

Kvalitetsrapport 2023

Socialnämnden Centrum

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	5
1.1 Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang	5
1.2 Sammanfattande bedömning	5
2 Barn- och ungdomsvård	7
2.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	7
2.1.1 Egenkontroll	7
2.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet.....	7
2.1.1.2 Brukarenkät.....	7
2.1.1.3 Öppna jämförelser	8
2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar.....	9
2.1.1.5 Interna granskningar	10
2.1.1.6 Övrig egenkontroll	11
2.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	11
2.1.2.1 Synpunkter.....	12
2.1.2.2 Avvikelser.....	12
2.1.2.3 Lex Sarah	13
2.1.3 Risker.....	14
2.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året	14
2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder	15
3 Ekonomiskt bistånd.....	17
3.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	17
3.1.1 Egenkontroll	17
3.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet.....	17
3.1.1.2 Brukarenkät.....	18
3.1.1.3 Öppna jämförelser	18
3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar.....	19
3.1.1.5 Interna granskningar	20
3.1.1.6 Övrig egenkontroll	20
3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	21
3.1.2.1 Synpunkter.....	21
3.1.2.2 Avvikelser.....	21
3.1.2.3 Lex Sarah	22
3.1.3 Risker.....	22
3.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året	22
3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder	23
4 Vuxna.....	25

4.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	25
4.1.1	Egenkontroll	25
4.1.1.1	Brukares inflytande och delaktighet.....	25
4.1.1.2	Brukarenkät.....	26
4.1.1.3	Öppna jämförelser	26
4.1.1.4	Externa tillsyner och granskningar.....	27
4.1.1.5	Interna granskningar	27
4.1.1.6	Övrig egenkontroll.....	28
4.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	29
4.1.2.1	Synpunkter.....	29
4.1.2.2	Avvikelser.....	29
4.1.2.3	Lex Sarah	30
4.1.3	Risker.....	31
4.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året	31
4.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	32
5	Stadsövergripande uppdrag - barn, familj och trygghet.....	34
5.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	34
5.1.1	Egenkontroll	34
5.1.1.1	Brukares inflytande och delaktighet.....	34
5.1.1.2	Brukarenkät.....	35
5.1.1.3	Externa tillsyner och granskningar.....	35
5.1.1.4	Interna granskningar	36
5.1.1.5	Övrig egenkontroll.....	36
5.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	37
5.1.2.1	Synpunkter.....	37
5.1.2.2	Avvikelser.....	37
5.1.2.3	Lex Sarah	38
5.1.3	Risker.....	38
5.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året	38
5.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	38
6	Stadsövergripande verksamheter	40
6.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	40
6.1.1	Egenkontroll	40
6.1.1.1	Brukares inflytande och delaktighet.....	40
6.1.1.2	Brukarenkät.....	41
6.1.1.3	Externa tillsyner och granskningar.....	41
6.1.1.4	Interna granskningar	42

6.1.1.5	Övrig egenkontroll	42
6.1.2	Synpunkter, avvikelser och lex Sarah	43
6.1.2.1	Synpunkter	43
6.1.2.2	Avvikelser	43
6.1.2.3	Lex Sarah	44
6.1.3	Risker	45
6.1.4	Förbättringsarbetet sedan förra året	45
6.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	45

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

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

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

Gemensamt i förvaltningens verksamheter är att vi, på olika sätt och utifrån uppdrag, arbetar för att skapa förutsättningar för inflytande och delaktighet för dem vi möter. Vi använder en rad olika metoder och arbetssätt för delaktighet i processen och för uppföljning av genomförd insats och återkoppling till förbättringsarbetet, bland annat barns behov i centrum (BBIC), LÖSA (en metod med ett starkt barnrättsperspektiv inom socialtjänstens barn och unga) och Stödmodellen, arbetsplaner som utformas i samarbete med klienten, motiverande samtal (MI), samordnad individuell plan (SIP), Feedback Informed Treatment (FIT - en metod för verksamheter som arbetar med samtal som förändringsverktyg), fokusgrupper, DOK som är ett system för dokumentation, kartläggning och uppföljning som bygger på intervjuer med den enskilde samt UngDOK som används för ungdomar.

En kunskapsbaserad verksamhet är centralt för god kvalitet. Sedan omorganisationen har våra gemensamma förutsättningar ökat och vi har genomfört och genomför flertalet projekt och satsningar, bland annat översyn av avslutsorsaker, resultatmått, vecka 40-kartläggningen och socialtjänstrapporten. Många satsningar hålls samman av Enheten för stadenöveripande kunskapsstöd och utveckling som finns i vår förvaltning. En kunskapsbaserad verksamhet, där vi utgår ifrån den lokala kunskapen vi skapar i såväl individ- som förbättringsarbetet, ger oss bättre förutsättningar att möta de behov våra målgrupper har, liksom ny socialtjänstlagstiftning.

Ett gemensamt förbättringsområde i förvaltningen är att fortsätta utveckla former och förutsättningar för individbaserad systematisk uppföljning, i syfte att generera kunskap om våra målgruppers problem, behov och resultat av genomförda insatser. Det är lokal kunskap som är viktig i en kunskapsbaserad verksamhet.

Sedan förvaltningen bildades har vi löpande tagit fram former för hantering av de olika momenten i kvalitetsarbetet och förbättrat systematiken i arbetet. Vi har fullgoda former för att sammanställa och analysera resultat. Bedömningen är att vi åtgärdar de brister och förbättringsområden som framkommer i de olika momenten i relativt hög grad. Vi tar med identifierade förbättringsåtgärder i kommande års verksamhetsplan, både på avdelningsnivå när det är relevant och på enhetsnivå. Det finns fortsatt vissa förbättringsbehov av att säkerställa att åtgärder vidtas för att komma till rätta med brister samt former för gemensam analys och lärande inom avdelningar.

Inom flera avdelningar har vi förbättrat och utbildat i avvikelshanteringen, vilket också har lett till att fler avvikelser har rapporterats. Vi har fått in ett lägre antal synpunkter till förvaltningen, jämfört med tidigare år. Det totala antalet är för få för att kunna bedriva systematisk verksamhetsutveckling med synpunkterna som grund. De synpunkter som har inkommit har vi däremot hanterat.

En stor del av socialtjänstens arbete är att möta familjer i behov av stöd och i mötena framförs en mängd synpunkter, beröm och klagomål. Oftast hanteras de inom ramen för kontakten och samtalen och dokumenteras i den enskildes akt när sådan finns. De registreras inte alltid som en synpunkt eller ett klagomål i diariet. Vi kommer att se över förvaltningens rutin för synpunktshantering och värdera om det finns möjlighet att förenkla samt omhänderta synpunkter i förbättringsarbetet utan en omständlig administration. En central del är att de vi möter har kännedom om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål.

Den höga personalomsättningen i en del verksamheter gör det svårare att upprätthålla god kvalitet, kännedom om kvalitetsarbetet i sig liksom nödvändig kunskap inom olika områden, till exempel våld i nära relationer. Det är en utmaning hålla alla rutiner som styr arbetet kända liksom hantering av bland annat avvikelser och synpunkter.

Förbättringsåtgärder framåt

Föregående års förbättringsåtgärder är i stora delar påbörjade eller genomförda. Gemensamma förbättringsåtgärder för arbetet framåt handlar om att fortsätta att:

- förbättra systematiken i kvalitetsarbetet för att säkerställa att brister åtgärdas.
- utveckla former och förutsättningar för individbaserad systematisk uppföljning för en kunskapsbaserad verksamhet.
- säkra kompetens inom våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck samt implementera och använda FREDA-kortfrågor fullt ut.
- stärka barnrättsarbetet, vilket behöver fortsätta. Vi behöver säkerställa dokumentation av barnsamtal och barns delaktighet, att korrekta genomförandeplaner finns där det också tydligt framgår hur barn och föräldrar varit delaktiga, samt ytterligare stärka barnrättsperspektivet inom vuxenområdet.

2 Barn- och ungdomsvård

2.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

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

2.1.1 Egenkontroll

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

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

2.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

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

Avdelningen arbetar med Barns behov i centrum (BBiC) som är ett arbetssätt som är anpassat efter socialtjänstens regelverk. BBiC utgår från barnets behov och ska stärka barnperspektivet samt stödja barns inflytande och delaktighet. BBiC ger den sociala barn- och ungdomsvården en enhetlig och evidensbaserad struktur för handläggning, utredning, genomförande och uppföljning.

För att undersöka barn och ungas upplevelser och möjliggöra inflytande ytterligare används STÖD-modellen och metoden LÖSA och arbete med implementering är pågående.

2.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Jag är med och påverkar stödet och hjälpen jag får	83	86 Göteborgs Stad
Hur har din situation ändrats i och med det stöd du får från oss?	81	82 Göteborgs Stad Medelvärde 4,2, något förbättrad, utifrån en femgradig skala som stäcker sig från mycket försämrad till mycket förbättrad. (Centrums resursenhet)
Jag vet hur jag lämnar synpunkter och klagar om jag inte är nöjd.	67	81 Göteborgs Stad
Jag vet hur och var jag kan få tag på den informationen jag behöver	81	85 Göteborgs Stad

Urvalet är de frågor som återfinns i prioriteringsmatrisen under rubrikerna prioritera samt kan bli bättre.

Under hösten 2022 genomfördes den staden gemensamma brukarenkäten inom utförande enheter. Inom avdelning barn och unga var det de tre resursenheterna som deltog och tillsammans inrapporterades 40 svar. Återkommande har dessa enkäter en låg svarsfrekvens. Enkäterna är inte anpassade till målgruppen barn och unga.

Genomgående hade avdelning Barn och unga ett något lägre resultat än Göteborgs Stad vad gäller medelvärde per fråga. De resultat som ligger något högre än Göteborgs Stad är påståendena "jag förstår den informationen jag får och jag är nöjd med bemötandet jag får av personalen."

De delar som avdelningens resursheter behöver arbeta vidare med är hanteringen av påståendena "jag vet hur och var jag kan få tag på den information jag behöver" samt "jag vet hur jag lämnar synpunkter eller klagar om jag inte är nöjd". En förbättring kan ske genom att påminna om och tillämpa befintligt rutin kring synpunkts -och klagomålshantering på enheterna.

Avdelningen har inte arbetat systematiskt med resultat av undersökningen under 2023. Avdelningen arbetar däremot på olika sätt med frågor som berör enkäten, så som den enskildes möjlighet att vara med och påverka stödet och hjälpen som förestås prioriteras i enkätens prioriteringsmatris. Det är genom att använda STÖD-modellen som de enskildas delaktighet ökar då man tillsammans skapar realistiska mål vid uppstart av en insats och modellen kan även användas vid uppföljning av stödinsats. Utvecklande av detta arbetssätt förväntas ge stor positiv inverkan på den övergripande nöjdheten.

2.1.1.3 Öppna jämförelser

I öppna jämförelser 2022 hade avdelningen endast kunskapsbaserad verksamhet som utvecklingsområde. Samma område är ett förbättringsområde även under 2023 och två nya områden har tillkommit som förbättringsområden för avdelningen. De nya områdena fanns inte med i förra årets öppna jämförelser.

Kunskapsbaserad verksamhet

De fyra socialförvaltningarna arbetar tillsammans för att utveckla uppföljning och analys av resultat ur ett individperspektiv. En gemensam utbildningssatsning kommer att genomföras för de fyra förvaltningarna om arbetet med individbaserad systematisk uppföljning. Det stadsövergripande arbetet bedrivs långsiktigt och ur flera olika perspektiv. En viktig del i arbetet är att utveckla förutsättningarna för uppföljning och analys. Nedan beskrivs några exempel på uppdrag som förvaltningarna arbetar gemensamt med.

Förvaltningarna rapporterar kontinuerligt resultatmålet om andel ärenden som avslutas med behov tillgodosett (avslutsorsaker) till nämnderna.

Under hösten 2022 inleddes arbetet med att utveckla registreringen av avslutsorsaker i verksamhetssystemet Treserva. Syftet är att kunna generera mer träffsäker uppföljningsinformation. Arbetet gäller både verksamhetsområdena barn och unga respektive vuxna.

Förvaltningarna har under kvalitetsåret tagit fram en gemensam socialtjänstrapport som beskriver tillståndet i och utveckling av individ- och familjeomsorgen ur ett individperspektiv. I uppdraget med socialtjänstrapporten ingår att ta fram en plan för hur förvaltningarna ska använda rapporten, det vill säga vilka arbetsformer som krävs för att förvaltningarna ska kunna omsätta kunskaperna till konkret verksamhetsutveckling.

