



Kvalitetsrapport socialförvaltningar

Socialnämnden Centrum

Innehållsförteckning

1	Inledning	4
1.1	Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang	4
1.2	Sammanfattande bedömning	5
2	Barn- och ungdomsvård	7
2.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	7
2.1.1	Egenkontroll	7
2.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	9
2.1.3	Förbättringsarbetet sedan förra året	11
2.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	12
3	Ekonomiskt bistånd	13
3.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	13
3.1.1	Egenkontroll	13
3.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	16
3.1.3	Förbättringsarbetet sedan förra året	17
3.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	17
4	Vuxna	19
4.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	19
4.1.1	Egenkontroll	19
4.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	22
4.1.3	Förbättringsarbetet sedan förra året	23
4.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	23
5	Stadsövergripande uppdrag - barn, familj och trygghet	25
5.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	25
5.1.1	Egenkontroll	25
5.1.2	Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah	28
5.1.3	Förbättringsarbetet sedan förra året	29
5.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	30
6	Stadenövergripande verksamheter	31
6.1	Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	31
6.1.1	Egenkontroll	31
6.1.2	Synpunkter, avvikelser och lex Sarah	33
6.1.3	Förbättringsarbetet sedan förra året	37
6.2	Slutsatser och förbättringsåtgärder	37

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.

Beskrivning av delar av kvalitetsarbetet

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.

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.

Risker

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 ska socialtjänsten löpande bedöma risker för brister i verksamhetens kvalitet, samt värdera hur sannolika händelserna är och vilka konsekvenser de kan få.

Arbetet med risker gäller samtliga verksamheter och beskrivs här istället för i respektive avsnitt. Enheterna arbetar i huvudsak med risker vid förändringar i verksamheten och inför verksamhetsplanering. Risker värderas och åtgärder tas med i planeringen. Förvaltningens samlade riskarbete görs i budgetprocessen, där nämnden beslutar om riskbild och åtgärder.

Läshänvisning

Kvalitetsrapporten innehåller sex avsnitt. I det första avsnittet finns en samlad bedömning och därefter följer rapportering för verksamheterna barn och ungdomsvård, ekonomiskt bistånd, vuxna samt två avdelningar stadenövergripande uppdrag – barn, familj och trygghet samt stadenövergripande verksamheter.

1.2 Sammanfattande bedömning

Årets uppföljning av kvalitetsarbetet visar både på utveckling och behov av förbättring. Under kvalitetsåret har verksamheterna bland annat arbetat med att förbättra barnrättsarbetet, handläggning och dokumentation, rapportering av avvikelser och utvecklat individbaserad systematisk uppföljning.

Nedan sammanfattas områdenas rapportering:

Inom barn och unga behöver barns delaktighet öka och synliggöras i dokumentationen. Verksamheten behöver säkerställa rättssäker handläggning, god dokumentation och kunskap om rutiner, liksom att hålla tidsfrister för utredningar och överväganden. Det systematiska kvalitetsarbetet fungerar väl och kan stärkas genom ökad dialog om synpunkter och avvikelser för att utveckla kvaliteten.

Inom ekonomiskt bistånd har hantering av skyddade personuppgifter och barnkonsekvensanalyser har förbättrats. Andra områden, till exempel FREDAKortfrågor behöver förbättras.

Inom vuxen har hanteringen av ärenden med skyddade personuppgifter har förbättrats, men behöver utvecklas vidare. Arbetet med FREDAKortfrågor behöver fortsätta.

Inom Stadsövergripande uppdrag barn, familj och trygghet innebär arbetet med den nya socialtjänstlagen krav på dokumentation för alla insatser, vilket ger bättre möjligheter till uppföljning och kvalitetsarbete. Arbetet med individbaserad systematisk uppföljning fortsätter. Egenkontroller inom myndighetsutövning samt likvärdig uppföljning i samtalsmottagningar behöver stärkas.

Uppföljningen inom Stadenövergripande verksamheter visar att Socialjouren fortsätter att utveckla kvaliteten utifrån avvikelser och lex Sarah samt genom utbildning, handledning och förbättrade arbetsformer. Etableringsenheten prioriterar att införa individbaserad systematisk uppföljning för att bättre följa kvalitet och resultat i insatser. Boutredningsenheten fortsätter arbetet med egenkontroller samt hantering av synpunkter och avvikelser, med särskilt fokus på dödsbo- och begravningsärenden. Enheten för alkohol-, spel- och drogproblem utvecklar bättre sätt att följa upp insatser och ökar möjligheterna för brukare att lämna synpunkter.

Lex Sarah-utredningar

Under kvalitetsåret har 38 lex Sarah-utredningar färdigställts och används som underlag i kvalitetsrapporten. De rapporterade händelserna följer bestämmelserna, men flera enheter har låg eller ingen rapportering. I 22 utredningar konstaterades inga missförhållanden, medan 18 visade missförhållanden eller risk för missförhållanden. Ingen av dessa anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg

(IVO). Eftersläpning i rapporteringen gör att vissa redovisade resultat och åtgärder avser tiden utanför kvalitetsåret, även om utredningarna färdigställts under perioden.

Sammanfattande bedömning

Sammantaget bedömer förvaltningen att verksamheterna håller god kvalitet och att det systematiska kvalitetsarbetet fungerar bra, men kan förbättras. Liksom tidigare år handlar det i stora drag om att:

- Utveckla systematiken och förbättra egenkontroller, avvikelshantering och synpunktshantering utifrån verksamhetsområdena identifierade behov.
- Förbättra handläggning och dokumentation i individärenden.
- Utveckla former och förutsättningar för individbaserad systematisk uppföljning för en kunskapsbaserad verksamhet.

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

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 som innehåller tydliga steg när barn, unga och familjer ska få information, kunna uttrycka sina åsikter och vara delaktiga i beslut och insatser.

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

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

2.1.1.2 Brukarenkät

Ingen brukarenkät har genomförts under kvalitetsåret.

2.1.1.3 Öppna jämförelser

Årets öppna jämförelser visar att avdelningen följer upp insatser och resultat för barn, unga och deras familjer med individbaserad systematisk uppföljning. Det sker genom en enkät som fylls i vid alla avslutade öppenvårdsinsatser på Barn och ungas Familjeresurs.

En förutsättning för en kunskapsbaserad och säker myndighetsutövning är att tillgå handläggare som har socionomutbildning och erfarenhet av barnutredningar. I öppna jämförelser visas ett positivt resultat på avdelningen där 51 procent av handläggarna har socionomutbildning med minst fem års erfarenhet av barnutredningar jämfört med riksnittet som är 44 procent. Dock visar den öppna jämförelsen att avdelningen har en högre antal konsulthandläggare av totala antalet handläggare vilket är fyra procent för avdelningen jämfört med riket som har tre och en halv procent.

Av de resultat som visas i öppna jämförelser framkommer att under det senaste året har handläggare inte fått utbildning inom våld i nära i önskvärd omfattning. På avdelningen pågår för närvarande en kartläggning av vilken kompetens och utbildningsnivå inom våld i nära som finns på avdelningen för att fortbilda på rätt nivå. Det framkommer även att befintlig rutin för skyddade personuppgifter inte har följts upp genom kontroller av att den används och fungerar i praktiken.

Likt tidigare år lämnas inte broschyren från Inspektionen för vård och omsorg ut till placerade barn gällande deras rättigheter anpassat efter barns olika åldrar. På avdelningen lämnas anpassad information ut till placerade barn på annat sätt vilket ger ett missvisade resultat i öppna jämförelser om att information inte ges.

2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

Nämnden fick en rekommendation efter 2024 års granskning:

Nämnderna rekommenderas att stärka sin samverkan för att säkerställa att det finns tillräcklig kunskap i verksamheterna om stadens gemensamma stödinsatser och för att våldsutsatta får stöd utifrån behov, oavsett vilken målgrupp de tillhör.

Kompetensutveckling inom området pågår och så även utveckling av samverkan i förvaltningen genom att utvecklingsledare för Våld i nära relationer har tagit fram en handlingsplan för arbetet.

2.1.1.5 Interna granskningar

Inga interna granskningar har genomförts under kvalitetsåret.

2.1.1.6 Övrig egenkontroll

Avdelningen har en plan för egenkontroll som innehåller följande delar:

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

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

Egenkontroll av handläggning och dokumentation

Egenkontrollerna visar att det har skett en generell förbättring av handläggning och dokumentation jämfört med tidigare perioder. Egenkontrollerna visar dock på återkommande brister i dokumentation, delaktighet och handlägningsprocesser. Flera av bristerna är av sådan karaktär att de kan påverka barnets delaktighet och avdelningens förmåga att genomföra beslutade insatser inom rimlig tid. Framför allt är det dokumentationen kring barns delaktighet, vilken information som delgetts barnet, barnets inställning till förslag till beslut samt anledning till att barnet inte gjorts tillräckligt delaktig i ärendeprocessen som är återkommande bristfällig.

Planerade åtgärder:

Säkerställa att barnperspektivet och barns delaktighet synliggörs i handläggning och dokumentation genom att förbättra dokumentationen av vilken information som lämnats till barnet och barnets inställning samt utveckla dokumentation av bedömningen att i vissa fall inte genomföra barnsamtal.

Egenkontrollfrågorna är omfattande och behöver förenklas samt anpassas efter ärendets karaktär för att ge mer rättvisande svar.

