brukardelaktighet genom att påbörja ett arbete med Individbaserad systematisk uppföljning (ISU), som vi kommer att fortsätta med under hösten och 2025.

Enheten för alkohol- spel- och drogproblem har verksamheter som erbjuder stöd till personer som vill ha hjälp med ett problematiskt bruk, men också stöd till

anhöriga. Personerna söker sig frivilligt till verksamheterna och de behov som den hjälpsökande själv ger uttryck för är vägledande för insatserna.

Verksamheten samlar in brukarnas erfarenheter av insatser på olika sätt; DOK (dokumentationssystem inom missbruksvården), FIT (Feedback Informed Treatment), utvärderingar efter gruppinsatser och uppmuntrande av feedback i de individuella kontakterna.

I användandet av DOK har vi använt resultaten till uppföljningarna, som sedan ligger till grund för verksamhetsutveckling och verksamhetsplaner. FIT används för att öka kvaliteten i behandlingarna och har inte följts upp på gruppnivå. Vi har använt utvärderingar av gruppbehandlingar i förbättringsarbetet. Ett exempel på detta är att Respons nystartade grupp *Återfallsprevention med hälsofokus* fick feedback på att samtalsdelen av träffarna är för kort och med anledning av det har vi förlängt den inför kommande gruppbehandling.

I samband med att vi gör om vår hemsida har vi gjort intervjuer med klienter. Där har vi frågat om hur de upplever kontakten när de söker samtal, hur de har hittat oss, om de känner till hela enheten och vad de tycker att vi kan göra bättre/tydligare.

Inom boutredningsenhetens arbete sker handläggningen i många ärenden i ett nära samarbete med den avlidnes anhöriga, i den mån det finns några. Vi har påbörjat ett arbete för att utforma en enkät till de brukare som enhetens medarbetare haft kontakt med för att på så sätt mer systematiskt ta reda på hur brukare upplevt kontakten med enheten. Enkäten och arbetssätt planeras vara klart för införande i början av 2025.

6.1.1.2 Brukarenkät

Ingen brukarenkät har genomförts under innevarande kvalitetsår.

6.1.1.3 Externa tillsyner och granskningar

Avdelningen har inte varit föremål för externa tillsyner eller granskningar under kvalitetsåret.

6.1.1.4 Interna granskningar

Avdelningen har inte genomfört några interna granskningar under kvalitetsåret.

Inom socialjouren genomför de socialkontor i förvaltningar och kommuner vi arbetar med slumpmässiga granskningar av handläggning av ärenden, vilket ibland inbegriper socialjourens handläggning. Ingen har haft några synpunkter att återkoppla i samband med dessa granskningar.

6.1.1.5 Övrig egenkontroll

Etableringsenheten genomför kontinuerligt egenkontroll inom tre områden:

- egenkontroll vid effektivering av beslut
- egenkontroll av skyddade ärenden
- fördjupad ärendegranskning

Egenkontroll vid effektivering görs dagligen, den senaste uppföljningen har inte visat på några upprepade anmärkningar som blir till men för brukaren. Dock har vi sett en liten tendens till att vi har missat att registrera handlingar, ansökningar och händelser under den aktuella periodens slut. Det tolkar vi som en effekt av att vi

sedan juni har en ny målgrupp, ukrainare med uppehållstillstånd enligt massflyktsdirektivet och att det höga inflödet har påverkat arbetet. Vi har inte sett att vi behöver göra större åtgärder än att påminna enskilt och i grupp, men följer att detta inte fortsatt ökar.

Egenkontroll av skyddade ärende har genomförts enligt plan. Det som har framkommit är att vissa behörigheter till ärenden har varit felaktiga. Då kontrollen har genomförts kontinuerligt har detta direkt kunnat åtgärdas vid kontroll.

Fördjupad ärendegranskning (FÄ) är en egenkontroll i syfte att kvalitetssäkra handläggning, dokumentation och rättssäkerhet. Vi granskar myndighetsärenden varje månad och utförarinsatser varannan månad.

Inom myndighetsutövning har vi sett att vi till viss del behöver säkerställa att vi har en uppdaterad utredning i ärendena. Vi fortsätter också att arbeta med att vi ska ställa FREDA-kortfrågor till alla brukare. Det har skett en positiv förflyttning sedan 2023 då vi också såg detta som ett förbättringsområde, men vi behöver fortsätta med att utveckla arbetet.

Inom FÄ utförarinsatser har vi inte kunnat genomföra granskningen fullt ut enligt rutin under 2024. Det beror på att det inte har funnits tillräckligt med underlag av ärenden på grund av lågt inflöde av framför allt kvotflyktingar. I uppföljningen har vi liksom under 2023 sett att vi brister i att kommunicera genomförandeplanen med brukare, genom att detta inte dokumenteras. Vi arbetar vidare med frågan genom att 1:e socialsekreterare tar upp det i team och individuellt.