Under hösten 2022 har förvaltningarna inlett ett arbete för en utvecklad lägesbild över vilka resultat- och effektmått som finns i befintliga uppföljningsverktyg i verksamheterna. Syftet är att synliggöra förekomst, användning och behov av utveckling.

Jämfört med de övriga förvaltningarna är området ett förbättringsområde utom för Hisingen.

Säker

Frågan avser om handläggarna har fått vidareutbildning inom våld i nära relationer på motsvarande högskolenivå. Avdelningen har arbetat med att kartlägga vilka behov som finns gällande utbildning inom våld nära relationer och har kunnat erbjuda utbildningar som ordnas av exempelvis Regionalt stödcentrum heder samt av Kompetenscenter våld i nära. Avdelningen har ett kompetensutvecklingspaket som inkluderar grundläggande nivå och fördjupning inom området, men har inte organiserat någon vidareutbildning på högskolenivå.

Området är ett förbättringsområde för alla förvaltningar utom Hisingen.

Tillgänglig

Vid genomgång av ifyllda svar till underlaget för de öppna jämförelserna har avdelningen svarat att barn får information om sina rättigheter samt kontaktuppgifter till ansvarig handläggare men dock svarat nej på frågan om barnet får information om IVO:s funktion "Barn-och ungdomslinjen". Avdelningen har svarat att det finns en samlad plan för familjehemmens utveckling men har dock inte kunnat erbjuda handledning i full utsträckning. Personal har fått utbildning under 2023 i handledning av familjehem.

Jämfört med de andra förvaltningarna är samlad plan för familjehemmen ett utvecklingsområde för samtliga utom för Sydväst. Vad gäller information till placerade barn om rättigheter och kontaktuppgifter till ansvarig socialsekreterare är området ett förbättringsområde även för Nordost.

2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	3	IVO har granskat tre anmälningar från nämnden där missförhållanden konstaterats.	
Kritik			
Ingen kritik	3	I samtliga fall har ärendena avslutats då nämnden har vidtagit åtgärder för att undanröja missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker, vidtagit och planerat åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen.	
Stadsrevisionen	1	Stadsrevisionen granskade 2022 nämndens arbete med familjehemsplaceringar.	
Rekommendationer	0		Den samlade bedömning är att arbetet i allt väsentligt är ändamålsenligt. Granskningen pekar på ett antal risker som de anser att nämnden bör beakta. De största riskerna för barnets bästa är hög personalomsättning, hög arbetsbelastning och bristen på familjehem. Stadsrevisionen vill understryka vikten av att nämnden beaktar de risker som identifierats i granskningen.
Revisionskritik	0		
Annan extern			

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
granskare			
JO-Riksdagens ombudsmän	1		
Kritik	1	Beslut från JO, 2023-08-21 i ärende gällande begäran om utlämnande av handlingar (dnr 8194/2022) Bristfällig hantering av utlämnandet av handlingar. Ej lämnat all dokumentation.	Förväntas att inlett arbete med att se över gällande rutiner efterlevs.
Ingen kritik			

2.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda

Problemträdsanalys

Under hösten 2022 anordnade Stadenövergripande kunskapsstöd och utveckling (SKU) en work shop för att ta fram en så kallad problemträdsanalys som resulterade i en lista på åtgärdsförslag. Några av åtgärderna som framkom var att utveckla ett gemensamt introduktionsprogram, att fördjupa utredning i ökning i aktualiseringar, ärenden och placeringar, samt att utreda utformning av enklare stödinsatser till familjer. En del av punkterna hanteras inom ramen för kategoriplan Barn och unga och en del hanteras av SKU. En översyn av avdelningens introduktionsmaterial och upplägg har påbörjats. Avdelningen har även påbörjat arbetet med att skapa kortare ledtider för familjer som blir aktuella. Under året har det löpande skett genomlysningar av antal ärenden och placeringar samt placeringsdygn och ett arbete har pågått gällande att införa placeringshandläggare inom de myndighetsutövande delarna.

Kartläggning behov av kompetenshöjning inom våld i nära relationer

Under hösten 2022 genomfördes en kartläggning av behov av kompetens inom ämnet våld i nära relationer på avdelningen. Det som framkom var att medarbetarna behöver höja sin kompetens när det gäller skyddsbedömningar och planeringar i våldsärenden, hedersrelaterat våld och förtryck samt handledning av dessa ärenden, verktyg för att samtala med våldsutövare samt att resursenhetens medarbetare har behov av behandlingsmetoder i ärenden som handlar om våld.

Inrättande av ny enhet och högintensivt team

För att bättre möta de organisatoriska förutsättningarna för avdelningens enhetschefer beslutades att införa en ny enhet inom de myndighetsutövande delarna och en ny enhet startade under våren 2023. En behovsanalys visade också att det fanns behov att utveckla ett så kallat högintensivt team inom resursenheten för att kunna arbeta mer intensivt med barn och unga som riskerar att bli placerade utanför hemmet eller för att möjliggöra en kortare placeringstid för barn och unga som redan är placerade. Ett högintensivt team startade upp under våren 2023.

Granskning av handlingar till individutskotten

Med anledning av att det uppmärksammat att underlagen till utskotten är av ojämn

kvalitet beslutades att en granskning av alla tjänsteutlåtanden som går till individutskotten ska granskas för att få en samsyn kring hur man skriver tjänsteutlåtanden samt för att få tjänsteutlåtanden av högre kvalitet. Granskningen har pågått sedan våren 2023 med goda resultat. Återkoppling av vad som framkommit och vad som ses som förbättringsåtgärder har återkopplats på avdelningens 1:e-nätverk.

Genomlysning av köpt vård

Med anledning av att avdelningen har haft en hög andel köpta öppenvårdsinsatser gjordes en genomlysning av den köpta vården samt flödet mellan myndighet och resursenheten under våren 2023. Genomlysningen resulterade i uppdatering av rutin för köpt vård för att säkerställa att alla köpta öppenvårdsinsatser beslutas efter en bedömning av Resursenheten. En genomlysning har också gjorts gällande placeringar på HVB och hur uppdrag skrivs till SPINK vid förfrågningar för att säkerställa att barn och unga får rätt insatser vid placeringar.

2.1.1.6 Övrig egenkontroll

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

Förbättringsområden som uppmärksammas under vårens egenkontroller är:

- Att barn inte kommer till tals/är delaktiga och/eller att det brister i dokumentation omkring varför barn inte kommit till tals/är delaktiga.
- Avsaknad av korrekta genomförandeplaner samt att dokumentation om hur barn och föräldrar varit delaktiga i framtagandet av genomförandeplaner
- Avsaknad av och bristfälliga utredningsplaner
- Bristfällig dokumentation om barns delaktighet i ärenden
- Bristfällig dokumentation om barn och vårdnadshavares inställning till förslag till beslut och insats
- Bristfällig dokumentation kring kommunikering av beslutsunderlag
- Bristfällig dokumentation av barn och vårdnadshavares syn på den planerade vården
- Brister i övervägande av nätverksplacering

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
Utförande av tjänst	4
Inflytande	4
Bemötande	2
Tillgänglighet	2

Under perioden 1 september 2022 till 31 augusti 2023 har 15 synpunkter och klagomål diarieförts inom avdelningen. Endast ett fåtal av dessa är inte hanterade eller besvarade i handläggardatabasen. Klagomålen berör inflytande och klagomål av tjänst samt bemötande och tillgänglighet. De flesta handlar om omständigheter i olika former av placeringar.

En stor del av socialtjänstens arbete är att möta familjer i behov av stöd och i dessa möten framförs en mängd synpunkter och även klagomål. Oftast hanteras dessa inom ramen i samtalen och dokumenteras i den enskildes akt och registreras som regel inte som en synpunkt eller ett klagomål i diariet. Avdelningens ledningsgrupp har löpande dialog om hanteringen av synpunkter och klagomål i enlighet med förvaltningsövergripande rutin.

2.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta om SoL-ärenden	125
Dokumentation	34
Övrigt	25
Rättigheter och bemötande	11

Under perioden 1 september 2022 till 31 augusti 2023 registrerade avdelningen barn och unga 227 avvikelser i Treserva. Detta kan jämföras med föregående period 1 september 2021 till 31 augusti 2023 då 143 avvikelser registrerades i Treserva. Socialt ansvarig socionom, SAS har haft informationstillfällen kring avvikelser och lex Sarah för de olika avdelningarna. Antalet inrapporterade avvikelser har ökat inom avdelningen men rapporteringen är ojämn mellan enheterna och det behövs ett fortsatt arbete för att säkerställa att avvikelser rapporteras.

Avvikelsearbetet finns med i avdelningen verksamhetsplan. Avvikelser, tillsammans med synpunkter och lex Sarah sammanställs två gånger per år och analyseras i verksamhetsplanen med syfte att identifiera eventuella förbättringsbehov. Uppföljning av arbetet med avvikelser kommer närmast att ske i samband med årsuppföljningen av verksamhetsplan.

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

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

2.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
1438/22 Sekretesskyddade uppgifter lämnas ut, på eget initiativ	Allvarligt missförhållande, anmäls till IVO
1471/22 Sekretesskyddade uppgifter skickas av misstag till ej vårdnadshavare	Risk för missförhållande
1492/22 Missförhållanden i familjehem, otillräcklig utredning/uppföljning	
0390/23 Anmälan om oro hanteras inte	Missförhållande
1043/23 Felaktig hantering vid utlämnade av handling/partsinsyn	Missförhållande
0572/23 Rättsosäkert vid LVU-vård	Allvarligt missförhållande, anmäls till IVO
1124/22 Handlingar har skickat till fel mottagare via tjänsten Mina meddelande	Anmäls till IVO

Under perioden 1 september 2022 till 31 augusti 2023 har avdelning barn och unga haft 9 stycken lex Sarah utredningar och är den avdelning där allvarligast brister kunnat konstateras i de utredningar som sammanställts under kvalitetsåret. Nära hälften av de utredningar som sammanställts för avdelningen har resulterat i vidare anmälan till IVO. Utredningarna har varit omfattande och tagit mycket tid i anspråk vilket lett till att andra utredningar fått stå åt sidan varpå statistiken detta år kan bli lite missvisande i jämförelsen mellan antalet färdigställda utredningar och antalet anmälningar till IVO på avdelningen.

Sammantaget i de händelser där missförhållanden har konstaterats på avdelningen barn och unga kan teman som utretts handlat om:

- Samverkan, såväl intern samverkan mellan öppenvård och myndighet som med andra förvaltningar och huvudmän
- Sekretessfrågor
- Rättssäker handläggning i frågor rörande hantering av orosanmälningar
- Rättssäker handläggning kring LVU

Åtgärdsförslag som givits har generellt handlat om:

- Arbeta med uppdragsbeskrivning och rollfördelning samt samverkan och sätta det i relation till ansvarsområden.
- Säkerställa kunskapsnivå kring digitala brevfunktioner och att superanvändare utses i syfte att stödja anställda som ska skicka post digitalt.
- Arbeta med att gå igenom och belysa rutiner och lagstiftning kring frågor rörande sekretess och se över hur det efterlevs i den dagliga verksamheten. Vidare också att personal på enheterna ska genomgå utbildning som erbjuds i förvaltningen terminsvis.
- Ta fram arbetssätt för hur handläggning skall kunna bli mer rättssäker i frågor rörande att säkerställa orosgrader i ärenden och hur man ska hantera anonyma anmälningar. Som ett led i detta är att arbeta mer aktivt med utredningsplaner i alla ärenden för att säkerställa vad som ska utredas och på vilket sätt.
- Att arbeta med LVU-processen och säkerställa kompetensförsörjning kring LVU generellt men med särskild tyngd riktat mot placeringsförfarandet.
- Säkerställa att samverkansverktyg som Samordnad plan (SP) och Samordnad individuell plan (SIP) används enligt gällande rutiner.

Avdelningen har identifierat ett förbättringsområde kring sammanställning av lex Sarah anmälningar och eventuella åtgärder för att säkerställa att åtgärderna genomförs och identifierade brister omhändertas. Ett dokumentsystem har skapats för att samla händelserna löpande under året för att avdelningen skall kunna få en samlad översikt och ansvarig enhetschef kan följa sitt ärende utifrån de rapporter som SAS upprättar och eventuella åtgärder som åläggs.

