

Kvalitetsrapport 2023

Socialnämnden Sydväst

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	5
1.1 Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang	5
1.2 Sammanfattande bedömning	5
2 Barn- och ungdomsvård	6
2.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	6
2.1.1 Egenkontroll	6
2.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet.....	6
2.1.1.2 Brukarenkät.....	6
2.1.1.3 Öppna jämförelser	7
2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar.....	7
2.1.1.5 Interna granskningar	8
2.1.1.6 Övrig egenkontroll	9
2.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	10
2.1.2.1 Synpunkter.....	10
2.1.2.2 Avvikelser.....	10
2.1.2.3 Lex Sarah	12
2.1.3 Risker.....	12
2.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året	13
2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder	13
3 Ekonomiskt bistånd.....	14
3.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	14
3.1.1 Egenkontroll	14
3.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet.....	14
3.1.1.2 Brukarenkät.....	14
3.1.1.3 Öppna jämförelser	14
3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar.....	15
3.1.1.5 Interna granskningar	15
3.1.1.6 Övrig egenkontroll	16
3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	17
3.1.2.1 Synpunkter.....	17
3.1.2.2 Avvikelser.....	17
3.1.2.3 Lex Sarah	18
3.1.3 Risker.....	18
3.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året	18
3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder	19
4 Vuxna.....	20

4.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	20
4.1.1	Egenkontroll	20
4.1.1.1	Brukares inflytande och delaktighet.....	20
4.1.1.2	Brukarenkät.....	21
4.1.1.3	Öppna jämförelser	21
4.1.1.4	Externa tillsyner och granskningar.....	21
4.1.1.5	Interna granskningar	21
4.1.1.6	Övrig egenkontroll	22
4.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	23
4.1.2.1	Synpunkter.....	23
4.1.2.2	Avvikelser.....	23
4.1.2.3	Lex Sarah	24
4.1.3	Risker.....	24
4.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året	25
4.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	25
5	Boende och hemlöshet	27
5.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	27
5.1.1	Egenkontroll	27
5.1.1.1	Brukares inflytande och delaktighet.....	27
5.1.1.2	Brukarenkät.....	27
5.1.1.3	Öppna jämförelser	28
5.1.1.4	Externa tillsyner och granskningar.....	28
5.1.1.5	Interna granskningar	29
5.1.1.6	Övrig egenkontroll	30
5.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	30
5.1.2.1	Synpunkter.....	30
5.1.2.2	Avvikelser.....	30
5.1.2.3	Lex Sarah	31
5.1.3	Risker.....	32
5.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året	32
5.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	33
6	Fritid.....	34
6.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	34
6.1.1	Egenkontroll	34
6.1.1.1	Brukares inflytande och delaktighet.....	34
6.1.1.2	Brukarenkät.....	34
6.1.1.3	Övrig egenkontroll	35

6.1.2	<i>Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah</i>	36
6.1.2.1	<i>Synpunkter</i>	36
6.1.2.2	<i>Avvikelser och Lex Sarah</i>	36
6.1.3	<i>Nationella jämförelser</i>	36
6.1.4	<i>Risker</i>	37
6.1.5	<i>Förbättringsarbetet sedan förra året</i>	38
6.2	<i>Slutsatser och förbättringsåtgärder</i>	38
7	Förvaltningsövergripande	40
7.1	<i>Resultat av systematiskt kvalitetsarbete</i>	40
7.1.1	<i>Synpunkter</i>	40
7.1.2	<i>Interna mätningar, kontroller, granskningar</i>	40
7.1.3	<i>Avvikelser</i>	40
7.1.4	<i>Externa granskningar</i>	41
7.2	<i>Slutsatser och förbättringsåtgärder</i>	41

1 Inledning

1.1 Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang

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

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

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

1.2 Sammanfattande bedömning

Rapporten visar att det systematiska kvalitetsarbetet utvecklats inom samtliga verksamhetsområden och en mängd förbättringar har gjorts för att säkra kvaliteten för de verksamheten är till för.

Brukarna har involverats i förbättringsarbetet genom enkäter, verksamhetsråd, synpunktshantering och utvärderingar. Ett arbete pågår också kring att förbättra brukarenkäter ihop med övriga tre socialförvaltningar. Barns delaktighet och inflytande är ett prioriterat utvecklingsområde där följeforskare bidrar men ännu inte redovisat något resultat. Hur samtliga brukares genomförandeplaner tas fram i delaktighet är fortsatta utvecklingsområden.

Ett fortsatt utvecklingsområde är att utveckla den individbaserade systematiska uppföljningen för att förbättra för de vi är till för. Systematik har införts genom en HVB-enkät som skickas till socialsekreterarna för att följa upp insatsen på individnivå. Inom vuxenområdet krävs tydligt fokus och prioritering för att säkerställa att ASI genomförs och registreras.

Rapporterade avvikelser har ökat i de enheter där det satsats extra kring att utbilda kring avvikelshantering. Samtidigt visar rapporten att det krävs återkommande och systematisk information och arbete i frågan -vid hög personalomsättning kan t ex avvikelserapporteringen minska. Inom stadsområde välfärd och fritid sker en planering för att även där införa systematisk avvikelshantering. Att verksamheterna säkerställer att analyser och åtgärder utifrån avvikelser leder till förbättringar är ett fortsatt förbättringsområden.

Genom arbetet med kvalitetsrapporten har de områden som särskilt skulle granskas enligt nämndens interna kontrollplan följts upp. De områden som granskats är; att egenkontroller görs enligt fastställd rutin samt att samordnad plan används vid samverkan mellan förvaltningen och funktionsstödsförvaltningen i individärenden.

Rapporten beskriver att en stor mängd egenkontroller görs och systematik finns i stor omfattning. Dock framkommer att övergripande rutiner så som logg-granskningar och behörighetskontroller behöver förenklas och tydligare ansvarssättas. Även rutinen kring skyddade personuppgifter behöver följas upp för att säkerställa att den är implementerad i alla enheter. Rapporten visar även att samordnad plan används, men samverkan behöver fortsatt utvecklas.

2 Barn- och ungdomsvård

2.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

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

2.1.1 Egenkontroll

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

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

2.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

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

Inom avdelningen pågår också forskning gällande barns delaktighet där familjen har haft öppenvårdsinsatser. Forskningen bedrivs vid Uppsala Universitet tillsammans med FoU region Västerbotten. Resultatet kommer ge värdefull kunskap framöver gällande barns delaktighet.

Inom resursenheterna fortsätter också arbetet med FIT (Feedback Informed Treatment) där brukaren ges möjlighet till att lämna omedelbar feed-back på insatsen och behandlarens förståelse av brukarens behov. Aggregerade resultat har ännu inte gjorts, det finns dock möjligheter för det framöver.

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

Inom familjehem skickades en enkätundersökning ut till stadens alla uppdragstagare (familjehemmen). Enkäten omfattade frågeområden som rör tillgänglighet, bemötande, delaktighet, kompetens, trygghet, förtroende, helhetsintryck. I Sydväst svarade 55 familjehem och resultatet var mycket positivt med nöjda uppdragstagare.

2.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Jag är med och påverkar stödet och hjälpen jag får	88	Ett av de lägsta resultaten i enkäten, men fortfarande högt resultat. Bättre resultat jämfört med staden som helhet. Resursverksamheten arbetar kontinuerligt med delaktighet, till exempel genom FIT.
Hur har din situation ändrats i och med det stöd du får från oss	81	Ett av de lägsta resultaten, men fortfarande högt. Ungefär samma resultat som staden som helhet. Utveckling av metoder som ger resultat pågår kontinuerligt i resursverksamheten.

Kvalitetsåret 2022/2034 gjordes stadens brukarenkät inom resursverksamheten. 69 personer svarade på enkäten. Resultatet visade genomgående på att brukarna överlag är nöjda med resursverksamhetens verksamheter, även om det alltid finns utvecklingsområden. Resultatet är högre i nästan samtliga frågor jämfört med staden som helhet. Frågorna i brukarenkäten uppfattas av verksamheten som generella och inte specifikt riktigt mot resursverksamheten. Detta kan påverka resultatet och möjligheten att arbeta vidare med underlaget.

Under året har socialförvaltningarna tillsatt en arbetsgrupp som ser över hur socialförvaltningarna ska arbeta med brukarenkäter framöver.

2.1.1.3 Öppna jämförelser

Årets resultat av öppna jämförelser visar att Sydväst har hög kompetens bland handläggarna och att rutiner finns för att fråga om våld i nära relationer. Resultat visar också att familjehemmens kompetens är hög och erbjuder grundutbildningar såväl som kompetensutveckling.

I resultatet framkommer också att individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens behov/problem eller resultat av insatser inte görs på verksamhetsnivå. Förbättring av den individbaserade systematiska uppföljningen på verksamhetsnivå finns med som en aktivitet i kategoriplan för barn och unga. Det finns idag inte stöd i befintligt verksamhetssystem för aggregerad systematisk individuppföljning. Viss utveckling har skett genom att till exempel HVB-placeringar följs upp systematiskt genom enkäter som skickas ut till socialsekreteraren.

2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik	2	Ungdomar med mer omfattande behov än vad placeringsformen stödboende syftar till att möta har skrivits in i verksamheten. Inskrivning och lämplighetsbedömningar sker inte enligt gällande bestämmelser. Kontroll av förekomst i Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inför anställning har inte utförts enligt gällande bestämmelser.	Åtgärder har införts. Inskrivning och lämplighetsbedömningar har tydliggjorts. Rutin för kontroll i polisens misstanke- och belastningsregister har införts. Resursverksamhetens stödboende kommer framöver att omorganiseras till annan avdelning.
		Barnets rätt till delaktighet har inte tillvaratagits vid beslut om SiS samt under placeringen på SiS	Fortsatt implementering av LÖSA pågår som ett verktyg att säkerställa barnets rätt till delaktighet.
Ingen kritik			
Stadsrevisionen			
Rekommendationer	1	Revisionen har granskat familjehemsplaceringar. Stadsrevisionen rekommenderar socialnämnden Sydväst att säkerställa att egenkontroller genomförs enligt beslutad rutin	Rutin för intern kontroll handläggning och dokumentation är implementerad. Pågående utvecklingsarbete för att systematisera resultat av granskningarna.

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Revisionskritik			
Annan extern granskare			
JO	2	1. Ingen anledning för fortsatt utredning 2. Kritik för hur en skrivelse har utformats partiskt	

2.1.1.5 Interna granskningar

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

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

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

Vad gäller de loggranskningar av medarbetare som ska göras, görs de men upplevs som svåra att genomföra och tar mycket tid i anspråk. Som exempel anges en kontroll på en medarbetare som genererade en lista på 48 sidor som enhetschef ska granska.

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

Den egenkontroll som berör handläggning och dokumentation görs regelbundet men aggregeras inte på övergripande nivå vilket utgör ett förbättringsområde som avdelningen kommer att arbeta vidare med.

