

Kvalitetsrapport 2023

Socialnämnden Nordost

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	4
1.1 Kvalitetsrapporten syfte och sammanhang.....	4
1.2 Sammanfattande bedömning	4
2 Barn- och ungdomsvård	6
2.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	6
2.1.1 Egenkontroll.....	6
2.1.1.1 Brukares inflytande och delaktighet.....	6
2.1.1.2 Brukarenkät.....	7
2.1.1.3 Öppna jämförelser	7
2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar.....	8
2.1.1.5 Interna granskningar	9
2.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	9
2.1.2.1 Synpunkter.....	10
2.1.2.2 Avvikelser.....	10
2.1.2.3 Lex Sarah	12
2.1.3 Risker.....	15
2.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året	15
2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder	16
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.....	17
3.1.1.3 Öppna jämförelser	18
3.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar.....	19
3.1.1.5 Interna granskningar	19
3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.....	19
3.1.2.1 Synpunkter.....	19
3.1.2.2 Avvikelser.....	20
3.1.2.3 Lex Sarah	21
3.1.3 Risker.....	23
3.1.4 Förbättringsarbetet sedan förra året	24
3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder	24
4 Vuxna.....	25
4.1 Resultat av systematiskt kvalitetsarbete	25
4.1.1 Egenkontroll.....	25

4.1.1.1	<i>Brukares inflytande och delaktighet</i>	25
4.1.1.2	<i>Brukarenkät</i>	26
4.1.1.3	<i>Öppna jämförelser</i>	26
4.1.1.4	<i>Externa tillsyner och granskningar</i>	27
4.1.1.5	<i>Interna granskningar</i>	27
4.1.2	<i>Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah</i>	27
4.1.2.1	<i>Synpunkter</i>	27
4.1.2.2	<i>Avvikelser</i>	28
4.1.2.3	<i>Lex Sarah</i>	29
4.1.3	<i>Risker</i>	30
4.1.4	<i>Förbättringsarbetet sedan förra året</i>	31
4.2	<i>Slutsatser och förbättringsåtgärder</i>	31

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

Årets genomgång och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet visar utvecklingsområden men också en rad styrkor inom samtliga verksamhetsområden. Nedan är några exempel från arbetet som pågår inom respektive verksamhetsområde.

Inom Barn- och ungdomsvården visar årets kvalitetsrapport att den enskildes erfarenheter tas till vara genom exempelvis utredningsmodellen Barns behov i centrum (BBIC), olika metoder samt förvaltningens synpunktshantering. Hantering av inkomna synpunkter inom området har förbättrats i jämförelse med föregående kvalitetsrapport men verksamheten behöver fortsätta informera den enskilde om möjligheten att lämna synpunkter. Den enskilde görs även delaktig i med hjälp av ett flertal metoder som till exempel Feedback Informed Treatment och Tejping samt förhållningssättet Signs of Safety. Verksamheten har påbörjat arbetet med att implementera ännu fler metoder som LÖSA och Västermodellen för att öka barns delaktighet. Inom området har antalet registrerade avvikelser ökat markant vilket tyder på ett aktivt arbete med information och utbildning i avvikelshantering. Analys av utredda Lex Sarah utredningar har också ökat under perioden och visar på ett antal utvecklingsområden: intern samverkan mellan enheter, följsamhet till förvaltningens rutiner samt förbättrad dokumentation och hantering av handlingar. För att hantera ovan utvecklingsområden kommer verksamheten arbeta med att bland annat förbättra avvikelshanteringen och handläggningen ytterligare. Genom följsamhet till befintliga samverkansrutiner, fortsatt användande av samverkans- och rätt insatsmöten samt ny organisering inom förvaltningens barn- och ungdomsvård förväntas samverkan förbättras.

Inom Ekonomiskt bistånd har brukarens delaktighet och inflytande ökat i och med att fler arbetsplaner än tidigare har upprättats i dialog med brukaren. Området har även använt Motiverande Intervju som samtalsmetod och medarbetarna har gått klarspråksutbildning för att säkerställa att den enskilde förstår beslutsunderlaget. Automatiseringen av delar av handläggningen inom ekonomiskt Bistånd har frigjort tid hos socialsekreterarna vilket har möjliggjort arbetet med delaktighet och inflytande. Genomgång av avvikelser för perioden visar att området behöver arbeta med att förbättra rättssäkerhet och dokumentation i ärenden samt analysera avvikelser som kategoriseras som övrigt. Resultat av genomförd egenkontroll visar på två utvecklingsområden inom ekonomiskt bistånd. Dels att det genomförs barnkonsekvensanalyser i för få ärenden dels att verksamheten inte ställer FREDA-frågor i samtliga ärenden där det är aktuellt. Genom mer riktat stöd i arbetet med

barnkonsekvensanalysen samt att systematiskt ställa FREDA-frågor kommer verksamheten att fortsätta att arbeta med identifierade utvecklingsområden.

Inom område Vuxna är den enskildes delaktighet ett förbättringsområde. Resultat av genomförd egenkontroll visar att verksamheterna behöver fortsätta arbetet med att ta med den enskildes synpunkter i utredningen. Målgruppens förmåga eller vilja att vara delaktig är begränsad vilket påverkar utfallet. Antalet inkomna synpunkter har minskat inom området vilket visar att målgruppen inom Vuxna behöver stöttas och vägledas i att lämna synpunkter. Att använda ett enkelt språk är ett utvecklingsområde och verksamheten ska fortsätta arbetet med Klarspråk. Sedan föregående Kvalitetsrapport har antalet avvikelser som varit föremål för utredning enligt lex Sarah ökat ytterligare. Det är en positiv utveckling och tyder på att enheterna arbetar systematiskt med avvikelser som grund i arbetet och att kunskapen hos både chefer och medarbetare har ökat när det gäller rapporteringsskyldigheten om lex Sarah. Det är många avvikelser som gäller dokumentation i fel ärenden och förväxling av klienters dokumentation. För att hantera ovan utvecklingsområde kommer området utveckla systematiken kring hantering, åtgärder och uppföljning av avvikelser för att möjliggöra ökad kvalitet inom verksamheten. Även inom område Vuxna behöver antalet barnkonsekvensanalyser öka och verksamheten kommer att arbeta med kompetensutveckling och tydligare stödmaterial.

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

Arbetet med barn och unga sker även utifrån utredningsmodellen Barns behov i centrum (BBIC). I BBIC ställs höga krav på barnets och vårdnadshavarnas delaktighet.