Granskning av aktivitetsloggar i Treserva

Varje månad väljs två handläggare i två av avdelningens enheter slumpmässigt ut för granskning av deras aktivitetsloggar. Under kvalitetsåret har det inte upptäckts någon aktivitet som föranleder åtgärd.

Kontroll av behörigheter till ärenden med skyddade personuppgifter

Egenkontrollen visar att avdelningen har stärkt sitt arbetssätt kring skyddade ärenden, särskilt vad gäller användningen av checklistan *"Kartläggning av person med skyddade personuppgifter"*.

Antalet personer med behörighet i ärenden har i vissa fall överstigit den rekommenderade nivån om max tre personer. Detta förklaras av att förste socialsekreterare arbetar tillsammans och delar ansvar för ärenden och för att säkerställa kontinuitet och en rättssäker handläggning har förste socialsekreterare behörighet till ärenden med skyddade personuppgifter.

2.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

2.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Bemötande	3
Rättssäkerhet	9
Utförande av tjänst	4
Annat	2

Under perioden 1 september 2024 till 31 augusti 2025 har 18 synpunkter diarieförts inom avdelningen varav 17 som klagomål och ett som beröm. Synpunkterna har inkommit från den enskilde och i några få fall från anhöriga och berör främst rättssäkerhet och utförande av tjänst. Rättssäkerheten handlar om en missnöjdhet kring beslut och handläggning utifrån den enskildes syn. Synpunkterna har bemöts med svar till den enskilde och åtgärder har vidtagits i några fall.

Antalet registrerade synpunkter har ökat från motsvarande period förra året då endast tre synpunkter diariefördes. Ökningen beror sannolikt på förbättrad hantering av synpunkter.

En stor del av socialtjänstens arbete är att möta familjer i behov av stöd och i dessa möten framförs en mängd synpunkter och 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.

2.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta Sol/LSS ärenden	133
Dokumentation	30
Övrigt	13
Post inkommen /utgående handling	12

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Samverkan inom staden	12
Avsluta ärenden	10
Rättigheter och bemötande	5
Samlade mindre övriga poster	10

Under perioden 1 september 2024 till 31 augusti 2025 registrerade avdelningen Barn och unga 225 avvikelser i verksamhetssystemet Treserva. Detta kan jämföras med föregående period då 208 avvikelser registrerades. Antalet inrapporterade avvikelser har ökat något inom avdelningen. Rapporteringen av antalet avvikelser är fortsatt ojämn mellan enheterna och de behöver säkerställa att medarbetare rapporterar in avvikelser i systemet.

Avvikelseernas huvudsakliga innehåll:

- Tidsfrister som överskridits
- Brister i dokumentation och i handläggning av beslut
- Brister i kommunikation med enskild
- Brister i samverkan internt

Orsakerna beskrivs som brister i planering, brister i användandet av riktlinjer och rutiner, problem med bemanning och kompetensbrist. Den största andelen avvikelser som rapporteras in handlar om överskridna tider för utredningar och övervägande. En återkommande orsak som anges är problem med bemanningen i form av vakanser och eller med ett flertal nya handläggare med ingen tidigare eller liten erfarenhet av myndighetsutövning. Exempel på brister i dokumentation och kommunikation handlar om beslut eller uppgifter som inte registrerats korrekt och i ett par fall har handlingar av misstag skickats till fel mottagare.

Återkommande brister i planering och kommunikation innebär risker för nya avvikelser om inte åtgärder följs upp. Flera avvikelser har haft betydande konsekvenser och lett till lex Sarah anmälningar.

Planerade åtgärder:

- Förstärka uppföljning och planering i utrednings- och beslutsprocesser. Åtgärder behövs för att upprätthålla en struktur för utredningsprocessen kring omfattning och tidsplanering.
- Genomföra en fördjupad analys över orsaken till långa utredningstider för att sätta in rätt strategier och arbetssätt på avdelningen för att hålla utredningstiderna framåt.
- Öka efterlevnad av befintliga riktlinjer och rutiner för att säkerställa rättssäkerheten inom handläggning och dokumentation.

Avdelningen kontrollerar löpande att avvikelser utreds och avslutas i Treserva. Avdelningen behöver utveckla hanteringen av allvarliga avvikelser genom att samordna åtgärder med SAS och följa upp dem vid egenkontroller och avvikelser under året. Den långa utredningstiden för lex Sarah rapporterna påverkar arbetet med analyser och åtgärdsplaner som sker mellan avvikelserrapportering och färdigställda lex Sarah utredningar. Avdelningen behöver om möjligt få snabbare återkoppling på åtgärder.

Avvikelseerna som redovisas här ingår inte i de nedan redovisade lex Sarah utredningar och åtgärdsplaner.

2.1.2.3 Lex Sarah

Denna sammanställning visar antalet utredningar som avslutats under kvalitetsåret. Det är inte samma sak som antalet inkomna rapporter eller påbörjade utredningar. En utredning kan innehålla flera rapporter eller ännu inte vara färdig.

Av de tolv utredningar som färdigställts under kvalitetsåret har fyra av dessa visat att det inte föreligger något missförhållande. I övriga åtta har missförhållande i någon form konstaterats.

Flera brister och åtgärdsförslag från förra året finns kvar även i år. Exempel på teman som återkommer är samverkan, barns delaktighet, rättssäker handläggning vid LVU, Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, hantering av orosanmälningar och ledning och styrning av det dagliga arbetet. SAS, socialt ansvarig samordnare, bedömning är att det finns behov av att arbeta vidare med dessa teman.

Konstaterade missförhållanden handlar om:

- Brister i informationsöverföring mellan avdelningens olika enheter.
- Brister i handläggning av inkomna orosanmälningar avseende vaga skyddsbedömningar och beslut.
- Rättsosäker handläggning av LVU.
- Brister i ledning och styrning.
- Brister avseende ledning och styrning av inhyrda konsulter.

Åtgärdsförslag som särskilt bör lyftas fram har handlat om:

- Kunskapshöjande insatser kring rutiner och skyldigheter vid orosanmälningar rörande våld.
- Strukturera överlämning av ärendeinformation vid till exempel frånvaro eller mellan arbetsledare.
- Upprätta en struktur för hur arbetsordningen ska se ut vid inhyrda konsulter.

Övriga iakttagelser som särskilt bör lyftas fram har handlat om:

- Att det inte får pågå flera utredningar av samma typ i ett ärende, till exempel ska ansökan och anmälan hanteras i samma utredning.
- Att utredning enligt 11 kap 1 § SoL inte kan påbörjas i direkt anslutning till en avslutad utredning utan att nya omständigheter uppkommit.

2.1.3 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Säkerställa att barnperspektivet och barns delaktighet synliggörs i handläggning och dokumentation samt säkerställa att barn och föräldrars inställning till förslag på beslut och insats synliggörs i dokumentationen	Arbete pågår på enheterna att synliggöra barns delaktighet i dokumentationen. I det ingår även att synliggöra barn och föräldrars inställning.
Säkerställa att genomförandeplaner finns i alla insatser samt öka barn och föräldrars delaktighet i dem	Det har genomförts olika workshops och kontroller av genomförandeplaner under året.

Säkerställa rättssäkerheten generellt inom handläggning och dokumentation samt specifikt i hantering av LVU, orosanmälningar och skyddade personuppgifter	Arbete pågår på enheterna. Bland annat har rutinen för överlämning mellan Barn och unga till Vuxenenheter revideras kring tidsramar utifrån hantering av ärende enligt LVU.
Arbeta med kunskapshöjande insatser kring samverkan och roller i interna och externa samverkansformer	Det har genomförts flera åtgärder kring samverkan både internt och externt i olika former som tex samverkansform och operativa grupper.

2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Sammantaget bedöms kvaliteten i verksamheten vara god. De flesta resultaten visar att avdelningen har tillräckligt hög kvalitet, men det finns vissa brister som behöver åtgärdas.

Avdelningen behöver öka barns delaktighet, särskilt dokumentationen om vilken information som lämnats, barnets inställning och orsaker till begränsad delaktighet.

Vidare framkommer behov att säkerställa rättssäkerheten inom handläggning och dokumentation samt öka kunskap om de rutiner och riktlinjer som finns för avdelningen. Avdelningen behöver säkra upp att tidsfrister hålls för utredningar och överväganden.

Det systematiska kvalitetsarbetet fungerar väl. Avdelningen kan förbättra kvalitetsarbetet genom dialog om synpunkter och avvikelser på enheterna och tidigt planera åtgärder.

Planerade förbättringsåtgärder
Förstärk struktur och uppföljningar i dokumentation och utredningsprocesser för att hålla tidsfrister.
Öka kunskap och rutinefterlevnad för att säkerställa rättssäkerheten inom handläggning och dokumentation samt att tillse att överföring av information mellan arbetsledare sker strukturerat för att säkerställa kontinuitet i ärenden vid frånvaro.
Säkerställ att barnperspektivet och barns delaktighet synliggörs i handläggning och dokumentation gällande barnets inställning och deltagande genom hela ärendeprocessen.

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

3.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Brukarinflytande och delaktighet säkerställs på en övergripande nivå i avdelningens verksamheter genom att arbetet bedrivs enligt socialtjänstprocessen inom välfärdens processer. Processen beskriver centrala arbetsmoment med fokus på delaktighet, som också följs upp som en del av verksamhetens egenkontrollplan.