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

Resultatet av granskningarna, som sparas och förvaras hos nämndsekreteraren, visar huvudsakligen under året att det föreligger få eller inga anmärkningar på granskade beslut.

2.1.1.6 Övrig egenkontroll

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

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

I samband med lönerevision gör enhetschefer inom barn och familj 1,2,3 egenkontroller på tre ärenden för respektive handläggare. Varannan månad görs också kontroller på placeringar med fokus på uppdrag, uppföljningar och planering framåt. Under sommaren 2023 genomförde barn och familj 2 en granskning av ärenden där uppdrag skickats till resursverksamheterna för att kartlägga uppdrag och beslut. Kontrollen visade inte på några felaktigheter i handläggning eller dokumentation.

På barnsekreterarenheten görs ärendegenomgångar tillsammans med förste socialsekreterare och handläggare en gång per månad samt under metodhandledning en gång per vecka där både ärenden och metod diskuteras. Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet har enheten också genomfört aktgranskningar med fokus på barn som flyttar hem till sin biologiska familj från en familjehemsplacering. Aktgranskningen visade bland annat på att delaktighet varit hög men att det också finns utvecklingsområden såsom att tydliggöra processen vid hemflytt.

På familjehemsenheten görs kontroller i form av utdrag ur belastningsregistret, säkerställer att avtal är uppdaterade, kontrollerar att genomförandeplaner är uppdaterade. I staden har också en kompetenstrappa tagits fram för familjehemmen och i den ingår obligatoriska utbildningar samt frivilliga föreläsningar. Kompetenstrappan läggs in i uppdragstagarens akt i verksamhetssystemet Treserva som en del i egenkontrollarbetet.

Inom resursverksamheterna har ett årshjul tagits fram för egenkontroller. Det har genomförts egenkontroller vid två tillfällen per termin. Under våren 2023 valdes 30 ärenden slumpvis ut och då 10 ärenden per enhet. Det som granskades var om det finns ett aktuellt beslut, om genomförandeplanerna var upprättade inom skälig tid (sex veckor från planeringsmöte), ifall barnet givits möjlighet till delaktighet, om uppföljning genomförts inom överenskommen tid, om skriftliga sammanfattningar gjorts kopplat till uppföljningar samt ifall dokumentationen avseende löpande journalanteckningar gjorts inom skälig tid.

Resultatet visade att det finns beslut i alla ärenden och att det finns genomförandeplaner i alla de ärenden där det ska finnas men några med långa upprättelsetider (från sju veckor till tre månader). Vidare påvisade egenkontrollen att delaktigheten för barn och unga var hög utifrån genomförandeplanen och i de fall där delaktighet inte fanns har skäl angivits. Uppföljningarna hade överlag gjorts i tid men i ärenden som har pågått länge var det svårt att se vilka överenskommelser som gjorts gällande detta. Sammanfattningar görs men i ärenden som pågått länge är de färre och intensiteten tappas. Journalerna var väl uppdaterade.

Vidare kommer egenkontroller att genomföras inom resursverksamheterna i oktober med fokus på dokumentation och vad som skrivs i löpande journalanteckningar och i sammanfattningarna för att se om det finns en tydlig koppling till mål och måloppfyllelse. Det kommer att genomföras genom att välja ut ärenden från den senaste beslutsperioden och då sex ärenden per enhet och tre stycken från varje team.

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
Handläggning	15
Handläggning och bemötande	3
Bemötande	2
Allmänna synpunkter	3

En gemensam rutin för synpunktshantering finns i förvaltningen.

Under perioden har 23 stycken synpunkter registrerats i befintligt system för synpunktshantering. De flesta av synpunkterna rör handläggning av ärenden eller bemötande i ärenden och kommer från brukare. Alla synpunkter bemöts av verksamheten där återkoppling och dialog sker med berörd synpunktslämnare. Synpunkter lyfts på enheters APT. Inga systematiska brister har uppmärksammats i samband med hantering av synpunkterna.

2.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Yttre orsaker	141
Problem med bemanning	111
Brister i riktlinjer och rutiner	42
Brister i organisation och samverkan	20
Brister i kommunikation	15
Brister i arbetsmiljö och kultur	14
Okänt	12
Tekniskt fel	9
Brist i planering	9
Kompetensbrist	8
Ej avvikelse	6
Brist i implementering	2

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Problem med ramvillkor och krav	1

Totalt har 390 avvikelser rapporterats på avdelningen under kvalitetsåret. Det innebär en ökning med 35 % jämfört med föregående mätperiod. Att antalet avvikelser ökat kan delvis förklaras med att medarbetare och enhetschefer genomgått utbildning i avvikelshantering men också på grund av de bekymmer som avdelningen haft med exempelvis bemanning vilket också avspeglas i flertalet av de avvikelser som sammanställts ovan. Avdelningens enheter har kommit olika långt i arbetet med avvikelshantering.

På mottagningsenheten har antalet avvikelser ökat. Ökningen beror dels på att samtliga medarbetare givits möjlighet till utbildning och att avvikelser diskuteras på APT, dels på grund av det höga inflöde som enheten har hanterat i kombination med underbemanning. Majoriteten av de avvikelser som upprättats avser förhandsbedömningar som inte hanterats inom tidsfristen. I samtliga fall har bedömning gjorts tillsammans med förste socialsekreterare för att säkerställa att inga barn farit illa av förseningen. Oftast har det handlat om att dokumentationen blivit sent hanterad och i en del andra ärenden har det handlat om att skyddsbedömningar inte dokumenterats i tid.

På barn och familj 1,2,3 har totalt 178 avvikelser upprättats. Avvikelsena har främst berört skyndsamheten i utredningsprocessen. Orsakerna har primärt varit brist på bemanning och planering. Avvikelser hanteras enligt gängse rutin. Ett utvecklingsområde som identifierats är att avvikelser i vårdkedjan behöver göras i större utsträckning än vad som görs idag.

På barn och familj 1 har antalet rapporterade avvikelser minskat jämfört med föregående kvalitetsår. Minskningen beror troligtvis på att enheten har haft en hög omsättning av personal, har anställt många nyexaminerade socialsekreterare som inte fått utbildning kring när och varför man gör avvikelser samt att enheten mer regelbundet behöver prata om de avvikelser som rapporterats på APT. Utbildning i avvikelshantering har genomförts under APT under hösten 2023 och framgent kommer utbildning ske årligen.

På barn och familj 2 har antalet rapporterade avvikelser ökat. Ökningen beror på att medarbetare blivit påmind om att avvikelser ska upprättas både av kollegor, förste socialsekreterare och enhetschef. En annan orsak till ökningen beror på att det varit stora volymökningar av ärenden under det gångna året. Enheten har erhållit en utbildning i Plattformsutbildningen samt i respektive team. Samtliga medarbetare är medvetna om sin rapporteringsskyldighet och enheten har tydliga rutiner kring avvikelshantering. Avvikelsena leder till feedback, både på APT och enskilt via verksamhetssystemet Treserva och samtliga avvikelser utreds. Enhetschef har uppmärksammat att åtgärder har givit resultat och ny egenkontroll är upprättad för att minimera risken för att insatser ej följs upp och antalet sena utredningar har minskat. De trender som uppmärksammas är sena utredningar samt uppföljningar av öppenvårdsinsatser.

På barnsekreterarenheten har medarbetare genomgått utbildning i avvikelshantering som socialt ansvarig samordnare hållit i under hösten 2022. Enheten har uppmärksammat att det finns ett behov av fördjupad information om avvikelshantering och i dagsläget förs dialog kring avvikelser muntligen men inte i strukturerad form till exempel på APT. Det utgör ett utvecklingsområde.

Familjehemsenheten har ett årshjul för APT och där ingår avvikelshantering och lex Sarah som en stående punkt en gång per år. Samtliga medarbetare har fått utbildning i avvikelshantering och socialt ansvarig samordnare har deltagit på APT och informerat

om avvikelser och lex Sarah.

Resursverksamheterna har arbetat mer aktivt med systematisk kvalitetsuppföljning där avvikelser varit en del av det. Medarbetarna har gått utbildning i avvikelshantering och socialt ansvarig samordnare har också besökt resursverksamheternas digitala husmöten och gått igenom statistik gällande avvikelser och ärenden som avser Lex Sarah.

Utbildningen har givit effekt på så vis att enheterna arbetar med frågorna på en mer övergripande nivå som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Avvikelser och lex Sarah diskuteras på APT, digitala husmöten samt övergripande på ledningsgruppen.

Arbetet med avvikelser finns med i resursverksamheternas målarbete samt i utvecklingssamtal med medarbetare. Det sker också dialog under samverkansmöten med enhetschefer, metodhandledare och förste socialsekreterare.

Det som identifierats under kvalitetsåret är att det rapporteras för få avvikelser och att det utgör ett förbättringsarbete.

2.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Hemmasittande ungdom får ej tillräckligt stöd. Brist i uppföljning, rutiner och bemanning.	-Säkerställa barn/ungas rätt att komma till tals genom fortsatt utvecklingsarbete kring LÖSA och att följa upp mål och effekter av detta. -Ta fram och implementera rutin/checklista för utredning och samverkan kring barn med hög skolfrånvaro. -Säkerställa bemanningsfrågan (efter händelsen har enheten också utökats med 6 tjänster).
Brister i handläggning och objektivitet, rättsäkerhet	-Gemensam halvdagsutbildning/workshop mellan myndighet och utförare utifrån roller, dokumentation och objektivitetsprincipen. -Metodsamtal mellan 1:ar och metodhandledare kring hur stötta familjer i vårdnadstvister. -Utbilda fler medarbetare i metoden "Fredat rum"
Hot- och våld utifrån eget beteende vid LVU-placering. Samverkansbrister runt verkställighet av insats	SiS-placering och samordnad plan med annan förvaltning inför hemgång
Brist i handläggning och dokumentation vid aktualisering och inledning av ärende	Utbilda i begreppet "vård i annat enskilt hem" för barn och Familj och mottagningsenheten

Inom barn och unga har åtta lex Sarah-utredningar genomförts under perioden. Fyra har bedömts som missförhållande och fyra har inte bedömts utgöra ett missförhållande enligt lex Sarah. Under perioden har inget allvarligt missförhållande anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Föreslagna åtgärder har vidtagits på enheterna utifrån det som framkommit i utredningarna. Effekterna av rapportering av lex Sarah ses som positivt och något som leder till utveckling i verksamheterna.

Samtliga enhetschefer och medarbetare inom avdelningen har erbjudits utbildning i avvikelshantering och lex Sarah. Medarbetare är medvetna om sin rapporteringsskyldighet. Det behövs dock fler utbildningsinsatser då personalomsättningen varit och är hög. Återkoppling av det som framkommit av lex Sarah utredningarna har återkopplats på olika sätt. En del enhetschefer återkopplar på APT, verksamhetsmöten och/eller under metodhandledning.