Utredningsplaner upprättas tillsammans med familjerna, i vilka det blir transparent i vad oron består av och vilka frågeställningar som utredningen har. Familjerna föreslår viktiga personer som bör involveras i utredningen. Efter att beslut har fattats säkerställs den enskildes delaktighet och inflytande genom upprättande av en genomförandeplan tillsammans med barnet som utgår ifrån den enskildes behov och önskemål.

Resursenheterna har en obligatorisk rubrik i deras dokumenteringssammanfattning: barnets röst.

Resursenheterna arbetar bland annat med att F.I.T. (Feedback Informed Treatment) för vuxna, men även för barn. Förvaltningens MST-team arbetar i enlighet med metoden; ständigt med att fråga brukarna hur de uppfattar insatserna.

Myndighetsenheterna samt resursenheterna använder sig av metoden tejpning i utredning och uppföljning för att hjälpa barnet att kommunicera, men också för att förmedla information till barnet.

Signs of Safety implementeras brett i verksamheten för att göra föräldrar delaktiga såväl i den oro som finns runt barnet, som i de lösningar som behöver åstadkommas för att nå trygghet och säkerhet för barnet. En grundläggande tanke är att också involvera familjens nätverk i att skapa trygghet för barnet samt att korta ner placeringar utanför barnets nätverk.

Implementering av arbetsmodellen LÖSA pågår på förvaltningen för att öka barns delaktighet.

Inom ramen för Fokusmålet Delaktighet ska Västermodellen implementeras i verksamheten. Kickoff skedde under hösten 2023 och en plan för införande har tagits fram.

2.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Hur har din situation ändrats i och med det stöd du får från oss?	85	Göteborgs stad: 82
Jag vet hur och var jag kan få tag på den information jag behöver	88	Göteborgs stad: 86
Jag är med och påverkar stödet och hjälpen jag får	90	Göteborgs stad: 86

Göteborgs Stads brukarundersökning genomförs vartannat år riktat mot brukare inom IFO myndighet. Ovanstående baseras på undersökningen som genomfördes år 2022. Ingen enkät har genomförts under mätperioden inom myndighet.

De tre utvalda frågorna att prioritera inför kommande återfinns i *frågor att prioritera i brukarenkäten*, då de har ett starkt samband med brukarens nöjdhet med besöket på socialkontoret.

Barn och unga i Nordost redovisar ett högre resultat på samtliga frågeområden än snittet för utförarverksamhet i staden. De tre frågor som bör prioriteras under kommande år rör; förändring av situation, tillgänglighet och påverkan.

2.1.1.3 Öppna jämförelser

Barn- och ungdomsvården

Förvaltningen skulle fortfarande behöva utveckla arbetet med individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens behov, verksamhetens stöd och insatser resultat för de enskilda.

Förvaltningen behöver också bli bättre på att informera placerade barn om deras rättigheter och kontaktuppgifter till ansvariga.

Jour- och familjehemmen erbjuder förutom grundutbildningen "Ett hem att växa i", TEMA-föreläsning och vidareutbildning, familjerna kan med stöd av dokumentet "kompetenstrappan" följa sin kompetensutveckling.

Exempel på delar av jämförelsen där förvaltningen redan har ett arbete på plats:

- Handläggare har fått fortbildning inom våld i nära relationer
- Erbjuder familjehemmen grundutbildningen "Ett hem att växa i"
- Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld
- Genomfört individbaserad systematisk uppföljning av verksamhetens stöd och/eller insatser till enskilda

Jämfört med föregående års Öppna Jämförelser har andelen handläggare med socionomutbildning och mer än fem års erfarenhet av barnutredningar ökat från 40,6 till 43,9 (rikets snitt 46.9).

Våld i nära relationer - barn och unga

De två stora delarna som förvaltningen fortfarande behöver utveckla är arbetet med individbaserad systematisk uppföljning och brukarinflytande på verksamhetsnivå.

Vidare saknas aktuell överenskommelse om samverkan med ungdomsmottagningar.

Exempel på sådant som redan finns på plats:

- Flera aktuella överenskommelser med externa parter gällande samverkan i enskilda ärenden

2.1.1.4 Externa tillsyner och granskningar

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)			
Kritik	4		
	1	Beslut 2022-12-07 IVO avslutar ärendet efter att de vid tidigare tillsyn av HVB Triton, kritiserat nämnden för begränsande, generella regler utan individuell bedömning. D.nr. N163-0426/22	De vidtagna och planerade åtgärderna vad gäller de boendes tillgång till mellanmål samt nyckel/låshantering bedöms IVO vara adekvata och tillräckliga.
	1	Beslut 2022-12-01 IVO avslutar ärendet men påtalar att nämnden tidigare har brustit bland annat då Hundraårgatans stödboende haft väktare, utan adekvat kompetens samt utan kontroll av dem i polismyndigheten misstanke- och brottsregister, som haft uppdrag i boendet. D.nr. N163-0534/22	Väktarronderingen vid boendet har avslutats.
	1	Beslut 2023-06-07 IVO avslutar ärendet, men har vid tillsyn konstaterat vissa brister vad gäller handläggning inom avdelning barn och unga. Bristerna som framkommit gällde bland annat kommunikering, en saknad genomförandeplan samt att övervägande av umgängesbegränsning och hemlighållande av vistelseort har överstigit lagstadgad tid i ett ärende. D.nr. N163-0970/22	De kvalitetshöjande åtgärder som sker genom fortsatt systematiskt förbättringsarbete bedöms av IVO vara tillräckliga.
	1	Förvaltningsrättens dom 2022-06-12. IVO yrkar att kommunen ska betala en särskild avgift på grund av oskäligt dröjsmål avseende ett beviljat bistånd om familjebehandling som inte verkställts. Förvaltningen redovisar brister och otydlighet i överlämning av och kommunikation kring ärendet mellan handläggare som bidragande till dröjsmålet. Förvaltningsrätten bifaller IVOs ansökan. Dnr: N163-1630/22	Fortsatt bibehållen nära arbetsledning för socialsekreterare samt fortsatt arbete med att ge god introduktion till nyanställda.
Ingen kritik	1	Beslut 2023-01-13 IVO har vid tillsyn av HVB Vintergatan inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat. D.nr. N163-0540/22	Inga åtgärder
Stadsrevisionen	1		
Rekommendationer	1	Beslut 2023-03-21 Stadsrevisionen har vid granskning funnit att förvaltningens arbete med familjehemsplaceringar i allt	Inga åtgärder, men förvaltningen uppmanas att beakta de risker som identifierats i granskningen, nämligen brist på familjehem samt