Två generella områden för utveckling kunde konstateras:

1. Upprättande av ett gemensamt dokument i vilket det skall gå enkelt och smidigt att följa avvikelser och lex Sarah-processerna (utifrån data som bedöms nödvändig och möjlig).
2. Införande av två träffar per år mellan verksamhetsutvecklare och SAS i syfte att till dessa träffar delge varandra information om olika teman, tendenser, trender som vi ser i våra avvikelser och lex Sarah utredningar. Detta i syfte att tillsammans analysera och tydliggöra utvecklingsområden i såväl små som stora perspektiv inom förvaltningen.

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
Arbetet med implementering av LÖSA! och Stöd-modellen. Vidare utbildning inom ex barnbrev, säkerställa att metoderna/modellerna leder till parallella utredningar, sammanföra LÖSA! och Stöd-modellen till en gemensam metod/modell. Genomföra strukturerad uppföljning av arbetet. Samtliga enheter inom avdelningen ska kontinuerligt ha dialog omkring barns delaktighet i enhetens arbete.	Arbetet har påbörjats genom två halvdagar för avdelningens medarbetare.
Stärka arbetet inom våld i nära relation. Säkerställa att vi arbetar kunskapsbaserat, att vi har fungerande rutiner och samverkan samt att vi behöver förbättra arbetet gentemot våldsutövare.	En kartläggning har gjorts gällande behovet av kompetenshöjning hos avdelningens medarbetare.
Generellt inom avdelningen är det ett förbättringsområde att utveckla den systematiska uppföljningen och vidare att använda resultatet av den systematiska uppföljningen för att	Arbetet har påbörjats. En gemensam utbildningssatsning kommer att genomföras för de fyra förvaltningarna gällande arbetet med individbaserad systematisk uppföljning.

utveckla verksamheten. Uppföljning får inom avdelningen ofta stå tillbaka på grund av en hög arbetsbelastning. Exempel på uppföljning skulle kunna vara att använda FIT (Feedback Informed Treatment) där klienten ges möjlighet att utvärdera insats efter avslut.	
Fortsätta utveckla samverkan med grundskola och hälso- och sjukvård i det forum som avdelningen ingår i.	Arbetet gällande samverkan med grundskola och hälso- sjukvård är ständigt pågående.
Genomgång av utredningar och beslut enligt lex Sarah på avdelningens ledningsgrupp i syfte att säkerställa att eventuella åtgärder genomförs inom hela avdelningen och inte endast på den enhet där bristen identifierats.	Arbetet har påbörjats genom samverkan med SAS
På samtliga enheter lyfta vikten av att vi återkopplar till dem som söker oss, även meddela om återkoppling kommer att dröja några dagar.	Arbetet är ständigt pågående och information om utbildning gällande tjänstemanna-ansvaret går ut till medarbetarna.
Avdelningens ledningsgrupp ska under våren ha dialog omkring hantering av synpunkter i enlighet med förvaltningsövergripande rutin.	Arbetet är påbörjat
Genomföra genomlysning av utredning och insats utifrån kriminalitet och kön.	Har ej påbörjats
Genomföra utbildning/workshop med berörda medarbetare omkring att upprätta meningsfulla genomförandeplaner. Hur barn kan göras mer delaktiga vid upprättande av planen ska vara en del av utbildningen/workshopen.	Arbetet är påbörjat. 1:e socialsekreterare kommer delges material att använda i work shops med handledarna.

2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Avdelning barn och unga arbetar med Barns behov i centrum (BBiC) som är ett arbetssätt som är anpassat efter socialtjänstens regelverk och som utgår från barnets behov samt ger en den sociala barn- ungdomsvården en enhetlig och evidensbaserad struktur för handläggningen i ärendena. Avdelningen har arbetat med att fortsätta implementera LÖSA och STÖD-modellen för att stärka barn och familjers delaktighet.

Utifrån resultaten i årets kvalitetsrapport kan vi se olika förbättringsområden.

Avdelningen behöver fortsätta arbetet med vår rapportering och våra analyser av synpunkter och klagomål, avvikelser och eventuella åtgärder utifrån lex Sarah för att säkerställa att åtgärder genomförs. Detta behöver göras på hela avdelningen och inte bara på den eller de enheter som berörs för att sprida kunskaper och lärdomar till samtliga medarbetare. Arbetet har påbörjats gällande avvikelse och lex Sarah genom att sammanställa dessa på avdelningen i en gemensam fil i samarbete med SAS. Regelbundna avstämningar med SAS planeras under 2024.

Utifrån kartläggningen gällande behov av kompetenshöjning i våld i nära relationer behöver avdelningen säkerställa att vi löpande följer upp att behoven av kompetens tillgodoses genom att erbjuda utbildningar på olika nivåer. Detta är särskilt viktigt utifrån den höga personalomsättning som finns i dagsläget och att även fortsatt kartläggning av kompetensbehov i våld i nära relationer görs regelbundet.

Avdelningen arbetar med att öka barns delaktighet men resultaten av den övriga egenkontrollen visar att avdelningen behöver förbättra dokumentationen kring vilken

information som delgetts barnet, barnets inställning till förslag till beslut och insatser samt anledning till att man inte har haft barnsamtal i vissa fall.

Resultaten av de externa granskningarna visar på att avdelningen behöver arbeta med stadens rutin för hantering av begäran om utlämnande av allmänna handlingar för att säkerställa att rutinen följs. Stadsrevisionen påpekade i sin granskning, risken med den höga personalomsättningen och den höga arbetsbelastningen. Detta omhändertas i avdelningens Samlad riskbild 2024 inklusive intern kontrollplan.

Planerade förbättringsåtgärder
Genomföra genomlysning av utredning och insats utifrån kriminalitet och kön
Säkerställa dokumentation av barnsamtal och barns delaktighet samt även arbeta med att säkerställa att korrekta genomförandeplaner finns och där det också tydligt framgår hur barn och föräldrar varit delaktiga.
Arbeta med en samlad analys av synpunkter, avvikelser och eventuella åtgärder från lex Sarah samt aktivt sprida kunskaper och lärdomar från dessa på hela avdelningen genom att ha genomgångar på avdelningens ledningsgrupp
Säkerställa kompetensförsörjningen inom våld i nära relationer genom regelbundna behovskartläggningar samt löpande informera om utbildningar på olika nivåer

3 Ekonomiskt bistånd

3.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

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

3.1.1 Egenkontroll

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

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

3.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Brukarinflytande och delaktighet säkerställs på en övergripande nivå i avdelningens verksamheter genom att arbetet sker i enlighet med socialtjänstprocessen i välfärdens processer. Processen beskriver centrala arbetsmoment i relation till delaktighet. Delaktigheten följs bland annat upp som en del av verksamhetens egenkontrollplan. Vid egenkontroll av handläggning och dokumentation som genomfördes under våren 2023 bedömdes att den enskilde gjorts delaktig i utredning och fått möjlighet att beskriva sina behov i 46 av 48 granskade ärenden. Ett av de två ärenden där den enskilde inte varit delaktig berodde på att denne inte kommit på sitt bokade besök och det andra på att utredningen var för gammal.

På individnivå har brukarna inflytande genom att verksamheten i enlighet med socialtjänstprocessen hämtar in brukarnas upplevelser, men sammanställer inte dessa på gruppnivå.

Området hanterar inkomna synpunkter och klagomål enligt förvaltningens rutin, men likt många verksamheter i förvaltningen registreras endast ett fåtal synpunkter och klagomål. Detta beror till stor del på att de flesta synpunkter och klagomål rör handläggning och beslut kopplat till individärendet, vilka registreras och hanteras i ärendet och inte faller under förvaltningens rutin för synpunkter och klagomål.

Under kvalitetsåret har förvaltningen mottagit en skrivelse riktad till ekonomiskt bistånd över hela staden från Göteborgs Brukarstödsnätverk med synpunkter på digitala tjänster i förhållande till personer med psykisk funktionsnedsättning. Synpunkterna omhändertas i områdets nulägesanalys och utgör informationsunderlag inför verksamhetsplanering 2024. En fortsatt dialog är inplanerad mellan förvaltningen och Göteborgs Stads råd för funktionsrätt.

Vidare arbetar försörjningsstödsenheterna med brukarens delaktighet genom följande metoder:

- Arbetsplaner utformas i samarbete med brukaren. Planerna följs regelbundet upp vid personliga möten med brukaren.
- Medarbetare erbjuder utbildning inom samtalsmetodiken motiverande samtal som grundar sig på principen om att försöka förstå genom ett empatiskt och reflekterande lyssnande samt att stärka klientens tro på sin förmåga och möjligheten till förändring.
- Inkludera brukaren i dess utredningar och omprövningsutredningar

- Stödja brukaren att initiera och delta i upprättandet av individuella samordnade planer (SIP) med berörda aktörer.

3.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Jag vet hur jag lämnar synpunkter eller klagar om jag inte är nöjd	79	Se nedan

Columbus är ekonomiskt bistånds enda verksamhet som omfattas av 2022 års brukarenkät. Verksamheten hjälper unga (18-29 år) med psykisk ohälsa att komma vidare till arbete eller studier. Endast 8 enkätsvar inkom 2022, att jämföra med 27 i den senast föregående enkäten, vilket begränsar möjligheterna att dra slutsatser om verksamheten utifrån resultatet. En arbetsgrupp i staden bereder för närvarande ett förslag på ny utformning av brukarenkäterna, bland annat med syftet att höja svarsfrekvensen.

Oaktat den låga svarsfrekvensen får Columbus få generellt goda omdömen, i synnerhet på frågor som berör personalens bemötande och hur brukarens situation har ändrats till följd av verksamhetens stöd. På dessa frågor har Columbus ett starkare resultat än stadens genomsnitt.

De frågor där resultaten indikerar att verksamheten kan bli bättre har att göra med information om hur enskilda kan lämna synpunkter och klagomål på verksamheten och hur de kan få tag på information. Med ett index på 79 har Columbus lägst resultat på frågan *Jag vet hur jag lämnar synpunkter eller klagar om jag inte är nöjd*. Detta är också den fråga där Göteborgs stad som helhet har lägst resultat (81). På grund av den låga svarsfrekvensen har inte några särskilda åtgärder planerats till följd av brukarenkäten.

3.1.1.3 Öppna jämförelser

Verksamhetsområdet bedömer att resultaten i öppna jämförelser generellt att goda, men att det finns utvecklingsområden som ofta är kända sedan tidigare. Indikatorer som relaterar till handläggningen av ärenden inom ekonomiskt bistånd har i regel positiva resultat. Detta inkluderar att verksamheten håller individuella möten för utredning och planering i ärenden, har aktuella rutiner för att förhindra att barnfamiljer med hyresskuld avhyses och att planer mot självförsörjning undertecknas av den enskilde.

I förhållande till föregående år är resultatet liknande, men många indikatorer har bytts ut vilket förhindrar jämförelser över tid. Av de indikatorer som bestått framgår att det till skillnad från föregående år finns en aktuell överenskommelse med Arbetsförmedlingen och att resultaten är fortsatt negativa på de indikatorer som avser individbaserad systematisk uppföljning. 2023 har dock området genomfört sådan uppföljning som avses i frågan *Genomfört individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens problem/behov* genom den så kallade vecka 40-mätningen som genomförs i alla socialförvaltningar. Kartläggningen omfattar samtliga individer med ärende inom ekonomiskt bistånd vecka 40 och syftar till att synliggöra vilka insatser mottagarna saknar för att nå självförsörjning.

Förbättringsåtgärder som kan relateras till öppna jämförelser inkluderar fortbildning om

våld i nära relationer för enhetschefer inom våld och utveckling av beaktandet av barnperspektivet i handläggningen av ärenden inom ekonomiskt bistånd. Avseende det senare används en strukturerad utredningsmall som inkluderar barns situation, vilket framgår av enkätresultatet, men området har inom ramen för andra kontroller och uppföljningar identifierat barnperspektivet som ett utvecklingsområde och inkluderat det i verksamhetsplanen.

3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik			
Ingen kritik			
Stadsrevisionen			
Rekommendationer			
Revisionskritik			
Annan extern granskare			

Stadsrevisionen följde i granskningen av verksamhetsåret 2022 upp föregående års rekommendationer kring den interna kontrollen i processen för utbetalning av ekonomiskt bistånd:

- *Stadsrevisionen rekommenderar socialnämnden Centrum att upprätta kompenserande rutiner för de brister som finns i verksamhetssystemet Treserva vad gäller delegationshanteringen.*
- *Stadsrevisionen rekommenderar socialnämnden Centrum att kontrollaktiviteter genomförs inom samtliga enheter och med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet samt att resultatet från kontrollerna analyseras och används, tillsammans med andra uppföljningar och kontroller, i nämndens övergripande systematiska kvalitetsarbete.*

Stadsrevisionen bedömde att förvaltningen omhändertagit rekommendationerna.