Vid egenkontroll av handläggning och dokumentation under våren 2025, framkom att den enskilde hade gjorts delaktig i utredning i samtliga 50 granskade ärenden. Det innebär att både sökande och eventuella medsökanden fått beskriva sina behov och på så vis komma till tals.

Utredningar skickas till berörda så att de kan lämna synpunkter och hålls öppen i en vecka, vilket ger möjlighet för återkoppling. I vårens egenkontroll av handläggning och dokumentation framkom det att utredningen hade kommunicerats till den enskilde i ungefär 80 procent av granskade ärenden.

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

När det behövs ska verksamheten hjälpa den enskilde att kalla till möte med berörda parter inom kommun och region för att upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Planen ska utgå från brukarens perspektiv. Vårens egenkontroll av handläggning och dokumentation visade det funnits behov av en sådan i några granskade ärenden, varav de flesta hade en aktuell samordnad individuell plan SIP.

Under året har tillgängligheten till hela stadens mottagningsenheter ytterligare förbättrats på stadens informationsportal, goteborg.se. Bland annat har ett digitalt kontaktformulär lagts till på sidan "Ansök om ekonomiskt bistånd". Tjänsten har därmed fortsatt att bli mer individanpassad och flexibel, när personer antingen kan ta kontakt genom att ringa för tidsbokning eller be om att bli kontaktade via formulär. Formuläret skrivs ut och skickas via post till aktuellt socialkontor. Målgruppens användning av formuläret har hittills varit lägre än förväntan.

3.1.1.2 Brukarenkät

Ingen brukarenkät har genomförts sedan senaste kvalitetsrapporten.

3.1.1.3 Öppna jämförelser

Resultatet visar att verksamhetsområdet numera genomför individbaserad systematisk uppföljning (ISU) av målgruppen med försörjningsstödsbehov.

Verksamheterna använder fortsatt inte AUDIT och DUDIT som verktyg för att upptäcka riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion, eller drogrelaterade problem, som Socialstyrelsen rekommenderar.

Verksamhetsområdet vill förbättra sitt resultat på frågan om att upprätta planer mot självförsörjning inom tre månader för alla enskilda, genom att svara ja vid nästa tillfälle istället för delvis. Förbättringspotentialen är en effekt av att antalet genomsnittliga klientbesök per månad och per handläggare ökat något över tid, och i viss mån närmare sig målvärdet.

De flesta andra kommuner har *ett* fullständigt resultat, medan socialförvaltningen Centrums försörjningsstödsenheter utgör ett av fyra resultat för stadens alla socialförvaltningar. Det påverkar användbarheten av öppna jämförelser och resultaten blir mindre relevanta för verksamheten.

3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

Verksamhetsområdet har inte granskats under kvalitetsåret.

3.1.1.5 Interna granskningar

Individuell systematisk uppföljning

Arbetsformen där enhetschefer, arbetsledare och chefsstöd har gemensamma mötestider för att förbättra verksamhetens arbete med individbaserad systematisk uppföljning (ISU), har fortsatt under kvalitetsåret. Bland annat har arbetsgruppen genomfört målgruppsanalyser med hjälp av sammanställd verksamhetsdata.

Under kvalitetsåret blev antalet hushåll försörjningsstödsärenden ett 40-tal fler, till ungefär 1 690. Det beror på att det har skett en viss omfördelning där fler är nyare och de långvariga färre. Störst är ökningen bland yngre vuxna upp till 24 år.

Individuella ärendegenomgångar

Verksamhetsområdet har från och med 2025 börjat arbeta med individuella ärendegenomgångar baserat på ett fast frågebatteri, med syfte att ytterligare förbättra det systematiska kvalitetsarbetet i hur ett ärende handläggs. Arbetet sker upp till några gånger per termin. Ärendegenomgångar görs enskilt med alla socialsekreterare och leds av 1:e socialsekreterare. Även om genomgången hanteras på individnivå kan det leda till generella åtgärder som får påverkan på gruppnivå.

3.1.1.6 Övrig egenkontroll

Avdelningen har en plan för egenkontroll som för ekonomiskt bistånd innehåller följande delar:

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

- personuppgifter
- 4. Daglig stickprovskontroll av utbetalning av ekonomiskt bistånd
- 5. Granskning av utbetalning via förladdade kort

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

Granskning av handläggning och dokumentation

Att ha aktuella och uppdaterade arbetsplaner inom de närmaste sex månaderna har tidigare varit ett utvecklingsområde som har förbättrats. Vårens granskning visar ett mer varierat resultat mellan enheterna, men där det vanligaste ändå var att arbetsplanen var mer nyligen uppdaterad.

FREDA- kortfrågor som handlar om att på ett snabbt och strukturerat sätt upptäcka om en person utsätts för våld i nära relationer. Vårens egenkontroll visade att dokumentation om detta saknades i knappt hälften av granskade ärenden. Variationer fanns mellan enheterna, men ses för helheten som ett fortsatt utvecklingsområde.

Användandet av samordnad individuell plan (SIP) behöver förbättras.

Då många granskade ärenden inte rör klienter som har barn är det svårt att bedöma hur barnrättsarbetet fungerar. Det finns ett behov av att skapa en särskild egenkontroll där endast familjer är representerade.

Granskning av aktivitetsloggar i Treserva

Varje månad väljs två handläggare i två av avdelningens enheter slumpmässigt ut för granskning av deras aktivitetsloggar. Under kvalitetsåret har det inte upptäckts någon aktivitet som föranleder åtgärd.

Kontroll av behörigheter i Treserva till ärenden med skyddade personuppgifter

Den kartläggning av person med skyddade personuppgifter som ska upprättas i alla ärenden saknades i 28 procent av ärenden vid granskningen, vilket är en förbättring. I alla ärenden med ett undantag var det rätt antal handläggare som hade behörighet, och alla dessa hade tagit del av aktuell rutin för hanteringen.

Daglig stickprovskontroll av utbetalning av ekonomiskt bistånd

I 13 procent av de granskade utbetalningarna under våren har det saknats en registrerad ansökan i händelser i Treserva, vilket är en marginell förbättring. Samtidigt brukar resultatet variera mellan 11-14 procent.

Andelen beslut som är korrekt fattade enligt delegationsordning och riktlinjer är hittills i år 95 procent, vilket är en marginell minskning jämfört med 2024. De allra flesta fattade beslut är alltså korrekta.

Enligt egenkontrollplanen ska alla utbetalningar över 25 000 kronor granskas. Under våren 2025 har andelen utbetalningar som således blivit föremål för granskning ökat från knappt tre procent till ungefär åtta.

Granskning av utbetalning via förladdade kort

Vårens granskning visade inga avvikelser.

3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

3.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Utförande av tjänst	3
Tillgänglighet	2
Bemötande	2
Rättssäkerhet	1

Under kvalitetsåret har åtta synpunkter registrerats i diariet, de flesta avser mottagningsenheten. Det är några fler än föregående år, med en normal variation mellan fem till tio.

I nästan alla fall är det brukaren själv som är uppgiftslämnare och handlar om olika typer av klagomål som rör upplevelsen av handläggarens bemötande eller otydlig kommunikation, samt systemfunktionalitet.

Några av de inkomna synpunkterna har lett till åtgärder, exempelvis registrerade avvikelser, mötesdiskussion med personalgruppen för kollektivt lärande om bland annat serviceskyldigheten eller att synpunkten använts till pågående utvecklingsarbete inom tillgänglighetsområdet kopplat till ny socialtjänstlag.

Det är ett lågt antal synpunkter som registreras för verksamhetsområdet och det är därför svårt att göra några övergripande analyser. Anledningarna till att det är så få synpunkter kan vara flera, till exempel att många synpunkter har med myndighetsutövning att göra och hanteras i individärendet eller att medarbetare inte informerar klienter att de kan lämna en synpunkt.

3.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta SoL/LSS-ärende	68
Post, inkommen handling	24
Dokumentation - allmän	11
Utförande av SoL/LSS- insats	4
Rättigheter och bemötande	4
Utrustning - övrig	4
Samverkan inom staden	2
Övrigt	2
Extern avvikelse utanför staden	1
Tom (fält ej ifyllt)	2

Under året har 122 avvikelser registrerats i verksamhetssystemet. Det innebär en marginell ökning med sex procent jämfört med kvalitetsåret 2024 då 115 registrerades.

Antalet registrerade avvikelser har ökat de senaste åren. Det har lett till att verksamhetsområdet totalt synliggör ett trettiotal fler, mörkertalet minskar och blir ett förbättrat underlag till verksamhetsutveckling. Avdelningen Vuxen och försörjningsstöd har arbetat systematiskt med avvikelser på enheterna för att öka antalet. Enligt rutin ska enheterna löpande diskutera utfall och hantering av

avvikelser på gemensamma möten.

Varje enhet har i genomsnitt hanterat ungefär 30 avvikelser under perioden, men flest registrerades av mottagningsenheten. Fördelningen mellan olika kategorier/typer av avvikelser ser ut att variera från år till år.

De vanligaste orsakerna till avvikelse har varit felaktig eller försenad utbetalning av försörjningsstödet, eller att inkommen handling inte hanterats korrekt. Spridningen mellan olika orsaker är stor.

3.1.2.3 Lex Sarah

Rapporter enligt lex Sarah har inkommit under det aktuella kvalitetsåret för området, men inte hunnit färdigställas. Föregående år inkom inga rapporter.

Inga lex Sarah-utredningar har färdigställts under kvalitetsåret.