	Antal	Påpekanden från granskare	Viktigast att åtgärda
		väsentligt bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.	hög personalomsättning vid Placeringsenheter.
Revisionskritik			
Annan extern granskare	2		
	1	Beslut 2022-10-27 Antidiskrimineringsbyrån Väst kritiserar nämnden för att en förälders bristande omsorgsförmåga kopplats till hens funktionsvariation. Att diskriminering skett kan inte fastslås, men kritik riktas likväl, då det bedöms finnas risk för framtida diskriminering. D.nr. N163-0493/22	Fortsatt arbete för att förhindra att föräldrar bedöms och/eller diskrimineras utifrån funktionsvariation.
	1	Beslut 2023-01-31 Klagomål från enskild, som ej är part i ärende. JO anser att de handlingar som socialtjänsten inkommit med inte ger JO anledning att fortsätta utredning eller göra något uttalande. D.nr. N163-0171/23	Inga åtgärder

Tre tillsyner av IVO är pågående: Hundraårgatans stödboende, d.nr. N163-0526/23, Gunnilse Ungdomskollektiv HVB, d.nr. N163-0917/23 samt HVB Triton d.nr. N163-1047/23.

2.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
I 26 av 77 granskade ärenden saknades utredningsplan (egenkontroll våren 2023).	Inom ramen för fokusmålet Korta ledtider ska avdelningen arbeta med att höja kvalitet och användandet av utredningsplaner med tidsangivelser.
I 17 av 77 granskade ärenden har utredningen och beslut inte kommunicerats enligt gällande bestämmelser (egenkontroll våren 2023).	Genom god introduktion från introduktionssamordnare/förste socialsekreterare och BBIC-workshops ska kommunikering ske enligt gällande bestämmelser.
Egenkontrollen för familjehemsvården visar behov av att utveckla i frågeställningar samt bedömning om psykiskt och fysiskt våld i utredningarna för familjehem (egenkontroll våren 2023).	Översyn av utredningsmallar samt utveckling av desamma
Egenkontroll för HVB och stödboende visar att det finns behov av att utveckla beskrivningen i lämplighetsbedömningarna med att omfatta tillgänglighet och omfattning av personal (egenkontroll våren 2023).	Genomgång av lämplighetsbedömningar och justering av mall.

Redovisningen ovan avser förvaltningens egenkontroll

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
Klagomål - bemötande	5
Klagomål - rättssäkerhet	4
Klagomål - utförande av tjänst	27
Klagomål - tillgänglighet	1
Klagomål -övrigt	13

Under perioden har majoriteten av inkomna synpunkter kategoriserats som klagomål om Utförande av tjänst. Klagomålen handlar oftast om missnöje över ärendeprocessen eller ett fattat beslut. Arbetet med kommunikation med den enskilde och de som berörs av verksamhetens beslut behöver fortsätta att förbättras.

Inom området hanterar ett fåtal enheter majoriteten av synpunkterna som inkommer. Övriga enheter behöver arbeta aktivt med att informera om möjligheten att lämna synpunkter på verksamheten.

Sedan kvalitetsrapporten 2022 har ett förbättringsarbete kopplat till synpunkthanteringen genomförts genom bland annat utbildning i hantering av synpunkter och stöd av verksamhetsutvecklare i handläggningsdatabasen. Ett resultat av det är att synpunktslämnaren fått återkoppling i nästintill samtliga ärenden och att respektive synpunkt har hanterats mer skyndsamt i jämförelse med förra årets sammanställning i kvalitetsrapporten.

En god hantering av synpunkter skapar förutsättningar för att kunna använda synpunkterna till att förbättra kvaliteten i verksamheten

2.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta SoL ärende	128
Övrigt, Annan avvikelse som inte finns i listan	109
Dokumentation - allmän	44
Post, inkommen handling	40
Samverkan intern	34
Samverkan extern	22
Rättigheter och bemötande	17
Utförande av SoL insats	17
Övergrep, självskada, hot	11

Fotnot: Totalt 443 avvikelser har registrerats under perioden inom barn och unga, myndighet och resurser. Här redovisas de kategorier med 10 eller fler avvikelser. Förra året var det totalt 274 avvikelser.

De vanligaste avvikelseområdena är kopplade till kategorin utreda och besluta SoL

ärende, övrigt, annan avvikelse, dokumentation, hantering av inkomna handlingar och samverkan.

Ett arbete med att få ner antalet avvikelser inom kategorin övrigt behöver fortsätta. Denna kategori kan ses som ett mått på hur väl verksamheten lyckas förmedla kopplingen mellan socialtjänstprocessen och avvikelseprocessen.

Det pågår aktivt arbete för att minska på ärenden med överskriden utredningstid, verksamheten förväntar sig att dessa åtgärder ska minska antalet avvikelser i den aktuella kategorin framåt.

Orsaker	Antal
Brist i riktlinjer och rutiner	84
Yttre orsaker	32
Brist i planering	31
Brist i kommunikation	29
Kompetensbrist	22
Brist i organisation och samverkan	21
Ej avvikelse	16
Brist i riktlinjer och rutiner, brister i organisation och samverkan	10
Tekniskt fel	9
Brist i planering, Brist i riktlinjer och rutiner	7
Problem med bemaning	7

De identifierade orsakerna till avvikelserna kan i huvudsak härledas till svårigheter gällande brist i riktlinjer och rutiner, yttre orsaker och brist i planering.

De åtgärder som vidtagits har bedömts leda till en förbättring i 121 fall. I 97 fall görs bedömningen att åtgärden inte går att avgöra om den lett till en förbättring och i 8 fall bedöms åtgärden inte haft någon effekt. 19 avvikelser har avslutats utan åtgärd.

Vid förra mättillfället bedömdes 69 åtgärder ha lett till en förbättring, vilket får ses som en positiv utveckling. Ett fortsatt utvecklingsarbete behövs för att se över vilka åtgärder som verkar ge effekt och vad som gör att effekt uteblir i de åtgärder som planerats och genomförts.

Slutsatserna kring avvikelsehanteringen är att de avvikelser som registreras och hanteras väl stämmer överens med övriga identifierade utvecklingsområden inom annan kvalitetsgranskning. Behovet av att höja kunskapen kring riktlinjer och rutiner är återkommande och bör prioriteras.