Inom socialjouren gör var och en av de fem 1:e socialsekreterarna handläggningskontroller två gånger per termin tillsammans med de socialsekreterare som de ansvarar för. De går igenom cirka 20–30 ärenden, såväl barn-och unga-ärenden som vuxenärenden och granskar dokumentation, bedömningar, fattade beslut, att skyddsbedömning är gjord i barnärenden med mera. Granskningen har sammantaget visat på god kvalitet i handläggningsprocesserna och att rättssäkerheten är uppfylld. Ett identifierat förbättringsarbete är att säkra kvalitet utifrån likvärdighet, exempelvis hur och var dokumentation ska göras och hur man formulerar en korrekt individuellt anpassad skyddsbedömning.

Inom boutredningsenheten görs egenkontroller för ekonomiskt bistånd till begravningskostnader varje dag genom slumpvis utvalda utbetalningar. Det som har framkommit i kontrollen är ett fåtal enstaka felaktigheter som enkelt har åtgärdats direkt i samband med kontrollen.

Enheten har under året gjort en organisatorisk förflyttning inom avdelningen och ett arbete med att utforma en rutin för egenkontroll kommer att färdigställas under slutet av 2024. Vi arbetar också med att ta fram en rutin för fördjupad ärendegranskning för att kvalitetssäkra handläggning, dokumentation och rättssäkerheten i ekonomiskt bistånd till begravningsärenden. Granskningen kommer att genomföras månadsvis och innehålla cirka tio frågor som är framtagna utifrån socialtjänstprocessen. Exakt innehåll och antal ärende per månad är ännu inte klart men vi förväntar oss att färdigställa det under slutet av 2024.

6.1.2 Synpunkter, avvikelser och lex Sarah

6.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Beröm	8

Klagomål gällande bemötande, information och tillgänglighet	11
Förbättringsförslag miljö lokaler	1

Under kvalitetsåret har sammanlagt 20 synpunkter inkommit till etableringsenheten, boutredningsenheten, socialjouren och enheten för alkohol-spel- och drogproblem (de enheter inom avdelningen som arbetar med myndighetsutövning eller genomförande enligt socialtjänstlag och som vi tar upp i kvalitetsrapporten.) Av dem har åtta synpunkter varit beröm, elva klagomål gällande bemötande, information och tillgänglighet. En synpunkt har varit förbättringsförslag gällande individer som väntar i trapphuset innan reception och väntrum öppnar i en av våra lokaler.

Antalet inkomna synpunkter ligger i nivå med tidigare kvalitetsår. Det låga antalet ger inget samlat underlag till systematiskt förbättringsarbete. Vi har hanterat samtliga klagomål och vidtagit åtgärder där det varit relevant.

Under kvalitetsåret har vi förbättrat och förenklat synpunktshanteringen i förvaltningen. Vår upplevelse är att det är en enklare hantering, planeringsledare kan bistå i hanteringen och på ett enkelt sätt föra statistik. Vi behöver fortsatt och på ett systematiskt sätt informera våra klienter om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål.

6.1.2.2 Avvikelse

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Dokumentera	15
Utröda/bedluta om Sol/LSS	23
Samverkan intern/extern	4
Övrigt	27

Under kvalitetsåret har vi registrerat 69 avvikelser. Ytterligare 13 avvikelser har registrerats av socialjouren som avser kranskommuner som vi har avtal med. Det är något lägre mot föregående kvalitetsår då antalet var 125.

För etableringsenheten har det framför allt rört sig om enstaka misstag av olika slag. I kategorien utröda besluta SOL/LSS ärenden (13 avvikelser) har det varit olika typer av fel i normberäkning eller att utbetalning har glömts efter beräkning. Gällande kategorin övrigt (nio avvikelser) har det framför varit allt att vi brustit i att följa frånvarorutiner och har missat att kontrollera frånvarande kollegas mejl. De avvikelserna är tillsammans med övriga avvikelser utröda och den primära åtgärden som har genomförts är en påminnelse till alla anställda vid arbetsplatsträffar.

För socialjouren (47 avvikelser + 13 för kranskommuner) har den vanligaste avvikelsern varit att ett ärende varit lagt på fel förvaltning i Treserva, att ärendet skulle tillhöra en socialförvaltning men varit inlagt på en annan. Det har uppmärksamats av ordinarie socialsekreterare och har åtgärdats nästa dag. Det finns flera faktorer som spelar in gällande vilken förvaltning ett ärende ska tillhöra och som kan komplicera hanteringen, vilket i sin tur kan ha bidragit till att ärenden har lagts fel. Detta gäller inte minst vid hög arbetsbelastning och om socialsekreteraren inte har tagit sig tid till att göra alla kontroller.

Andra vanligare förekommande anledningar till avvikelser har gällt dokumentation. Det har kunnat vara exempelvis att skyddsbedömning inte varit dokumenterad, att syskon inte varit aktualiserade, att handlingar varit inskannade i

fel ärende, att man glömt att skanna in en inkommen polisanmälan i ärendet, att ett fattat beslut inte varit fattat i Treserva.

Vi har arbetat aktivt med att åtgärda avvikelser som uppstår på grund av stress eller hög arbetsbelastning. Information och påminnelser går regelbundet ut till samtliga socialsekreterare och 1:e socialsekreterare gör egenkontroller och återkopplar till socialsekreterare. Men vi har också arbetat mer övergripande med frågor som rör bemanning, arbetsledning, förutsättningar för handledning och andra möjligheter att kvalitetssäkra vårt arbete. Vi kommer att fortsätta det påbörjade arbetet under kommande år.