2.1.3 Risker

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 framgår att den som bedriver socialtjänst fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i

verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska den som bedriver socialtjänst uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

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

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

2.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Fortsätta stärka arbetet med de systematiska egenkontrollerna och aggregera resultat av interna mätningar och kontrollerna	Utveckling av egenkontroller på enheterna har skett under året. Bland annat har resursverksamheten skapt ett årshjul för egenkontroller i verksamheten. Fortsatt utveckling av att aggregera de förvaltningsgemensamma interna mätningarna och kontrollerna behövs.
Utveckla och stärka arbetet med otillåten påverkan	Workshops och utbildning om otillåten påverkan har skett.
Samordning VinR (våld i nära relation) i förvaltningen	Under kvalitetsåret har en arbetsgrupp bestående av representanter från barn och unga samt vuxen och försörjningsstöd haft i uppdrag att arbeta fram ett förslag om familjefridsteam. Organiseringen framöver kring VinR behöver också omfatta den nya lagstiftningen som träder i kraft 2024 angående skyddat boende.
Barns delaktighet och inflytande	Har fortsatt och utvecklats under kvalitetsåret, där fortsatt implementering av LÖSA är en viktigt del. Vid en uppföljning av ärenden hos utredarenheterna hade 70 % en LÖSA barnutredning och kommunicering av beslut.
Fortsatt stärka samverkan internt och externt	Den interna samverkan inom avdelningen har stärkts och nya strukturer för samverkan har skapats. Extern samverkan är fortfarande ett utvecklingsområdet. SP och SIP är verktyg för att stärka samverkan i individärenden.
Fysisk utformning och tillgänglighet på socialkontoren (Iergök 2 och 4)	
Fortsätta med pågående effektiviseringsåtgärder	Avdelningen har under året arbetat kontinuerligt med åtgärderna: · Säkerställa tillgången på familjehem · Hemmaplanslösningar för att förhindra, korta ner placering och undvika köpt öppenvård · Täta uppföljningar av alla insatser, korta beslut, tydliga uppdrag och mål för att säkerställa ett flöde · Hållbar arbetsmiljö och rätt bemanning

2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Planerade förbättringsåtgärder
Utveckla nyckeltal genom att mäta individuell måluppfyllelse i ärenden samt hur länge ärenden pågår.
Fortsätta att stärka alla delar inom egenkontrollerna samt systematiken kring dessa.
Rätt förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete och säkerställa att?medarbetare stannar?(arbetsmiljö, kompetensförsörjning och lön)
Barns inflytande, delaktighet och fortsatt implementering av LÖSA
Samverkan behöver fortsatt stärkas internt inom avdelningen
Samverkan med externa aktörer såsom regionen och funktionsstöd

3 Ekonomiskt bistånd

3.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

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

3.1.1 Egenkontroll

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

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

3.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Arbetsplaner används som ett verktyg för att stärka brukarens delaktighet och inflytande. I egenkontroller har framkommit att det inte finns arbetsplaner i alla ärenden. Arbetet med att säkerställa att alla ärenden har en arbetsplan har pågått under 2023 och kommer fortsätta under 2024.

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

Arbete med implementering av bedömningsstödet pågår. Syftet är att bedömningarna ska bli likvärdiga över staden och i slutändan likvärdiga insatser. Via bedömningsstödet säkerställs brukarens delaktighet i utformningen av insatser.

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

3.1.1.2 Brukarenkät

Under det gångna kvalitetsåret har ingen brukarenkät genomförts. Brukarenkäten genomfördes senast 2021. Då var svarsfrekvensen låg och det var svårt att veta hur representativt resultatet var. Därför har enheten inte använt resultatet från den brukarenkäten i kvalitetsarbetet.

3.1.1.3 Öppna jämförelser

Vid jämförelse med förra årets resultat framgår att förbättringar gjorts. Nu erbjuds enklare hushållsekonomiskt rådgivning och det finns en aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld i nära relation.

Förbättring har även skett sedan årets öppna jämförelser rapporterades. Det finns nu en aktuell överenskommelse om samverkan med både Arbetsförmedlingen och med primärvården (NOSAM). Det återstår att överenskommelserna ska implementeras.

Några utvecklingsområden har inte identifierats utifrån öppna jämförelser.

3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

Inga externa tillsyner eller granskningar har gjorts under kvalitetsåret.

3.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
I granskning av handlägningsprocess förekommer avvikelser gällande: -avsaknad av omprövningsutredning (1 ärende) -avsaknad av arbetsplan (3 ärenden) -kommunicering har inte skett (1 ärende). -handlingar inte skrivskyddade (1 ärende)	Avvikelse åtgärdas i respektive ärende. Gällande avsaknad av arbetsplaner pågår ett arbete att säkerställa att det finns arbetsplaner i samtliga ärenden. De avvikelser som endast förekommer vid ett tillfälle bedöms inte vara representativa nog för att föranleda någon generell åtgärd.
I granskning av skyddade personuppgifter framkommer: -att bankkonto ej registrerats (2 ärenden) -fysiska handlingar är inte stämplade (samtliga) -fysiska handlingar förvaras inte i röd mapp (samtliga) -det saknas system för loggkontroll av fysisk akt (samtliga) -kartläggning är inte gjort (samtliga) Totalt har fem ärenden granskats	Implementera rutinen, särskilt fokus på att stämpla handlingar.
I granskningen av utbetalning av försörjningsstöd framkommer: -Bristar i kontrollen mot SSBTEK (sammansatt biståndstjänst för ekonomiskt bistånd) -Klienter har inte alla de ersättningar de har rätt till	Utbilda handläggarna om ersättningarna i socialförsäkringssystemet för att säkerställa att alla klienter har rätt ersättning. En informationsinsats gällande SSBTEK har genomförts och antalet kontroller som handläggarna gör där har ökat.

Under 2023 har arbetet med att utveckla systematiken kring egenkontroll/interna granskningar pågått. Samtliga kontroller som föreskrivs i Socialförvaltning Sydvästs rutin för interna mätningar, kontroller och granskningar (handläggning och dokumentation i individärenden, hantering av skyddade personuppgifter, behörighetskontroller och köpt vård och boende enligt ramavtal och direktupphandling) genomförs enligt rutin. Rutin för kontroll av händelselogg i Treserva har under året arbetats om och även den kontrollen genomförs nu systematiskt.

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

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

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

Inom nyttorealiseringsprocessen, kopplad till automatiseringen, finns en gemensam målsättning i staden att varje handläggare ska ha 30 besök per månad. Målet ska vara uppnått 2027. Antalet besök kommer strukturerat att mätas vid flera mätpunkter varje år för att följa hur väl målbilden uppfylls. Vid de mätningar som hittills gjorts har definitionen av besök varit otydlig och resultatet av dessa bedöms inte vara rättvisande, därför redovisas inte resultatet av dessa här. Definitionen har arbetats om och säkrare

mätningar kan göras framöver. I kommande kvalitetsrapport kommer resultatet finnas med.

3.1.1.6 Övrig egenkontroll

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

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

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

Enhetschef har som ambition att granska två ärenden per socialsekreterare två gånger om året. Syftet med granskningen är att säkerställa att verksamheten följer lagstiftningens intentioner.

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

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

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

3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

3.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål som direkt berör verksamheten	5
Klagomål av allmän karaktär (ej verksamhetens ansvar)	2
Fråga	1

Alla de inkomna synpunkterna har blivit bemötta. Av den samlade bilden av de inkomna synpunkterna framkommer inget behov av åtgärder.

3.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Samverkan intern	2
Övrigt	11
Post, inkommen handling	4
Dokumentation allmän	8
Utredda och besluta	18
Utförande av insats	1
Rättigheter och bemötande	4
Utrustning- övrigt	1

En återkommande avvikelse har varit brister kring hanteringen av förladdade kort. Detta ledde till en utbildning kring detta för att öka kunskapen hos handläggarna och underlätta att göra rätt. En annan återkommande avvikelse är att dokumentation sker i fel ärende. Detta är ett förbättringsområde.

Det finns flera exempel på när en rapporterad avvikelse har lett till generella förbättringar i verksamheten:

-Datorskärmen i receptionen som brukare kan använda för ex ansökningar och bankärenden var placerad så att andra som vistades i receptionen kunde se vad som stod på skärmen. Den är nu flyttad vilket har ökat integriteten för brukarna och minskat risken för personuppgiftsincidenter.

-Brist på stolar i besöksrummen gjorde att stolar flyttades mellan rummen vilket skapade otrygghet och irritation. En fast placering infördes med bilder i varje rum på hur rummet ska vara möblerat. Detta ledde till en ökad medvetenhet och säkerheten i besöken och en ökad förståelse för varför rummen är möblerade på ett visst sätt. Efter detta har det inte skett några hotincidenter i besöksarenan så bedömning görs att förändringen lett till ökad trygghet och säkerhet för både brukare och medarbetare.

-En avvikelse gällde att att en person, pga en bugg i systemet, fått 80-brev på en och samma gång. Då uppmärksammades också att det i adressfönstret framgick att breven var skickade från försörjningsstödsenheten. Detta är nu ändrat så att det inte framgår vem som är avsändare av breven vilket ökat brukarnas integritet samt att vi följer socialtjänstens krav på sekretess.

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

Enheten har haft en utbildning om avvikelshantering och lex Sarah under hösten 2022 för alla medarbetare och enhetschef. Totalt har det i år gjorts 46 avvikelser, jämfört med 30 förra året. Detta bedöms som ett resultat av utbildningen. Avvikelserna är ett viktigt underlag för enhetscheferna att strukturerat arbeta med brister i verksamheten och medarbetarna kommer därför även framöver att uppmanas att göra avvikelser.

3.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
En försvunnen (fysisk) personakt har rapporterats enligt lex Sarah. Den hittades några dagar senare. Händelsen var inte att betrakta som ett missförhållande.	Rutinen kring överlämning av akter mellan våningarna ses över för att säkerställa att liknande inte sker igen.

3.1.3 Risker

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

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

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

3.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Öka användningsgraden av e-ansökan	Satsningar med QR-koder i receptionen, återkommande information till medarbetarna samt samarbete med medborgarkontoren som informerar om möjligheten att söka digitalt. Publika i-pads i receptionen för att kunna hjälpa klienter att göra ansökan. En personal kommer få i särskilt uppdrag att finnas i receptionen och hjälpa till med detta. Inledande satsningar med information till medarbetare ökade användningen. De senare åtgärderna har inte hunnit visa något resultat än.
Samverkan	Säkerställa utökat användande av SIP. Utbildningar har genomförts under våren. Utbildning av ambassadörer pågår. Målet är att samtliga klienter som har kontakt med vården ska erbjudas en SIP. Genomförda utbildningar har gjort att antalet SIP har ökat. Bibehålla och utveckla samverkan med viktiga aktörer.

