



Göteborgs
Stad

Kvalitetsrapport socialförvaltningar 2023

Socialnämnden Hisingen

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	4
1.1 Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang	4
1.2 Sammanfattande bedömning	4
2 Barn- och ungdomsvård	5
2.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	5
2.1.1 Egenkontroll	5
2.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet.....	5
2.1.1.2 Brukarenkät.....	6
2.1.1.3 Öppna jämförelser	6
2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar.....	7
2.1.1.5 Interna granskningar	8
2.1.1.6 Övrig egenkontroll	8
2.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	8
2.1.2.1 Synpunkter.....	9
2.1.2.2 Avvikelser.....	9
2.1.2.3 Lex Sarah	10
2.1.3 Risker.....	11
2.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året	11
2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder	12
3 Ekonomiskt bistånd.....	13
3.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	13
3.1.1 Egenkontroll	13
3.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet.....	13
3.1.1.2 Brukarenkät.....	13
3.1.1.3 Öppna jämförelser	13
3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar.....	14
3.1.1.5 Interna granskningar	14
3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	14
3.1.2.1 Synpunkter.....	14
3.1.2.2 Avvikelser.....	15
3.1.2.3 Lex Sarah	15
3.1.3 Risker.....	15
3.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året	15
3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder	16
4 Vuxna.....	17
4.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	17

4.1.1	<i>Egenkontroll</i>	17
4.1.1.1	<i>Brukarenkät</i>	17
4.1.1.2	<i>Öppna jämförelser</i>	17
4.1.1.3	<i>Externa tillsyner och granskningar</i>	18
4.1.1.4	<i>Interna granskningar</i>	18
4.1.1.5	<i>Övrig egenkontroll</i>	18
4.1.2	<i>Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah</i>	19
4.1.2.1	<i>Synpunkter</i>	19
4.1.2.2	<i>Avvikelser</i>	19
4.1.2.3	<i>Lex Sarah</i>	20
4.1.3	<i>Risker</i>	20
4.1.4	<i>Förbättringsarbetet sedan förra året</i>	21
4.2	<i>Slutsatser och förbättringsåtgärder</i>	21
5	Fritid	22
5.1	<i>Resultat av systematiskt kvalitetsarbete</i>	22
5.2	<i>Slutsatser och förbättringsåtgärder</i>	23

1 Inledning

1.1 Kvalitetsrapporten - syfte och sammanhang

Det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänsten är lagstadgat och syftar till att löpande förbättra verksamhetens kvalitet. Genom att utföra egenkontroller, analysera avvikelser, utvärdera Lex Sarah anmälningar, bedöma risker och inhämta input via till exempel synpunkter och brukarundersökningar och revisionens rekommendationer ges information som analyseras och bedöms av förvaltningen. Syftet är aldrig att peka ut att någon har gjort fel utan att göra en systematisk analys och identifiera utvecklingsområden som enheterna och avdelningarna jobbar vidare med till nästa år.

Av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 framgår att nämnden ska dokumentera sitt systematiska kvalitetsarbete.

Syftet med kvalitetsrapporten är att **öppet och tydligt** redovisa resultatet av arbetet med att förbättra kvaliteten. Kvalitetsåret löper från 1 september till 31 augusti.

1.2 Sammanfattande bedömning för kvalitetsåret 1 sep-31 aug 2023

Analysen för kvalitetsåret visar vilket utvecklingsarbete avdelningarna har att genomföra under kommande år.

Inom barn och unga kommer fokus ligga på att fortsätta utveckla arbetet med likvärdighet i väntetid genom en väg in. Arbetet med familjehemsvården kommer fortsätta utvecklas och samverkan med FFS och sjukvården kommer också arbetas vidare med för att undvika att barn faller mellan stolarna eller att insatser blir fördröjda.

Avdelningen för försörjningsstöd kommer vidareutveckla självförsörjningsuppdragen genom bland annat kompetensutveckling men även arbeta för att öka och förbättra samverkan mellan både avdelningar och enheter inom den egna avdelningen. Förutom detta fortsätter implementeringen av Barnrättsplanen och ett framtagande av en våld i nära rutin ska genomföras. Avdelningen kommer arbeta för att öka antalet digitala ansökningar av försörjningsstöd. Fokus kommer också ligga på att utveckla kvalitativa kompetensförsörjningsplaner för att behålla och attrahera personal.

Inom vuxenavdelningen prioriteras arbete med att uppbygga en lokal struktur för att öka brukarmedverkan i avdelningens utvecklingsarbete. Kompetenshöjande insatser för att säkerställa att medarbetare har rätt kunskaper i avvikelshantering kommer också genomföras. Egenkontrollerna kommer utvecklas och resultat ska användas i avdelningens strategiska kvalitetsarbete. Vad gäller vräkningsförebyggande arbete kommer fortsatt implementering av stadenövergripande handboken att genomföras.

Fritidsverksamheten kommer fokusera på att skapa gemensamma rutiner och arbetssätt för delar i verksamheten där behov finns. Vidare kommer undersökning att genomföras för att se hur det kan möjliggöras att fler barn och unga tar del av stadens resurser. En nulägesbild av verksamheten ska skapas. Denna ska innehålla en behovs- och målgruppsanalys. Till sist ska fritidsverksamheten också undersöka hur synpunktshantering kan underlättas i verksamheterna och hur målgrupper kan göras mer delaktiga i utformningen av verksamheten.

2 Barn- och ungdomsvård

2.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

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

2.1.1 Egenkontroll

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

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

2.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

FCA- arbetet genomsyras av hög delaktighet då arbetet utgår ifrån att brukarna själva söker upp föräldrastödjare och formulerar sina behov av stöd. Dialog förs med föräldrar på Hisingen om vilken hjälp det finns behov av och önskemål om samt information om socialtjänsten. Hela det förebyggande arbetet som bedrivs av Förebyggandeenheten utgår från familjers medverkan, delaktighet och behov.

Stödmodellen är en modell som är tänkt att implementeras. Stödmodellen innebär att familjebehandlare/ungdomsbehandlare tillsammans med socialsekreterare och familj går igenom uppdraget grundligt på ett uppstartsmöte enligt nedan.