6.1.2.3 Lex Sarah

Av de sju utredningar som har färdigställts under kvalitetsåret för avdelningen så har två resulterat i att det inte föreligger något missförhållande. I övriga fem har missförhållande i någon form kunnat konstateras. Samtliga utredningar rör socialjouren. Föregående år så fanns det ett åtgärdsförslag till samma enhet, vilket avsåg temat ”utebliven skyddsbedömning”. Temat skyddsbedömning och rättssäker handläggning kring skyddsbedömningar har varit återkommande under detta kvalitetsår. Bedömningen är att det finns behov av att arbeta vidare med dessa teman.

I de utredningar där missförhållanden i någon form har konstaterats, handlar de övergripande om:

- Samverkan med andra förvaltningar.
- Bister i handläggning av inkomna orosanmälningar.
- Registrering och förvaring av sekretessmaterial.
- Dokumentation.
- Brister i handläggning av personer med skyddade personuppgifter.

Åtgärdsförslag som givits har handlat om:

- Att säkerställa så att inkomna orosanmälningar tas om hand.
- Att säkerställa att ärenden överlämnas på ett tydligt sätt såväl internt mellan avdelningar som externt med andra förvaltningar och kommuner.
- Att säkerställa att registrering och kontroll av inkommen anmälan görs på korrekt sätt.
- Tydliggörande av ansvar, rollfördelning och arbetssätt, med betoning på ärendedragning och bedömning av orosanmälningar.
- Att se över och justera hur sekretessmaterial förvaras så att det är samlat och ordnat i enlighet med lagstiftningen så information inte går förlorad.
- Att dokumentationen ska vara tydlig, ordnad, förståelig, lätt att följa och återspegla händelseförloppen som varit.
- Att ärenden med skyddade personuppgifter handläggs rättssäkert, med betoning på samverkan såväl internt mellan avdelningar som externt med andra förvaltningar och kommuner.

Vi kommer att arbeta vidare med frågorna under kommande år i vårt fortsatta kvalitetsarbete.

6.1.3 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Avdelningen redovisade inte några samlade förbättringsåtgärder för det systematiska förbättringsarbetet, då enheterna har väldigt skilda uppdrag och istället arbetat med sina respektive förbättringsområden på enhetsnivå.	

6.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Sammantaget gör vi bedömningen att våra verksamheter håller god kvalitet och att avdelningens systematiska kvalitetsarbete fungerar relativt väl, även om det finns förbättringsmöjligheter. Avdelningens verksamheter har uppdrag som skiljer sig åt, både serviceinsatser och myndighetsutövning. Det är därför skillnader i förutsättningar och det kan vara svårt att hitta gemensamma ingångar i definitioner av det fortsatta kvalitetsarbetet. Trots olikheter i uppdrag och karaktär på verksamheterna finns det dock vinster med att vi har gemensamma arbetssätt för systematiken, inte minst för en vidare analys och ett gemensamt lärande i förbättringsarbetet.

Socialjouren har påbörjat ett förbättringsarbete med utgångspunkt i bland annat det som har lyfts i avvikelserapportering och lex Sarah-utredningar under det gångna året. Arbetet innefattar att kvalitetssäkra insatser, men också att hitta väl fungerande arbetsformer för socialsekreterare, i.e socialsekreterare och enhetschefer att utveckla och säkra kvalitet i insatserna då arbetet sker dygnet runt och upplevelsen är att omfattningen av uppdrag har ökat.

Etableringsenheten befinner sig i ett högt inflöde av nya ärenden och flera nyanställda. För det kommande året är det prioriterat inför att säkerställa att följa upparbetade rutiner trots en hög arbetsbelastning och att nya medarbetare känner sig trygga i avvikelse- och synpunktsprocessen.

Enheten för alkohol- spel- och drogproblem har identifierat ett behov av ett bättre utvärderingsverktyg då bortfallet på DOK är stort och då det är viktigt att fånga klienternas erfarenheter. Vi ser möjligheter till att kunna utveckla bättre förutsättningar för detta med anledning av omställning till ny socialtjänstlag. Vi ser det också som viktigt att fortsätta utveckla arbetet med att ge brukare möjligheter att lämna synpunkter på verksamheten.

Boutredningsenheten fortsätter arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten genom att ta fram olika former av egenkontroller samt omhändertar rutiner för synpunkter och avvikelser. Vi fortsätter också att utveckla arbetet med att systematiskt ta tillvara brukarnas upplevelser av kontakten med enheten.

Planerade förbättringsåtgärder
Säkerställa att åtgärdsförslag i lex Sarah-utredningar omhändertas samt utveckla det strategiska arbetet med avvikelsehantering på socialjouren.
Säkerställa att upparbetade rutiner följs på etableringsenheten trots ett högt ärendeinflöde.
Säkerställa att boutredningsenheten tar fram egenkontroller samt omhändertar rutiner för hantering av synpunkter och avvikelser.