	Avdelningen arbetar aktivt med att bibehålla och utveckla samverkan med de aktörer i samhället som är viktiga i klienternas process mot självförsörjning.
Fortsätta arbetet med arbetsplaner	Säkerställa att i förekommande fall se till att det finns gemensamma arbetsplaner i Vuxen och Försörjningsstöd. Det pågår ett fortsatt utvecklingsarbete kring gemensamma arbetsplaner. Fortsatt implementeringen av bedömningsstödet för att generera jämlika insatser och arbetsplaner.
Barnrättsarbete	Arbetat lokalt med barnrättsplaner. Frågan kommer senare i år att lyftas centralt i staden inom ramen för plattformsarbetet. Barnkonsekvensanalyser finns i alla ärenden på mottaget.

3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

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

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

Vid genomgång av resultatet av egenkontrollerna framkommer att enheten kontinuerligt har arbetat med att åtgärda brister som synliggjorts i de olika kontrollerna. Bland annat har enheten genomfört en informationssatsning för att öka användandet av SSBTEK samt utbildning i hantering av förladdade kort.

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

- Öka kunskapen hos handläggarna om socialförsäkringssystemet för att säkerställa att alla klienter har rätt ersättningar.

- Implementeringen av rutinen för skyddade ärenden behöver fortsätta för att säkra kvalitén i arbetet med dessa ärenden.

- Fokusera på att använda frigjord tid (utifrån digitaliseringen) på att träffa klienterna för att grundligt utreda och kunna matcha till rätt insats. Åtgärden följer den staden gemensamma nyttorealiseringsprocessen och målet om 30 besök per månad och handläggare.

Planerade förbättringsåtgärder
Arbete med att säkerställa att klienterna har rätt ersättningar genom att höja kunskapsnivån hos socialsekreterarna.
Implementeringen av rutinen för skyddade ärenden behöver fortsätta för att säkra kvalitén i arbetet med dessa ärenden.
Fokusera frigjord tid på klienterna för att träffa dem, utreda och kunna matcha till rätt insats.

4 Vuxna

4.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

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

4.1.1 Egenkontroll

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

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

4.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

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

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

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

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

Avdelningen använder sig av ASI. I samtliga utredningar som går vidare till en ansökan om vård och behandling ska det ha gjorts en ASI. Andel ASI som gjorts följs månadsvis, statistik fås centralt. Det hålls regelbundna möten med avdelningen och central samordnare. Avdelningen har även en kontaktperson som följer arbetet och signalerar när det finns brister och åtgärder behövs. Avdelningen har en lokal genomförandeplan för implementeringen av ASI. I denna plan har fokus inledningsvis varit på kvalité (att alla intervjuer som görs ska vara kompletta). Målet för antalet genomförda intervjuer kommer succesivt att ökas. I takt med att antalet genomförda intervjuer ökar och framförallt antalet U-båtar kommer underlaget från ASI ge en bild av brukarnas upplevelser och erfarenheter.

Under 2023 har en utvärdering av arbetssättet med sammanhållen ärendehantering inom målgruppen Unga Vuxna genomförts. I utvärderingen har intervjuer gjorts med åtta klienter som är aktuella på enheten. Klienterna hade bland annat synpunkter kring de utredningar och kartläggningar som görs där det finns ett behov att tydligare förklara syftet med dessa för klienten. Vidare efterfrågades det *personliga samtalet* av flertalet

klienter vilket är något som kan utvecklas. Utredaren påtalar ett behov av ett arbetssätt för att strukturerat ta tillvara på klienternas perspektiv framöver.

4.1.1.2 *Brukarenkät*

Under det gångna kvalitetsåret har ingen brukarenkät genomförts. Brukarenkäten genomfördes senast 2021. Då var svarsfrekvensen låg och det var svårt att veta hur representativt resultatet var. Därför har enheten inte använt resultatet från den brukarenkäten i kvalitetsarbetet.

4.1.1.3 *Öppna jämförelser*

Vid genomgång av underlaget framkommer att det finns ett antal indikatorer som gäller överenskommelser om samverkan med andra verksamheter om våld i nära (avser primärvård, vuxenpsykiatri, akutmottagningar, ungdomsmottagningar och polisen) där förvaltningen svarat att vi inte har detta, men en eller fler socialförvaltningar i Göteborg svarat att de har detta. Det är av intresse att kontakta den/de förvaltningar som svarat ja för att undersöka vad för överenskommelser de har för att få veta om det är överenskommelser som även gäller oss eller om vi kan ta lärdom av deras insatser.

Det samma gäller indikatorer som gäller systematisk uppföljning (av målgruppens utsatthet och/eller behov, av verksamhetens stöd och/eller insatser till enskilda, av verksamhetens stöd och/eller insatser till enskilda, av stöd och insatser resultat för de enskilda) där en socialförvaltning i Göteborg svarat att de har detta. Det är av intresse att få veta på vilket sätt de följer upp detta och vad det fått för resultat för att få en vägledning om detta är något som bör prioriteras att göra även i vår förvaltning.

4.1.1.4 *Externa tillsyner och granskningar*

Inga externa tillsyner eller granskningar har genomförts under kvalitetsåret.

4.1.1.5 *Interna granskningar*

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
I granskning av handlägningsprocess förekommer avvikelser gällande: -dokumentation i samband med aktualisering 6 -beslutsunderlag saknas 2 -ny utredning inom rimlig tid saknas 1 -avslut av insats har inte registrerats 6 -avsaknad av arbetsplan/genomförandeplan 3 -kommunicering inte har skett 6 -beslutsfattaren är ej behörig att fatta beslutet 1 -dokument är inte skrivskyddade 1 9-ärendet går inte att följa i journal 2 Totalt 23 ärenden ingår i granskningen.	Viktigast att åtgärda är avslut av insats samt kommunikering. Bedömning görs att detta kan omhändertas av 1:e socialsekreterare vid ärendegenomgångar.
I granskning av skyddade personuppgifter framkommer att kartläggning inte gjorts samt att det saknas loggsystem för uthämtning av akt. Ett ärende ingår i granskningen.	Loggsystem för akter för att kunna följa rutinen.
I granskning av handlingar som anmäls till individutskottet framkom brister i ärenden med skyddade personuppgifter där uppgifter som skulle kunna röja var personen befinner sig har funnits med.	Ett flertal avvikelser gällande detta skedde i början av kvalitetsåret. Återkoppling har skett i respektive ärende till 1:e socialsekreterare. Därefter har inga fler avvikelser skett och någon ytterligare åtgärd bedöms inte nödvändig.
Utvärderingen av unga vuxna påtalar: -Fokusera på att bevara de gynnsamma faktorer	Vidare analys av utvärderingen när utvidningen av unga vuxna är klar och nya medarbetare är på

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
som finns i arbetssättet -Avsätta tid för introduktion av arbetssätt och arbetskultur när personalgruppen utökas. -Se över möjligheterna att sprida det interna lärandet som finns på Unga Vuxna till de mer specialistinriktade enheterna -Hitta en struktur för att ta tillvara klienternas upplevelser för att utveckla verksamheten. -Förtydliga syftet med utredning och kartläggning för klienterna.	plats
Granskning av ärenden i missbruksgruppen: -SIP har inte gjorts eller inte dokumenterats -Barnperspektivet saknas	Utbildningsinsatser har skett i båda frågorna och 1:arna har arbetat med frågorna på metod. En förbättring har skett men det är ett ständigt pågående arbete att hålla frågorna levande.

Under 2023 har arbetet med att utveckla systematiken kring egenkontroll/interna granskningar pågått. Samtliga kontroller som föreskrivs Socialförvaltning Sydvästs rutin för interna mätningar, kontroller och granskningar (handläggning och dokumentation i individärenden, hantering av skyddade personuppgifter, behörighetskontroller och köpt vård och boende enligt ramavtal och direktupphandling) genomförs enligt rutin. Rutin för kontroll av händelselogg i Treserva har under året arbetats om och även den kontrollen genomförs nu systematiskt.

Mellan oktober 2022-mars 2023 gjorde 1:e socialsekreterare en granskning av ärenden i missbruksgruppen. De tre 1:e socialsekreterarna gjorde ett stickprov var varje vecka. Uppföljning av underlaget gjordes kvartalsvis på enheten. Utifrån uppföljningen såg man över om det fanns återkommande avvikelser vilket i så fall ledde till genomgång på exempelvis metod för att öka kunskapen i frågan. Granskningarna kommer återupptas under hösten 2023.

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

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

Under 2023 har en utvärdering av arbetssättet med sammanhållen ärendehantering inom målgruppen Unga Vuxna genomförts av extern utredare. Utvärderingen bygger på intervjuer med arbetsledning, medarbetare och klienter. Utvärderingen slutfördes i november 2023 och en djupare analys och bedömning av vilka åtgärder resultatet eventuellt ska leda till kommer att göras. Några av de rekommendationer som utredaren ger redovisas ovan. Utredaren påtalar ett behov av ett arbetssätt för att strukturerat ta tillvara på klienternas perspektiv framöver.

4.1.1.6 Övrig egenkontroll

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

1:e socialsekreterare har kontinuerliga ärendegenomgångar och metodmöten med

socialsekreterarna med syfte att implementera rutiner och riktlinjer samt följa upp ärenden för att säkerställa att rätt insats och handlägningsprocess utförs. Ärendegenomgångar genomförs var 6:e vecka i missbruksgruppen och unga vuxna samt 1-2 tillfällen per termin i boendegruppen. Metodmöten hålls varje vecka. Avvikelse som framkommer i samband med ärendegenomgångar åtgärdas i respektive ärende. Återkommande avvikelser lyfts till enhetschef för diskussion om eventuell åtgärd för att komma till rätta med strukturella brister. Utifrån detta kan ex nya rutiner skapas eller utbildningsinsatser initieras för att öka kvalitén i arbetet.

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

Enheten har ett särskilt vårdteam för att kunna göra mer enhetliga bedömningar kring ansökningar om vård och behandling. 1:e socialsekreterare och enhetschef för missbruksgruppen deltar. På vårdteamet går man igenom utredning, bedömning och förslag till beslut för att nå en samsyn.

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

Inom plattformsarbetet träffas man varje månad. Mötena blir ett stöd i att följa de gemensamma processer som finns i staden, lyfta frågor som man har i den egna förvaltningen och jämföra sig med resten av staden. Det är ett viktigt forum för att ex stämma av att uppföljning och mätning sker på samma sätt i de olika förvaltningarna.

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

4.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

4.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål som direkt berör verksamheten	1
Klagomål av allmän karaktär (ej verksamhetens ansvar)	2

Alla de inkomna synpunkterna har blivit bemötta. Det är endast en synpunkt som direkt berör verksamheten. Utifrån den ser vi inget behov av att vidta ta generella åtgärder.

4.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Samverkan extern	8
Samverkan intern	2
Övrigt	10
Post, inkommen handling	3

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Dokumentation allmän	4

Avvikelseerna är ett viktigt underlag för enhetscheferna att strukturerat arbeta med brister i verksamheten och att kunna säkerställa att brister åtgärdas. Det är i dagsläget dock svårt att utifrån avvikelseerna dra slutsatser om generella åtgärder eller förbättringar. Detta beror främst att en stor andel av avvikelseerna hamnar i kategorin övrigt. Det finns ett behov av fler kategorier för att undvika att så många hamnar i övrigt men även ett behov av att fortsätta ha en aktiv diskussion på enheten om avvikelser och vad respektive kategori innebär så att rapporteringen av avvikelser förblir enhetlig.