Fungerar bra		Oro	
- Vad fungerar bra i vår familj? (Exempel på när de löst en konflikt bra, när samarbete fungerar, socialsekreterare lyfter styrkor de har sett hos familjen, områden som fungerar.) - Vad gillar du med din familj? - Hur ser relationen till enskilda familjemedlemmar ut? - Finns det andra personer som är viktiga för familjen/barnet? - Vad gillar ni att göra tillsammans?		- Vad fungerar mindre bra i familjen? - Är det något du är orolig över? - Är det något du tycker är svårt? - Är det något du skäms över? - Är det något du är rädd för? - Är det något du är arg över?	
Framtida risk		Mål	
Vad är det värsta som kan hända barnet om det inte blir någon förändring?		- Vad skulle behöva ändras i din familj för att barnet ska må bra/vara trygg/vara glad? - Hur skulle du vilja att det var i din familj/hos mamma/hos pappa? - Vad behöver du hjälp med för att det ska bli som du önskar? - Vad tror du de andra familjemedlemmarna behöver för hjälp för att det ska bli som ni önskar? - Vad kan föräldrarna göra annorlunda för att barnet ska må bra/vara trygg/vara glad?	
		Vägen dit	
		- Familjebehandlare ger förslag på hur arbetet kan läggas upp. (I vilka konstellationer, hur ofta, var, när). - Familjen får komma med synpunkter och tankar.	

Genom stödmodellen - mappning blir familjen och barnet/barnen delaktiga på ett helt annat sätt och det blir ett mer jämbördigt möte. Det blir familjens egna ord. Det blir också transparent på ett annat sätt och lättare för alla att ta till sig.

LÖSA är ett arbetssätt med starkt barnrättsperspektiv för att öka barns delaktighet. Implementering av LÖSA pågår inom avdelningarna BoU Myndighet och BoU Resurs samt utbildning för nyanställda. Genom LÖSA kommer barn att i högre utsträckning involveras i processen från anmälan/ansökan, utredning, biståndsbeslutad insats till avslutat ärende. Deras upplevelser kommer att kunna tillvaratas i större utsträckning och

deras röster göras hörda på ett annat sätt än tidigare.

Sedan 2022 deltar Högintensiva teamet, HIT, och Resursenheten Barn i forskningsprojektet **Biståndsbedömd öppenvård för barn som riskerar att fara illa: Arbetsätt, barns delaktighet och insatsers utfall**. Bakom projektet står Maria Heimer, forskare vid Uppsala universitet, och Nanna Forsgren, utvecklingsledare FoU Socialtjänst Region Västerbotten. Projektet pågår till och med 2024.

Huvudfokus ligger på barns delaktighet inom öppenvården och ifall olika öppenvårdsinsatser varit till hjälp för barnet. Det finns idag nästan inga studier om barns delaktighet i öppenvårdsinsatser eller om hur insatserna är till hjälp för barnen. Detta trots att majoriteten av barnen som får stöd av socialtjänsten får insatser från just kommunens egen öppenvård.

Det är därför mycket angeläget att få kunskap om på vilket sätt socialtjänstens insatser är till nytta, särskilt ur barnets eget perspektiv. Projektet är även en möjlighet för socialtjänsten att få mer kunskap om vilka metoder och insatser som är framgångsrika.

Feedback Informed Treatment - FIT - är en metod för att genom systematisk brukarmedverkan följa upp att det vi gör är till hjälp för de vi är till för. Metoden leder till ökat engagemang hos brukaren och en ständig utveckling hos den professionella. Metoden används av Resursenheten Familj. I praktiken innebär FIT att besökarna tillfrågas om sin situation före samtalet med familjebehandlare och om hur de upplevt mötet efter samtalet. Svaren ligger till grund för fortsatta samtal och samlas även i en databas så att man kan följa sin utveckling och utgå ifrån det i samtalet/behandlingen, oavsett vilken behandlings- eller samtalsmetod som används.

Sambuh arbetar aktivt tillsammans med de boende med måluppfyllelse utifrån konkreta mål och uppdrag via en **app** som ungdomen och personalen delar.

2.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Hur har din situation ändrats i och med det stöd du får ifrån oss	85	69% är i allra högsta grad nöjd
Jag är nöjd med bemötandet jag får av personalen	97	90% är i allra högsta grad nöjd
Jag vet hur jag lämnar synpunkter eller klagar om jag inte är nöjd	79	50% håller helt och hållet med

På övergripande nivå på avdelning BoU Resurs har 143 brukare responderat. Brukarenkäten genomfördes hos utförarverksamheterna.

Kvalitetsfaktorerna *förändring av situation och bemötande av personal* är värda att agera på genom att bevara resultatet inför kommande kvalitetsår.

Kvalitetsfaktorn - *vetskap om att lämna synpunkter och klagomål* bör förbättras.

2.1.1.3 Öppna jämförelser

Inom området extern samverkan i enskilda ärenden framkommer att det saknas aktuell överenskommelse om samverkan med polis för Socialförvaltningen Hisingen.

Socialförvaltningen Hisingen saknar minst en standardiserad bedömningsmetod för föräldraförmåga.

Inom området systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten saknar Socialförvaltningen Hisingen systematisk uppföljning för dygnsvården och saknar även systematisk uppföljning med ett könsperspektiv på dygnsvården.

2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik		saknas	
Stadsrevisionen			
Rekommendationer		Samtliga granskade nämnder rekommenderas att säkerställa att personalen får kompetensutveckling i vad hedersrelaterat våld och förtryck innebär.	Alla medarbetare ska ha grundläggande kunskaper om hedersrelaterat våld och förtryck. Kompetensutveckling bör ske enligt kompetensutvecklingsplan.
		Socialnämnden Hisingen och socialnämnden Nordost rekommenderas att säkerställa att resursteamens kunskap och erfarenheter tas tillvara på ett effektivt sätt.	I samverkan med resursteamet utarbetas en modell för hur kunskapen kan tas till vara.
		Socialnämnden Hisingen och socialnämnden Nordost rekommenderas att i samråd med förskolenämnden, grundskolenämnden och utbildningsnämnden upprätta rutiner för samverkan i ärenden som rör hedersrelaterat våld och förtryck.	Staden-gemensamma rutiner för samverkan bör upprättas centralt. Vid behov upprättas lokala rutiner.
		Förskolenämnden, grundskolenämnden och socialnämnden Hisingen rekommenderas att följa upp och utvärdera arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck	Arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck ska systematiskt följas upp på verksamhetsnivå.
		Förskolenämnden, grundskolenämnden, socialnämnden Hisingen och socialnämnden Nordost rekommenderas att säkerställa att det vidtas adekvata åtgärder om det framkommer att personal upprätthåller hedersnormer och inte främjar mänskliga rättigheter och grundläggande demokratiska värderingar.	
		Socialnämnden Hisingen och socialnämnden Nordost rekommenderas att vidta åtgärder för att säkerställa att ärenden som avser hedersrelaterat våld och förtryck registreras korrekt i verksamhetssystemet	
		Socialnämnden Hisingen och socialnämnden Nordost rekommenderas att säkerställa att det sker en återkoppling till den som gjort en orosanmälan om en utredning har inletts, inte inletts eller redan pågår (om anmälaren angett att hen önskar en sådan återkoppling).	
Revisionskritik		saknas	

Stadsrevisionen har lämnat sju rekommendationer avseende hanteringen av arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck till de granskade nämnderna.