Det syns en fortsatt utmaning i att avvikelserna hanteras på ett sätt så att de bidrar till en förbättring av kvaliteten i verksamheten. Ungefär 44 % har en hanteringstid på över 30 dagar från rapportering. Vid förra årets mätning låg den siffran på 81 %. 41 % har en hanteringstid på mer än tre månader. Vid förra årets mätning låg den siffran på 53 %. Antal avvikelser har ökat under året i jämförelse med året innan. 178 av alla rapporterade avvikelser från mätperioden ligger fortsatt öppna i systemet.

Status	Antal
Avslutad	265
Pågående	178

Ett prioriterat område inom ramen för verksamheternas systematiska förbättringsarbete under kommande år, är att kontinuerligt gå igenom avvikelser tillsammans på enheterna

och förbättra hanteringen kan andelen åtgärder som ger effekt höjas. En skyndsam hantering är viktigt både för rättssäkerheten, och för att analysen ska vara relevant för verksamheten.

Avvikelse i MedControl Pro

Sedan senhösten 2021 har socialförvaltningen tillgång till Regionens avvikelssystem MedControl Pro. Systemet ska användas för registrering och hantering av avvikelser som sker i vårdsamverkan. Mellan perioden 1 september 2022 - 31 augusti 2023 har totalt 15 avvikelser registrerats i systemet, en liten ökning jämfört med föregående år. Av dessa rör 4 stycken verksamhetsområdet barn och unga. Två av dessa har förvaltningen registrerat och två kommer ifrån regionens verksamheter. Avvikelserna har kategoriserats som informationssäkerhet (2) och organisation (2). Det går inte att dra några långtgående slutsatser utifrån underlaget i år.

Samtliga verksamheter inom barn och unga myndighet och familjemottagning och resurser har användare med utökad behörighet för att kunna ta hand om registrerade avvikelser. Från och med 1 oktober 2023 kommer samtliga medarbetare inom barn och unga har tillgång till att registrera avvikelser i MedControlPro i och med införandes av eTjänstekort. Även medarbetare inom familjemottagning och resurser kommer få tillgång till eTjänstekort från och med 1 november 2023

Förvaltningen behöver säkerställa att alla medarbetare har kunskap om hur avvikelser registreras i MedControlPro för att öka antalet jämfört med föregående år. Även omhändertagandet av avvikelser med tillhörande åtgärder är ett arbete som bör prioriteras inom ramen för verksamheternas systematiska förbättringsarbete under kommande år.

2.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Ett barn har blivit bortfört, vilket är en utifrån kommande händelse. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Enhetschef ska säkerställa att samtliga socialarbetare känner till Nordost plan mot våld i nära och hedersrelaterat våld där det står att konsultation ska ske med resursteam heder samt att Patriark ska genomföras i ärenden där det finns misstanke om heder. Enhetschef ska säkerställa att samtliga medarbetare känner till att inte längre lämna beslut till vårdnadshavare om omedelbara omhändertagande 6§ LVU om man inte vet var barnen är, det vill säga om vårdnadshavare kommer till möte utan barnen. Barnens bästa ska komma i första rummet.
Ärende utifrån hedersrelaterat våld fördelades till en socionomstudent. Man har inte använt Resursteam heder som stöd i ärendet. Händelsen utgör risk missförhållande enligt lex Sarah	Samtliga medarbetare behöver känna till aktuella rutiner så att resursteam heder konsulteras. Rutin och/eller checklista för tydliggörande av olika roller vid handledning av studerande VFU behöver tas fram. Det ska framgå på vilket sätt som studerandes kunskaper och erfarenhet säkerställs och i vilken grad som studerande ska arbeta självständigt, samt hur handläggningen ska följas upp.
Ett syskonpar har blivit placerade på HVB åtskilda från sin mamma som varit berusad och i behov av sjukhusvård efter att hon ramlat och slagit huvudet. Omhändertagandet av barnen har varit nödvändigt i den mer akuta situationen. Det är svårt att avgöra om det är den akuta situationen eller veckorna med separation som påverkat barnen, eller båda delarna.	Enhetscheferna vid de aktuella enheterna ska tillsammans redovisa hur samverkan mellan enheterna sker när utförare har fått ett uppdrag, samt vad som gäller vid oenighet vid bedömningar

Ärende	Föreslagna åtgärder
Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	
Tre syskon som skulle omhändertas enligt LVU, försvann med mamma och farmor. Kom efter några veckor till socialjouren med polis. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Enhetschef ska se över rutinerna kring den praktiska handläggningen vid omedelbara omhändertaganden för att minska risken att beslut om LVU inte verkställs.
Spädbarn som skulle omhändertas då mamman är svagbegåvad. Det råder i vissa delar olika och ej samstämmiga bilder över vad som har skett inför omhändertagandet. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah	Enhetschef ska säkerställa att noggrann planering görs inför placeringar, både enligt SoL och LVU. Planering ska även göras tillsammans med familjehemsenheterna så att roller och ansvar är tydligt.
Orosanmälningar som inte registrerats, stora brister i dokumentation och myndighetsutövning. Kompetensbrist gällande rättssäkerhet, handläggning, dokumentation, ärendehantering och barnkonventionen/barnperspektiv. Rekryterings- och bemanningssvårigheter. Otydlighet i roller, samt vad som ingår i förste socialsekreterares arbetsuppgifter. Förste socialsekreterare som handlägger egna ärenden och samtidigt utgör arbetsledning för socialsekreterare. Bristande ledning och styrning från närmaste arbetsledning. Rutiner som inte har följts. Brister i systematiskt kvalitetsarbete. Händelsen utgör ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah.	Avdelningschef och enhetschef ansvarar för att ta fram en handlingsplan för att komma till rätta med de uppkomna bristerna och bakomliggande orsaker på enheten både på kort och på lång sikt.
Syskonpar som varit familjehemsplacerade och där familjehemmet motarbetat hemflyttning. Svårarbetat familjehem. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah	Enhetscheferna för de tre involverade enheterna behöver gemensamt gå igenom utredningens resultat och se vilka lärdomar som ska tas med i framtida arbete.
Undermålig sekretessmarkering i ett ärende och ett barns vistelseort har röjts. Undermålig markering, (avvikelsen upptäckts efter ett halvår) Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah	Enhetschef ansvarar för att informera medarbetarna om Socialförvaltningarnas rutin för hantering av skyddade personuppgifter.
Ett barn har varit placerad i ett familjehem som det inte har gått att samarbeta med och barnet blev akut omplacerat. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Ny rutin med besök och samtal i familjehem vid minst fyra tillfällen per år av ansvarig barnsekreterare.
Sexuella övergrepp av ett annat barn i ett jourfamiljehem. Jourfamiljehemmet har brustit i tillsyn. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Skyddsbedömning. Jourhemmet lämnade till en början inte barnet själv. Det andra barnet omplacerad. Redovisa till SAS om ytterligare åtgärder vidtagits i förebyggande syfte för att liknande händelse inte ska upprepas.
Utsatt ett annat barn för sexuella övergrepp i ett jourfamiljehem. Jourfamiljehemmet har brustit i tillsyn. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Säkerhetsplanering för att skydda båda barnen. Omplacering. Polisanmälan. Redovisa till SAS om ytterligare åtgärder vidtagits i förebyggande syfte för att liknande händelse inte ska upprepas.
Syskonpar som varit placerade i familjehem och den ena uppges ha utsatts för sexuella	Omplacering till jourfamiljehem. Polisanmälan. Utredda och hitta nytt lämpligt långsiktigt boende