En rutin för delegationsbeslut och kommunikering inom avdelning vuxen och försörjningsstöd, med syfte att kompensera för bristerna i Treserva, har tagits fram och gäller sedan maj 2023. Rutinen beskriver hur socialsekreterare ska hantera beslut de inte har delegation att fatta, men ändå tekniskt kan registrera i verksamhetssystemet.

Avdelningarna vuxen och försörjningsstöd samt barn och unga har även fastställt en gemensam egenkontrollplan som bland annat omhändertar stadsrevisionens rekommendationer i relation till utbetalningar av ekonomiskt bistånd.

Förvaltningen har också inrättat en tjänst som samordnare för förvaltningens lokala verksamhetsstöd (LVS) för Treserva samt skapa ett nätverk för LVS:er. I rollen som LVS-samordnare ingår ansvar för att organisera och följa upp LVS-arbetet och att upprätta och utveckla arbetssätt och rutiner.

3.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda

Enheterna genomför löpande tjänstegenomgångar där handläggarnas samtliga ärenden granskas tillsammans med 1:e socialsekreterare för att säkerställa att handläggningen sköts korrekt. Genomgångarna inkluderar bland annat att se över när den senaste utredningen är gjord i ärendet, om det finns en aktuell arbetsplan och att den enskilde har andra ersättningar denne ska ha innan hen är aktuell för ekonomiskt bistånd.

Resultaten av tjänstegenomgångarna lyfts vid behov på exempelvis metodmöten för att höja kvaliteten i verksamheten. Mottagningsenheten genomför genomgångarna månadsvis, medan utredningsenheterna gör dem var tredje månad.

Lärdomarna från tjänstegenomgångarna har resulterat i vissa förbättringsåtgärder på enheterna. Bland annat innefattar detta tillämpning av rutinen om bistånd till boendekostnader. Regelbundenheten i tjänstegenomgångar betyder att enheterna har ett ständigt fokus på kvaliteten i handläggningen. En gemensam form för tjänstegenomgångarna ska tas fram under nästa år.

3.1.1.6 Övrig egenkontroll

Avdelningen tog 2022 tillsammans med avdelning Barn och unga fram en egenkontrollplan som specificerar vilka kontroller som ska göras, i vilken frekvens och hur resultaten ska omhändertas. Planen omfattar bland annat en stickprovskontroll av handläggning och dokumentation i individärenden, kontroll av behörigheter i ärenden med skyddade personuppgifter och granskning av aktivitetsloggar i Treserva.

Enhetschefer analyserar resultaten av egenkontrollerna två gånger årligen och tar fram lämpliga åtgärder då resultaten påvisar behov.

Resultatet av egenkontrollerna visar att kvaliteten i handläggning och dokumentation generellt är god, men också förbättringsbehov.

Positiva resultat inkluderar att brukarna i princip alltid görs delaktiga i utredningen och får komma till tals. Det framkommer även att barnperspektivet beaktats i samtliga tio granskade ärenden med barn i hushållet, men att inga barnkonsekvensanalyser hade upprättats. I områdets verksamhetsplan 2023 ingår att stärka barnperspektivet, bland annat genom att säkerställa att barnens situation ska vara en del av omprövningsutredningar och att upprätta barnkonsekvensanalyser.

Arbetsplaner har varit ett fokusområde och en aktivitet i avdelningens verksamhetsplan är att sådan ska finnas i samtliga ärenden. Resultatet i egenkontrollen visar dock att arbetsplan saknas i en fjärdedel av alla granskade ärenden där sådan är aktuell (ej mottagsärenden). I vilken utsträckning arbetsplan saknades i ärenden varierade mellan enheterna.

Vidare visar egenkontrollen att utredningarna i en tredjedel av ärendena var över ett år gamla, samt att det finns behov av att säkerställa att FRED-kortfrågor används.

3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

3.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Bemötande	6
Rättssäkerhet	4

10 synpunkter har inkommit till verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd under perioden 1 september 2022 till 31 augusti 2023. Det låga antalet beror på att synpunkter och klagomål som kan ha bäring på enskilda ärenden dokumenteras i personakten och därmed inte omfattas av förvaltningens rutin för synpunkter och klagomål.

Sex synpunkter handlar om bemötande, ofta i form av bristande, sen eller otydlig information. Det avser också i motsägelsefull information i kontakten med flera olika enheter. Verksamheten åtgärdar sådana klagomål genom att förtydliga information och förbättra intern kommunikation och samverkan.

Resterande fyra synpunkter avser rättssäkerhet i form av klagomål på beslut från den enskilde, anhörig eller allmänheten och har åtgärdats genom återkoppling till den som lämnat synpunkter att granskningen inte påvisat fel i handläggning och beslut.

Antalet inkomna synpunkter för få för att använda som grund för att systematiskt verksamhetsutveckling. Istället förbättras processer huvudsakligen på enskilda enheter till följd av specifika synpunkter om det bedöms relevant. Verksamhetsutveckling försvåras av att ärendesystemet upplevs daterat och inte stödjer en smidig handläggning. Det gäller i synnerhet vid sammanställning av synpunkter.

Vid sammanställningen av synpunkter noterades att dokumentationen av ärendet i vissa fall är bristfällig, exempelvis vad gäller att dokumentera huruvida den enskilde fått återkoppling. Avdelningen avser att inhämta synpunkter från den enskilde i högre utsträckning samt i högre grad registrera inkomna synpunkter i enlighet med rutin.

3.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utredda och besluta SoL/LSS-ärende	40
Övrigt	21
Dokumentation - allmän	14
Post, inkommen handling	3
Samverkan intern/extern	3 (2/1)
Avvikelse inkommen från extern part	1
Utförande av SoL/LSS- insats	1
Rättigheter och bemötande	1

Under kvalitetsåret har 84 avvikelser registrerats inom ekonomiskt bistånd. Det är en ökning med 20 avvikelser jämfört med föregående år, vilket anses positivt ur verksamhetsutvecklingssynpunkt och är i linje med att arbetet med avvikelser identifierades som ett utvecklingsområde i 2022 års kvalitetsrapport.

Nära hälften av avvikelserna berör utredning och beslut. 21 av dessa avser försenade

eller felaktiga utbetalningar, medan de återstående avser brister i informationsinhämtning, att beslut saknas eller att utredningar inte genomförts skyndsamt. Orsakerna bedöms huvudsakligen vara kompetensbrist eller brister i riktlinjer och rutiner, varför de vanligaste åtgärderna är att utbilda medarbetare och att vidare implementera rutiner och riktlinjer.

Det näst vanligaste området är *Dokumentation* med 14 registrerade avvikelser, varav den största delen har uppstått till följd av tekniska fel, men även till följd av kompetensbrist, såväl som brist i rutiner, riktlinjer och planering. De tekniska felen har att göra med automatiseringsroboten som införts i handläggningen av ekonomiskt bistånd, samt verksamhetssystemet Treserva. Dessa problem hanteras genom återkoppling till systemansvariga.

3.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder

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
Utveckla den systematiska uppföljningen och vidare att använda resultatet av den systematiska uppföljningen för att utveckla verksamheten. Det gäller bland annat avvikelser, synpunkter och klagomål, egenkontroller, uppföljning av insatser samt brukarundersökningar.	Verksamhetsområdet arbetar systematiskt med avvikelser och regelbundna egenkontroller. Brukarundersökningarna har lågt deltagande och därför svårt att använda som stöd i utvecklingsarbetet. Det är även ett fåtal synpunkter som inkommer till verksamheten. Brukarundersökningarna omarbetas av en arbetsgrupp i staden, bland annat med målet att höja svarsfrekvensen.
Öka kunskap bland medarbetare och chefer inom VINR (våld i nära relationer) och implementera tillämpning av dess arbetssätt och metod.	Medarbetare har fått utbildning inom våld i nära relationer och utbildning planeras även in för nyanställda. Utbildning för chefer återstår och är planerad till mars 2024. FREDA-kortfrågor genomförs vid alla nybesök, i övrigt har implementeringen påbörjats.
Fortsätta arbetet med arbetsplaner	Arbetet är en del av verksamhetsplanen, men egenkontroller har visat att behov kvarstår.

Utveckla samverkan och arbeta vidare med gränssnitt mellan socialförvaltningarna i staden med förvaltningen för Funktionsstöd, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan samt med hälso- och sjukvården.	Det finns ett arbete i staden för gränssnittsfrågor och för ekonomiskt bistånd kommer ett arbete att inledas för att ta fram rutin för samverkan med mottagningsenheten inom förvaltningen för funktionsstöd. Samverkan med arbetsförmedlingen har försämrats, medan samverkan med Försäkringskassan fortlöper. Samverkan med vården fungerar generellt väl.
Fortsätta arbetet med hot och våld samt otillåten påverkan	Pågående arbete. Det finns rutiner och APT-material. Våktare har hyrts in på socialkontoren på Första Långgatan och Mäster Johansgatan.
Förslag om att följa upp könsstatistik utifrån beviljad insats.	Har inte varit ett fokusområde över året. Arbete pågår för att automatiskt tillgängliggöra statistik ur Treserva avseende ekonomiskt bistånd, men har blivit fördröjt på grund av dataskyddsfrågor. Viss statistik finns att tillgå från Kompetenscenter.
Förbättra det systematiska uppföljningsarbetet, för att följa huruvida insatser och stöd gett den effekt som har avsetts	Området har fått möjlighet att köpa arbetsförmågebedömningar för vissa brukare. Effekterna av insatsen har delvis följts upp.
Upprätta en plan för kompetensutveckling/-försörjning för att säkerställa kunskapsnivån bland medarbetarna i relation till behoven som finns inom verksamhetsområdet	Pågår och förväntas bli klart innan årsskiftet.

3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Verksamhetsområdet bedömer att det finns en god systematik i områdets kvalitetsarbete. Bedömningen grundar sig bland annat i efterlevnaden av kvalitetsledningssystemets årshjul, att verksamheten omhändertar påpekanden från granskare och att identifierade förbättringsåtgärder från egenkontrollerna förs in i verksamhetsplaneringen.

Sammanställningen visar att det är möjligt att genomföra åtgärder för att förbättra både det systematiska kvalitetsarbetet och verksamheten i förhållande till brukare.

Avdelningen avser att utveckla arbetet med individbaserad systematisk uppföljning, vilket syns bland annat i öppna jämförelser. Sådan uppföljning kommer att vara ett fokusområde för samtliga förvaltningar för att stärka kunskapen om de vi är till för, vilka insatser de är i behov av och vilka effekter insatserna ger. I dag följs ärenden upp på individnivå, men sammanställning och analys på gruppnivå sker sällan vilket skulle ge bättre kunskapsunderlag för att förbättra verksamheten.

För att höja kvaliteten i arbetet med våra brukare har verksamheten också beslutat att ta fram en gemensam form för tjänstegenomgångar, vilket bland annat ska säkerställa att enheterna gör likvärdiga bedömningar. Standardiserade mallar ger också bättre förutsättningar för att genomföra målgruppsanalyser på en avdelningsövergripande nivå.

I 2022 års kvalitetsrapport identifierades arbetsplaner som ett utvecklingsområde och egenkontroller under 2023 har visat att behovet kvarstår, då dessa fortfarande inte finns i alla ärenden. Förbättringsåtgärden kvarstår och kommer att inkluderas i avdelningens verksamhetsplan för nästa år. Avdelningen kommer med anledning av resultatet i egenkontrollerna även fortsatt arbeta för att användningen av FREDA-kortfrågor ska öka.

Planerade förbättringsåtgärder
Utveckla arbetet med individbaserad systematisk uppföljning

Planerade förbättringsåtgärder
Barnkonsekvensanalyser ska implementeras
Utveckla metoden för tjänstegenomgångar så att de blir lika mellan enheterna i området
Inhämta synpunkter från den enskilde i högre utsträckning samt i högre grad registrera inkomna synpunkter i enlighet med rutin
Implementera och använda FRED-kortfrågor fullt ut
Arbetsplaner ska finnas i alla ärenden

4 Vuxna

4.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

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

4.1.1 Egenkontroll

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

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

4.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Brukarinflytande och delaktighet säkerställs på en övergripande nivå i avdelningens verksamheter genom att arbetet sker i enlighet med socialtjänstprocessen i välfärdens processer. Processen beskriver centrala arbetsmoment i relation till delaktighet. Delaktigheten följs bland annat upp som en del av verksamhetens egenkontrollplan. Vid egenkontroll av handläggning och dokumentation som genomfördes under våren 2023 konstaterades att den enskilde gjorts delaktig i utredning och fått möjlighet att beskriva sina behov i 25 av 30 granskade ärenden. I merparten de fem ärenden där det bedömdes att den enskilde inte gjorts delaktig fanns förklaringar som att utredningen inte var klar, att ansökan tagits tillbaka eller att enskild uteblivit från besök.