2.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
Långa väntetider till intern öppenvård	Upprättande av handlingsplan

Under kvalitetsåret har det inkommit 36 begäran om yttrande från IVO avseende ej verkställda beslut. I flera av fallen har IVO bedömt att väntetiden på insats har varit oskäligt lång, varför de hos Förvaltningsrätten ansökt om särskild avgift. I 17 ärenden har Socialförvaltningen Hisingen dömts att betala särskild avgift.

2.1.1.6 Övrig egenkontroll

På avdelning Barn och unga myndighet upprättas varje år en egenkontrollplan med kontrollpunkter utifrån tidigare identifierade brister eller risker. Egenkontrollerna sammanställs i slutet av året och en analys görs på avdelningsnivå.

Kontroller har genomförts avseende skyddade personuppgifter, barnperspektivet, efterlevnad av socialtjänstprocessen samt hantering av orosanmälningar.

Vid sammanställning av resultatet av 2022 års egenkontroller framkom att hanteringen av skyddade ärenden inte följer stadens rutin för hantering av dessa ärenden. Brister framkommer och rutinen bedöms inte vara känd på avdelningen. Vad gäller barnperspektivet görs bedömningen att detta beaktas i hög grad. Efterlevnaden av socialtjänstprocessen bedöms i stort vara god. Dock framkom att genomförandeplaner saknas i flertalet av de granskade ärendena samt att dokumentationen av barnets inställning till insatserna brister. Gällande hantering av orosanmälningar görs bedömningen att rättssäkerhet är god.

Åtgärder för att komma till rätta med bristerna har vidtagits under 2023 och fortsatta egenkontroller har gjorts under året. Sammanställning av kontrollerna kommer ske i slutet av året.

På avdelning BoU Resurs har lokalt verksamhetsstöd Treserva (LVS) och verksamhetsutvecklare träffats för att påbörja ett arbete med att ta fram egenkontroller även för den biståndsbeslutade öppenvårdsverksamheten. Egenkontrollerna är i detta skede tänkta att omfatta stickprovskontroller utifrån behörighet att gå in i ärenden samt egenkontroll i samband med regelbundna ärendegenomgångar.

2.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

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

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

All personal har enligt lex Sarah en rapporteringsskyldighet av missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i verksamheten som rör den som får eller kan komma i fråga för insatser. Dessa rapporter föranleder en fördjupad utredning och syftet

är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

2.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Bemötande	8
Utförande av tjänst	7
Rättssäkerhet	6
Bemötande och rättssäkerhet	4
Tillgänglighet	3
Inflytande	1
Övrigt	1

Antalet inkomna synpunkter, det vill säga klagomål, under kvalitetsåret är 30. Det är en fördubbling jämfört med föregående period. Hanteringen av synpunkter bedöms därför ha utvecklats, då det lägre antalet synpunkter under föregående kvalitetsår bedömdes beror på en underrapportering.

Kategorierna bemötande, utförande av tjänst och rättssäkerhet svarar för över 80% av samtliga synpunkter inom barn och unga.

2.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta SoL	64
Påbörja SoL-insats	25
Utförande av SoL-insats	36
Dokumentation - allmän	40
Post	21
Rättigheter och bemötande	23
Samverkan extern	9
Samverkan intern	20
Övergrepp, självskada, hot	3
Övrigt	84

Utreda och besluta

En stor andel av avvikelserna rapporteras under detta område. De två största underkategorierna under området är "utredningstid har överskridits" och "beslut saknas".

Utförande av insats/Påbörja insats

Dessa två områden avser till största del att verkställighet av insats har fördröjts.

Post

Inkommen handling har inte hanterats rätt. En stor del av dessa avvikelser handlar om att post kommit till fel adress, men även att post inte blivit omhändertagen i tid.

Dokumentation

Brister i dokumentation.

Övrigt

84 avvikelser är rapporterade som område "övrigt", och totalt har 81 avvikelser sedan kodats till "annan avvikelse som inte finns i listan". Vid genomgång av avvikelserna framkommer dock att majoriteten av dessa hade kunnat kategoriseras under andra områden.

Allvarlighetsgrad och sannolikhet

Inom avdelning BoU Myndighet är de flesta avvikelser bedömda måttlig allvarlighetsgrad och liten sannolikhet för att avvikelsen ska inträffa igen. 13 av avvikelserna är ännu inte bedömda. Inom avdelning BoU Resurs bedöms de flesta avvikelser med betydande allvarlighetsgrad samt liten sannolikhet att de inträffar igen. Det handlar då om fördröjd insats. En avvikelse är ännu inte bedömd.

Två avvikelserapporter gällande brister i samverkan mellan kommun och region har registrerats i MedControlPro.