3.1.3 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Barnkonsekvensanalyser ska implementeras	Genomfört
Arbete vidare med systematiken kring avvikelser för att fler ska rapporteras	Genomfört. Systematiska arbetssätt inkluderar att samtal sker kontinuerligt under arbetsledarmöten, i avdelningens ledningsgrupp och ingår i nya medarbetares introduktion.
Vidare implementera rutiner för hantering av skyddade personuppgifter	Genomfört, rutinen har implementerats och upprätthålls genom att regelbundet tas upp på arbetsplatsträffar (APT)
Säkerställa att utredningsenheterna hanterar arbetsplaner likvärdigt	Delvis genomfört, implementering av arbetsplaner genom att använda bedömningsstödet är påbörjat, men säkerställande av likvärdighet återstår
Förbättra arbetet med FREDA-kortfrågor	Delvis genomfört. Verksamheten ställer FREDA-kortfrågor i nytillkomna ärenden, men i lägre utsträckning i så kallat löpande.

3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Sammanfattningsvis bedöms verksamhetens kvalitet som god.

Flera tidigare utvecklingsområden har förbättrats under året, exempelvis hantering av ärenden med skyddade personuppgifter genom ny rutin och fler genomförda barnkonsekvensanalyser.

Mörkertalet med avvikelser fortsätter att minska genom att verksamheten numera använder mer systematiska arbetssätt för att samtliga händelser ska registreras.

Några områden som fortsatt behöver bli bättre har identifierats även tidigare, exempelvis arbetet med FREDA-kortfrågor.

Planerade förbättringsåtgärder
Genomföra en riktad egenkontroll för barnfamiljer
Registrera samtliga insatser i verksamhetssystemet
Fortsätta att utveckla arbetet med individuell systematisk uppföljning (ISU)
Öka användningen av samordnad individuell plan (SIP)

Planerade förbättringsåtgärder
Säkerställa att utredningsenheterna hanterar arbetsplaner likvärdigt
Förbättra arbetet med FREDA-kortfrågor på utredningsenheterna

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

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.

Vid egenkontroll av handläggning och dokumentation som genomförts konstaterades att den enskilde gjorts delaktig i utredning och fått möjlighet att beskriva sina behov i de allra flesta granskade ärenden. I några fall har delaktighet inte uppnåtts på grund av att en utredning gjorts av socialjouren utan den enskilde, eller att utredningen ännu inte är klar. Det förekommer också att delaktighet inte uppnås på ett sätt som ligger utanför socialtjänstens kontroll, på grund av att den enskilde inte medverkar aktivt till det.

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 får den enskilde själv skatta sin problematik inom sju livsområden, vilket lägger grunden för stödet från socialtjänsten.

Vårens egenkontroll av handläggning och dokumentation visar att det varit ungefär lika vanligt att genomföra en ASI (grund eller uppföljning) som att inte göra det, men det är ungefär dubbelt så vanligt att det inte är aktuellt. Ett vanligt skäl till att det inte görs är lång tidsåtgång i förhållande till andra metoder.

4.1.1.2 Brukarenkät

Ingen brukarenkät har genomförts sedan senaste kvalitetsrapporten.

4.1.1.3 Öppna jämförelser

Enligt resultatet i öppna jämförelser från 2025 har inte verksamhetsområdet vuxen genomfört individbaserad systematisk uppföljning av exempelvis målgruppens behov. Det ses som ett förbättringsområde.

Avdelningen använder flera av de metoder inom vuxenområdet som Socialstyrelsen använder som indikatorer som att vi erbjuder bostäder till målgruppen inom satsningen "Bostad först", och stöd till anställning enligt IPS-modellen. Modellen handlar om att ge individanpassat stöd till personer med ofta

allvarlig psykisk ohälsa, för att de ska behålla arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Resultatet visar fortsatt att verksamhetsområdet inte använder enskildas uppfattning om socialtjänstens information och tillgänglighet till någon systematisk verksamhetsutveckling. Det är en indikator där majoriteten av Sveriges övriga kommuner också svarar nej.

4.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

Nämnden fick en rekommendation efter 2024 års granskning:

Nämnderna rekommenderas att stärka sin samverkan för att säkerställa att det finns tillräcklig kunskap i verksamheterna om stadens gemensamma stödinsatser och för att våldsutsatta får stöd utifrån behov, oavsett vilken målgrupp de tillhör.

Kompetensutveckling inom området pågår och så även utveckling av samverkan i förvaltningen genom att en handlingsplan har tagits fram som konkret stöd i genomförandet.

4.1.1.5 Interna granskningar

Individuella ärendegenomgångar

Verksamhetsområdet fortsätter att löpande arbeta med ärendegenomgångar på individnivå, med syfte att ytterligare förbättra det systematiska kvalitetsarbetet i hur ett ärende handläggs. Arbetet sker upp till några gånger per halvår, leds av 1:e socialsekreterare och görs tillsammans med varje enskild socialsekreterare. Även om genomgången hanteras på individnivå kan det leda till generella åtgärder som får påverkan på gruppnivå.

Individuell systematisk uppföljning

Arbetsformen där enhetschefer, arbetsledare och chefsstöd har gemensamma mötestider för att förbättra verksamhetens arbete med individbaserad systematisk uppföljning (ISU), har fortsatt under kvalitetsåret. Bland annat har arbetsgruppen genomfört målgruppsanalyser med hjälp av sammanställd verksamhetsdata.

Fokus för analysarbetet har varit placeringar på korttidsboende. Framkomna slutsatser kan sammanfattas som att befintliga sociala boenden med stöd, inom ramavtal och i egen regi, inte på ett fullständigt sätt möter behoven. Särskild kompetens kring bemötande krävs för en målgrupp som ofta är samsjuklig, det vill säga har mer än en sjukdom samtidigt.

Administrativ rutin för avtal köpt vård

En administrativ rutin finns för att säkerställa att avtal och fakturahantering sköts ändamålsenligt. Som en del av rutinen kontrolleras att det alltid finns avtal för insatser som köps av externa leverantörer. Rutinen inkluderar även granskning i förhållande till verksamhetssystemet Treserva, vilket ska bidra till en korrekt handläggning och dokumentation. Rutinen följs vid behov upp genom dialog mellan förvaltningens administrativa enhet och verksamhetsområdets chefer.

Den administrativa enheten konstaterar att det fortsatt kan uppstå kommunikationsbrister i processen och arbetar systematiskt med att hålla löpande informationstillfällen med handläggare, särskilt med fokus på nyanställda. Bland annat fokuserar informationen på att skapa förståelse för vilka konsekvenser det kan få om rutinen inte hanteras ändamålsenligt. Det kan bland annat leda till att köpet blir avtalslöst, försenade fakturor, ökade vårdkostnader och försämrade

prognoser för köpta vårdplatser.

Under kvalitetsåret har totalt 12 synpunkter från vuxenhandläggare skickats in till stadens samlade placerings-och inköpsfunktion, *Spink* avseende brister i utförande hos leverantör.

4.1.1.6 Övrig egenkontroll

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

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

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

Handläggning och dokumentation

Granskningen visar att handläggningen som helhet sker med god kvalitet, men att det finns utvecklingsområden.

FREDA-kortfrågor, som är en standardiserad bedömning för att identifiera om per person utsätts för våld i nära relation, saknades i många ärenden och är ett fortsatt utvecklingsområde.

Frågor om spel sällan ställs i utredningar. När de ställs är syftet att upptäcka spelproblem eller risk för spelberoende. Ett sätt att få fler utredningar som ställer frågor om spel är att inkludera det i utredningsmallen som finns kopplad till verksamhetssystemet.

Arbetsledningens bedömning är att utredningarnas dokumentation i huvudsak skrivs med *klarspråk*, alltså på lättförståelig svenska. Det krävs för att klienterna själva ska kunna ta del av informationen. Samtidigt konstaterar verksamheten att det inte genomförs några systematiska undersökningar utifrån brukarperspektivet i frågan.

I majoriteten av granskade vuxenärenden har utredning så väl som beslut kommunicerats till den enskilde, vilket innebär en förbättring jämfört med tidigare. I något enstaka fall saknades dokumentation om det.

Granskning av aktivitetsloggar i Treserva

Kontroller av två slumpmässigt utvalda medarbetares aktivitetsloggar genomförs varje månad på två enheter inom avdelningen. Enhetschef genomför granskningen. Resultatet visar inte på några oegentligheter.

Kontroll av behörigheter i Treserva till ärenden med skyddade personuppgifter

Den kartläggning av person med skyddade personuppgifter som ska upprättas i alla ärenden saknades i 28 procent av ärenden vid granskningen, vilket är en förbättring. I alla ärenden med ett undantag var det rätt antal handläggare som hade behörighet, och alla dessa hade tagit del av aktuell rutin för hanteringen.

4.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

4.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Utförande av tjänst	1
Annat	1

Under kvalitetsåret 2025 har det likt förra årets kommit in två synpunkter, en under andra halvan av förra året och en vid årets början.

Ingen av synpunkterna har lämnats av brukaren själv utan av anhörig eller allmänhet.

I båda fall har verksamheterna inte bedömt att någon åtgärd ska vidtas, men i ett fall har berörd enhetschef hänvisat vidare till IVO.

Det är mycket få synpunkter som registreras för verksamhetsområdet och gör det svårt att dra generella slutsatser.