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

Avdelningen har som mål att använda ASI och UBÅT i högre utsträckning på individuell nivå, men även i syfte att sammanställa resultaten av ASI-intervjun och uppföljningarna med UBÅT på gruppnivå för att kartlägga resultat av insatser och målgruppens behov. I dagsläget finns det inte underlag för att sammanställa resultaten av uppföljningarna på gruppnivå, men det pågår ett arbete med lokala genomförandeplaner kring ASI på enhetsnivå. Målet är att öka antalet uppföljningar för att möjliggöra sammanställning och analys på gruppnivå.

UBÅT identifierades som ett utvecklingsområde även i föregående års kvalitetsrapport. Under året har en hög personalomsättning och ekonomiska åtgärdsplaner begränsat möjligheterna att aktivt utveckla arbetet.

Vuxenstödteamet, en öppenvårdsverksamhet riktat mot personer med missbruk och psykisk ohälsa, började under våren 2023 använda det digitala nykterhetsstödet Previct. En utvärdering med informationsinsamling från både enskilda och medarbetare genomfördes därefter. Utvärderingen fokuserade på resultat av insatsen genom att ställa ett antal frågor kring huruvida nykterhetsstödet hjälpt den enskilde att minska eller helt upphöra med sitt alkoholmissbruk, såväl som kring verktygets användarvänlighet. Den sammanfattande upplevelsen av Previct är att det är ett komplement i det stöd som

Vuxenstödsteamet kan erbjuda, men inte för majoriteten av klienterna. Det kan fungera för en mindre del hos dem som socialtjänsten ska bevilja stöd till och samtidigt frigöra tid hos medarbetarna att arbeta med fler individer parallellt.

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

Avdelningen, såväl som förvaltningen som helhet, har som mål att förbättra arbetet med brukarinflytande och delaktighet. Ett led i detta är att utveckla arbetet med individbaserad systematisk uppföljning, då uppföljningar idag genomförs regelbundet på individnivå men sällan sammanställs för djupare analys.

4.1.1.2 *Brukarenkät*

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Jag vet hur och var jag kan få tag på den information jag behöver	82	Se nedan.

Vuxenstödsteamet (avdelningens utförarverksamhet riktad mot personer med missbruk och psykisk ohälsa) är den enda enheten inom verksamhetsområdet som omfattades av 2022 års brukarenkät. Antalet svar var 22, vilket bedöms vara för få svar för att göra djupgående analyser men ändå kunna ge ett visst underlag för förbättringsåtgärder. En låg svarsfrekvens förekommer i många verksamheter och är generellt ett utvecklingsområde. En arbetsgrupp i staden bereder för närvarande ett förslag på ny utformning av brukarenkäterna, bland annan med syftet att höja svarsfrekvensen.

Det resultat vuxenstödsteamet bedömt som viktigast att agera på var på frågan ”*Jag vet hur och var jag kan få tag på den information jag behöver*”, som med ett index på 82 var det lägsta resultatet. Medelvärde för Göteborgs stad var 85.

För att omhänderta resultatet har teamet under året tagit fram en informationsbroschyr. Den innehåller information om vad enskilda kan förvänta sig för stöd, vilka metoder som används och kontaktinformation till mottagningsenheten. Socialsekreterarna har broschyren och kan dela den med aktuella brukare.

4.1.1.3 *Öppna jämförelser*

I årets öppna jämförelser framkommer att avdelningen behöver stärka sitt arbete med individbaserad systematisk uppföljning i enkäten om missbruks- och beroendevården såväl som enkäten om arbetet med våld i nära relationer. Detta konstaterades även i föregående års kvalitetsrapport. Liknande resultat syns även för stadens andra socialförvaltningar och för stora delar av landet.

Individbaserad systematisk uppföljning kommer att vara ett fokusområde för hela förvaltningen, bland annat genom en temadag för chefer som hölls i november. Ett team i förvaltningen, som inkluderar vuxenområdets planeringsledare, går en utbildning hos Göteborgsregionen i individbaserad systematisk uppföljning med start i oktober 2023 och slut under våren 2024. Syftet är att genomföra ett uppföljningsprojekt och stärka kompetensen för spridning i förvaltningens verksamheter.

Utöver ovanstående visar området goda resultaten i öppna jämförelser om våld i nära relationer. Exempelvis har förvaltningen aktuella rutiner vid indikation på att en vuxen utsatts för våld av en närstående inom ärenden avseende ekonomiskt bistånd och inom missbruks- och beroendevården. Området får huvudsakligen negativa resultat för indikatorer relaterade till individbaserad systematisk uppföljning och indikatorer relaterade till LSS, socialpsykiatri och äldreomsorg vilka inte omfattas av områdets verksamhet.

4.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik			
Ingen kritik			
Stadsrevisionen			
Rekommendationer			
Revisionskritik			
Annan extern granskare			

Området har inte omfattats av granskningar från stadsrevisionen, IVO eller andra externa granskare under kvalitetsåret.

4.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda

Löpande granskningar

I det löpande arbetet genomför 1:e socialsekreterare ärendegenomgångar tillsammans med samtliga socialsekreterare. Arbetssättet syftar till att säkerställa att ärenden hanteras enligt socialtjänstprocessen och att handläggningen håller en god kvalitet.

Frekvensen på ärendegenomgångarna varierar mellan enheterna, från var sjätte vecka till 1-2 gånger per termin. Områdets 1:e socialsekreterare har fått i uppdrag att ta fram en gemensam mall för genomgångarna, då de för närvarande sker på olika sätt. Syftet är att den gemensamma mallen ska bidra till att bedömningar och arbetssätt mellan utredningsenheterna är jämlika.

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

generella åtgärder. Exempelvis har en av utredningsenheterna med anledning av resultat av ärendegenomgångar haft ytterligare genomgångar av vägledningen för bistånd till boende.

En administrativ rutin säkerställer att avtal och fakturahantering sköts ändamålsenligt. Som en del av rutinen kontrolleras att det alltid finns avtal då insatser köps externt. Rutinen inkluderar även granskning i förhållande till verksamhetssystemet Treserva, vilket också bidrar till en korrekt handläggning.

Under året har avtalscontroller löpande granskat innehållet i förfrågningar till SPINK. Avtalscontrollers bedömning av förfrågningarna är att de generellt är av god kvalitet. Medarbetare får vid behov stöd av avtalscontroller att skriva förfrågningar och vid valet av utförare. Effekten av detta har varit att handläggare får en högre kompetens och trygghet inom förfrågnings- och beställarprocessen, såväl som bättre möjligheter för den enskilde att få en insats av hög kvalitet.

Särskild granskning

Utöver ovanstående har avdelningen också med anledning av förvaltningens ekonomiska läge 2023 genomfört särskilda granskningar av boendeinsatser. Vid granskningen kontrolleras att samtliga personer med placering har fått stöd i rätt form och av rätt huvudman. Granskningen gav underlag för en närmare dialog med förvaltningen för funktionsstöd i ärenden där samverkan krävs för att möta den enskildes behov, såväl som om vilka ärenden som var aktuella för samfinansiering eller överlämning. Under våren påbörjades planering för ett särskilt samverkansforum mellan förvaltningarnas mottagningsenheter för gemensam planering redan i aktuella ärendens inledningsskede. Det nya arbetssättet har startats under hösten.

4.1.1.6 Övrig egenkontroll

Avdelningen tog 2022 tillsammans med avdelning Barn och unga fram en egenkontrollplan som specificerar vilka kontroller som ska göras, i vilken frekvens och hur resultaten ska omhändertas. Planen omfattar bland annat en stickprovskontroll av handläggning och dokumentation i individärenden, kontroll av behörigheter i ärenden med skyddade personuppgifter och granskning av aktivitetsloggar i Treserva.

Enhetschefer analyserar resultaten av egenkontrollerna två gånger årligen och tar fram lämpliga åtgärder då resultaten påvisar behov.

Handläggning och dokumentation

Den samlade bedömningen av egenkontrollerna som genomförts hösten 2022 och våren 2023 är att kvaliteten i handläggningen generellt är god, men också att det funnits behov av vissa utvecklingsåtgärder.

Dessa har inkluderat att förstärka arbetet med barnkonsekvensanalyser i ärenden som avser vuxna, såväl som att utveckla arbetet med arbets- och genomförandeplaner. Granskningen visade även att det förekommer att avslut av verkställigheter inte registreras i Treserva, vilket kan leda till felaktigheter i uppföljning och prognoser. En del ärenden hade längre utredningstider till följd av att de enskilda inte gått att nå eller inte medverkat i utredningsarbetet, vilket kunde ha motiverat att utredningarna avslutats tidigare. Det kan även finnas organisatoriska anledningar till långa utredningstider, som brister i socialsekreterares planering.

Kontroll av behörighet i ärenden med skyddade personuppgifter

Egenkontrollerna har inte visat på några betydande brister inom verksamhetsområdet.

Granskning av aktivitetsloggar i Treserva

På två av tre enheter fanns inga anmärkningar vid granskningen. En enhet noterade att sökningar som inte var motiverade ur tjänstesynpunkt hade gjorts i folkbokföringsregistret (ej personakt), då dessa avsåg offentliga uppgifter. Händelsen åtgärdades genom dialog på enheten om att aktiviteten i Tresa ska begränsas till det som krävs för att utföra arbetet, oavsett vad det gäller.

4.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

4.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Utförande av tjänst	3
Inflytande	2
Bemötande	1
Utbud	1
Annat	1
Rättssäkerhet	1

Under perioden 1 september 2022 till 31 augusti 2023 har 9 synpunkter registrerats inom verksamhetsområdet. De flesta avvikelserna avser klagomål på utförandet av insats, eller att den enskilde inte beviljats en insats synpunktslämnaren anser att denne borde fått. I dessa fall har det återkopplats att handläggning och beslut efter granskning bedömts vara korrekt.

Antalet inkomna synpunkter för få för att kunna bedriva systematisk verksamhetsutveckling med dessa som grund. Istället förbättras processer huvudsakligen på enskilda enheter till följd av specifika synpunkter om det bedöms relevant. Verksamhetsutvecklingen försvåras även av att ärendesystemet upplevs daterat och inte stödjer en smidig handläggning. Det gäller i synnerhet vid sammanställning av synpunkter.

Vid sammanställningen av synpunkter noterades att dokumentationen av ärendet i vissa fall är bristfällig, exempelvis vad gäller att dokumentera huruvida den enskilde fått återkoppling. Avdelningen avser att inhämta synpunkter från den enskilde i högre utsträckning samt i högre grad registrera inkomna synpunkter i enlighet med rutin.

4.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta SoL/LSS-ärende	8
Samverkan extern/intern	7 (4/3)
Rättigheter och bemötande	5
Post, inkommen handling	4
Utförande av SoL/LSS-insats	3
Dokumentation – allmän	2
Avvikelse inkommen från extern part	1
Övergrepp, självskada, hot	1
Övrigt	12

Avvikelser hanteras löpande och därmed har de flesta avvikelser som nämns redan åtgärdats.

De vanligast förekommande områdena för avvikelser är rör utredning och beslut, samt intern och extern samverkan. Inom utredning och beslut handlar avvikelserna om brister i informationsinhämtning, långa utredningstider och att beslut saknats. Att utredningstiderna ibland är långa har också noterats i granskning enligt avdelningens egenkontrollplan.

Den vanligaste orsaken till avvikelser är brister i organisation och samverkan, både internt och externt. Processer avstannar ofta på grund av att samverkanspartners, ofta vården, inte deltar i samverkansformer som exempelvis vid upprättande av samordnade individuella planer (SIP).

Avvikelseerna kan även ha sin grund i brister i riktlinjer och rutiner, såväl som att rutiner inte är kända eller att rutin saknas. Mängden rutiner i Göteborgs stad gör det svårt för socialsekreterare, särskilt nyanställda, att ha en överblick av fastställda arbetssätt. Då rutiner inte är kända tas de upp på APT eller metod. Om det bedöms att rutiner saknas tas nya fram.