2.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Allvarligt missförhållande i tre ärenden inom avdelning Barn och unga myndighet gällande brister i rättssäkerhet. Tidsgräns i jourhem har överskridits, familjehemsutredning saknas vid stadigvarande vård samt tillfälligt utreseförbud har inte hanterats. Ett av ärendena berör även avdelning Barn och unga resurs gällande brister i utförande samt ett berör Stab gällande att underställan inte skickats till förvaltningsrätten. Anmälan har skickats till IVO som beslutat avsluta ärendena då nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet.	Jourhems placering övergår till stadigvarande placering i Familjehem. Kontakt har upprättats med Barnahus och Habilitering Översyn av rutin och Instruktion för handlingar till individutskott. Ny rutin gällande tillfälligt utreseförbud. Förbättrad samverkan mellan enheter. Metodhandledning. Förstärkt bemanning.
Missförhållande i sex ärenden inom avdelning Barn och unga myndighet gällande brister i rättssäkerhet för dokumentation vid utredning samt vid omedelbart omhändertagande LVU. Omplacering har inte utförts skyndsamt. Brister i följsamhet till Göteborgs Stads rutin för vårdnads överflyttningar till familjehem där även avdelning Barn och unga resurs också varit aktuella. Tidsgräns för jourhem överskridits, samordnad individuell plan (SIP) har inte initierats samt genomförandeplan saknas. Inom avdelning Barn och unga resurs har tio ärenden bedömts som missförhållande gällande att uppdrag ej verkställts.	Ärenden har omfördelats till enheter med mer resurser inom avdelning Barn och unga myndighet. Rekrytering av personal inom båda avdelningarna gällande ledning, handläggare, familjehemssekreterare samt behandlare. Kompetensutveckling och utbildning har utförts. Implementering av rutin samt tydliggörande av arbetsledares ansvar att rutiner följs. Samverkan har utökats mellan familjehemssekreterare och barnsekreterare. Översyn av arbete att verkställa beslut inom avdelning Barn och unga resurs.
Risk för missförhållande i 13 ärenden inom Barn och unga myndighet gällande brister i rättssäkerhet. Handläggning av tillfällig vårdnadshavare. Övervägande LVU har inte utförts inom tidsram. Skyddsbedömning saknas. Samverkan och initiera SIP saknas. Uppföljning vid påtalad oro saknas. Inom avdelning Barn och unga resurs har tre ärenden bedömts som risk för missförhållande gällande att följsamhet saknas till rutin för placering i nätverk och privatplacering samt i samverkan och kommunikation.	Uppdrag att utreda hur tillfällig vårdnadshavare ska hanteras av verksamheten. Ny rutin har implementerats gällande LÖSA - kort frågor om våld. Gemensam planering med arbetsledning och handläggare hur ärenden ska hanteras samt samverkan med Förvaltningen för funktionsstöd. Lokal rutin har upprättats för placering i familjehem gällande ansvar myndighetsutövning och Familjehemsenhet.
Ej missförhållande i två ärenden inom Barn och unga myndighet. Statens institutionsstyrelse (SIS) har inte erbjudit plats vid omedelbart omhändertagande enligt LVU. Beslutet fick i stället verkställas på Hem för vård och boende	SIS har lagstadgad skyldighet att omedelbart anvisa plats. Verksamheten har skickat avvikelse till SIS som återkommit med svar om uppkommen situation och åtgärder inom deras verksamhet. Team för ungdomar i riskzon (TUR) hanterar i dag

Ärende	Föreslagna åtgärder
(HVB), vilket inte var en tillräcklig insats. I det andra ärendet har skyddsbedömning utförts, utredning inletts, insatser erbjudits samt kriterier för tvångsvård inte ansetts uppfylla.	målgruppen.

I november år 2022 uppmärksammades brister kring överrapportering av lex Sarah till socialt ansvarig samordnare (SAS) i 8 rapporter inom avdelning Barn och unga myndighet samt i 17 rapporter inom avdelning Barn och unga resurs. Under år 2022 tog Socialförvaltningen Hisingen fram ny lokal rutin för avvikelshantering som har implementerats i verksamheterna. Våren 2023 har fyra utbildningstillfällen genomförts för enhetschefer.

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
Plattformsarbetet för att minska glappen, informationstappet, från mottag till avslutad insats.	Det har under året bedrivits ett aktivt plattformsarbete för att barnets röst ska bli hörd under hela ärendeprocessen. Under året har vi kunnat skapa bättre förutsättningar genom fungerande strukturer som exempelvis fokusgrupper, samverkansstid för enhetschefer och kontinuerliga gemensamma ledningsgrupper. Genom att fler utbildar sig i LÖSA, genom deltagande i Maria Heimers forskningsprojekt (som går ut på att stärka barnets röst genom hela ärendeprocessen) och genom bättre samverkansstrukturer har förvaltningen tagit ett steg framåt.
Regelbunden gemensam ledningsgrupp	Ja, 1ggr/mån
Behandlingsmetoder saknas internt för missbruk och droganvändning	Viktigt att vi inte tar över behandling från annan huvudman, vi behöver tydliggöra vad som är vårt ansvar rörande missbruk och droganvändning. Synliggöra vårdkedjan - hur arbetar vi med motivation? Använda SIP som verktyg.
Yrkesresan saknas för utförare	En fråga som inte Hisingen ensamt äger utan regionen. Yrkesresa för behandlare och familjehemssekreterare saknas fortfarande.
Systematisk uppföljning behöver utvecklas på verksamhetsnivå.	Inom Resursenheterna finns det ett egenhändig framtaget uppföljningssystem som följer vilka metoder som används, hur väl målen uppfylls och hur lång tid ärendena är aktuella. Inom BoU Myndighet har avdelningen deltagit i en aktstudie inom Göteborgs Region som kan användas i ett systematiskt uppföljningsarbete på verksamhetsnivå över tid.

	Målet är att implementera arbetssättet internt 2024.
Andelen svar i Brukarundersökningen behöver höjas	SKU har ett uppdrag att se över brukarundersökningen och göra ett omtag. Tre förslag har tagits fram att ta ställning till för att bland annat öka svarsfrekvensen.
Trots en tydlig ansvarsfördelning mellan olika huvudmän förekommer det att förvaltningen utför insatser som annan huvudman har ansvar för.	Ett arbete har pågått under våren och hösten 2023 som kommer att pågå i de samverkans forum som handlar om gränssnitt mellan socialtjänst och funktionsstöd.
Brister i rättssäkerhet kvarstår enligt Lex Sarah-rapporterna vilket kan hänföras till bristande följsamhet till socialtjänstprocessen.	De handlingsplaner som tagits fram och är kopplade till Lex Sarah rapporterna går igenom på APT men även Lex Sarah rapporterna går igenom på APT Det finns ett systemfel inom familjehemsvården där man accepterar att det är på ett visst sätt. Resurschef är tillsatt för att komma till rätta med problemen. Det finns en handläggarskola för nya medarbetare. Det har hållits workshops i BBIC vilket bidrar till öka följsamhet av Socialtjänstprocessen.
Det erbjuds olika insatser i olika delar av stadsområdet och det innebär att socialtjänsten inte är likvärdig.	En väg in är ett sätt att erbjuda en likvärdig socialtjänst. Samma insatser oavsett var man är bosatt.