Ärende	Föreslagna åtgärder
övergrepp. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Åtgärder är sedan tidigare vidtagna när det gäller uppföljning av barn placerade i familjehem, fortsätta arbetet.
Tidigare handläggare har av oaktsamhet, publicerat personuppgifter i ärendet på sociala medier. Handläggare har inte följt rutiner. Händelsen utgör ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah.	Enhetschef ansvarar för att fortsätta arbetet med regler för hemarbete, utbildning i sekretess, utbildning i LVU-lagstiftningen, samt att vara medarbetare i ett utsatt yrke.
I ärendet finns fyra olika avvikelser som samtliga handlar om brister i dokumentation. Rapporterna har upptäckts under den genomgång som pågått till följd av tidigare anmälan till IVO. Kunskapsbrist. Händelserna utgör ett missförhållande enligt lex Sarah	Säkerställa att alla handläggare har kunskap om lagstadgad dokumentationsskyldighet samt att dokumentationen i samtliga ärenden på enheten genomförs enligt rådande lagstiftning och riktlinjer. Följa tidigare handlingsplan.
Avtal gällande placering på HVB inte har upprättats av LINK under flera månader. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Inventering av avtal. Regelbundna avstämningsmöten. Justeringar i arbetsprocessen för att fler ska kunna få kontroll på avtalen och dess hantering.
En ungdom uppgett att hen varit utsatt för övergrepp i ett tidigare familjehem. Handläggaren missade aktualisera inkommande mail som en anmälan, glömde sedan bort det. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah	Arbete utifrån FAS-cykeln.
Socialsekreterare frångått delegation, fattat beslut om att avsluta utredning utan insats trots att det är 1:e socialsekreterare som har delegation. Den socialsekreterare som fattat beslut i ärendet är ej socionom. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah	Regler för rekrytering och den rekryteringsordning som finns i rekryteringsprocessen. Minst två referenser för varje slutkandidat HR stämmer av med rekryterande chef och ser till så att alla steg som skall genomföras är gjorda korrekt.
Aktualisering som har avslutats utan att inleda utredning men det har fattats beslut om insatser. Brister i dokumentation. Händelsen utgör en risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Fortsätta med tidigare handlingsplan, FAS-cykeln.
Utförare anser att de inte fått utredning från socialsekreterare, äldre uppgifter gällande våld och missbruk hade behövt framkomma. Delade meningar om vad som skulle framgå i uppdraget utförare. Händelsen utgör en risk för missförhållande enligt lex Sarah	Samtal med arbetsledare. Åtgärder vidtas för att samverkan mellan enheterna ska fungera. Rätt insatsmöten.

Resultat

Sedan föregående redovisningsperiod så har antalet avvikelser som varit föremål för utredning enligt lex Sarah ökat ytterligare. Det är en positivt och tyder på att enheterna arbetar systematiskt med avvikelser som grund i arbetet och att kunskapen hos både chefer och medarbetare har ökat när det gäller rapporteringsskyldigheten om lex Sarah. Socialt ansvarig samordnare (SAS) noterar att det är påtagligt många händelser när det gäller dokumentation i fel ärenden och förväxling av klienters dokumentation, vilket

tolkas som att enheterna blivit allt bättre på att rapportera händelser snarare är dålig kvalitet.

SAS har genomfört utbildningar på enheternas arbetsplatsträffar (nio tillfällen), handläggarskola vår och höst, samt vid uppföljning efter utredning. Det noteras dock att det finns enheter där SAS inte har bjudits in till information vid något tillfälle efter stadens omorganisation.

Efterfrågan har ökat både vad gäller utbildning men också för råd och stöd vid specifika ärenden. Följsamhet till begäran av åtgärder ökar fortfarande såväl som återkoppling till SAS. Inom ramen för framtagna introduktion för chefer så kommer information om systematiskt kvalitetsarbete och lex Sarah att finnas med från hösten 2023.

Analys

De områden som behöver prioriteras i det fortsatta systematiska kvalitetsarbetet kan sammanfattas i några delar,

- Intern samverkan inom förvaltningen mellan olika enheter.
- Kontinuerligt arbete med olika rutiner och följsamhet till dessa.
- Fortsatt arbete med kompetensutveckling, framför allt gällande dokumentation och hantering av handlingar.

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
Fortsatta satsningar på att behålla och utbilda befintliga medarbetare samt rekrytera medarbetare med den kompetens som förvaltningen behöver för att kunna fullgöra sitt uppdrag.	Arbete pågår på avdelningsnivå genom god introduktion samt att följa belastningen på respektive tjänst genom tjänstemätning. Åtgärderna har inte fått önskad effekt då personalomsättningen fortfarande är hög inom myndighetsutövningen.
Fastställande av samlad kompetensutvecklingsplan med prioriterade aktiviteter för 2023 för att ge medarbetare rätt kompetens/förutsättningar att möta verksamheternas behov.	Kompetensutvecklingsplan finns för samtliga medarbetare inom båda avdelningar som arbetar med barn- och ungdomsvård. Vid utvecklingssamtal gör enhetschef tillsammans med sina medarbetare en individuell plan som följs upp årligen.
Förstärka barnrättsperspektivet, att samtliga besluts- och arbetsprocesser är barnrättsbaserade för att barnen ska få sina rättigheter tillgodosedda	Förvaltningen har förtydligat dessa delar genom justeringar i BBIC-mallar. Att de efterföljs följs upp i bland annat ärendegenomgångar med förste socialsekreterare och i egenkontroll.