Avvikelseprocessen

Sedan förvaltningens inrättande 2021 har antalet registrerade avvikelser varierat år till år. 2021 rapporterades 48 avvikelser, vilket sjönk till 25 2022. Per oktober 2023 har 43 avvikelser registrerats. Variationen beror sannolikt på en större intern omorganisation 2022. Sedan organisationen stabiliserats har antalet avvikelser ökat, men för att ytterligare främja och möjliggöra verksamhetsutveckling bör antalet öka ännu mer. För att möjliggöra detta bör det inom området förtydligas varför socialtjänsten arbetar med avvikelser – det vill säga att det huvudsakliga syftet är att lära av misstag och att höja kvaliteten i verksamheten.

Att klargöra syftet med avvikelshanteringen är särskilt viktigt med hänsyn till områdets höga personalomsättning, då nya handläggare kan ha lägre kunskap om avvikelseprocessen. I dag får nya medarbetare information om avvikelshantering som en del i introduktionen och enheterna lyfter regelbundet frågan på APT eller metod. Området ser ändå att det finns ytterligare behov att stärka och systematisera arbetet i avvikelseprocessen. Avdelningen reviderar under hösten 2023 den gemensamma introduktionsplanen, där genomgång av avvikelshantering tillsammans med verksamhetsutvecklare kommer att inkluderas.

Avvikelsehanteringen i samverkan med vården upplevs som problematisk på grund av att avvikelser utöver att registreras i Treserva, även ska registreras i Medcontrol PRO. Arbetssättet medför en risk att avvikelser inte registreras korrekt då det upplevs som dubbelarbete, men även då det kan vara oklart att avvikelser ska rapporteras i båda systemen.

Avvikelser hanteras systematiskt på den nivå som krävs. Enhetschef utreder och bedömer avvikelserna och avgör lämplig hantering. Ofta kan avvikelser hanteras på enhetsnivå, men om avvikelser har relevans för hela verksamhetsområdet kan åtgärden gälla revidering eller tillskapande av rutiner.

4.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Brister i samverkan mellan olika förvaltningar som medfört att rätt förutsättningar till stöd inte givits. Bedömdes vara missförhållande enligt Lex Sarah (dnr N164 0282/23).	Att på berörd enhet gå igenom och arbeta med Göteborgs stads rutin för samordnad plan och samtycke i ärenden som kräver samordning från två eller flera förvaltningar. Åtgärden har genomförts.

Ärende	Föreslagna åtgärder

Förvaltningens arbete med Lex Sarah har under 2023 förstärkts genom utökning med en heltidstjänst som socialt ansvarig socionom (SAS). Utökningen har resulterat i ett effektivare arbete med Lex Sarah-utredningar, vilka tidigare kunde ta lång tid att slutföra efter anmäld händelse.

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
Utveckla den systematiska uppföljningen och vidare att använda resultatet av den systematiska uppföljningen för att utveckla verksamheten. Det gäller bland annat egenkontroller, avvikelser, synpunkter och klagomål, uppföljning av insatser samt brukarundersökningar.	Avdelningen arbetar systematiskt med intern kontroll via egenkontrollplanen som antogs 2022. Planen har implementerats och blivit en del av det ordinarie kvalitetsarbetet. Resultaten av egenkontrollerna omhändertas bland annat i verksamhetsplaneringen, men även i förekommande fall i mindre skala direkt på berörda enheter. Enheterna arbetar på olika sätt med avvikelser. En enhet går löpande igenom aktuella avvikelser på APT, medan andra gör det mer sporadiskt. Avdelningen följer avvikelser på aggregerad nivå årligen genom sammanställningar som görs av chefsstöd. Avvikelsehanteringen är fortsatt ett utvecklingsområde.
Öka kunskap bland medarbetare och chefer inom VINR (vård i nära relationer) och implementera tillämpning av dess arbetssätt och metod.	Enhetschefer har säkerställt att samtliga medarbetare medarbetare fått eller får grundutbildning genom Göteborgs Stads kompetenscentrum vård i nära relationer (före detta Dialoga). Medarbetarna har fått en märkbart högre kompetens inom området och enhetschefer bedömer att kvaliteten på arbetet har höjts. Åtgärder för att höja kompetensen hos enhetschefer planeras till 2024. Utöver detta ska alla klienter screenas genom att de får svara på FREDA-kortfrågor. Vuxenstödteamet erbjuder även samtal som stöd till förövare.
Upprätta en plan för kompetensutveckling/-försörjning för att säkerställa kunskapsnivån bland medarbetarna i relation till behoven som finns inom verksamhetsområdet.	Avdelningen har påbörjat arbetet med en kompetensutvecklingsplan. Planeras vara klar till årsskiftet.

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Utveckla samverkan och arbeta vidare med gränssnitt mellan socialförvaltningarna i staden med förvaltningen för Funktionsstöd och med hälso- och sjukvården.	Områdets enhetschefer har inrättat en gemensam arbetsgrupp med förvaltningen för funktionsstöd för att hantera gränssnittsfrågor. Den nya anvisningen om gränssnitt mellan förvaltningarna antogs i maj och arbetsgruppen inledde det konkreta arbetet i november. Gruppen kommer att hantera tre ärenden där samverkan krävs mellan socialförvaltningen och förvaltningen för funktionsstöd per vecka. Samverkan med hälso- och sjukvården hanteras delvis inom ramen för NOSAM, som nyligen omstrukturerats och ska fastställa en handlingsplan för hur socialförvaltningen och hälso- och sjukvården ska samverka framöver. Samverkan med vården upplevs fortsatt ofta som utmanande.
Fortsätta arbetet med hot och våld samt otillåten påverkan.	Arbetet är ett fokusområde för hela förvaltningen, bland annat genom framtagande av APT-material och ett ledarforum på temat stärkt samverkan med Polisen. (gemensam informationsträff för chefer). Avdelningsledningsgruppen har även organiserat en workshop för enhetschefer, ledd av stadsledningskontoret. Förvaltningen har hyrt in permanenta väktare i receptionerna på Mäster Johansgatan och Första Långgatan, vilka tidigare upplevts otrygga av medarbetare.
Förbättra det systematiska uppföljningsarbetet, för att följa huruvida insatser och stöd gett den effekt som har avsetts.	Området har fokuserat på att öka användningen av ASI och UBÅT (uppföljningsmetoder i individärenden). Forsatt ett förbättringsområde.

4.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Sedan förvaltningen startade pågår ett omfattande kvalitetsarbete. Verksamheten har utvecklat arbetssätt, rutiner, samverkan med mera i det sociala arbetet, men också specifikt utifrån kvalitetsledningssystemet, exempelvis genom egenkontrollplan och systematiserat arbetet med avvikelser. Verksamheten bedöms hålla en generellt god kvalitet och kommer fortsatt bedriva utvecklingsarbeten för att höja kvaliteten.

Det systematiska kvalitetsarbetet har påvisat ett flertal utvecklingsområden. Ett utvecklingsområde som belyses i flera kontroller är individbaserad systematisk uppföljning. Avdelningen följer alltid upp ärenden på individnivå, men har i låg utsträckning systematiserat uppföljning på gruppnivå för analys och verksamhetsutveckling. Sådan uppföljning kommer att vara ett utvecklingsområde framöver, inte minst i relation till kategoriplan vuxen som fastställdes i mars 2023 och inkluderar individbaserad systematisk uppföljning som ett led i att säkerställa följsamhet mot nationella riktlinjer och arbete med beprövade metoder.

Verksamheten har också beslutat att ta fram en gemensam mall för ärendegenomgångar, vilket bland annat ska säkerställa att enheterna gör likvärdiga bedömningar. Standardiserade mallar ger också bättre förutsättningar för att genomföra målgruppsanalyser på en avdelningsövergripande nivå.

Egenkontrollerna har också visat på av att öka följsamheten till socialtjänstprocessen och att förbättra handläggning och dokumentation. Åtgärden kommer att ingå i verksamhetsplanen 2024 genom att bryta ner den i mindre aktiviteter, vilket kan komma att innefatta exempelvis att utveckla arbetet med barnkonsekvensanalyser i ärenden som avser vuxna, såväl som att stärka arbetet med arbets- och genomförandeplaner.

Slutligen kommer avdelningen även att fokusera på att stärka avvikelseprocessen, bland annat genom målet att fler avvikelser ska registreras för att främja

verksamhetsutveckling.

Planerade förbättringsåtgärder
Utveckla arbetet med individbaserad systematisk uppföljning, inklusive med ASI och UBÅT
Ta fram en gemensam form för ärendegenomgångar
Öka följsamheten till socialtjänstprocessen och förbättra handläggning och dokumentation
Stärka och systematisera arbetet i avvikelseprocessen
Inhämta synpunkter från den enskilde i högre utsträckning samt i högre grad registrera inkomna synpunkter i enlighet med rutin

5 Stadsövergripande uppdrag - barn, familj och trygghet

5.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

Det här avsnittet innehåller en sammanställning av de viktigaste resultaten/iakttagelserna från olika underlag inom det systematiska kvalitetsarbetet. Sammanställningen ger underlag för avsnittet 6.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder.

5.1.1 Egenkontroll

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

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

5.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

En förutsättning för att lyckas med vårt arbete, i alla våra uppdrag, är att ha en hög grad av brukardelaktighet. Att skapa inflytande och delaktighet för dem vi möter är inbyggt i våra arbetsmetoder. Flera av avdelningens verksamheter erbjuder serviceinsatser och dit söker brukarna frivilligt och med en egen önskan och motivation om förändring. I uppdraget att skapa största möjliga nytta för dem vi är till för, utformar vi insatsen gemensamt med brukaren för att säkerställa att vi utgår ifrån de behov och önskemål som hen har.

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

Barn som är aktuella i familjerättsliga ärenden har fått ökade möjligheter till delaktighet, bland annat genom arbetet med LÖSA!. Barnen får bland annat ta del av barnanpassade vårdnadsutredningar och utredningar av närståendeadoption samt förbättrad och anpassad information om olika moment i faderskapsutredningar. Ett fortsatt förbättringsområde är att öka barns delaktighet i samarbetsamtal.

En av våra viktigaste iakttagelser är att brukarinflytande inte enbart är viktigt för att höja kvaliteten på insatserna utan att det bidrar till att insatserna ger bättre resultat för den enskilde, när hen får möjlighet att vara delaktig i utformandet. I familjerättsliga processer är förhoppningen att genom att än tydligare synliggöra och låta barnet komma till tals, öka förutsättningarna för föräldrarna att nå samförstånd utifrån barnets bästa i ärendet.

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

5.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Jag vet hur jag lämnar synpunkter eller klagar om jag inte är nöjd	78 %	Avdelningen kommer 2024 arbeta med att implementera rutinen för synpunkts- och klagomålshantering och arbeta för att det finns information om hur synpunkter/klagomål kan lämnas av brukare.
Jag vet hur och var jag kan få tag på den information jag behöver	86 %	Resultatet är högt, men samtidigt möter vi människor i ett tidigt skeende innan de har kontakt med myndighetsutövande socialtjänst. Därför är det viktigt att det finns information om andra verksamheter inom Göteborgs Stad för att ha goda möjligheter att hänvisa vidare till annat stöd då det behovet finns.

I brukarundersökningen för 2022 har respondenterna utifrån frågor/påståenden kunna välja fem alternativ, där fem varit det högsta (Håller med helt och hållet) och ett det lägsta (Håller inte alls med). Index baseras sedan på en hundra gradig skalan utifrån svaren på frågorna.

Resultaten från brukarenkäterna för avdelningen 2022 är i regel högt, med 78 procent eller mer för respektive påstående/fråga. Det följer resultat för både Socialförvaltningen Centrum och hela Göteborgs Stad. Det är endast upp till fyra procentenheter som skiljer (+/-). Avdelningen fick 322 svar, men det skiljer sig åt mellan enheterna.

Även om resultaten kan variera mellan enheterna är det generellt sett goda resultat. Avdelningen har höga siffror för förståelse, bemötande, trygghet och nöjdhet ("Jag förstår den information jag får av personalen" 96 %, "Jag är nöjd med bemötandet jag får av personalen" 98 %, "Jag är trygg i verksamheten" 95 %, "Hur nöjd är du i stort med den hjälp eller stöd du får?" 90 %). Det kan visa på att verksamheterna ses som viktiga, ger gott stöd och att brukarna har ett stort förtroende. Däremot är det viktigt med arbete främst gällande information och synpunktshantering.

Frågan om "Hur har din situation ändrats i och med det stöd du får från oss?" har 83 %. Det är positivt att situationen ändrats för en stor andel av brukarna efter kontakten med oss.