2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Planerade förbättringsåtgärder
Uppföljning och utvärdering av en väg in.
Utveckla arbetet med familjehemsvården och processen kring det. Vi behöver fortsatt arbeta med att nå framgång i arbetet med egna jourhem och familjehem för att inte tvingas placera barn i ej utredda och godkända jourfamiljehem. Ligger i linje med uppdrag från politiken och direktör.
Synliggöra behov av samverkan/samarbete dels internt med andra förvaltningar men också extern med ex regionen för att undvika att barn faller mellan stolarna eller att insatser blir fördröjda. Psykologenheten kan vara behjälpliga i att synliggöra behoven och ta fram strategier i avvaktan på att rätt huvudman träder in.
Att följa handlingsplanen för att minska väntetiden till insats samt väntetid till familjehem och kontaktpersoner/kontaktfamiljer.
Arbeta enligt den evidensbaserade modellen, där den professionelles erfarenheter, den enskildes situation, kontextuella omständigheter och önskemål vägs samman med bästa tillgängliga kunskap.
Fortsätta med arbetet att göra barns röst hörd genom hela processen och se barnet som rättighetsbärare, med stöd av Maria Heimers projekt, följeforskning. Verktöget som är framtaget används.
Följer den strategi och planering som har tagits fram utifrån des informationskampanjs arbetet.

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

Inom ekonomiskt bistånd sker arbetet med den enskildes inflytande och delaktighet genom arbetsplaner, klarspråk, omprövningsutredningar och brukarenkät. En gemensam rutin för avdelningen gällande arbetsplaner är framtagna där en upprättad arbetsplan ska registreras i händelser i treserva. Arbetsplaner upprättas alltid tillsammans med klienten med fokus på motprestation. Det har arbetats fram klarspråkande mallar för dokumentation och kommunikation till den enskilde. Utredning utgår från samtal där den enskilde har rätt att vara delaktig i sin process.

Verksamhetsutvecklaren har intervjuat deltagare från insatsen Språk och hälsa på arbetslivsresurs.

3.1.1.2 Brukarenkät

IPS Hisingen har gått igenom brukarenkäten och konstaterat att det är mycket goda resultat. De har inte lagt in en specifik aktivitet utifrån brukarenkäten då det handlar om att bibehålla gott resultat. Detta gör enheten genom att fortsätta arbeta med kvalitetsförbättring av IPS.

3.1.1.3 Öppna jämförelser

Öppna jämförelser visar att ekonomiskt bistånd inte använder dudit eller Fia. Staden har utvecklat ett eget bedömningsstöd som nu håller på att implementeras på enheterna. Detta gör att frågan om Fia inte är relevant för ekonomiskt bistånd på Hisingen.

Det finns ingen aktuell rutin för ViNR och det är problematiskt. Detta bör styrgruppen för ViNR ta hand om.

Det som också fattas är samverkansrutiner och överenskommelser med externa parter såsom bostadsbolag/hyresvärdar i enskilda ärenden, vuxenpsykiatri, primärvård och Försäkringskassan. Detta är en större fråga som ligger på strategisk nivå. Det har tagits fram en överenskommelse med AF. Inom ramen för överenskommelsen har AF anställt en samordnare som ska samverka med socialsekreterare på en operativ nivå. För övriga externa parter finns inga samverkansrutiner.

Ekonomiskt bistånd på Hisingen erbjuder inte klienter enklare hushållsekonomisk rådgivning.

3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik		saknas	
Stadsrevisionen		Uppföljning av tidigare rekommendationer visar att rekommendationerna är omhändertagna.	
Rekommendationer		Rekommendationerna gällde egenkontrollplan med uppföljning och kompenserande rutin för de brister som finns i Treserva angående delegationsordning	

3.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
Är arbetsplanen registrerad i händelse?	Användandet av bedömningsstödet genererar arbetsplaner så viktigt att fortsätta implementeringsarbetet med bedömningsstödet.
Ser beräkning och/eller beslut korrekt ut, med nivåer inom riktlinjer?	Enhetschef (EC) följer upp på enheten
Beslut fattade korrekt och på alla delposter?	EC följer upp på enheten
Stämmer familjebildningen överens med de personer som är med i beräkningen?	Avvikelse behövs utredas ytterligare. Vid misstanke om omfattande bedrägeri så går ärendet till FUT: Socialsekreterare kan också rådgöra med FUT eller 1:e socialsekreterare vid behov.

480 ärenden granskas per år enligt rutin. Resultatet sammanställs en gång i kvartalet. Kvartal 1 och 3 mejlar resultatet till ec och kvartal 2 och 4 presenteras resultatet på ledningsgruppen. Frågorna som ingår i egenkontrollen revideras kontinuerligt.

3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

3.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Bemötande	6
Utförande av tjänst	6
Synpunkt på avslag	3
Hantering av ärende	1
Telefonkö	1
Öka ekonomiska biståndet till mat	1
Misstänkt bidragsbrott	1
Ändrade förutsättningar	1

Det har kommit in totalt 20 synpunkter på ett år. Det är utifrån det låga antalet svårt att dra några generella slutsatser om verksamheten utifrån de inkomna synpunkterna. Samtliga synpunkter har besvarats.

3.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta SOL/LSS ärende	69
Övrigt	41
Dokumentation allmän	35
Post, inkommen handling	20

Majoriteterna för avvikelserna inom ekonomiskt bistånd handlar om uppkomna problem vid utbetalning av ekonomiskt bistånd. Det finns ingen avvikelse för just denna problematik så då tolkas det olika och läggs in under andra kategorier. Ett sätt att åtgärda övrigt är att lägga till en avvikelse om utbetalning av ekonomiskt bistånd.

3.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Risk för missförhållanden i tre ärenden. I två fall har attestering av utbetalningar inte utförts inom utsatt tid, vilket resulterat i att utbetalningar uteblev. Ett fall gäller brister i förvaring av akter för skyddade personuppgifter.	Nytt attest schema har upprättats men det saknas kontrollfunktion för att säkerställa att arbetsuppgiften utförts. Förbättrad följsamhet till Socialförvaltningarnas rutin för hantering av skyddade personuppgifter gällande förvaring av akter.
Ej missförhållande i fem ärenden. Försenad utbetalning av försörjningsstöd. Brister i extern samverkan där ansvar låg hos annan huvudman. Överenskommelser gällande fakturor som ska hanteras inom rutin för synpunkts hantering. Säkerhet hundar. Bristande information om nytt beslut.	Utbetalning av ekonomiskt bistånd har utförts samma dag. Förtydligande till klient gällande bestämmelser för servicehund samt information till personal. Erbjudande om nöd bistånd till klient, förbättringsarbete medarbetare samt information på arbetsplats träff om händelsen (APT).