	Förvaltningens barnsekreterare arbetar bland annat med "my story" pärmen för att stärka barnets förståelse för sin historia.
Kontinuerligt följa upp och förbättra samverkan mellan enheter och förvaltningar för att säkerställa att brukarnas behov tillgodoses på bästa sätt.	Arbete pågår på flera sätt. Ledningsgrupperna inom området Barn och ungdomsvård har haft gemensamma utvecklingsdagar där flera åtgärder kopplat till samverkan lyfts. Information om samverkansrutiner i förvaltningen har lämnats via mejl och avsatt tid i kalendern för samverkan har skickats ut. Genom förstenätverket inom avdelningen BoU bjuds samverkansparter in för att förbättra samverkan. Inget konkret resultat än.
Säkerställa att enskildas uppfattning systematiskt tas tillvara genom synpunktshantering, Västermodellen, i handläggning och genomförande	Pågående arbete som fortsatt behöver prioriteras kommande år.

2.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Planerade förbättringsåtgärder
Fortsätta implementeringen av befintliga metoder för att göra den enskilde delaktig så som LÖSA, Västermodellen och Signs of Safety. Säkerställa att tillgängliga verktyg används i verksamheten.
Förbättrad avvikelshantering för att på så sätt tillvarata medarbetarnas röster kring vad som behöver förbättras inom verksamheten samt fördjupad analys av vilka förbättringsåtgärder som givit mest nytta.
Fortsatt arbete, genom såväl Fokusgruppsarbetet som genom introduktionssamordnares och förste socialsekreterares dagliga arbete, för att ytterligare förbättra handläggningen avseende utredningsplaner, utredningstider och kommunikering av utredningar. Särskilt fokus behöver vara på heders- och skyddade ärenden.
Samverkan mellan Utredande/ Placeringsenheter och Resurs-/ Familjehemsenheter förväntas förbättras genom ökad följsamhet till befintliga samverkansrutiner, fortsatt användande av Samverkans- och Rätt-insatsmöten samt genom ny organisering i förvaltningen där arbetet med barn och unga från och med år 2024 organiseras i tre avdelningar.

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

Brukarens inflytande och delaktighet säkerställs på en övergripande nivå i förvaltningens verksamheter genom att arbetet sker i enlighet med socialtjänstprocessen. I processen beskrivs centrala moment såsom brukarens delaktighet under bland annat utredning och vid upprättande av arbetsplan och genomförandeplan. Egenkontroll som genomfördes inom försörjningsstödsenheterna under våren 2023 visade att 71 av 80 arbetsplaner var upprättade i dialog med brukaren. Det är en ökning med 12 procent jämfört med resultatet hösten 2022. Automatiseringen, och den tid som har frigjorts vid handläggning av återansökningar, tros ligga bakom att fler fått möjlighet att vara delaktiga i sin planering.

Motiverande intervju (MI) fortsätter användas som samtalsmetod i förändringsarbetet med brukare och metoden i sig främjar inflytande och delaktighet. Samtliga socialsekreterare erbjuds MI-utbildning och utbildningen är en del i introduktionen för nyanställda.

För att kunna vara delaktig och ha inflytande behöver brukare förstå den information som lämnas. Försörjningsstödsenheterna har fortsatt arbetet med att ta fram förenklade och standardiserade formuleringar som ska göra det lättare att ta till sig det skriftliga språket. Klarspråksutbildning genomfördes under våren 2023.

Antalet synpunkter/klagomål fortsätter att öka inom verksamheterna som arbetar med myndighetsutövning, vilket är positivt utifrån både delaktighet och tillit gentemot förvaltningen. Därutöver finns synpunktsbrevlådor uppsatta i vissa verksamhetslokaler och alla brukare informeras om att de kan lämna synpunkter/klagomål under tiden de är i aktivitet i verksamheterna.

Den tid som frigörs från administration genom automatiseringen ska varje socialsekreterare i stället lägga på fler besök per månad. Att få träffa sin socialsekreterare oftare bör öka känslan av delaktighet och inflytande.

3.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Jag är med och påverkar stödet och hjälpen jag får	74	Göteborgs stad: 86
Hur har din situation ändrats i och med det stöd du får från oss?	75	Göteborgs stad: 82

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Jag vet hur och var jag kan få tag på den information jag behöver	75	Göteborgs stad: 85
Jag vet hur jag lämnar synpunkter eller klagar om jag inte är nöjd	81	Göteborg stad: 81
Jag förstår den information jag får av personalen	91	Göteborg stad: 92
Hur har din situation ändrats i och med det stöd du får från oss?	92	Göteborg stad: 82

Göteborgs Stads brukarundersökning genomförs vartannat år riktat mot brukare inom IFO utförare. Ovanstående baseras på undersökningen som genomfördes år 2022. Ingen enkät har genomförts under mätperioden inom myndighet.

De utvalda frågorna att prioritera inför kommande återfinns i *frågor att prioritera*, samt *kan bli bättre* i brukarenkäten, då de har ett samband med brukarens nöjdhet med kontakten med verksamheterna.

Utförande verksamheter som finns inom område arbetsmarknad och sysselsättning (arbetsrehabiliterande) var under 2022 uppdelade i två enheter som redovisas var och en för sig. Sedan början av 2023 är de numera organiserade under en enhet. De tre första punkterna kommer från arbetsmarknadsenheten och de sista tre från arbetslivsenheten.

Verksamheterna har ett lägre eller likvärdigt resultat jämförelsevis med snittet för Göteborgs stad. Överlag är det ett mycket gott snittresultat för staden som helhet inom utförarverksamheterna.

Det är relativt låg svarsfrekvens på brukarundersökningen. Förvaltningen behöver arbeta mer med att få fler svarande på enkäten för att kunna ta till sig av resultatet på ett bättre sätt. Under 2023-2024 pågår ett stadenövergripande arbete med att förbättra brukarundersökningarna.

3.1.1.3 Öppna jämförelser

Förvaltningen saknar fortfarande aktuella överenskommelser med flera externa samverkansparter i enskilda ärenden såsom Försäkringskassan, primärvård, vuxenpsykiatri och bostadsföretag/hyresvärdar.

Förvaltningen skulle fortfarande behöva utveckla arbetet med att genomföra individbaserad systematisk uppföljning av verksamhetens stöd och insatser resultat för de enskilda samt använda enskildas uppfattning till att utveckla verksamheten.

Exempel på delar av jämförelsen där förvaltningen redan har ett arbete på plats:

- Aktuell rutin för att förhindra avhysning av barnfamiljer med hyresskuld
- Uppsökande verksamhet för de som riskerar att förlora sitt boende
- Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld
- Genomfört individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens behov, verksamhetens stöd och insatser till enskilda

Förvaltningen har en fortsatt hög andel handläggare med socionomexamen, 83.3 jämfört med rikets snitt 72.6.