Vad gäller synpunktshandlingen har resultaten för den varit lägre även tidigare år. Vi har vidtagit åtgärder men behöver förbättra informationen om möjligheten att lämna synpunkter. Vi kommer fortsätta med det arbetet under 2024.

5.1.1.3 Externa tillsyner och granskningar

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

Revisionskritik			
Annan extern granskare			
Socialnämnden - Centrum - Hisingen - Nordost - Sydväst		Varje månad genomför politiker från de fyra socialnämnderna stickprov av ärenden hos Familjerättsbyrån.	Inga anmärkningar under kvalitetsåret.

5.1.1.4 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda

Avdelningen har inte genomfört några interna granskningar under tidsperioden.

5.1.1.5 Övrig egenkontroll

Genomförda egenkontroller inom myndighetsutövningen på Familjerättsbyrån visar sammantaget på god ärendehantering med fullgod dokumentation. Under våren hade Familjerättsbyrån särskilt fokus på upplysningar och under hösten 2022 på avtalsärenden. Rutiner har tagits fram för handläggningen av faderskapsutredningar för ensamkommande barn. Ett utvecklingsarbete handlar om att göra barn delaktiga i samarbetssamtal. Idag är det få barnsamtal i de ärendena. Det är också ett högt inflöde av samarbetssamtal och finns ett behov att följa upp hur ärendena handläggs på bästa sätt.

På samtalsmottagningarna genomför vi ärendeavstämningar. De hanteras i varje verksamhet och är i dagsläget inget vi sammanställer på avdelningsnivå. Under 2024 kommer vi göra ett gemensamt arbete för att förbättra ärendeavstämningar i syfte att göra det mer likvärdigt och arbeta för gemensam uppföljning.

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

Sammantaget behöver vi förbättra arbetet med egenkontroller och se över vilka kontroller vi behöver göra för att säkerställa kvaliteten i verksamheterna och i enlighet med förvaltningens rutin.

Individbaserad systematisk uppföljning (ISU) är en form av egenkontroll som vi under en längre tid har haft ambition om att utveckla inom avdelningen men inte haft utrymme att ta oss an. Under hösten startade en gemensam satsning med de fyra socialförvaltningarna kring ISU där vi deltar med Ungdomstjänst.

I de verksamheter som använder UngDok får vi bra underlag för uppföljning på både individ- och gruppnivå. I arbetet med ungdomar med missbruksrelaterade problem har det länge varit en utmaning att få till uppföljning efter tre månader men nu börjar arbetet ge resultat. Förhoppningen är att vi har ett tillräckligt uppföljningsunderlag vid helåret i år.

5.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

5.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Bemötande	3
Utförande av tjänst	4
Tillgänglighet	1

Under kvalitetsåret har åtta synpunkter inkommit (föregående år 17). Tre gäller beröm, en gäller klagomål bland annat rörande lång väntetid, en gäller flera olika delar (fråga, klagomål, beröm, förslag) och tre gäller att brukare upplevt kontakt otillfredsställande eller att kommunikationen från oss varit bristfällig. Vi har hanterat samtliga återkopplat till synpunktslämnaren om hen efterfrågat det.

Vi har fått in ett lägre antal synpunkter än tidigare år och det låga antalet ger inget underlag till systematiskt förbättringsarbete. De enskilda synpunkterna har vi hanterat och vidtagit förbättringsåtgärder där det funnits behov av det. I kontakten med brukarna framförs både synpunkter, klagomål och beröm. De hanteras ofta i ärendet, dokumenteras i personakt om sådan finns (det vill säga inom myndighetsutövning) och registreras inte alltid som synpunkt.

Vi har tidigare uppmärksammat att förvaltningens hantering av synpunkter kan förenklas. En mindre omständlig process ökar förutsättningarna för korrekt hantering. Vi har också identifierat att det kan finnas skäl att vissa klagomål bör hanteras av fler eller andra funktioner än inom berörd enhet och av ansvarig enhetschef för öka rättssäkerheten och fler perspektiv i hanteringen. Förbättringsåtgärder vi tar med inom avdelningen inför kommande år är att åter aktualisera hanteringen enligt rutinen, se över och vid behov förbättra arbetssätt samt bättre informera brukare om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål. Det senare bekräftas av resultaten i senaste brukarenkäten.

5.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Hot	2
Post, inkommen handling	9

Under aktuell tidsperiod har elva avvikelser rapporterats inom avdelningen (sex under föregående tidsperiod). För avvikelserna som handlat om hot har åtgärder varit att förbättra rutiner och att vidta säkerhetsåtgärder. De övriga avvikelserna handlar om frågor kring hur e-post får användas och att information skickats felaktigt och att obehörig kunnat ta del av informationen. De avvikelserna är utredda.

Dokumentation av avvikelser görs i Treserva. Verksamheter som inte använder Treserva för individdokumentation har hänvisats till en reservrapport för avvikelser, men det har saknats en fungerande hantering för sådana avvikelser. Det finns möjlighet

att använda Treserva för avvikelser även för de verksamheterna som inte använder systemet. Vi kommer att arbeta med frågan under 2024.

5.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder

Under kvalitetsåret har två lex Sarah-utredningar gjorts (två föregående år). Ingen av utredningarna har lett till anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Händelserna där missförhållande konstaterades handlade om sekretessfrågor angående dokumentation i skyddade ärenden. De åtgärdsförslag som gavs i utredningen handlade om genomgång inom verksamheten vilka uppgifter som kan dokumenteras och hur uppgifterna kan användas. Berörda verksamheter har vidtagit åtgärder med anledning av det inträffade.

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
Fortsätta förbättra individbaserad systematisk uppföljning	Vi har påbörjat arbetet inom ramen för gemensamt projekt och fortsätter det under nästa år. Ytterligare arbete behöver göras för övriga verksamheter, där delar kan komma att ingå inom ramen för kategoriarbetet.
Fortsatt se över hantering av egenkontroller och implementera rutiner för de kontroller ska göras inom myndighetsutövningen	Familjerätten har börjat ett arbete med egenkontroller och tagit fram en mall för det. Layouten för mallen ska utvecklas. Fortsatt arbete med egenkontroller planeras även till nästa år.

5.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Sammanfattningsvis är bedömningen att våra verksamheter håller god kvalitet och att

avdelningens systematiska kvalitetsarbete fungerar relativt väl, även om det finns förbättringsmöjligheter i framför allt systematiken. Avdelningens verksamheter har olika uppdrag, både service i ett tidigt skede och myndighetsutövning. Förutsättningarna skiljer sig därmed, vilket också ligger till grund för hur vi bör prioritera i det fortsatta arbetet. Samtidigt kan kommande nya lagstiftningar påverka utformningen av verksamhet och insatser och likaså vår prioritering. Trots olikheter i uppdrag och karaktär på verksamheterna finns det vinster med att vi har ett arbetssätt där vi gemensamt analyserar synpunkter, klagomål och avvikelser i verksamheten, inte minst för ett vidare analys, gemensamt lärande och möjligtvis godare förutsättningar för förbättringsarbetet.

Vi arbetar aktivt för brukarinflytande och för att stärka barns delaktighet på olika sätt, vilket är ett arbete som kommer att fortsätta. Brukarenkäterna visar på generellt goda resultat för avdelningens verksamheter, framförallt gällande förståelse, bemötande, trygghet och nöjdhet.

Utvecklingsområden för att förbättra vårt kvalitetsarbete handlar om synpunktshantering och vissa frågor gällande avvikelser och egenkontroller. Visst förbättringsarbete har gjorts på förvaltningsnivå men det finns behov av att vi ser över hanteringen och systematiken igen. I brukarenkäten för 2022 framgår att det är viktigt att fortsätta arbeta med frågan. Genom bättre hantering av synpunkter och information till brukare om hur synpunkter/klagomål kan lämnas kan vi också förbättra kvaliteten i verksamheterna.

För verksamheter som inte använder Treserva för individdokumentation behöver vi förbättra möjligheterna för dokumentation av avvikelser.

Våra interna egenkontroller visar på god kvalitet vid ärenden vid Familjerättsbyrån. Samtalsmottagningarna har ärendeavstämningar, som vi arbetar för att förbättra och göra mer likvärdiga. Inför 2024 behöver vi ta ett samlat tag kring en systematisk hantering av de egenkontroller vi behöver göra för att säkerställa kvalitet i verksamheten.

Inom ramen för kategoriarbetet inom vuxenområdet har ett gemensamt arbete startat upp avseende säkerställa kvalitet i de förvaltningsgemensamma verksamheterna, ett arbete som kommer att fortsätta under nästa år.

Planerade förbättringsåtgärder
Avvikelsehantering. Förbättra dokumentation av avvikelser i verksamheter som inte använder Treserva (utforska hur Treserva avvikelsemodul kan användas även av de verksamheterna).
Egenkontroller. Gemensamt arbete för att förbättra ärendeavstämningar för samtalsmottagningar och göra arbetet mer likvärdigt. Se över arbetet med egenkontroller inom myndighetsutövningen och förbättra vid behov.
Synpunktshantering. Förbättra arbetet med synpunktshantering, informera brukare om hur synpunkter/klagomål kan lämnas.

6 Stadsövergripande verksamheter

6.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete

Det här avsnittet innehåller en sammanställning av de viktigaste resultaten/iakttagelserna från olika underlag inom det systematiska kvalitetsarbetet. Sammanställningen ger underlag för avsnittet 7.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder.

6.1.1 Egenkontroll

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

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

6.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

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

Etableringsenheten arbetar med att säkerställa brukarnas inflytande genom att samla in brukarperspektiv på både individ- och gruppnivå. Vi har flera olika arbetssätt som exempelvis fokusgrupper och utvärderingsfrågor vid integrationsårets avslut. För att möjliggöra en högre grad av delaktighet har vi också översatt information till de vanligast förekommande språken i verksamhetens målgrupp. Genom utvärderingsfrågorna kan vi mäta andelen klienter som anser sig ha fått stöd och information som hjälpt dem att enklare ta sig fram i det svenska samhället. Från resultaten kan vi bland annat utläsa att det finns en nöjdhet med bemötande och information, men att brukarna kan uppleva en brist på information kopplat till sitt ärende och att detta är ett arbete som vi fortsatt behöver utveckla.

Enheten för alkohol- spel- och drogproblem har verksamheter som erbjuder serviceinsatser till personer som vill ha hjälp med ett problematiskt bruk, men också till anhöriga. Personerna söker sig frivilligt till verksamheterna och de behov som den hjälpsökande själv ger uttryck för är vägledande för insatserna. Vi använder olika metoder både inför, under och efter insatser för att öka delaktighet. Bland annat FIT (feedback informed treatment) vilket innebär att vi rutinmässigt samlar in synpunkter på relationen mellan den enskilde och behandlaren, liksom på resultatet av samtalen med syfte att förbättra fortsatta insatser. Vi använder oss också av DOK (Dokumentationssystem inom missbruksvården) för informationsinhämtning och där vi har vidareutvecklat arbetet bland annat genom att ta fram en möjlighet att fylla i intervjuformulär elektroniskt. Detta ska underlätta för klienterna att fylla i formulären vilket förhoppningsvis kommer att öka svarsfrekvensen och kommer ge oss värdefull information inför verksamhetsutveckling.

Andra metoder för att arbeta med delaktighet är exempelvis fokusgrupper där Respons alkoholrådgivning har genomfört fokusgruppsintervjuer med klienter med syfte att få klienternas uppfattning om vår verksamhet, med särskilt fokus på mottagningsförfarande samt utbud av insatser. Det som framkommit är att klienterna är nöjda med insatserna, men tycker att vi behöver synas mer. Det fanns också önskemål om större utbud av gruppbehandling samt ökad tillgänglighet i lokalerna, vilket vi har arbetat vidare med.

6.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Jag vet hur jag lämnar synpunkter eller klagar om jag inte är nöjd	85	(Behandlingsgruppen för drogproblem)
	83	(Respons alkoholrådgivning)
	73	(Spelberoendeteamet)

Enheten för alkohol- spel- och drogproblem är den enhet som omfattades av 2022 års brukarenkät (utförandeenkäten). Där har enkäten kunnat besvaras av besökare inom tre team: Behandlingsgruppen för drogproblem, Respons alkoholrådgivning och Spelberoendeteamet.

De som har svarat på enkäten har svarat på frågor på en femgradig skala, där fem står för *håller med helt och hållet* och ett står för *håller inte alls med*. Svarsindex redovisas på en hundrigradig skala för de frågor som har besvarats.

Svarsfrekvensen ligger på totalt 283 svarande, där Behandlingsgruppen för drogproblem har 160 svar, Respons alkoholrådgivning 107 svar och Spelberoendeteamet 16 svar.