I november 2022 uppmärksammades brister kring överrapportering av lex Sarah till SAS i två rapporten inom försörjningsstöd. Under år 2022 tog Socialförvaltningen Hisingen fram ny lokal rutin för avvikelshantering som har implementerats i verksamheterna. Våren 2023 har fyra utbildningstillfällen genomförts för enhetschefer.

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
Rättssäkerhet: följa kontrollplan, egenkontroll, stickprov attest och FUT-	Klart

handläggare	
Fortsätta att implementera Barnrättsplan	Arbetet fortsätter 2024
Insatser till klienter	Utvecklingsarbetet fortsätter i samverkan med ArbVux för att fortsätta att bredda målgruppen längre från arbetsmarknaden för att öka antalet inskrivna.
Kompetensutveckling för att stärka självförsörjningsuppdraget	Utvecklingsområde 2024. Det pågår kompetensutveckling men det behöver göras ett större omtag. Nytt nu att det erbjuds utbildning inom NPF (neuropsykiatriska funktionsnedsättningar)
Implementering av e-tjänst och mina sidor	Klart men arbete återstår att öka andelen digitala ansökningar
Öka samverkan med FK, AF och sjukvården på strategisk nivå.	AF är klar. FK och sjukvården kvarstår

3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Avdelningen har en gedigen kompetens hos enhetschefer och 1:e socialsekreterare som har lång erfarenhet av ekonomiskt bistånd. Personalomsättningen inom avdelningen har sedan omorganiseringen varit hög och behöver minskas. Antalet försörjningsstödstagare har minskat med cirka 25 procent vilket beror både på konjunkturen i samhället och på att avdelningen har fått tillgång till fler insatser såsom breddat målgrupp på KC och Språk och hälsa. Samverkan mellan avdelningarna inom förvaltningen behöver stärkas och kvaliteten i utredningar ökas genom att implementera bedömningsstödet.

Planerade förbättringsåtgärder
Utveckling av självförsörjningsuppdraget genom kompetensutveckling, stärka socialsekreterarna i sin roll, flerpartssamverkan och öka kunskapen kring olika funktionshinder.
Öka och förbättra samverkan mellan avdelningar och mellan enheter inom avdelningen.
Fortsätta att implementera Barnrättsplanen - en gemensam implementeringsplan tas fram i staden.
Bibehålla personal genom att ha kvalitativa kompetensförsörjningsplaner
Ta fram en ViNR-rutin
Att öka antalet digitala ansökningar

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 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Jag vet hur och var jag kan få tag på den information jag behöver	68	
Hur har din situation ändrats i och med det stöd du får från oss?	75	
Jag förstår den information jag får av personalen	85	

Totalt inkomna svar: 12 (50 % kvinnor, 50 % män)

Under 2022 genomfördes en brukarundersökning som riktades till utförarenheter. Inom avdelningen medverkande en enhet i brukarundersökningen och totalt inkom 12 enkätsvar. Inom socialförvaltningarna pågår ett arbete med att ta fram ett förslag på hur det fortsatta arbetet med brukarundersökningar ska se ut inom staden. Arbetet påbörjades under våren 2023 och kommer fortsätta under 2024.

Under hösten 2023 påbörjade avdelningen en dialog kring att arbeta fram en lokal struktur/metod för att inhämta brukarnas tankar/åsikter. Den bakomliggande orsaken till att dialogen påbörjades är att man inom avdelningen under tidigare år inte sett tillräckligt stor nytta av den stadenövergripande brukarundersökningen. Detta beror till stor del på att deltagarantalet är lågt, vilket medför att resultatet från undersökningen inte kunnat användas på önskat sätt. Arbetet med den lokala strukturen kommer att påbörjas under våren 2024.

Inom avdelningen finns sedan oktober funktionen Peer Support inom avdelningen. Funktionen är organiserad inom Arbetsmarknadsenheten. Avdelningen har påbörjat en dialog kring hur man skulle kunna utveckla arbetet med Peer support inom avdelningens andra enheter. Funktionen kommer också att medverka i avdelningens arbete med en lokal struktur för brukarundersökning.

4.1.1.2 Öppna jämförelser

Inom området samverkan framkommer att Socialförvaltning Hisingen behöver säkerställa att det inom avdelning Vuxen finns god kännedom om stadengemensamma och lokala rutiner för den interna och externa samverkan kring individärenden. Det finns även behov av att undersöka om respektive område i öppna jämförelser har en

egen rutin eller om området finns omhändertaget i mer övergripande rutiner. Kvalitetsarbetet med de stadengemensamma rutinerna ska göras i samverkan med Enheten för kvalitet som har i uppdrag att förvalta berörda rutiner.

Inom avdelningen finns behov av att titta på hur man arbetar med att upptäcka indikatorer på att det kan finnas en våldsproblematik i ärenden som är kopplade till andra enheter än VINR/HRV enheten. Detta beror på att våld är vanligt förekommande i ärenden som är kopplade till Vuxenenheten, Unga Vuxnaenheten och Boendeenheten. Detta arbete berör även avdelningens mottagningsenhet då de i stor utsträckning etablerar den första kontakten med den enskilde.

4.1.1.3 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik		saknas	
Stadsrevisionen			
Rekommendationer		saknas	

Under 2023 har det inte gjorts någon extern granskning som berört avdelningens verksamheter.

4.1.1.4 Interna granskningar

Under 2023 påbörjade avdelning Vuxen ett arbete med att upprätta en gemensam egenkontrollplan. I september fastställdes egenkontrollplanen och de första egenkontrollerna genomfördes i oktober 2023. Syftet med egenkontrollerna är att säkerställa att avdelningens verksamheter bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Avdelningen kommer att genomföra egenkontroller två gånger per år, april och oktober. I den första omgången genomfördes 49 kontroller inom avdelningen. Genom kontrollerna har man kunnat se att handläggningen av individärenden följer lagstiftning och socialtjänstprocessen i god utsträckning.

Inför kommande granskning i april finns behov av att göra en översyn och förtydligande av checklisten som utformades i samband med egenkontrollplanen. Syftet är att minska risken för olik tolkning av vad och hur kontrollerna ska genomföras. En översyn av frågorna som kontrollerna ska utgå ifrån kommer också att genomföras. Syftet med översynen är att säkerställa att egenkontrollerna utgår från aktuella behov.