En stor andel av avvikelseerna berör extern samverkan. Samtliga av dessa berör samverkan med sjukvården. Här görs bedömning att samverkan ändå fungerar bättre nu än i början av kvalitetsåret, därför bedöms specifika åtgärder inte behövas i nuläget.

Avvikelse rapporteras när brister upptäcks. Utveckling och implementering av avvikelshantering sker kontinuerligt i olika sammanhang på enheten. Avvikelse registreras i verksamhetssystemet Treserva vilket ger förutsättningar för ökad systematiken i avvikelshantering. Rapporterna analyseras för att vidare identifiera åtgärder och utvecklingsbehov. SAS bjuds in till ALG möte vid behov. Uppföljning och återkoppling av avvikelser sker på APT.

Enheten har haft en utbildning om avvikelshantering och lex Sarah under oktober och november månad för alla medarbetare och enhetschef. Totalt har det i år gjorts 27 avvikelser, jämfört med 13 förra året. Detta bedöms som ett resultat av utbildningen.

4.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Person avlider efter fyra dygn på kortsiktigt boende efter längre tids drogfrihet på anstalt. Brist i planering av insats, avsaknad av samordnad individuell plan (SIP) och bedömning utifrån enskild persons skydds- eller vårdbehov. Händelsen utgör ett missförhållande.	Fortsätta utveckla följsamhet till SIP-rutin. Samtliga handläggare kommer att få utbildning och workshop kring SIP. Egenkontroll av att SIP erbjuds, 1:E socialsekreterare ansvarar vid ärendegenomgång.

Utöver ovanstående har ytterligare ett dödsfall rapporterats enligt lex Sarah där missförhållande inte konstaterats.

Utbildning i SIP har genomförts för handläggare. Att det görs SIP i ärenden aktuella för det, följs på ärendegenomgångar där 1:e socialsekreterare följer en mall där SIP finns med. I vårdteamet (som missbruksgruppen har) stämmer man av om det finns en SIP innan en ansökan om vård och behandling går till utskottet.

4.1.3 Risker

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 framgår att den som bedriver socialtjänst fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i

verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska den som bedriver socialtjänst uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

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

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

4.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Fortsatt arbetet med barnrättsarbetet	Implementeringen av barnrättsarbetet har pågått. Barnperspektivet beaktas alltid vid beslut som rör barn och arbete pågår med att synliggörandet av barnen ska vara en integrerad del av utredningsmetoden. På avdelningen görs barnkonsekvensanalyser i alla utredningar, både vid avslag och bifall. Detta arbetssätt är implementerat men frågan bevakas så att arbetet upprätthålls.
Fortsatt arbete med ViNR. Hitta struktur kring samverkan med andra verksamheter bla BoF. (Familjevårdsteamet) samt vidareutveckla arbetet kring FREDA	Enheten har haft som mål att säkerställa att samtliga medarbetare använder sig av FREDA. Bedömningsstödet används idag av alla i mottaget. Gällande övriga grupper inom vuxenheten så behöver rutinen för hur det ska användas förtydligas. Familjevårdsteam är beslutat om men har inte startat. Avdelningen erbjuder fortsatta, kontinuerliga utbildningsinsatser via Dialoga och regionalt stödcentrum för heder kring ViNR, FREDA och PATRIARK för medarbetarna. Det finns en uppföljning för att säkerställa att alla medarbetare genomgår de utbildningar de behöver.
Behov av ökad samverkan med FFS och VGR	Under året har remissteam med FFS kommit igång. Dessa har haft god effekt och underlättat samverkan med personer med funktionshinder och samsjuklighet. För att förbättra samverkan med VGR har man arbetat med att förbereda handläggare för vårdplaneringar. Fokus på att det är ett gemensamt ansvar.
Fortsatt implementering av ASI (Addiction Severity Index, standardiserad och strukturerad intervju)	En lokal genomförande plan finns som är anpassad efter verksamhetens behov. Planen är implementerad och tydlig. Arbetet pågår med att säkerställa att genomförda utredningar registreras så att arbetet kan följas upp på ett rättvisande sätt.
Fortsatt arbetet med att utveckla systematiken kring egenkontroll och övriga granskningar för att kunna säkerställa ett gott systematiskt kvalitetsarbete.	Interna mätningar, kontroller och granskningar är införda utifrån förvaltningsövergripande rutin. Det kvarstår behov av att ytterligare systematisera enhetens egna kontroller för att bättre ta tillvara resultatet av dessa.

4.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

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

arbetet och lyfta in dessa i det strukturerade arbetet med att förbättra kvaliteten.

Vid genomgång av resultatet av egenkontrollerna framkommer att enheten kontinuerligt har arbetat med att åtgärda brister som synliggjorts i de olika kontrollerna. Bland annat har enheten genomfört utbildningsinsatser gällande SIP och barnperspektivet.

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

-Fortsatt implementering av ASI. Denna fråga har arbetats med under det gångna kvalitetsåret och en grundstruktur finns för arbetet med ASI i form av en lokal genomförandeplan som är anpassad efter verksamhetens behov. Planen är implementerad och tydlig. Arbete pågår med att säkerställa att genomförda utredningar registreras så att arbetet kan följas upp på ett rättvisande sätt. Arbetet med ASI kräver ett fortsatt fokus och prioritet från arbetsledning.

-Fortsatt arbete med ViNR. Prioriterat framöver i arbetet kring Våld i nära relation (ViNR) är skapa familjevårdsteam tillsammans med Barn och Familj (BoF) samt att utveckla rutiner för motiverande/behandlande insatser både för den våldsutsatta och våldsutövarna.

-Analysera och arbeta med resultatet från utvärderingen av Unga vuxna. Utvärderingsrapporten om arbetet med unga vuxna belyser både medarbetares och brukares syn på arbetet och ger förslag på frågor att arbeta vidare med. Målgruppen kommer snart att utvidgas och när den utökade medarbetargruppen är på plats kan analys och planering för det fortsatta arbetet med målgruppen att göras.

-Undersöka möjligheterna att underlätta avvikelserapporteringen. Antalet avvikelser har ökat och det bedöms som viktigt att enheten fortsätter att göra avvikelser. Rapporteringen av avvikelser är en hjälp att säkerställa att dessa tas om hand på ett strukturerat sätt samt kan underlätta att se strukturella brister. För att öka antalet rapporterade avvikelser behöver det bli lättare att göra dem. För att kunna göra en analys av strukturella brister behövs fler kategorier så att färre avvikelser kategoriseras som övrigt.

Planerade förbättringsåtgärder
Fortsatt implementering av ASI (Addiction Severity Index, standardiserad och strukturerad intervju)
Fortsatt arbete med ViNR, skapa familjevårdsteam tillsammans med BoF. Utveckla rutin för motiverande/behandlande insatser både för den våldsutsatta och våldsutövarna.
Analysa och arbeta med resultatet från utvärderingen av Unga vuxna
Undersöka möjligheterna att underlätta avvikelserapporteringen

5 Boende och hemlöshet

5.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

Det här avsnittet innehåller en sammanställning av de viktigaste resultaten/iakttagelserna från olika underlag inom det systematiska kvalitetsarbetet. Sammanställningen ger underlag för avsnittet 5.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder.

5.1.1 Egenkontroll

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

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

5.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Arbetet med brukarens inflytande och delaktighet är en ständigt aktuell och viktig fråga. Avdelningen arbetar på olika sätt för att öka brukarinflytande, däremot kvarstår ett utvecklingsarbete vad gäller möjligheter att mäta och följa upp effekterna av det arbete som görs. Tillsammans med övriga socialförvaltningar sker dialog kring att hitta effektmått för de vi är till för, och avdelningen har påbörjat ett arbete för att utveckla den systematiska uppföljningen när det kommer till nyckeltal för att mäta effekten av våra insatser, till exempel brukarnas egna upplevda delaktighet och nöjdhet.

Center mot hemlöshet har i uppdrag att utveckla brukarinflytande inom avdelningen. Bland annat arbetar man med att strukturera och samordna verksamhetsrådet, som är ett forum för brukarorienterade frågor vilket representeras av brukare, medarbetare och chefer. Ett systematiskt arbete med frågor gällande brukarnas inflytande och delaktighet hjälper oss att hitta vägar och arbetssätt som ska vara till nytta för dem vi är till för och för våra verksamheter. Det sker också ett arbete med att samordna processen gällande synpunktshantering. Det pågår även ett arbete i samverkan med förvaltningen för funktionsstöd att ta fram en processkarta för brukarrevisioner.

Brukare har möjlighet till delaktighet och inflytande på verksamhetsnivå i form av bland annat husmöten, vilket hålls veckovis i flera av avdelningens verksamheter. Där finns möjlighet att vara delaktig samt påverka verksamhetens innehåll, bland annat maten, aktiviteter eller lyfta andra synpunkter som kan finnas hos de som bor i våra verksamheter.

5.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Trygg i verksamheten	Röd/83/ Prioriter a	Tryggheten i våra verksamheter är fortsatt en aktuell fråga utifrån resultatet av den senast genomförda brukarenkäten. Avdelningen arbetar med att bättre anpassa våra lokaler utifrån de vi är till för. Det pågår även ett arbete vad gäller placeringen av våra verksamheter i staden. Bland annat driver projektet Mutual Benefits fokus på det sociala perspektivet när det kommer till samhällsplanering, där platssamverkan är en viktig del för trygghetsarbetet omkring våra

		verksamheter.
Påverkan av stöd	Röd/82/ Prioriter a	Arbetet med genomförandeplaner har under 2023 haft fortsatt fokus och är en viktig del för att möjliggöra en ökning av brukarens delaktighet i de insatser denne får.
Förändring av situation	Röd/79/ Prioriter a	Genom verktyget Plattform+ följer avdelningen systematiskt upp vart man flyttar vidare till när man flyttar ut från våra verksamheter, samt hur stor andel som flyttar vidare till en mer självständigboendeform. Ett utvecklingsarbete inom avdelningen är att möjliggöra systematik i uppföljning av övrig upplevd förändring hos de som bor i våra verksamheter.

Resultat från brukarenkäten 2022 för hela avdelning Boende och hemlöshet.

Under hösten 2022 genomfördes en brukarundersökning, som sammanställts och presenterats under början av 2023. Syftet med undersökningen är dels att få kunskap om brukarnas bedömning av verksamheten, dels att få underlag till förbättringsarbete. Brukarenkäten är ett viktigt verktyg för att kunna mäta brukarupplevelsen inom avdelningens verksamheter samt för att skapa en systematik i uppföljning och utvärdering av insatsernas effekt för den enskilde. Bland annat har vi utifrån målområdet delaktighet och tillit sett exempel på hur man arbetat med resultatet från brukarenkäten på individnivå för ökad kvalitet.