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			

Ingen extern tillsyn eller granskning har genomförts inom området försörjningsstöd mellan 2022-09-01 till 2023-08-31.

3.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
I endast 3 av 27 ärenden med barn framgick det tydligt hur barnet/barnen påverkades av beslutet (egenkontroll våren 2023)	Öka antalet barnkonsekvensanalyser som görs i hushåll med barn genom ökad kunskap och tydligare stödmaterial
I 40 av 80 ärenden hade Freda-kortfrågor (standardiserad bedömningsmetod) använts i syfte att identifiera våldsutsatthet och kunna erbjuda stöd vid behov	Fortsätta arbetet så att Freda-kortfrågor ställs i ännu högre grad

3.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

3.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål - utförande av tjänst	12
Klagomål - bemötande	4
Klagomål - övrigt	2

Under perioden har flest inkomna synpunkter kategoriserats som klagomål - utförande av tjänst. Klagomålen handlar oftast om missnöje med handläggningen, att den enskilde inte har fått det bistånd hen har ansökt om. En del brukare har också lämnat klagomål på bemötandet. När det gäller både utförande av tjänst och bemötande behöver verksamheterna fortsätta arbeta med, dels hur man kommunicerar med den enskilde för att handläggningen ska bli begriplig, dels bemöta brukare så att dom upplever tillit, respekt och delaktighet.

Jämfört med förra årets Kvalitetsrapport har antalet synpunkter ökat (ökning med sju stycken). Inom verksamhetsområdet är det tydligt att vissa verksamheter har flera synpunkter medan övriga inga alls. De verksamheter som helt saknar behöver arbeta aktivt med att informera om möjligheten att lämna synpunkter.

Överlag kan verksamhetsområdet bli bättre på följsamheten gentemot gällande rutin när det gäller återkoppling till synpunktslämnaren inom två arbetsdagar. Enstaka synpunkter saknar någon form av återkoppling och där har verksamheten inte följt rutinen alls.

Ingen synpunkt har lett till åtgärder som bidragit till verksamhetsutveckling.

3.1.2.2 Avvikelse

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Utreda och besluta SoL ärende	306
Övrigt	161
Dokumentation - allmän	99
Post, inkommen handling	90
Samverkan intern	22
Rättigheter och bemötande	15

Inom myndighet för försörjningsstöd samt utförare arbetsmarknad finns 716 avvikelser registrerade för perioden. Ovan redogörs för de avvikelser som överstiger 10 i antal.

Flest avvikelser har sammantaget inträffat inom området Utreda och besluta SoL-ärende med 306 avvikelser, och förvaltningen behöver fortsätta prioritera arbetet med kompetenshöjande insatser riktade gentemot myndighetsutövande medarbetare för att förbättra rättssäkerheten. Även brister i dokumentation har koppling till brukarnas rättssäkerhet. Här behöver verksamheterna se över vilka ytterligare åtgärder som behövs. Den enskilt största underkategorin är i årets mätning "Övrigt" där 161 avvikelser återfinns. Användningen av den kategorin kan ses som ett mått på hur väl verksamheten lyckas förmedla kopplingen mellan socialtjänstprocessen och avvikelseprocessen. Ett arbete med att försöka få ner antalet som registreras som övrigt behöver fortgå genom kompetenshöjande insatser och diskussioner på enheterna.

Även i år framkommer bekymmer med posthanteringen där inkomna handlingar inte hanteras på rätt sätt. Posthanteringen bör ses över för att öka en korrekt hantering. En åtgärd som bör minska avvikelser kring posthantering är att beslutsmeddelanden skickas via mina meddelanden.

Orsaker	Antal
Kompetensbrist	159
Brist i implementering	93
Brist i riktlinjer och rutiner	82
Yttre orsaker	59
Brist i kommunikation	27
Brist i organisation och samverkan	23
Yttre orsaker	22
Brist i planering, Kompetensbrist	21
Brist i implementering, Kompetensbrist	18
Tekniskt fel	17
Ej avvikelse	15

De identifierade orsakerna till avvikelserna kan i huvudsak härledas till kompetensbrist och brister i implementering. Verksamhetsområdet har under året vidareutvecklat befintlig kompetensutvecklingsplan för att rusta medarbetare med rätt förutsättningar. Liknande arbete bör genomföras kring riktlinjer och rutiner för att se hur styrande

dokument kan förbättras för att minska risken för avvikelser i socialtjänstprocessen.

De åtgärder som vidtagits har bedömts leda till en förbättring i 238 fall. Motsvarande siffra i förra årets rapport var 121 fall. I 210 fall görs bedömningen att åtgärden inte går att avgöra om den lett till en förbättring. Motsvarande siffra var 235 i förra årets rapport. I 16 fall har åtgärder fått ingen effekt. Den siffran var 31 fall förra året. Här behövs fortsatt ett utvecklingsarbete i att se över vilka åtgärder som verkar ge effekt och vad som gör att effekt uteblir i de åtgärder som planerats och genomförts.

Genom att kontinuerligt gå igenom avvikelser tillsammans på enheterna och förbättra hanteringen kan andelen åtgärder som ger effekt höjas, vilket bör vara ett prioriterat område inom ramen för verksamheternas systematiska förbättringsarbete även under kommande år.

Det har skett en god utveckling under året i hanteringen av avvikelser. Föregående mätperiod var 14 % av avvikelserna under perioden fortfarande pågående. Vid årets rapportering var 28 % av avvikelserna under perioden fortsatt pågående. Detta indikerar att verksamheten hantering sker långsammare än tidigare period. 43 % av avvikelserna hanteras inom en månad från rapportering. Dock har ca 16 % av avvikelserna en hanteringstid på över 90 dagar från rapportering. Här kan verksamheten utveckla sitt arbete.

Status	Summa
Avslutad	513
Pågående	203

Avvikelser i MedControl Pro

Sedan senhösten 2021 har socialförvaltningen tillgång till Regionens avvikelssystem Med Control Pro. Systemet ska användas för registrering och hantering av avvikelser som sker i vårdssamverkan. Mellan perioden 1 september 2022 - 31 augusti 2023 har totalt 15 avvikelser registrerats i systemet, en liten ökning jämfört med föregående år. Ingen av dessa rör verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd. En särskilt utsedd enhetschef har fått uppdraget att kunna registrera och hantera avvikelse när så inkommer.