4.1.1.5 Övrig egenkontroll

Inom avdelningen genomför 1:e socialsekreterare regelbundna ärendegranskningar. På grund av att granskningarna görs på olika sätt på enheterna har olika utvecklingsbehov identifierats. Ett utvecklingsbehov som identifierats på flera av enheterna berör *uppföljning av insatser*. I nuläget avslutas många insatser utan att själva insatsens effekt utvärderas. Det finns behov av att mer systematiskt utvärdera om en insats som beviljats har haft önskad effekt för den enskilde. En del av arbetet kommer att kopplas till avdelningens utvecklingsarbete som berör användningen av verktyget UBÅT.

4.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

4.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Tillgänglighet	1
Bemötande	2
Rättssäkerhet	2
Tillgänglighet, Inflytande	1

Totalt har sex synpunkter inkommit till avdelning Vuxen och Psykologenheten. En av synpunkterna avsåg inte någon enhet inom avdelningen eller annan enhet inom socialförvaltningen. Synpunkten vidarebefordrades till berörd förvaltning för vidare hantering.

På grund av det låga antalet synpunkter är det svårt att dra några generella slutsatser om verksamheten utifrån de inkomna synpunkterna. Samtliga synpunkter har besvarats av ansvarig chef.

4.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utförande av SoL/LSS- insats	1
Avvikelse inkommen från extern part	1
Dokumentation - allmän	11
Post, inkommen handling	13
Rättigheter och bemötande	4
Samverkan extern	4
Samverkan intern	6
Stöld/Försvunnen/Förstörd	1
Övergrepp, självskada, hot	3
Övrigt	27

Under kvalitetsåret registrerades 72 avvikelser inom avdelning Vuxen och Psykologenheten.

De vanligaste områdena som registrerades var *Dokumentation - allmän*, *Post inkommen handling* och *Övrigt*. Vid en översyn av området *Övrigt* konstaterades att majoriteten av de registrerade avvikelserna hade kunnat registrerats som något annat än *Övrigt*. På grund av att detta behöver avdelningen säkerställa att området används på ett korrekt sätt. Som en del i utvecklingsarbetet kommer avdelningen att arbeta med att medarbetarna får kompetenshöjande insatser i avvikelshantering.

På grund av att dödsfall i dagsläget registreras inom området *Övrigt* lyftes frågan om avvikelser som berör dödsfall kunde få ett eget område. Anledningen till detta är att avdelningen ser ett ökat behov av att lätt kunna hitta dessa avvikelser i systemet då det finns en upplevelse av att antalet dödsfall har ökat. För avdelningen är det av vikt att lätt kunna hitta dessa avvikelser då de ingår i kvalitetsarbetet som berör säkerställandet av att aktuell lagstiftning, rutiner och riktlinjer har följts i myndighetsutövningen.

Avdelningen har rapporterat totalt 14 avvikelser i Samverkan med vården (Medcontrol), se tabell nedan;

Avdelning	Antal
Avd 356B	1
Läkarhus Kyrkbyn	1
Beroendemottagning Hisingen	8
Psykiatriska akutmottagningen Östra	1
Substitutionsverksamhet	3

Utifrån registrerade avvikelser i Medcontrol kan avdelningen se ett fortsatt behov av att säkerställa att samverkan med Beroendevården fungerar. Det är av vikt att ha kontinuerlig dialog med sjukvården och att registrera avvikelser i Medcontrol när de uppstår.

4.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Missförhållande i ett ärende gällande brister att inte söka upp den enskilde efter oros anmälan från polis och anhörig samt att inte initiera samordnad individuell plan (SIP).	Enhetschef har inlett intern utredning.
Risk för missförhållande i tre ärenden gällande att klient oväntat avlidit. Uppdrag saknas till utförare. Brister i dokumentation. SIP har inte initierats.	Utbildning har genomförts gällande lagen (1998:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Inkommer oros anmälan ska alltid stämmas av med 1:e socialsekreterare. Förväntningar förtydligats på metod möten.
Ej missförhållande i sju ärenden. Fyra ärenden gäller oväntat dödsfall där verksamheten agerat inom ramen för förhandsbedömning samt inom avtal för vård samverkan. Ett gäller missförstånd i samband med ansökan om boende samt två ärenden gäller bristande samverkan inom förvaltningen.	Mottagningsenheten har utfört skydds bedömning samt beviljat insatser i stället för enheten för våld i nära relation (VINR).
Information från annan nämnd som genomför insatser på uppdrag av nämnden gällande boende i åtta ärenden. Allvarligt missförhållande i ett ärende som anmälts till IVO gällande misshandel och rån på boendet. Missförhållande i två ärenden gällande misshandel av medboende, sekretess samt samverkan och genomförande planering. Ej missförhållande i fem ärenden gällande missämja medboende, övergrepp väktare, dokumentation samt annan huvudmans ansvar.	Utökad bemanning, översyn säkerhet, utbildning samt handlingsplan för planerade åtgärder. Upprätta riktlinjer för kontakt med polis och sekretess samt personalåtgärder. Samarbete Mobila resurs teamet(MRT). Utveckla arbetsmetoder. Väktare arbetar inte kvar i verksamheten.

I november 2022 uppmärksammades brister kring överrapportering av lex Sarah till SAS i fem rapporter inom vuxna. Under år 2022 tog Socialförvaltningen Hisingen fram ny lokal rutin för avvikelshantering som har implementerats i verksamheterna. Våren 2023 har fyra utbildningstillfällen genomförts för enhetschefer.

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
Upprätta rutiner för samverkan mellan enheterna	De rutiner som upprättats under 2022 har under året reviderats enligt plan. Då behov av ytterligare rutiner identifierats har nya rutiner upprättats under 2023. Rutinerna berör både intern och extern samverkan.
Avdelningens organisering	Genomförd enligt planering 1 januari 2023
Gemensam Egenkontrollplan	Egenkontrollplanen fastställdes i september 2023. De första egenkontrollerna genomfördes i oktober.
Implementering av stadövergripande handbok för det vräkningsförebyggande arbetet	Arbetet påbörjades under 2023 och kommer fortsätta under 2024.