Resultatet för hela enheten och delresultaten för de olika teamen är genomgående höga och ligger över snittet för Göteborgs Stad., utom på en fråga för ett team.

Det resultat som enheten bedömt som viktigast att agera på är *"Jag vet hur jag lämnar synpunkter eller klagar om jag inte är nöjd"*. Där var index för Behandlingsgruppen för drogproblem 85, Respons alkoholrådgivning 83 och Spelberoendeteamet 73. Index för Göteborgs Stad var 81. Verksamheten kan se att det endast inkommit ett fåtal synpunkter under året. Vi har broschyrer synliga i verksamheten och arbetar med frågan för att se över möjligheten att ha en direktlänk för synpunkter på hemsidan.

6.1.1.3 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik			
Ingen kritik			
Stadsrevisionen			
Rekommendationer			
Revisionskritik			
Annan extern granskare			
Justitieombudsmannen		JO inledde initiativärendet efter att ha tagit del av uppgifter om socialtjänstens arbete enligt den så kallade Islandsmodellen. Frågor som då väcktes var bland annat om vissa socialtjänster i Göteborgs och Stockholms kommuner genomförde oanmälda hembesök. I beslutet uttalar sig JO om bland annat förutsättningarna för att kunna	Inleda utredning innan hembesök Säkerställa kompetensutveckling

		genomföra ett hembesök. För att socialtjänsten ska ha rätt att göra ett sådant besök, oavsett om det sker inom ramen för Islandsmodellen eller inte, måste givetvis de rättsliga förutsättningarna vara uppfyllda. Socialtjänsten har inte rätt att genomföra hembesök endast av den anledningen att ett ärende handläggs enligt Islandsmodellen. Ett noga övervägande om ett sådant besök över huvud taget är nödvändigt ska alltid göras. I beslutet får Socialnämnden Centrum i Göteborgs kommun kritik för att ha genomfört hembesök i strid med sina egna rutiner. JO uttalar att det som har kommit fram i initiativet tyder på att hembesök som görs inom ramen för Islandsmodellen kan ske slentrianmässigt. Enligt JO är detta allvarligt och inger viss oro för socialtjänsternas framtida arbete enligt modellen. JO avser att följa den framtida utvecklingen och tillämpningen av Islandsmodellen.	

6.1.1.4 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda

Avdelningen har inte genomfört några granskningar under den aktuella tidsperioden.

6.1.1.5 Övrig egenkontroll

Etableringsenheten genomför kontinuerligt egenkontroll inom tre områden: egenkontroll vid effektivering av beslut, egenkontroll av skyddade ärenden och fördjupad ärendegranskning.

Egenkontroll av skyddade ärende har genomförts enligt plan och vi har inte funnit något att anmärka över vid uppföljning. Egenkontroll vid effektivering genomförs dagligen och vid senaste uppföljning kunde vi inte se några återkommande anmärkningar. Det kan dock bli aktuellt med en revidering av dessa kontroller då Etableringsenheten under hösten 2023 gått in i automatiseringen av försörjningsstöd. Det har medfört en förändring i att inga underlag ska lämnas i samband med ansökan i de flesta fall och att det också kommer att göras stickprov på ett annat sätt.

Vi genomför en fördjupad ärendegranskning på två ärenden varje månad. I uppföljningen av granskade ärenden ser vi att vi brister i att bland annat dokumentera hur kommunikationen med klienten ska ske. Vi ser även att vi inte fullt ut har kommit i gång med arbetsmetoderna (kartläggning och plan) för vårt integrationsarbete. Vi arbetar kontinuerligt med att utveckla och förbättra vårt arbete vilket har medfört en förbättring inom samtliga områden som granskas i Fördjupad ärendegranskning, jämfört

med tidigare år.

Under 2023 har vi även implementerat en fördjupad ärendegranskning för utförare. Vi har genomfört en första uppföljning som visar på att vi i vissa delar brister i dokumentationen. Under 2024 fortsätter arbetet med att säkerställa att vi dokumenterar enligt rutin.

Boutredningsenheten genomför en kontroll i egen regi två gånger per år då vi granskar tio procent av avslutade ärenden rörande dödsboanmälningar, begravningsärenden och provisoriska förvaltningar. De avvikelser som vi upptäcker är främst att det ibland förekommer avsteg från enhetens rutiner och att befintliga rutiner behöver ändras eller förtydligas. För att minska antalet avvikelser så arbetar vi med ett förbättringsarbete på enhetens metodmöten och vid verksamhetsmöten och planeringsdagar.

Förvaltarenheten genomför kontroll i egen regi genom att enhetens administrativa förvaltare granskar alla utförda (bokförda) transaktioner för alla förvaltare. Detta sker månadsvis och utfallet medför ibland att vi behöver ändra i våra rutiner. Detta tar vi främst upp och hanterar vid enhetens metodmöten.

Arbetsledarna på socialjouren genomför regelbundet egenkontroller i form av att varje månad granska slumpvist utvalda aktualiseringar. Vi tittar då på dokumentation att det exempelvis finns en skyddsbedömning i barnanmälningar, att det finns en motivering till ett avslag med mera. Återkoppling av resultatet sker direkt till berörd handläggare eller vid enskild metod men skulle också kunna lyftas för ett mer systematiskt lärande.

6.1.2 Synpunkter, avvikelser och lex Sarah

6.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Bemötande	18
Utförande av tjänst	3
Tillgänglighet	1

Under perioden 1 september 2022 till 31 augusti 2023 har 22 synpunkter registrerats inom verksamhetsområdet. Föregående period var det tio synpunkter. De flesta avvikelserna avser beröm framför allt gällande bemötande, men också gällande arbetssätt och insatser gentemot klienter. Några synpunkter gäller klagomål på bemötande och en synpunkt om att tillgänglighet kan förbättras.

En del enheter har arbetat med att försöka inhämta synpunkter i större utsträckning tillsammans med att synpunktsprocessen har förenklats har det medfört en viss ökning av registrerade synpunkter. Antalet inkomna synpunkter är dock för litet för att ge ett underlag till ett systematiskt förbättringsarbete. Vi har i stället hanterat de enskilda synpunkterna och vidtagit förbättringar utifrån dem där det har funnits behov av det.

6.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Dokumentation	39
Utreda och besluta om SoL/Lss ärende	20
Utförande av SoL/LSS-insats	10
Samverkan extern/intern	6
Post, inkommen handling	4

Under perioden 1 september 2022 till 31 augusti 2023 registrerade avdelningen 125 avvikelser, för samma period året innan var det 95 avvikelser.

För socialjourens räkning utgör majoriteten av upprättade avvikelser dokumentation och man har lagt aktualiseringen på fel förvaltning eller fel kommun. Det kan också innefatta att man har missat att bifoga handlingar som exempelvis inkommen polisanmälan till en aktualisering, att man inte har skrivit en skyddsbedömning på barn, eller att man inte har aktualiserat syskon.

En orsak till avvikelser gäller LSS-ärenden där det i huvudsak innefattar att socialjouren inte kan verkställa placeringar för såväl barn som vuxna med särskilda behov.

En annan avvikelseorsak omfattar brister i samverkan, där nödvändig information för handläggning av ärende inte har inkommit till socialjouren, där ordinarie socialkontor har hänvisat klient till socialjouren trots att klient inkommit med ansökan till dem eller där ordinarie socialkontor har gett avslag på dagtid och hänvisat klient till socialjouren på kvällstid.

För Etableringsenheten utgör avvikelserna framför allt olika former av enskilda misstag. Det som har återkommit vid uppföljning har varit brister i frånvarorutiner, exempelvis genom att telefoner inte har kopplats bort eller telefonsvarare som inte blivit avlyssnade. Detta är åtgärder som har hanterats i samband med genomgång av rutiner på arbetsplatsträffar.

Då verksamheterna inom avdelningen har olika karaktär är det svårt att bedriva att systematiskt förbättringsarbete utifrån avvikelser på avdelningsnivå. Däremot sker det arbete på enhetsnivå. Exempelvis har socialjouren utvecklat arbetet med att använda avvikelserna i ett lärande syfte. Enheten har utarbetat en process som innefattar att enhetschefer och arbetsledare regelbundet diskuterar avvikelser, där arbetsledarna sedan diskuterar bland annat mönster och enskilda händelser i metodgrupp tillsammans med samtliga socialsekreterare.

Verksamheten har också identifierat ett problem med att avvikelser inte registreras korrekt, vilket för med sig att avvikelser ligger kvar på verksamheten trots att de ska hanteras av annan socialförvaltning. Detta är ett arbete som vi kommer arbeta vidare med att åtgärda under 2024.

Under året har Förvaltarenheten och Boutredningsenheten börjat använda sig av MedControl Pro för avvikelshantering som gäller VGR, där är arbetet med att hantera och följa upp denna form av avvikelser under utveckling.

6.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Socialjourens lokaler lämnas obemannade av socialsekreterare nattetid då socialsekreterare är ute på uppdrag	Ordningstvakt som kan släppa in besökare i vårt väntrum. Meddelande på telefonsvar med information om att vi är upptagna och att man ska ringa 112 om det är akut. Prioriteringsrutin för hur olika scenarier ska hanteras när vi är mindre bemannade, vilket innefattar att ringa 1:e och informera ifall våra lokaler lämnas obemannade.
Ärenden med skyddade personuppgifter, handlingar förvaras i en fysisk pärm som finns tillgänglig för alla att läsa i	Vi dokumenterar direkt i Treserva även i skyddade ärenden, för ärenden aktuella i Göteborg. Vi har ett försättsblad till pärmen där man ska fylla i datum och signatur när man läser information i skyddade ärenden.

--	--

Under perioden 1 september 2022 till 31 augusti 2023 har två rapporter enligt Lex Sarah inom Socialjourens verksamhet utmynnat i beslut om att det inträffade är att betrakta som risk för missförhållande eller missförhållande. Fyra utredningar med anledning av rapporter från den aktuella perioden pågår, men är ännu inte avslutade med beslut. Inget av besluten har omfattat risk för allvarliga missförhållanden eller allvarliga missförhållanden och har därför inte varit föremål för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Föregående år var motsvarande antal ett beslut om allvarlig risk för missförhållande som anmäldes till IVO.

Verksamheten har arbetat med framtagna förbättringsåtgärder med anledning av de inrapporterade händelserna.

6.1.3 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.

6.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna

6.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

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

Vi arbetar aktivt för brukarinflytande på olika sätt, vilket är ett arbete som kommer att fortsätta. Brukarenkäter, utvärderingsfrågor och fokusgrupper visar på generellt på goda resultat och en nöjdhet med insatser för avdelningens verksamheter. Men vi ser samtidigt utvecklingsmöjligheter för högre svarsfrekvenser för att kunna få en fördjupad

bild och förbättra kvaliteten i verksamheterna. I arbetet med delaktighet och inflytande har vi också ett tydligt perspektiv att stärka barns delaktighet, vilket vi kommer att arbeta vidare med.

Då verksamheterna inom avdelningen har olika karaktär är det svårt att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete utifrån såväl avvikelser som synpunkter på avdelningsnivå. Vi ser dock att systematiken kan förbättras. Ett visst förbättringsarbete har gjorts på förvaltningsnivå men det finns behov av att vi ser över hanteringen och systematiken igen.

Våra interna egenkontroller visar på god kvalitet vid ärenden på Etableringsenheten. I de fördjupade ärendegranskningarna har vi konstaterat att vi har ett förbättringsområde i att bland annat dokumentera hur kommunikation med klienten ska ske. Under 2023 har enheten även implementerat en fördjupad ärendegranskning för utförare. En första uppföljning har genomförts och visar på att vi behöver arbeta med att säkerställa att vi dokumenterar enligt rutin.

Inom ramen för kategoriarbetet inom vuxenområdet har ett gemensamt arbete startat upp med uppdraget att säkerställa kvalitet i de förvaltningsgemensamma verksamheterna, ett arbete som kommer att fortsätta under nästa år.

Planerade förbättringsåtgärder
Synpunktshantering. Förbättra arbetet med synpunktshantering, informera brukare om hur synpunkter/klagomål kan lämnas.
Egenkontroller. Se över arbetet med egenkontroller inom myndighetsutövningen och förbättra vid behov.
Avvikelsehantering. Förbättra det systematiska arbetet med avvikelser på enhetsnivå. Förbättra dokumentation av avvikelser i verksamheter som inte använder Treserva (utforska hur Treserva avvikelsemodul kan användas även av de verksamheterna).