Svarsfrekvensen varierar mellan enheterna, och ett antal verksamheter saknar resultat från brukarenkäten på grund av för få svarande. En utmaning som finns inom avdelningen är att hitta systematik för att få fler antal svarande samt att följa upp resultat av brukarens upplevelser av våra insatser. Det pågår ett uppdrag inom staden vad gäller utveckling av brukarundersökningar med representanter från de fyra socialförvaltningarna. I uppdraget ingår att undersöka möjligheten att hitta modeller för att på ett mer fördjupat sätt nå brukarens egna synpunkter och upplevelser, samt vad för utveckling som kan göras för att skapa högre svarsfrekvens i brukarundersökningar. I nuläget är en kartläggning gjord vilken ska sammanställas för att sedan presenteras för socialförvaltningarna. Det är ett fokus framåt att omhänderta detta arbetet för att hitta strategier och systematik i uppföljning och utvärdering för att kunna säkerställa att insatsen ger effekt utifrån brukarens egna upplevelse.

5.1.1.3 Öppna jämförelser

Det saknas aktuella nyckeltal från öppna jämförelser som berör verksamheten.

5.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik			
Ingen kritik	1	Tillsyn av stödboendet för barn och unga, Bia stödboende, har inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat. Tillsynen har i huvudsak fokuserat på de ungas trygghet och säkerhet i verksamheten och ungdomarnas delaktighet.	

Stadsrevisionen			
Rekommendationer			
Revisionskritik			
Annan extern granskare			
Miljöförvaltningen	2	Oanmäld inspektion gällande mathantering på Ånggårdsteamets kort- och långsiktiga lägenhetsboende. Inga uppmärksammade brister i samband med inspektionen. Oanmäld inspektion gällande kioskverksamheten med försäljning av tobak på Bergjöhöjds boende. Inga uppmärksammade brister eller anmärkningar i samband med inspektionen.	
Arbetsmiljöverket	2	Inspektion på Kallebäckens boende med påpekanden om att riskbedöma några delar i verksamheten samt synpunkt om möjligheterna för återhämtning för nattpersonalen. Inspektion på Alelyckans boende utifrån en händelse som inträffat på boendet. Inga uppmärksammade brister eller påpekanden i samband med inspektionen.	Riskbedömning av utrymmen i lokalen, riskbedömning av boende.
Miljöverket	2	Inspektion på Kallebäckens boende. Inga uppmärksammade brister eller påpekanden i samband med inspektionen. Inspektion på Uppsökarenheten. Inga uppmärksammade brister eller påpekanden i samband med inspektionen.	

5.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
Boendekartläggningar saknas i Treserva	Ta fram skriftlig rutin över hur arbetet med boendekartläggningar ska genomföras samt förvaras.
Händelser av vikt i journal saknas i vissa fall	De enheter som arbetar med dagteckningar behöver säkerställa att händelser av vikt skrivs direkt i journal
Svårigheter att utläsa i journal att och hur insatser utförs.	Säkerställa att utförandet av insatserna beskrivs i journal.
Förkortningar och fackspråk används i relativt hög omfattning	Användning av klarspråk bör öka.

Under kvalitetsåret har det genomförts en intern granskning avseende social dokumentation inom avdelningen. Därutöver har det genomförts en intern granskning på samtliga pågående ärenden inom en enhet som en del i en åtgärd utifrån en lex Sarah. Den granskningen påvisar brister i många delar av social dokumentation, vilket enheten nu arbetar med för att komma till rätta med bristerna.

5.1.1.6 Övrig egenkontroll

Det genomförs en rad olika egenkontroller för att följa upp och utvärdera verksamheternas kvalitet, samt för att säkerställa att processer och rutiner följs. Rutinen för egenkontroll av användarbehörighet i Treserva genomförs enligt förvaltningens rutin utan anmärkning, likaså rutinen för stickprovskontroller i Treservas händelselogg. Följsamheten till rutinen gällande kontroll av skyddade personuppgifter påvisar vissa brister där stickprovskontroll i Treserva fungerar bra, däremot förekommer svårigheter vad gäller förvaring av fysiska dokument. Det finns behov av att säkerställa hanteringen av rutinen.

På avdelningens vård- och omsorgsboenden genomförs även egenkontroller gällande mätningar av följsamhet till hygien, vilka sker två gånger om året och löper på enligt rutin. Det finns vissa utvecklingsområden som identifierats där åtgärder skapats samt planering för uppföljning av åtgärderna. Det rör sig bland annat om bättre följsamhet till basala hygienrutiner och förvaring av privata- och arbetskläder.

5.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

5.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål	71
Beröm	3
Förslag	8
Fråga	11
Ej angett/okänd	1

Totalt antal inkomna synpunkter är under kvalitetsåret 94 stycken. Detta är en ökning med 43 synpunkter i jämförelse med samma period föregående år. Ökningen beror till stor del på ett ökat antal inkomna synpunkter från allmänheten i och med flytten av Bergsjöhöjd och Alma akutboende, och under hösten 2022 inkom drygt 40 synpunkter enbart relaterat till nämndbesluten gällande verksamheternas flytt. Av det totala antalet inkomna synpunkter motsvarar synpunkter från allmänheten cirka 50 procent, synpunkter från brukarna motsvarar cirka 37 procent och övriga synpunkter motsvarar cirka 13 procent.

Många synpunkter inkommer i det löpande arbetet och omhändertas utifrån enskilda samtal med individer. Exempelvis har matråd blivit till i vissa av våra verksamheter utifrån omhändertagande av synpunkter som berör maten, vilka har inkommit i det dagliga arbetet. En utmaning som föreligger vad gäller synpunktshantering är systematiken i att registrera synpunkter och på så sätt även följa och utvärdera omhändertagna synpunkter.

5.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Läkemedel	104 (127)
Övergrepp, självskada, hot	88 (74)
Rättighet och bemötande	37 (37)
Samverkan extern	29 (38)
Samverkan intern	41 (14)

Övrigt	208 (164)
--------	-----------

Antalet registrerade avvikelser för perioden 1 september 2022 till 31 augusti 2023 är 928 stycken, för föregående period uppgick antalet registrerade avvikelser till 821 stycken. Ovanstående tabell visar antalet avvikelser för perioden samt för perioden innan inom parantes. De största områdena för rapportering av avvikelser är *fall-registrering* som utgör 198 stycken samt *övrigt* som utgör 208 stycken.

För att möjliggöra mer underlag till analys samt möjlighet till förändring blir ett fokus framåt att arbeta för att antalet avvikelser som registreras som *övrigt* ska minska. Vid *fall-registrering* gäller detta främst våra boendeverksamheter med särskilt boende och service för äldre då det är en del i åldrandet att ramla och kräver inte alltid någon större analys vilket möjliggör att markera dessa som "ej avvikelse". Däremot kan denna funktion ses användas på andra håll inom avdelningen, och där krävs ett fokus framåt när det kommer till att säkerställa hantering och analys vid avvikelserregistrering.

5.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Oväntat dödsfall, Alelyckan. Brist i genomförande, dokumentation och ledning/styrning.	Handlingsplan som bl a omfattar granskning av samtliga ärenden utifrån dokumentation och stöd till chef genom regelbunden avstämning och egenkontroll. Identifiera förbättringsområden gällande ledarskap och medarbetarskap genom arbetsmiljökartläggning,
Kränkande beteende i samband med intim omsorg av person i värlös situation. (Kallebäck)	-Arbeta med bemötandefrågor och värdegrundsarbete på Kallebäck genom att gå igenom stadens förhållningssätt och socialstyrelsens webb-utbildning kring värdegrund för äldre, senast 222131. Införa webbutbildning på checklisten för introduktion av nya medarbetare. Övrig kompetensutveckling kring social pedagogik, missbruk och psykiatri för att stärka det sociala arbetet på boendet. -Anställa stödassistenter som ett led i kompetensförstärkningen.
Brister i genomförande av omsorgsinsats i form av hjälp med hygien samt brist i personuppgiftshantering (Kallebäck)	-Säkerställa att samtliga brukares genomförandeplaner är aktuella och uppdaterade genom pågående genomgång. T Tillfälligt anställa undersköterska med särskilt uppdrag att säkerställa att samtliga arbetsuppgifter fördelas under dagen. -Kompetenshöjande insatser till chefer i "Nära vård" samt förändringsledning. -Enhetschefer flyttat sina kontor till våningarna för att öka tillgänglighet och ett nära ledarskap. -utbildningsinsatser i social dokumentation och "dataskydd på jobbet" under hösten 2023.
Utebliven respons av larm (Kallebäck). Påtaglig risk för allvarligt missförhållande.	Implementera och gå igenom befintlig larmrutin på samtliga våningar samt genomföra regelbunden egenkontroll via larmstatistik.
Allvarligt våld och hot från utomstående i lägenhetsboende (Solängen/Bautastensgatan)	Fysiska åtgärder kring tryggheten runt boendet, se över bemanningen och utveckla stödet för att mer aktivt stödja de boende att komma ifrån sitt missbruk. Se över möjligheterna att tydliggöra och renodla målgruppsinriktning i verksamhetsområdet samt utveckla riskbedömningen inför inskrivning.
Integritet och rättssäkerhet har kränkts kring en enskild, samt brister i dokumentation, arbetssätt rörande ett stort antal personer (Mobila Fältteamet)	Verksamheten har sedan februari 2023 pausats. Ifall verksamheten fortsätter, se över samverkansavtal mellan kommuner och sjukvård, förtydliga uppdragsbeskrivning och öka kompetens

	och egenkontroller kring dokumentation. IVO har bedömt åtgärderna som tillräckliga. Verksamhetsutvecklare från kommun samt VGR har fått i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag kring teamets framtid.
--	--

67 utredningar (exkl en utredning inom Bostad först som är registrerat på VoF) har genomförts enligt lex Sarah under kvalitetsåret. Av dem har 7 anmälts till IVO som allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande (se ovan). 24 är bedömda som missförhållande eller risk för missförhållande och 43 händelser har bedömts ej utgöra missförhållande enligt lex Sarah.

Även om majoriteten av utredda rapporter inte bedömts utgöra missförhållanden har kvalitetsbrister uppmärksammats så som brist i dokumentation, kompetensbrist, brist i rutiner och ledning/styrning. Åtgärder har handlat om kompetensutveckling och förändring/implementering av rutiner.

Trenden att antalet lex Sarah-utredningar har ökat varje år har brutits då det under föregående år genomfördes 71 utredningar. En analys av detta är att man fokuserat och arbetat med förebyggande åtgärder utifrån lex Sarah utredningar, vilket resulterar i att inte lika många allvarliga händelser uppstår. En annan del i frågan har till viss del att göra med omorganisationen och att detta till viss del påverkar fokus på frågan.