4.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Planerade förbättringsåtgärder
Brukarundersökning/medverkan i verksamhetsutvecklingen - upparbeta en lokal struktur för att öka brukarmedverkan i avdelningens utvecklingsarbete.
Avvikelsehanteringen - erbjuda kompetenshöjande insatser för att säkerställa att medarbetare har tillräcklig kunskap om avvikelsehanteringen så att de registreras på ett korrekt sätt. Fortsatt dialog och arbete med avvikelserna i avdelningens strategiska kvalitetsarbete.
Egenkontroller - fortsatt arbete med kontrollerna och dialog/arbete med resultatet i avdelningens strategiska kvalitetsarbete.
Vräkningsförebyggande arbete - fortsatt implementering av den stadenövergripande handboken

5 Fritid

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 Slutsatser och förbättringsåtgärder under den här rubriken.

Enligt reglemente kap 2 § 5 ansvarar nämnden i stadsområde Hisingen för fritidsverksamhet som erbjuder aktiviteter och mötesplatser som stimulerar ungas personliga och sociala utveckling och bidrar till en rik och meningsfull fritid för alla barn och ungdomar oavsett bakgrund och förutsättningar. Fritidsverksamheten är till för alla men har ett särskilt fokus på unga mellan 10 - 20 år.

Kvalitetsrapportens avsnitt för fritid omfattar de tre enheterna inom avdelningen Stadsområde, välfärd och fritid som arbetar med fritidsverksamhet direkt. Det finns inom avdelningen fler verksamheter som omfattas av arbetet med meningsfull fritid, liksom delar av förbyggande verksamheter inom avdelningen Barn och unga Resurs, dessa är dock inte inkluderade i kvalitetsrapporten detta år. Ambitionen är att dessa verksamheter inkluderas inför nästa år.

I början av året antogs strategidokument för meningsfull fritid för barn och unga. Strategierna är framtagna utifrån befintlig styrinformation och behov inom verksamheterna. Strategierna är kort sammanfattat följande:

Trygg, tillgänglig och inkluderande

Bemötande och förhållningssätt inom verksamheterna ska präglas av normmedvetenhet och inkludering samt verka för låga trösklar för olika grupper att delta. För att nå ut till målgrupper som vi inte når idag behöver vi utgå från ett behovsperspektiv. Detta innebär att vi behöver ha kunskap om vilka grupper av barn och unga som vi når och de vi inte når. Barn och ungas delaktighet, inflytande och lärande

Arbetsätt ska främja barn och ungas lärande och delaktighet i fritidsverksamheten samt bidra ökad delaktighet i samhället. Arbetet ska präglas av främjande och kompensatoriska perspektiv för att bidra till goda och jämlika uppväxtvillkor.

Samverkan och grannskapsarbete för fler arenor och möjligheter

Samverkan med lokala aktörer, som exempelvis civilsamhället, bostadsbolag, skolor och andra verksamheter för att öka barns och ungas tillgång till stadens resurser.

Arbetet med att implementera strategierna har påbörjats i enheterna fritid 1, fritid 2 och fritid 3. Detta sker på både enhetsnivå och gemensamt. Det gemensamma arbetet har framför allt skett i samband med Mötesplats Fritid Hisingen, på våren halvdag och på hösten en heldag som samlar all personal inom fritidsenheterna. Därtill har även en heldag genomförts där alla medarbetare inom fritid besökte varandras verksamheter i syfte att samla in perspektiv på förutsättningarna för strategierna genomförande i respektive verksamhet.

Inom fritidsverksamheten följs verksamheterna via KEKS Loggbok, vid varje aktivitet samt årligen genom en enkät (Mötesplatsenkäten). Mötesplatsenkäten görs varje höst och fångar besökarnas könsfördelning, andel ungdomsproducerad verksamhet/producerande ungdomar, trygghet och bemötande, inflytande och delaktighet samt lärande. Data från Mötesplatsenkäten kan ej ges per mötesplats/verksamhet i dagsläget, vilket gör det svårt att synliggöra eventuella skillnader och behov av att fokusera likvärdighetsarbetet. Data från loggboken och Mötesplatsenkäten är idag inte fullt tillförlitlig, varför den inte är ett underlag i årets

kvalitetsrapport.

De viktigaste iakttagelserna från årets arbete är följande:

Det finns många likheter i verksamheterna vilka behöver harmonisera med varandra för att vara likvärdiga i sitt erbjudande. Till exempel förhållningssätt/rutiner för medlemstal, rutiner för polisanmälan och orosanmälan, musikstudioverksamheter, lovplanering, kommunikation i sociala medier/webben, struktur för samverkan/arbetssätt för meningsfull fritid genom exempelvis Skolan som arena/Lights On, Bo bra/Trappan och Made in på helheten, gårdsråd – likvärdigt arbetssätt på helheten. .

Det finns möjlighet att utveckla planeringen av verksamheten utifrån ett tillgångsperspektiv och undersöka hur verksamheten kan bidra till att fler barn och unga kan del av stadens resurser. (Exempel: åka kollektiv till aktiviteter runt om i staden, identifiera och synliggöra sociala och mentala barriärer som begränsar barn och unga)

Behovsperspektivet: saknas systematiskt arbete kring behovsanalyser och målgruppers behov, vilka vi når och vilka vi inte når, både lokalt/per verksamhet och på helheten.

För att ytterligare kunna arbeta med systematiskt kvalitetsarbete behöver arbetssätt för att fånga målgruppernas synpunkter på verksamheterna undersökas, liksom målgruppers delaktighet i utformningen av verksamheten.

5.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Utifrån iakttagelserna ovan har förbättringsåtgärderna nedan formulerats. Enskilda förbättringsåtgärder kan ha bäring på fler strategier och verksamheternas samlade kvalitetsarbete. Nulägesbilden av fritidsverksamheterna tillsammans med behovs- och målgruppsanalyser kommer att ge en grund för kommande utveckling av verksamheterna, vara underlag för prioriteringar samt synliggöra vilka behov som finns hos så väl barn och unga som verksamheterna. Tillsammans kommer de bidra till att skapa en ram för det systematiska kvalitetsarbetet.

Planerade förbättringsåtgärder
Identifiera fem delar i verksamheten för att sedan arbeta med att skapa gemensamma rutiner/arbetssätt/förhållningssätt kring dessa.
Undersöka hur verksamheterna kan ha ett tydligare tillgångsperspektiv och säkerställa att fler barn och unga kan ta del av stadens resurser. (Webben, sociala medier, tillgänglighet, tillgångsperspektivet)
Nulägesbild av fritidsverksamheterna, som bland annat kommer omfatta behovs- och målgruppsanalys.
Undersöka hur synpunktshantering kan underlättas i verksamheterna samt hur målgrupper kan göras delaktiga i utformningen av verksamheterna utifrån behov