Att det kommer in få synpunkter kan ha flera orsaker, exempelvis att de är knutna till myndighetsutövning och därför hanteras inom ramen för individärendet. Det kan också bero på att verksamheten brister i att informera klienter när det kan finnas skäl att lämna in en synpunkt.

4.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Dokumentation - allmän	16
Utreda och besluta SoL/LSS ärende	9
Post, inkommen/utgående handling	9
Samverkan inom staden	8
Personskada	7
Genomföra och följa upp SoL/LSS insats	5
Rättigheter och bemötande	3
Övrigt	3
Utrustning - övrig	2

Verksamhetsområdet har registrerat 67 avvikelser under kvalitetsåret, vilket innebär en fortsatt ökande trend med ett tiotal fler jämfört med föregående kvalitetsår.

Förändringen ses som positiv i arbetet med att minska skillnaden mellan de faktiska avvikelserna och de som registreras, det så kallade mörkertalet. Fördelningen mellan olika typer av avvikelser varierar från år till år.

En majoritet av avvikelserna var knutna till mottagningsenheten och har berott på brister i dokumentationen. Att inkommen handling inte hanteras korrekt var också vanligare än andra typer. Det kan bero på långsam internpost eller att posten hamnar fel, vilket när det sker riskerar att få betydande påverkan på enskild.

Interna och externa samverkansproblem leder också i viss mån till avvikelser. Det kan vara med sjukvården eller med en annan förvaltning. När det under kvalitetsåret har funnits en koppling till sjukvården har avvikelsen förts över till

ansvarig verksamhet inom Västra Götalandsregionen.

4.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
1	Kompetenshöjande insats på enhetsnivå gällande LVM-lagstiftningen med särskilt fokus på 7 § LVM. Tydliggöra kommunikationen inom arbetsledningen på enhetsnivå gällande LVM - bedömningar.

Under kvalitetsåret har 18 lex Sarah utredningar färdigställts. Bland dessa resulterade en i att det förelåg missförhållanden som krävde åtgärder.

Bland annat gällde det en utredning 7 § LVM som inte inleddes i tid och där brister inom handläggning och rättssäkerhet konstaterades.

Övriga iakttagelser som särskilt bör lyfts fram har handlat om:

Utebliven kontroll att samtycke finns före kontakt med utomstående

Avsaknad av avslutsanteckning i journalen när ärenden avslutas

Avsaknad av struktur för anmälan till Överförmyndarnämnden gällande god man eller förvaltare

Utebliven kontroll av folkbokföring för att säkerställa tillhörighet

Bland utredningarna där det inte fanns något missförhållande har majoriteten handlat om oväntade dödsfall, vilket är vanligt. Enligt rutin ska det rapporteras om enheten bedömer att det behövs efter en första genomgång. De två övriga handlade om bemötande och händelser som ägt rum utanför den egna nämnden. Enheterna bedöms inte ha kunnat påverka dessa händelser genom sin ärendehandläggning.

4.1.3 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Stärka arbetet riktat mot våldsutövare för att nå fram till fler	Genomfört, alla screenas i mottaget genom att FREDA-kortfrågor adderats
Säkerställa att utredningen kommuniceras till den det berör	Genomfört, med hjälp av metodutveckling
Implementera rutiner för hantering av skyddade personuppgifter	Genomfört
Säkerställa ändamålsenlig omfattning på utredningar	Ej genomfört

4.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Sammantaget bedöms kvaliteten i verksamheten vara god och resultatet har på flera områden förbättrats.

Bland annat har metodutveckling lett till att fler utredningar kommuniceras till berörda klienter.

Arbetet mot våldsutövare har stärkts genom att samtliga besök i mottaget screenas med FREDA kortfrågor som tillägg. Samtidigt kvarstår implementeringen av

FREDA - kortfrågor som ett fortsatt utvecklingsområde. Metoden behöver nyttjas i samtliga aktuella utredningar.

Arbetet med att utveckla en rutin för klienter med skyddade personuppgifter har förbättrats, men kvarstår utifrån att ett fortsatt utvecklingsarbete planeras.

Planerade förbättringsåtgärder
Vidareutveckla den individbaserade systematiska uppföljningen, bland annat med ASI som är ett strukturerat sätt att kartlägga missbruk eller beroende
Säkerställa att frågor om spel ställs i utredningar
Utveckla klarspråk i kommunikation med klienter
Utveckla systematisk analys av avvikelser och lex Sarah
Säkerställa ändamålsenlig omfattning på utredningar
Förbättra arbetet med FREDA-kortfrågor på utredningsenheterna

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

5.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

Avdelningen arbetar både med myndighetsutövning och insatser utan individuell behovsprövning. I våra uppdrag arbetar vi för att skapa inflytande och delaktighet för dem vi möter. För att lyckas med det arbetet är det centralt med en hög grad av brukardelaktighet.

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.

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

För att ge barn möjlighet till inflytande arbetar vi med LÖSA!, en metod för att öka barns delaktighet i socialtjänstens utredningar. Avdelningen har fått ansvar för arbetet med LÖSA! och jobbar med utbildning och implementering av metoden inom Göteborgs Stad.

I familjerättsliga ärenden arbetar vi för att barn får komma till tals. Ett sätt för att möjliggöra det är att barn får möjlighet att komma tillbaka efter avslutad vårdnadsutredning för att följa upp hur de upplevt situationen. I umgängesärenden följer vi upp pågående ärenden genom barnsamtal med barnen. För att ge stöd vid familjerådgivande samtal ser vi under året över hur barn kan göras mer delaktiga.

Inom familjerådgivning har vi också börjat med att ge samtalsstöd i grupp till bonusfamiljer där bonusföräldrar tillsammans med sin partner har kunnat delta. På det sättet ökar vi möjligheten till stöd och delaktighet för hela familjen.

I verksamheter för ungdomar använder vi UngDok, bedömningsmetod för ungdomar bland annat med missbruksproblem, som skapar delaktighet för ungdomen i hur insatsen utformas.

Vi deltar även i ett forskningsprojekt om socialtjänstens stöd till våldsutsatta män i nära relationer. I projektet har forskarna genomfört intervjuer med män utsatta för våld och intervjuer med personal.

Genom våra aktiviteter ger vi möjlighet till brukarna att ha inflytande och vara

delaktiga. Flera av aktiviteterna leder till förbättringsåtgärder, såsom arbetet UngDok och inom ramen för forskningsprojektet. Vi fortsätter arbetet med att systematisera, dokumentera och sprida den kunskap vi har om våra målgrupper och deras behov.

5.1.1.2 Brukarenkät

Ingen brukarundersökning har genomförts sedan senaste kvalitetsrapporten.

5.1.1.3 Externa tillsyner och granskningar

	A nt al	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Stadsrevisionen			
Rekommendationer	2	<p>Stadsrevisionen granskade 2024 socialnämndernas arbete mot våld i nära relationer.</p> <p>Stadsrevisionen rekommenderade nämnderna att stärka sin samverkan för att säkerställa att det finns tillräcklig kunskap i verksamheterna om stadens gemensamma stödinsatser och för att våldsutsatta får stöd utifrån behov, oavsett vilken målgrupp de tillhör.</p> <p>Utifrån granskningen om våld i nära relationer rekommenderades också nämnderna att var och en för sig – men också i samverkan – stärker sitt arbete med att förebygga fortsatt våld i nära relationer.</p>	
	2	<p>Stadsrevisionen granskade år 2023 förvaltningens arbete mot våldsbejakande extremism och radikaliserings.</p> <p>Rekommendationerna rörde att säkerställa arbetet och syftet för resursteamet mot våldsbejakande extremism och radikaliserings.</p>	
Annan extern granskare			
Socialnämnden - Centrum - Hisingen - Nordost - Sydväst		Varje månad genomför politiker från de fyra socialnämnderna stickprov av ärenden hos Familjerättsbyrån.	Inga anmärkningar under kvalitetsåret.

Stadsrevisionen avslutade granskning av socialnämndernas arbete mot våld i nära

relationer december 2024. De viktigaste rekommendationerna gällde stärkt samverkan för att det ska finnas tillräcklig kunskap om gemensamma stödinsatser och att våldsutsatta får behov. Samverkan behöver också stärkas för att förebygga våld i nära relationer.

Inom avdelningen finns flera verksamheter som arbetar förebyggande genom att sprida kunskap, utbildningsinsatser och samverka med andra.

Kompetenscentrum våld i nära relationer ger utbildningar till staden och sju avtalskommuner.

Inom idéburet offentligt partnerskap (IOP) om våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor möts de fyra för socialnämnderna tillsammans med elva kvinnojourer.

Kriscentrum Våld i nära relationer deltar i nätverk med familjerätt, domare från tingsrätten, representanter från stadsområdena och från Bojen, vilket stärker samverkan.

Enhetschefer och nyckelfunktioner från de fyra socialförvaltningarna, skolförvaltningarna och Idrotts- och föreningsförvaltningen träffas regelbundet för att samordna arbetet mot våld i nära relationer.

Information om arbetet mot våld i nära relationer sprids på flera sätt till olika aktörer.

Socialförvaltningen Centrum ordnar varje år en konferens i samband med Orange Day. Kompetenscentrum våld i nära relationer har tagit fram screeningfrågor för att upptäcka personer som utövar våld i nära relation. Centret har också ökat fokus på utövande av våld i nära relationer i sitt utbildningsutbud.

Verksamheten har också förstärkt personalresurser på samtalsmottagningarna Kriscentrum för män (KCM) och Kriscentrum för kvinnor (KCK) för att minska köerna.