5.1.3 Risker

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

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

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

5.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet gällande avvikelshantering för att säkerställa att analyser och åtgärder leder till förbättringar.	Avdelningen har löpande analysmöten för att analysera och lära tillsammans när det kommer till arbetet med avvikelshantering. Det finns upprättade rutiner inom området, och det genomförs händelseanalyser där det bland annat ingår att värdera allvarlighet och sannolikhet för att en händelse ska inträffa igen som en del i arbetet för att säkerställa att registrerade avvikelser leder till förbättringsåtgärder. Däremot finns det ett fortsatt behov av att fokusera på utvecklingsarbete vad gäller avvikelshantering.
Säkerställandet av att samtliga klienter har en genomförandeplan som är framtagen i delaktighet.	Det genomförs interna granskningar för att säkerställa att samtliga klienters genomförandeplan är framtagen i delaktighet, under kvalitetsåret har det skett en intern granskning och en har skett under hösten 2023. Avdelningen har genomfört kompetenshöjande insatser i social dokumentation, samt hållit i ett introduktionsprogram för nyanställda där social dokumentation är en viktig del för hur

	avdelningen ska arbeta med genomförandeplaner och säkerställa brukarens delaktighet i dessa.
Fortsatt utveckling för att kunna mäta och följa upp resultat och effekter av våra insatser.	Avdelningen har ett antal nyckeltal som följs upp regelbundet för att se resultat och effekt av våra insatser, däribland hur många samt hur stor andel som flyttar vidare till mer självständiga boendelösningar. Det behöver dock finnas fortsatt fokus framåt vad gäller att mäta och följa upp brukarens egna upplevelser av de insatser den enskilde får.
Säkerställa en trygg och säker boendemiljö	Arbetet med trygghet och säkerhet har ett stort fokus inom avdelningen. Det har påbörjats ett arbete med att göra orsaksanalyser vid händelser, och vi har även påbörjat kompetenshöjning hos chefer kring brottförebyggande och trygghetsarbete i våra verksamheter. Med hjälp av utvecklingsledare för trygghet har vi tagit fram ett stödmaterial kring trygghetsarbete. Arbetet behöver fortsatt vara prioriterat för att säkerställa en trygg och säker miljö i, och omkring, våra boendeverksamheter.

5.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Den finns en systematik inom avdelningen i arbetet med att upprätthålla, utveckla och säkerställa kvaliteten i våra verksamheter och insatser. En övergripande analys och slutsats som kan dras är att vi följer upprättade processer och rutiner. Däremot har utvecklingsbehov identifierats vad gäller hanteringen av vissa rutiner för att upprätthålla följsamheten fullt ut.

Avdelningen arbetar med att öka brukarens inflytande och delaktighet på olika sätt, både på övergripande nivå liksom på verksamhetsnivå. Ett utvecklingsområde finns vad gäller möjligheter att mäta och följa upp effekter av våra insatser, särskilt när det kommer till att mäta resultat av brukarnas egna upplevelser av inflytande och delaktighet.

Avvikelse är ett viktigt underlag för att strukturerat arbeta med brister och utveckling framåt. Antalet rapporterade avvikelser skiljer sig åt mellan enheterna, och det är ett fokusområde att säkerställa inrapportering av avvikelser då det är en viktig del i att identifiera brister och arbeta med dessa i analyser och uppföljning för att säkra kvaliteten i våra verksamheter. Ett viktigt arbete framåt är att minska antalet avvikelser som rapporteras in under kategorin *övrigt* för att möjliggöra samt underlätta analyser på ett övergripande plan.

Arbetet med synpunktshantering är en viktig del i att få kunskap om brukarnas bedömning av verksamheten, samt för att skapa förbättring och förändring. Hur synpunkter inkommer och hanteras ser olika ut i verksamheterna, och det är en utmaning att synliggöra synpunkter genom att registrera dessa. Det finns behov av att arbeta mer med synpunktshantering, samt arbeta fram en gemensam definition av vad som klassificeras som en synpunkt för att kunna följa upp och säkerställa verksamhetsutveckling.

Planerade förbättringsåtgärder
Fortsatt arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet gällande avvikelshantering och säkerställa att analyser och åtgärder leder till förbättringar.
Fortsatt utveckling i arbetet med att mäta och följa upp resultat och effekter av våra insatser.
Fortsatt arbeta med att säkerställa en trygg och säker boendemiljö.
Fortsatt arbete i att säkerställa att samtliga klienter har en genomförandeplan framtagna i delaktighet.

6 Fritid

6.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

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

6.1.1 Egenkontroll

6.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

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

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

6.1.1.2 Brukarenkät

Brukarenkäter är en viktig källa för fritidsverksamhetens kvalitetsuppföljning. Via mötesplatsenkäten och det nationella nätverket för kvalitet och kompetens (KEKS) kan verksamheten följa mötesplatsernas måluppfyllelse och utveckling över tid genom så kallade "good enough"-mål. Resultatet från dessa mätningar beskrivs under rubriken nationella jämförelser.

Utöver mötesplatsenkäten mäter Fritid antal unga ledare via ung extra inom fritids och andra förvaltningars verksamhet. Fritid genomför enkäter och utvärdering vid lov där målgruppens återkoppling av verksamheten står i centrum. Fritid gör också statistik över antal genomförda enkäter då man eftersträvar ett relevant antal för att kunna göra analyser av verksamheten.

Nyckeltal/Indikator	2022	2023
Antal unga ledare via ung extra	37	73
Antal genomförda mötesplatsenkäter inom fritids tonårsverksamheter	201	192
Antal gruppenkäter inom fritids tonårsverksamheter	82	46
Antal genomförda lovenkäter	1075	183

Resultat

- **Antal unga ledare via ung extra inom fritids verksamheter**

Fritid utsåg en samordnare för Ung Extra inför feriesäsongen, vilket medfört att fler arbetsplatser har kunnat erbjudas (förutom i fritidsverksamheten) och en möjlighet att matcha den unge med den typ av arbete som den är intresserad av att prova och tror sig passa för.

- **Antal genomförda mötesplatsenkäter inom fritids tonårsverksamheter**

Årets resultat visar på en liten minskning men samtliga mötesplatser når det individuella måttet 15 st som krävs för att få ett resultat.

- **Antal gruppenkäter inom fritids tonårsverksamheter**

Fritid har inte uppnått målsättningen att öka antalet genomförda gruppenkäter inom tonårsverksamheter. Istället har antalet minskat kraftigt. Eftersom gruppenkäterna vägs in i KEKS nyckeltal, är det viktigt att verksamheten fortsätter arbeta med att öka antalet genomförda enkäter.

- **Antal genomförda lovenkäter**

Då det under 2022 genomfördes onödigt många lovenkäter låg fokus i år på att hitta rätt nivå. Resultatet i år är inte tillfredsställande, då det istället blev för få, vilket medför att resultatet inte blir representativt på gruppnivå. Till kommande år ska verksamheten försöka hitta en nivå som är både realistisk, genomförbar och ger ett statistiskt säkerställt underlag.

- **Utvärdering sommarlov**

2023 provade verksamheten flera nya arbetssätt och framförallt riktade sig verksamheten mer mot den äldre målgruppen (16-19 år). Vissa av dessa aktiviteter föll väl ut medan andra har varit svårare att nå ut med och gav inte önskade effekter. Vädret påverkade sommarverksamheten i mycket stor utsträckning då många aktiviteter genomförs utomhus. Årets resultat kring deltagare och antal aktiviteter minskar också stort jämfört med tidigare år. Deltagarenkäten visar dock att de som deltagit varit nöjda, känt hög delaktighet och 45 % har både varit med i en aktivitet som var ny för dem och på en plats de inte varit på förut. Förbättringsområden finns kring ferieverksamheten. Verksamheten behöver se över vilka platser som fungerar för att ta emot feriearbetare samt öka planeringen inför. Utvärderingen visar också att verksamheten behöver utveckla metoder för hur man skapar relationer till nya deltagare och hur verksamheten kan få dem intresserade av att fortsätta delta och bidra till den ordinarie fritidsverksamheten.

6.1.1.3 Övrig egenkontroll

Strategidokumentet för meningsfull fritid som ett gemensamt styrdokument har under året implementerats på mötesplatserna i form av handlingsplaner. Handlingsplanerna blir ett stöd för medarbetare att arbeta med mål och aktiviteter utifrån befintliga förutsättningar i området/mötesplatsen. Strategidokumentet visar riktning utifrån befintlig styrinformation och preciserar ett antal övergripande gemensamma strategier för arbetet med att skapa meningsfull fritid. Syftet är att tydliggöra gemensamma strategier för att fler barn och unga ska få en meningsfull fritid i Göteborgs Stad utifrån socialförvaltningarnas uppdrag och rådighet. Utifrån strategierna och lokala förutsättningar har Fritid sett ett behov av att stärka relationer till tonåringar i vissa delar av stadsområdet.

Strategidokumentet för meningsfull fritid som ett gemensamt styrdokument behöver också implementeras fullt ut inom alla verksamheter som omfattas av det.

Fritid har identifierat att man behöver ta ett samlat grepp på de rutiner, instruktioner och checklistor verksamheten använder sig av för att likrikta arbetssätt och agera enhetligt vid exempelvis gruppaktiviteter.

Vid årlig kontroll av dokumentation av det systematiska brandskyddsarbetet framkom att det fortfarande finns vissa brister (i dokumenteringen) som behöver åtgärdas.

6.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

6.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Förslag	2
Klagomål	2
Fråga	1

Fritid har följt rutinen kring synpunktshantering under året. Alla de inkomna synpunkterna har blivit bemötta. Det är endast två synpunkter som direkt berör verksamheten. Övriga har skickats vidare till de förvaltningar eller myndigheter som ansvarar för den verksamhet man har synpunkter på. Av den samlade bilden av de inkomna synpunkterna framkommer inget behov av åtgärder.

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

6.1.2.2 Avvikelser och Lex Sarah

Ett arbete är påbörjat under 2023 för att hantera avvikelserapportering inom fritid på ett systematiskt sätt. Full implementering förväntas vara genomförd 2024.

6.1.3 Nationella jämförelser

Index	2021	2022	2023	Good enough mål	Snitt KEKS
Index Inflytande, delaktighet och ansvarstagande, öppen verksamhet	69 %	62 %	69 %	50 %	63 %
Andel unga som producerar verksamhet	-	10 %	8 %	30 %	5 %
Andel ungdomsproducerad verksamhet	-	32 %	24 %	60 %	20 %
Index delaktighet, gruppverksamhet	94 %	85 %	75 %	75 %	79 %
Index lärande, gruppverksamhet	57 %	65 %	80 %	85 %	73 %
Index trygghet och bemötande, öppen verksamhet	93 %	90 %	91 %	90 %	90 %
Avvikelse från jämn könsfördelning, öppen verksamhet	14 %	8 %	6 %	10 %	12 %
Avvikelse från jämn könsfördelning, gruppverksamhet	7 %	8 %	10 %	10 %	12 %

Varje år sammanställs samtliga resultat från mötesplatsenkäten utifrån KEKS övergripande mål (även kallade Good Enough-mål) i en rapport där det går att utläsa utveckling över tid och i relation till övriga verksamheter som är med i KEKS. Denna årliga rapport ligger till grund för nya delmål i respektive verksamhet och gemensamt utvecklingsarbete.