Under 2023 granskade Stadsrevisionen förvaltningens arbete mot våldsbejakande extremism och radikalisering och gav förvaltningen rekommendationer där två var riktade till avdelningens stadsövergripande uppdrag. Det handlade om att tydliggöra och kommunicera syfte och uppdraget för resursteamet och att tillse utbildningsbehov inom organisationen. Resursteamet arbetar med att synliggöra sin kompetens, deltar i utbildningssatsningar och arbetar med socialförvaltningarna för att anordna utbildningar anpassade för olika behov. Stadsrevisionen har inte gjort några uppföljningar sedan rapporten 2023.

5.1.1.4 Interna granskningar

Avdelningen har inte genomfört några interna granskningar under kvalitetsåret.

5.1.1.5 Övrig egenkontroll

Egenkontroller inom myndighetsutövningen vid Familjerätten visar sammantaget på god ärendehantering. Verksamheten bedrivs strukturerat och med god kvalitet. Brister som framkommer följs upp.

Två ärenden per handläggare slumpas fram och granskas tillsammans med förste familjerättssekreterare vid ärendegenomgång. Kontrollerna omfattar avtal, 6:20-ärenden, föräldraskapsärenden, umgängesstödsärenden och adoptionsärenden.

Inom vårdnad, boende, umgänge är dokumentationen tydlig. Sex procent har otydlig ärendegång, åtta procent har viss fördröjning och 16 procent saknar någon relevant uppgift. I enstaka fall har kommunikering med föräldrar uteblivit.

Sammanfattningsvis sker handläggningen skyndsamt, inom lagstadgad tid och med tydligt barnfokus.

Föräldraskapsutredningar håller god kvalitet och genomförs inom lagstadgad tid. Föräldrarna har fått framföra sina uppfattningar och utredningarna bedöms som proportionerliga och fokuserade.

Ett resultat från egenkontrollerna är att rutinen för avtal ändras: ärenden ska inte inledas innan ansökan bedömts som fullständig och verkställbar. Inom 6:20 följs rutinen i stort. Det finns även behov av att se över vissa svarsalternativ Forms, som används för egenkontrollerna.

Andelen barnsamtal, för att följa upp pågående ärenden, har ökat successivt.

Samtalsmottagningarna genomför ärendeavstämningar, vilka hanteras i respektive verksamhet.

Alla verksamheter följer upp antal möten, inkomna ärenden och genomförda insatser.

Individbaserad systematisk uppföljning (ISU) är också en form av egenkontroll. Socialstyrelsen driver ett projekt, som två samtalsmottagningar deltar i, för att hämta kunskap om resultaten av de insatser som erbjuds våldsutsatta och våldsutövare. Arbetet innebär att beskriva och mäta arbetet med enskilda personer och sammanställer informationen på gruppnivå i syfte att utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet. Målsättning med projektet är skapa nationellt stöd och formulär för individbaserad systematisk uppföljning inom våld i nära-området i syfte att stödja kunskaps- och verksamhetsutveckling.

I de verksamhet som använder UngDok får vi goda underlag för att göra uppföljning både på individ- och gruppnivå. Vi använder underlagen för ökad kunskap om målgruppen och för verksamhetsutveckling.

Under nästa kvalitetsår behöver alla myndighetsutövande enheter påbörjat arbete med att utföra egenkontroller.

5.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

5.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Beröm	2
Fråga	1
Klagomål	7

Under kvalitetsåret har elva synpunkter inkommit till avdelningen. En av synpunkterna var ett pågående ärende även efter kvalitetsåret och tas därför inte med här.

Berömmen är riktade till samtalsmottagningarna och avser bemötande och utförande av tjänst och är lämnade av klienter som varit nöjda med det samtalsstöd och bemötande de har fått.

Klagomålen är huvudsakligen riktade mot myndighetsutövning. Klagomål har hanterats och åtgärder vidtagits där det varit relevant.

Antalet synpunkter har minskat från föregående kvalitetsår (13). Det låga antalet ger att det inte går att använda som underlag för systematiskt förbättringsarbete.

Synpunktshanteringen förbättrades föregående kvalitetsår. I den nya hanteringen fick såväl berörd enhetschef som planeringsledare information om synpunkt då den inkommit, vilket förenklat arbetet med att föra statistik. Samtidigt är antalet fortsatt för lågt. Vi behöver fortsatt informera våra klienter på ett systematiskt sätt om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål.

5.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Våld och hot	1
Utförande av tjänst	3
Övrigt	13

Under kvalitetsåret har avdelningen haft 17 avvikelser, varav 14 vid Familjerätten. De andra avvikelserna kommer från stödverksamheten för ungdomar i missbruk och arbetet mot kriminalitet. Hotet kom i samband med samtal med en brukare. Polisanmälan upprättades inte, enheten har rutiner för hur man ska handskas med hot. En gällde tillbud vid nybesök och en avvikelse en riskobservation. Vid Familjerätten rörde det sig främst om korrekt dokumentation, registrering, problem med system eller avslut av ärenden. Tre ärenden på Familjerätten gällde utförande av tjänst.

Många av avdelningens verksamheter använder inte Treserva, utan använder en reservrapport vid rapportering och utredning av avvikelser. Vi behöver se över hur vi kan hantera avvikelser på ett digitalt sätt.

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

I övrigt hanteras de avvikelser som rapporteras.

5.1.2.3 Lex Sarah

Inga rapporter har färdigställts under kvalitetsåret vilket också innebär att inga utredningar blivit färdigställda för avdelningen. I sin genomgång tittar socialt ansvar samordnare (SAS) på avslutade rapporter.

5.1.3 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Hålla i och om möjligt utöka möjligheterna att arbeta med individbaserad systematisk uppföljning	Avdelningen har arbetat aktivt med individbaserad systematisk uppföljning. Två samtalsmottagningar ingår i arbetet. Avdelningen ingår tillsammans med ett tiotal andra kommuner i projekt som leds av Socialstyrelsen och som syftar till att inhämta kunskap om resultaten av de insatser som erbjuds våldsutsatta och våldsutövare. Målsättning med projektet är skapa nationellt stöd och formulär för individbaserad systematisk uppföljning inom våld i nära-området i syfte att stödja kunskaps- och verksamhetsutveckling.

Säkra att vi gör de egenkontroller vi behöver för att säkra kvaliteten i verksamheten	Familjerätten utför ett aktivt arbete med egenkontroller genom formulär i Forms, som också ses över om det behöver förbättras. Vi behöver fortsatt arbeta vidare med att säkra att egenkontroller sker i all myndighetsutövande verksamhet.
---	---

5.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

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

Under våren 2025 pågick ett stort arbete inför att den nya socialtjänstlagen trädde i kraft, ett arbete som fortsatt är aktuellt under kvalitetsåret 2025/2026. I den nya socialtjänstlagen utvidgas dokumentationskravet till att omfatta alla insatser, även sådana som ges utan individuell behovsprövning, för att skapa förutsättningar för bland annat uppföljning och beprövad erfarenhet. Det kan också ge bättre förutsättningar för systematisk uppföljning av kvalitetsarbetet.

Arbetet med individbaserad systematisk uppföljning kommer att fortsätta nästkommande kvalitetsår.

Vi behöver stärka vårt arbete med egenkontroller i de myndighetsutövande delarna av verksamheten. Vi behöver också arbeta vidare med systematiska och likvärdiga ärendepföljningar (avstämningar) i våra samtalsmottagningar.

Planerade förbättringsåtgärder
Göra åtgärder för att öka antalet synpunkter
Se över hur nya socialtjänstlagen påverkar vår dokumentation och hur vi utifrån det kan utveckla det systematiska kvalitetsarbetet
Säkra att vi gör de egenkontroller vi behöver för att säkra kvaliteten i verksamheten

6 Stadenövergripande 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

6.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet

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

Etableringsenheten arbetar systematiskt med att säkerställa klienternas inflytande genom möjlighet till deltagande i fokusgrupper och genom att klienten får möjlighet att besvara utvärderingsfrågor efter det första året, det så kallade integrationsåret.

I arbetet med att säkerställa en hög svarsfrekvens på utvärderingsfrågorna har vi bland annat gett enhetens sommarvikarier ett särskilt uppdrag i att uppmana klienter att delta i utvärderingen. Under kvalitetsåret har fyra fokusgrupper genomförts med klienter, där vi har bjudit in vuxna nyanlända med fokus på personer med samma språk i respektive grupp.

Resultaten visar på att klienterna generellt sett är nöjda eller mycket nöjda med vägledning, stöd och information samt medarbetarnas bemötande. Bland det som lyfts fram som negativt är flera byten av handläggare och att tillgängligheten ibland upplevs som dålig. Vidare lyfts behov av mer information, bland annat om att söka jobb och boende.

Genom metoderna får klienterna god möjlighet till inflytande och delaktighet, men vi bedömer att de inte bidrar till en fördjupad förståelse för klientens upplevelse av insatsernas resultat. Därför kommer vi att starta upp arbetet med individbaserad systematisk uppföljning (ISU). Utgångspunkten är att ISU-arbetet ska ersätta arbetet med utvärderingsfrågorna. Det förväntas också bidra till ökad möjlighet att utveckla verksamhetens arbetssätt och säkerställa att vi erbjuder rätt insatser utifrån behov.

Enheten för alkohol- spel- och drogproblem har verksamheter som erbjuder stöd till personer som vill ha hjälp med ett problematiskt bruk, men också stöd till anhöriga. Verksamheten samlar in brukarnas erfarenheter av insatser på olika sätt: dokumentationssystem inom missbruksvården (DOK), utvärderingar efter gruppinsatser och genom uppmuntrande av feedback i de individuella kontakterna.

När det gäller DOK använder vi resultaten av uppföljningar, som sedan ligger till grund för verksamhetsutveckling och verksamhetsplaner. Vi ser dock att det finns

ett stort bortfall och att verktyget används i varierande omfattning på enheten. Vi använder utvärderingar av gruppbehandlingar i vårt förbättringsarbete.

Boutredningsenheten handlägger många ärenden i ett nära samarbete med den avlidnes anhöriga, i den mån det finns några. I begravningsärenden så försöker medarbetare så långt det är möjligt att hörsamma den avlidnes önskemål, men också lyssna in vänners och anhörigas önskemål för att en begravning ska ske värdigt och respektfullt.

Socialjouren arbetar också utifrån att möta brukare utifrån deras behov och önskemål, men möter i allmänhet personer under jourtid, där ärenden lämnas över till ordinarie socialtjänst i stadsområden och kranskommuner.

6.1.1.2 Brukarenkät

Det finns inget resultat från en gemensam brukarenkät under innevarande kvalitetsår.

Boutredningsenheten har i april 2025 genomfört en första brukarundersökning med syftet att på ett mer systematiskt sätt ta reda på hur brukare har upplevt kontakten med enheten. Undersökningen är utformad för att genomföras två gånger per år, i april och i oktober. Vi har då kontakt med de klienter vars ärende har avslutats under den aktuella månaden. De har möjlighet att svara genom en fysisk blankett eller digitalt. I april fick vi in 23 svar, vilket utgjorde en svarsfrekvens på 31 procent.

Svaren i brukarundersökningen var generellt sett positiva, men omkring 15 till 20 procent svarade negativt på frågor om tillgänglighet, förståelse för det fattade beslutet och klientens nöjdhet kring det stöd hen tagit emot från handläggaren.

6.1.1.3 Externa tillsyner och granskningar

Inga externa tillsyner eller granskningar har genomförts under kvalitetsåret.

6.1.1.4 Interna granskningar

Avdelningen har inte genomfört några interna granskningar under kvalitetsåret.

6.1.1.5 Övrig egenkontroll

Etableringsenheten genomför kontinuerligt egenkontroll inom tre områden:

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

Fördjupad ärendegranskning är en egenkontroll i syfte att kvalitetssäkra handläggning, dokumentation och rättssäkerhet. Etableringsenheten granskar myndighetsärenden och utförarärenden, fler myndighetsärenden då ärendeantalet på myndighetssidan högt och färre utförarärenden då de är färre.

Inom granskade myndighetsärenden framkommer att det genomgående finns en rättssäker handläggning, även om vissa brister förekommer. Användningen av FREDA-kortfrågor är fortfarande ett förbättringsområde. Verksamheten behöver också fortsätta arbetet med kartläggning och/eller plan för vuxna i hushållet. Detta var redan prioriterade områden föregående år, men då arbete med flyktingar enligt Massflyktsdirektivet har haft hög prioritet under det gångna kvalitetsåret har en del av dessa frågor utvecklingsfrågor fått stå tillbaka.

Antalet granskade utförarärenden är få, då underlaget är litet. Vi arbetar dock med återkoppling till ansvarig utförare för ett lärande och lyfter även i vissa fall vidare till utförarteamet i syfte att skapa ett gemensamt samtal och lärande.

Egenkontroll vid effektivering görs dagligen. Varje dag väljer förste socialsekreterare som har jour ut tre slumpvisa ärenden att granska, varav minst ett gäller beviljat försörjningsstöd med högre belopp. Den senaste uppföljningen visar inte på några upprepade anmärkningar som blir till men för klienten.

Egenkontroll av skyddade ärenden har genomförts enligt plan. Det som har framkommit är att vissa behörigheter till ärenden har varit felaktiga. Bristerna gäller framför allt att förste socialsekreterare har saknat behörighet, samt att behörighet har legat kvar till ärenden som avslutats. Detta har direkt kunnat åtgärdas vid kontroll.

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

Boutredningsenheten har under året arbetat med att ta fram egenkontroll för socialsekreterare där det nu egenkontroller i två former:

- Egenkontroll vid effektivering av beslut
- Fördjupad ärendegranskning

Egenkontroll vid effektivering görs dagligen. Den senaste uppföljningen visar inte på några upprepade anmärkningar som blir till men för klienten.

Under början av 2025 startades egenkontroll i form av en systematisk fördjupad ärendegranskning. Fördjupad ärendegranskning är en egenkontroll som används i syfte att kvalitetssäkra handläggning, dokumentation och rättssäkerhet gällande ekonomiskt bistånd till begravningskostnader. Varje månad väljs fyra ärenden ut för granskning. Vid sammanställning av fyra månaders granskningar (16 ärenden) under kvalitetsåret har inga brister eller fel i handläggningen framkommit.

För boutredarna finns fortsatt ingen anpassad egenkontroll utformad, vilket är ett utvecklingsområde inför kommande kvalitetsår.

6.1.2 Synpunkter, avvikelser och lex Sarah

6.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Beröm	9
Klagomål gällande byten av handläggare, handläggning, bemötande, information och tillgänglighet.	15
Förbättringsförslag	2

Under kvalitetsåret har sammanlagt 26 synpunkter inkommit till etableringsenheten, boutredningsenheten och socialjouren. Enheten för alkohol- spel- och drogproblem har inte mottagit några synpunkter. Av dem har nio

synpunkter varit beröm, 15 klagomål gällande upprepade byten av handläggare, handläggning, bemötande, information och tillgänglighet. Två synpunkter har gällt förbättringsförslag, om att förändra digital ansökan till försörjningsstöd och att skapa en typ av visit-/informationskort i verksamheten.

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

6.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta SoL/LSS	37
Dokumentation	16
Brister rutin/handläggning	92
Post inkommen/utgående handling	15
Samverkan inom staden	10
Avvikelser från extern part	2
Rättigheter och bemötande	1
Övrigt	9

Under kvalitetsåret har vi registrerat totalt 182 avvikelser inom avdelningen. Det är högre mot föregående kvalitetsår då antalet var 82 och året innan då det var 125.

För socialjouren (110 avvikelser inom Göteborgs Stad + 17 för kranskommuner vi har avtal med) har den vanligaste avvikelsen varit brister i följsamhet till rutiner och handläggning genom att ett ärende varit lagt på fel förvaltning i verksamhetssystemet Treserva. Det innebär att ärendet skulle tillhöra en socialförvaltning men varit inlagt på en annan, något som har uppmärksammats av ordinarie socialsekreterare och åtgärdats nästa dag. Det finns flera faktorer som spelar in gällande vilken förvaltning ett ärende ska tillhöra och som kan komplicera hanteringen, vilket i sin tur kan ha bidragit till att ärenden har lagts fel. Detta gäller inte minst vid hög arbetsbelastning och om socialsekreteraren inte har tagit sig tid till att göra alla kontroller. Det är något som vi har arbetat aktivt med att åtgärda och ser också vid uppföljning att den typen av avvikelser har minskat.

Andra anledningar till avvikelser kan gälla handläggning och dokumentation. Det har kunnat vara exempelvis uppgifter på annan person i upprättad aktualisering, att aktualiseringar inte görs trots inkommen anmälan, att syskon inte varit aktualiserade, att skyddsbedömning inte varit dokumenterad eller att bedömning om LVU inte gjorts i skyddsbedömning.

Avvikelser på socialjouren som gäller samverkan handlar framförallt om klienter som hänvisas fram och tillbaka mellan socialjouren och stadsområdenas socialtjänst eller till socialjouren för akut boende.

Vi har arbetat aktivt med att åtgärda avvikelser som uppstår på grund av stress eller hög arbetsbelastning. Vi har också arbetat mer övergripande med frågor som rör bemanning, arbetsledning och förutsättningar för att kvalitetssäkra vårt arbete. Under året har antalet tjänster utökats, såväl handläggare som förste socialsekreterare. Vi har också arbetat med en omläggning av schema vilket bland annat inneburit att vi nu har arbetsledare på plats dygnet runt.

Socialjouren har upprättat en handlingsplan med åtgärder som är kopplade till innehållet i avvikelser och lex Sarahrapporter. Vi har följt upp handlingsplanen och

för innevarande kvalitetsår (2025/2026) upprättar vi en ny handlingsplan med fortsatta och nyttillkomna åtgärder som ska utgöra del i verksamhetens kvalitetsarbete och verksamhetsplanering för 2026.

För etableringsenheten har det framför allt rört sig om enskilda misstag av olika slag. I kategorien utreda besluta SOL/LSS ärenden (30 avvikelser) har det varit olika typer av fel i normberäkning eller att utbetalning, beslut eller kommunikering har missats efter beräkning. Gällande kategorin övrigt (24 avvikelser) har det framför varit allt att vi brustit i att följa frånvarorutiner och har missat att kontrollera frånvarande kollegas e-post, telefonsvarare eller andra former för att säkra informationsöverlämning. Det kan också handla om e-post som kommit till funktionsbrevlåda och som inte hanterats. De avvikelserna är tillsammans med övriga avvikelser utredda och den primära åtgärden som har genomförts är återkoppling till enskilda medarbetare och påminnelse till alla anställda vid arbetsplatsträffar.