Resultat

- Index inflytande och ansvarstagande, öppen verksamhet

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

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

Trots att verksamheten inte når upp till Good Enough-målet står sig verksamheten väl i jämförelse med riksgenomsnittet vilket också visar hur svårt det är att nå upp till de satta värdena för ungdomsproducerad tid. En förklaring är hur kriterierna är utformade. Enbart unga som planerar, genomför och utvärderar verksamhet utan ersättning definieras som producenter medan unga som till exempel har feriearbete eller har en ersättning som ungdomsledare eller via Ung Extra inte kan loggas som ungdomsproducenter eller ungdomsproducerad tid.

- **Index delaktighet, gruppverksamhet**

Index för delaktighet gruppverksamhet har minskat de senaste tre åren och ligger i år precis på målvärdet och lägre än riksgenomsnittet. Resultatet påverkas negativt av att endast 17 % svarat att de varit med och sökt pengar för aktiviteter, vilket för många aktiviteter inte är nödvändigt. På frågan "Det är vi ungdomar och våra idéer som styr hur det blir" svarade 90 % ja. Bedömningen är därför att delaktigheten är hög.

- **Index lärande, gruppverksamhet**

Målet handlar om att synliggöra det icke-formella och informella lärandet för de unga både i den öppna men framförallt i gruppverksamheten. Verksamheten ökar med 15 procentenheter i år, vilket visar att verksamheten är på rätt väg, och nästan når good enough-målet. Verksamheten kommer under 2024 arbeta på liknande sätt med fokus på metoder för att synliggöra lärandet.

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

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

- **Avvikelse från jämn könsfördelning**

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

6.1.4 Risker

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

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

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

6.1.5 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Ökad samsyn inom de två tidigare stadsdelsindelade fritidsenheterna för ett gemensamt fritid Sydväst	Mötesplatserna har tagit fram handlingsplaner som ett sätt att konkretisera stadens strategidokument för meningsfull fritid, vilket lett till större förståelse för mål och ramar. Genom att förstärka det nära ledarskapet samt hålla gemensamma medarbetarforum har fritid Sydväst fått en ökad samsyn och samordning.
Förstärkt systematik kring synpunktshantering	Systematiken har stärkts under året, i och med att en sammanställning och analys görs inför årlig kvalitetsrapport och analysmöte. Rutinen för synpunktshantering har följts under året.
Förstärkt dokumentering av det systematiska brandskyddsarbetet.	Dokumentationen har förbättrats, men behöver förstärkas ytterligare nästkommande år.
Rutin orosanmälan	Rutinen är införd och hålls levande genom återkommande dialog på medarbetarforum.
Förstärka relationerna till äldre ungdomar (16 -19 år) i stadsområdet	Verksamheten har under året utvecklat den uppsökande verksamheten och områdesarbetet i Tynnered för den äldre målgruppen. Arbete kvarstår.
Öka antalet unga som är delaktiga i verksamheten och tar beslut	Mötesplatsenkäten visar på hög måluppfyllelse. Det är dock ett ständigt förbättringsarbete inom fritid.

6.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

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

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

All verksamhet inom fritid bygger på frivillighet vilket innebär att deltagarnas inflytande och delaktighet utgör själva grunden för arbetet och genomsyrar all verksamhet. Utifrån de indikatorer som är kopplade till meningsfull fritid är helhetsbedömningen att verksamheten går åt rätt håll och indikatorerna visar på en svagare positiv trend.

Fritid arbetar ständigt med olika metoder för att öka andelen unga som är delaktiga och har inflytande. Flera mötesplatser behöver fortsätta arbetet med att utveckla forumen för inflytande i sina verksamheter. Likaså fortsätter arbetet med att förstärka relationerna till tonåringar i stadsområdet. Fritid har under året implementerat strategidokumentet för meningsfull fritid i verksamheten. Under kommande år behöver övriga verksamheter

som sorterar under meningsfull fritid arbeta med det.

För att öka möjligheten att följa upp effekterna av det arbetet utökar fritid enkäter inom tonårsverksamheter och andra gruppverksamheter samt för dialog med KEKS för att kunna anpassa gruppenkäter till verksamheten. Det finns också utvecklingsbehov inom avvikelshantering samt rutiner och checklistor. Fritid fortsätter arbetet med att stärka upp kring dokumenteringen av det systematiska brandskyddsarbetet.

Planerade förbättringsåtgärder
Öka andelen unga som är delaktiga och har inflytande.
Förstärka relationerna till tonåringar i stadsområdet.
Strategidokumentet för meningsfull fritid som ett gemensamt styrdokument ska implementeras fullt ut inom alla verksamheter som omfattas av det.
Se över enkäter riktade till gruppverksamhet för att få högre svarsfrekvens.
Utvecklad analys kring mötesplatsenkäter för mellanstadieålder och verksamheter där vi samverkar med Passalen.
Systematik kring rutiner, checklistor och instruktioner.
Systematisk avvikelshantering.
Förstärkt dokumentering av det systematiska brandskyddsarbetet.

7 Förvaltningsövergripande

7.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

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

7.1.1 Synpunkter

Inga synpunkter har inkommit som berör stödverksamheterna.

7.1.2 Interna mätningar, kontroller, granskningar

HR

HR avdelningen genomför löpande enligt granskningsplan kontroller inom Hr-området. Framför allt genom kontroller av löneprocessen samt anställningsdokument. Brister vad gäller utförda kostnadskontroller har identifierats. Eventuella avvikelser meddelas berörd chef.

Ekonomi

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

Dom fyra socialförvaltningarna har gemensamt genomfört en kartläggning/granskning av beställningsrutiner för placeringar och köp av insatser inom IFO. Den visar till exempel på att det finns förbättringspotential i att stärka inköps- och beställarkompetensen och utveckla samarbetet mellan Spink och förvaltningarna (Link). I processen bedöms det finnas möjligheter att effektivisera avtalshanteringen och få bättre priser genom utvecklade arbetssätt. Åtgärder utifrån kartläggningen kommer påbörjas under 2024.

Stab och kommunikation

Inom arbetet med utvärdering av system för styrning, uppföljning och kontroll har förvaltningen sedan starten 2021 undersökt hur nämndens förtroendevalda ser på kvalitén i de beslutsunderlag som lyfts till nämnden inför beslut. Resultatet från 2023 års undersökning visar att 92% av de svarande i nämnden i hög eller i mycket hög grad instämmer i att beslutsunderlagen håller hög kvalitet. Resterande del har svarat att de instämmer i viss grad. Som nämndes i föregående års kvalitetsrapport gjordes under 2022 gjordes en satsning på en "TU-skola" inom förvaltningen för att internt i förvaltningen förtydliga ansvar och roller inom ärendehantering gentemot nämnden och satsningen har också haft fokus på klarspråk. Detta arbete har förvaltningen under 2023 prioriterat ned till förmån för en liknande satsning för handläggare som bereder beslutsunderlag till individutskotten. Förvaltningen kommer att arbeta vidare för att bibehålla och ytterligare utveckla kvalitén i beslutsunderlagen.

7.1.3 Avvikelser

En avvikelse avseende brott mot sekretess i reception. Åtgärder har vidtagits, bland

annat informations- och utbildningsinsats kring sekretess och tystnadsplikt. Rutin för hur receptionspersonal ska agera när klienter befinner sig i hotsituation är framtagen och implementerad.

HR-avdelningen, Ekonomiavdelningen och Stab och kommunikation har inte haft några avvikelser under året.

7.1.4 Externa granskningar

Kommunen har enligt uppdaterad revisionsstandard infört ett förändrat arbetssätt avseende granskning av nämndernas ekonomiprocesser och bokslut. Förenklat kan det beskrivas som att fokus flyttas från granskning av respektive förvaltning/nämnd till att utgå från ett stadenperspektiv. För 2023 har det till exempel inneburit att den löpande granskningen inte genomförts lokalt i förvaltningen utan enbart vissa specifika frågor och stickprov har besvarats/hanterats. Det innebär också att inget särskilt utlåtande lämnas till förvaltningen. Det har dock inte förmedlats att några brister har framkommit i granskningen.

I granskningen av nämndens årsbokslut för 2022 noterades inga avvikelser och bokslutet anses ha gett en rättvisande bild av det ekonomiska resultatet.

Miljörevision

Förvaltningens systematiska miljöarbete samordnas på avdelning Stadsområde välfärd och fritid. Miljöförvaltningen genomför årligen revisioner av förvaltningarnas miljöledningssystem. I miljörevisionen 2023 lades särskilt fokus på förvaltningens kartläggning och bedömning av betydande miljöpåverkan, vilken påverkan verksamhet har på målen i miljö- och klimatprogrammet, era miljömål och hur de kopplar till målen i miljö- och klimatprogrammet.

Miljöförvaltningen bedömer att förvaltningen har tagit ett stort steg framåt i implementeringen av ett systematiskt miljöarbete, genom att viktiga delar av miljöfrågorna nu är integrerat i ordinarie planering och uppföljningssystem. Revisionen pekade på att arbetet med att få miljöorganisationen på plats och att skapa goda förutsättningar för att relevanta miljöfrågor omhändertas i linjeorganisationen behöver fortsätta. Förvaltningen har under hösten beslutat att inrätta en central miljöorganisation med start 2024. Miljörevisionen lyfter att i arbetet med indirekta miljöpåverkan som nyttjar synergier mellan den ekologiska och sociala dimensionen i linje med Agenda 2030 är förvaltningen en förebild.

7.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Övergripande

Uppföljande enkät inom ramen för chefoskopet. Resultatet har använts för att utveckla och tydliggöra stödenheternas service och stöd gentemot kärnverksamheten. En gemensam målbild för stödenheterna är framtagen under året utifrån detta, vilken presenterades inom förvaltningen under hösten. Ett fortsatt arbete med att tydliggöra stödenheternas utbud utifrån den framtagna målbilden är ett arbete som behöver fortsätta under 2024.

HR

Säkerställa att kostnadskontroller genomförs.

Ekonomi

Utvecklingsområden som identifieras särskilt är att arbeta vidare med att säkerställa

månadsvis rättvisande redovisning och goda beslutsunderlag avseende myndighetsenheternas köp av vård och boende. Förvaltningen ser också behov av att stärka ekonomistyrningen avseende att åtgärdsplaner tas fram, genomförs och följs upp på alla chefsnivåer vid ekonomisk obalans. Inom inköpsområdet är fokus på att stärka beställningsrutinerna för placeringar inom IFO, vilket sker i samverkan med övriga socialförvaltningar och Spink.

Miljö

Förvaltningen kommer implementera en miljöorganisation och fortsätta arbetet med de lokala miljömålen.