Enheten för alkohol- spel- och drogproblem och boutredningsenheten har inte rapporterat några avvikelser.

6.1.2.3 Lex Sarah

Nio utredningar gällande lex Sarahrapporter inom avdelningens verksamhetsområde har färdigställts under kvalitetsåret. De omfattar dock inte det totala antalet rapporteringar som är gjorda, då det finns flera utredningar som inte är färdigställda. De ärenden vi därför främst kan yttra oss om utifrån utredningar för det här kvalitetsåret gäller alltså 2024. Av de avslutade utredningarna så har en resulterat i beslut om att det inte föreligger något missförhållande. Övriga åtta har konstaterat missförhållande i någon form. Samtliga utredningar inom avdelningen gäller socialjouren.

Under föregående kvalitetsår upprättades ett flertal rapporter enligt lex Sarah som utmynnade i bedömningar om missförhållanden i någon form. Med anledning av det gjorde SAS (socialt ansvarig samordnare) en genomlysning av avvikelser och rapporter enligt lex Sarah. Med utgångspunkt i denna tog verksamhetens enhetschefer, förste socialsekreterare och handläggare gemensamt fram en handlingsplan för arbete med förbättringsåtgärder.

Det som genomlysningen pekade på och som även avvikelser och färdigställda lex Sarahutredningar för kvalitetsåret 2024/25 lyfter fram är bland annat:

- Brister i handlägningsprocessen:
 - i skyddsbedömningar och beslut om att inleda utredning.
 - kring LVU och LVM.
- Brister i överlämning av information kring ärenden.
- Brister i arbetsledningens samordning och styrning.
- Røjande av sekretessbelagda uppgifter.

Socialjouren har arbetat och arbetar fortlopande med åtgärdsförslag gällande bland annat:

- Kompetenshöjande insatser avseende sekretess och tystnadsplikt.
- Kompetenshöjande insatser kring LVU och LVM.
- Informationsöverlämning och samverkan.
- Strukturera arbetsfördelningen och tydliggöra rollfördelning.
- Tydliggöra vad som menas med förste socialsekreterares arbetsuppgift att ”leda och fördela”.
- Frågor om att tydliggöra socialjourens ansvarsområde och uppdrag.

Under året har verksamheten utökat antalet tjänster, såväl handläggare som förste

socialsekreterare för att skapa mer kontinuitet och minska arbetsbelastning. Vi har också arbetat med en omläggning av schema vilket bland annat inneburit att vi nu har arbetsledare på plats dygnet runt, för att tydligare kunna leda och fördela arbetet. Vi har arbetat med att se över rutiner och skapa förutsättningar för tydlighet, efterlevnad av rutiner och en likvärdighet i arbetssätt. Vi har också påbörjat en omorganisation med verksamhetschef och två kommande enhetschefer för att kunna minska arbetsbelastning och skapa tydlighet i organisation och ge förutsättningar för att kunna åta oss den ökade mängden av uppdrag. Det gäller såväl kommunikation externt med alla samverkansparter, som internt på den egna enheten.

Vi bedömer att dessa åtgärder och arbete utifrån handlingsplanen har gett resultat, men vi ser också efter uppföljning av handlingsplanen och utifrån nya avvikelser att det finns ett fortsatt behov av arbete med förbättringsåtgärder enligt åtgärdsförslag ovan. För innevarande kvalitetsår (2025/2026) upprättar vi därför en ny handlingsplan där vi fortsätter med vissa åtgärder men också tar fram andra utifrån behov som vi har identifierat. Dessa kommer att utgöra del i verksamhetens kvalitetsarbete och verksamhetsplanering för 2026.

För detta kvalitetsår som rapporten omfattar har vi endast slutförda utredningar från 2024 att förhålla oss till. För perioden 1 januari – 31 augusti 2025 har det gjorts ett flertal rapporter enligt lex Sarah, men endast en utredning är avslutad när vi går mot slutet av 2025. De långa utredningstiderna gör att det blir svårt och inte alltid så meningsfullt att använda lex Sarah som ett verktyg i kvalitetsarbetet. När rapporteringarna görs lyfter verksamheten det inträffade och vad vi i det läget kan se för behov av förbättringsåtgärder. Men då vi inte har färdiga utredningar eller kan ta stöd av de reflektioner och bedömningar som en färdig utredning innefattar, blir det svårt att använda dem som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Utredningar som färdigställts långt efter det inträffade kan många gånger kännas inaktuella och det är svårt att arbeta med de bedömningar och överväganden som utredningarna eller sammanställningarna av dem lyfter fram. Verksamheten behöver få snabbare återkoppling, för att kunna få det stöd som en lex Sarahutredning kan utgöra i kvalitetsarbetet.

6.1.3 Förbättringsarbetet sedan förra året

Förbättringsåtgärder	Uppföljning av åtgärderna
Säkerställa att åtgärdsförslag i lex Sarah-utredningar omhändertas samt utveckla det strategiska arbetet med avvikelshantering på socialjouren.	Verksamhetens enhetschefer, förste socialsekreterare och handläggare har gemensamt tagit fram en handlingsplan i januari 2025 för arbete med förbättringsåtgärder, som vi arbetat med under året. Uppföljning av handlingsplan visar bland annat på att det finns en större tydlighet i förberedelser och uppföljning av hembesök, vid överlämning i arbetspass och följsamhet till rutiner vilket har påverkat arbetet positivt. Även utökning av tjänster, förändringar i organisation och schemaändringar har bidragit positivt. Verksamheten har också arbetat med uppföljning av avvikelser och tidigare lex Sarah på en heldag samt vid metodtillfällen. Samtidigt ser vi att liknande avvikelser och innehåll i lex Sarahrapporter återkommer, vilket innebär att vi behöver fortsätta det påbörjade arbetet och att vi gör en ny handlingsplan för 2026, där vi fortsätter att fördjupa arbetet inom vissa frågeställningar.
Säkerställa att upparbetade rutiner följs på etableringsenheten trots ett högt ärendeflöde.	Verksamheten har under hösten och vintern haft en hög arbetsbelastning på grund av förändringar i Massflyktsdirektivet, vilket även innefattat nya rekryteringar. Bedömningen är dock att situationen har hanterats väl, mycket tack vare väl fungerande och upparbetade rutiner och att vi haft stöd av tidigare erfarenheter av att snabbt ha behövt skala upp verksamhet för att möta ökade ärendantal. Sammantaget är bedömningen att vi har kunnat följa rutiner och kunnat upprätthålla en god kvalitet under det gångna kvalitetsåret trots ett högt ärendeflöde.
Säkerställa att boutredningsenheten tar fram egenkontroller samt omhändertar rutiner för hantering av synpunkter och avvikelser.	Verksamheten har utvecklat en struktur och rutin för egenkontroll för handläggning av ekonomiskt bistånd till begravningskostnader, enligt plan. Rutinen fungerar väl och det har inte framkommit några systematiska brister eller fel. Det pågår fortsatt ett arbete med att ta fram en anpassad systematisk egenkontroll för boutredningen. Frågan är prioriterad inför kommande kvalitetsår.

6.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

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

Socialjouren arbetar med förbättringar med utgångspunkt i bland annat det som har lyfts i avvikelserapportering och lex Sarah-utredningar under det gångna året. Det finns ett behov av att fortsätta det långsiktiga arbetet med att kvalitetssäkra arbetet, genom såväl handledning och utbildning som att utveckla arbetsformer och organisatoriska förutsättningar för att kvalitetssäkra insatser.

Etableringsenheten har under det gångna året hanterat att säkerställa att följa

upparbetade rutiner trots en hög arbetsbelastning på grund av ett högt inflöde av nya ärenden. För det kommande året är det prioriterat att gå över från att arbeta med utvärderingsfrågor och istället starta upp arbetet med individbaserad systematisk uppföljning. Detta för att gå från att mäta klienternas nöjdhet till att ge oss bättre information om kvalitet och utfall i insatser och underlätta för fortsatt utvecklingsarbete.

Boutredningsenheten fortsätter arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten genom att ta fram olika former av egenkontroller samt omhändertar rutiner för synpunkter och avvikelser. Vi prioriterar också att utveckla en egenkontroll anpassad för ärenden som rör dödsboanmälan, provisorisk förvaltning och begravning.

Enheten för alkohol- spel- och drogproblem har identifierat ett behov av ett bättre utvärderingsverktyg då bortfallet på dokumentationssystem inom missbruksvården (DOK) är stort och då det är viktigt att fånga klienternas erfarenheter. Vi kommer att fortsätta utveckla arbetet med att ge brukare möjligheter att lämna synpunkter på verksamheten.

Planerade förbättringsåtgärder
Socialjouren ska säkerställa att förbättringsåtgärder utifrån lex Sarah-utredningar och avvikelser omhändertas samt arbeta med kvalitetsförbättringar enligt den handlingsplan vi tar fram för 2026.
Etableringsenheten ska ersätta arbetet med utvärderingsfrågor efter det första året, Integrationsåret, och lägga grund för och starta upp arbetet med individbaserad systematisk uppföljning samt fortsatt säkerställa former för och följa upp arbetet med besöksfrekvens
Boutredningsenheten ska fortsätta arbetet med att öka rapporteringen av avvikelser och synpunkter på enheten samt utveckla en egenkontroll anpassad för ärenden som rör dödsboanmälan, provisorisk förvaltning och begravning.