3.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
Två dagar försenad orosanmälan enligt LVM/missbruk. Rutin som inte har följts. Risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Arbeta utifrån Rutin för orosanmälan för att förebygga att avvikelse uppstår igen.
Handläggare har registrerat händelser i fel ärende. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Medarbetarna uppmärksammas på faran med att ha flera ärenden öppna på skärmen samtidigt samt att alltid nogsamt kontrollera att en uppgift registreras i rätt ärende. Felaktig text rättas så att det framgår att den är överstruken.
Handläggare har förväxlat två journaler och skrivit om aktuell klient i annan klients journal. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Informera medarbetarna om att följa de rekommendationer som finns - inte ha flera ärenden öppnade samtidigt.
En handling har skickats felaktigt till Kriminalvården. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Kontakt med Kriminalvården som raderade meddelandet.

Ärende	Föreslagna åtgärder
En klient har fått annan klients handlingar skickat hem till sig. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Informera medarbetarna om att inte hantera flera ärenden samtidigt och att inga handlingar får slängas som tillhör avvikelse.
Handlingar har felaktigt skickats hem till annan klient. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Informera medarbetarna om att inte hantera flera ärenden samtidigt.
Ett dokument från klient har lagts in i en annan klients dokumentation. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Informera medarbetarna om att inte hantera flera ärenden samtidigt.
Inkomna handlingar har hanterats på ett felaktigt sätt, efterföljande beslut har fattats utan att hela bilden kring klientens situation varit klarlagd. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Rutin för hantering av inkommande fysiska handlingar, samt implementering.
Handläggare och kollega promenerar till klients adress, med syfte att lämna ett brev/information om att socialtjänsten önskar kontakt/sökt klienten. Okunskap om vad som kan vara oanmält hembesök. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Genomgång med handläggarna vad som gäller vid hembesök.
Oklarhet kring en god mans uppdrag och befogenheter. Socialtjänsten har inte haft direktkontakt med klienten på flera år. Bristande uppföljning. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Utbildning av Överförmyndarenheten. Egenkontroll.
Socialsekreterare missat ansökan om försörjningsstöd. Händelsen utgör risk för missförhållande utifrån den enskildes rättssäkerhet.	Socialsekreterare uppmanas omgående fatta beslut på aktuell ansökan samt skicka brev till klienten med uppmaning att ta kontakt med socialtjänsten.
Vid ny öppning av ett ärende så har en socialsekreterare kontaktat klients syster utifrån att telefonnumret kom upp i Treserva. Händelsen utgör risk för missförhållande utifrån den enskildes rättssäkerhet.	Tagit bort uppgifter från Treserva och vara observant på att uppgifter följer med i dokumentation.
Dokumentation i fel ärenden. Oaktsamhet. Händelsen utgör en risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Arbete med personalbemanning. Tillse att samverkan mellan enheterna fungerar väl, att åtgärder vidtas för att komma tillrätta med eventuella oenigheter, både på kort och längre sikt.
Ett beslut har skickats till fel person. Misstag. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Informera medarbetarna om att inte hantera flera ärenden samtidigt.
En akt saknas vid utredning av ett FUT-ärende. Organisatoriska brister och brist i rutiner. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Ta fram enhetliga rutiner, tillsammans med företrädare för de verksamheter som hanterar akter.

Ärende	Föreslagna åtgärder
En klient har fått en annan klients beslut vid ett personligt besök på socialkontoret. Underbemannade och det finns en del oerfarna socialsekreterare. Stress. Socialsekreteraren inte ha ärenden för klient som tog emot den felaktiga handlingen enligt tidigare beslut. Händelsen utgör ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah.	Arbete med avdelningens kompetensutvecklingsplan, plan för metodutveckling, samt hur bemanningssituationen hanteras i ett längre perspektiv.
Pappa som inte följer socialtjänstens rekommendation, har avslutat stödsats. Inte följts upp med inom vad som kan anses vara rimlig tid. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Skriftlig rutin, metod gällande vad som krävs i våldsärenden, samt hur kompetensutveckling gällande dokumentation.

Resultat

Sedan föregående redovisningsperiod så har antalet avvikelser som varit föremål för utredning enligt lex Sarah ökat ytterligare. Det är en positivt och tyder på att enheterna arbetar systematiskt med avvikelser som grund i arbetet och att kunskapen hos både chefer och medarbetare har ökat när det gäller rapporteringsskyldigheten om lex Sarah. Socialt ansvarig samordnare (SAS) noterar att det är påtagligt många händelser när det gäller dokumentation i fel ärenden och förväxling av klienters dokumentation, vilket tolkas som att enheterna blivit allt bättre på att rapportera händelser snarare är dålig kvalitet. Med automatisering av handläggningen för återansökningar inom ekonomiskt bistånd förväntas dessa händelser att minska.

SAS har genomfört utbildningar på enheternas arbetsplatsträffar (nio tillfällen), handläggarskola vår och höst, samt vid uppföljning efter utredning. Avdelning Vuxna och försörjningsstöd har haft två halvdagar för samtliga medarbetare inom avdelningen där SAS har genomfört utbildning. Det noteras dock att det finns enheter där SAS inte har bjudits in till information vid något tillfälle efter stadens omorganisation.

Efterfrågan har ökat både vad gäller utbildning men också för råd och stöd vid specifika ärenden. Följsamhet till begäran av åtgärder ökar fortfarande såväl som återkoppling till SAS. Inom ramen för framtagna introduktion för chefer så kommer information om systematiskt kvalitetsarbete och lex Sarah att finnas med från hösten 2023.

Analys

De områden som behöver prioriteras i det fortsatta systematiska kvalitetsarbetet kan sammanfattas i några delar,

- Intern samverkan inom förvaltningen mellan olika enheter.
- Kontinuerligt arbete med olika rutiner och följsamhet till dessa.
- Fortsatt arbete med kompetensutveckling, framför allt gällande dokumentation och hantering av handlingar.

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
Genomföra barnkonsekvensanalyser inför varje beslut när barn finns i ärendet för att säkerställa att lagen följs och barnrättsperspektivet beaktas	Har ej fått önskad effekt. Egenkontroll i individärenden våren 2023 visade att i endast 3 av 27 ärenden framkom tydligt hur barn påverkades av beslutet. Avdelningen har tagit fram en kompetensutvecklingsplan med följande prioriterad aktivitet: Baskunskaper barnrättsperspektivet för att kunna säkerställa barns bästa vid alla myndighetsbeslut. Tydliggjort att 1e socialsekreterare är ansvarig för baskunskapen. Arbetsledningen känner sig dock osäkra på barnkonsekvensanalyser i myndighetsutövning försörjningsstöd och önskar ytterligare stödmaterial för att komma vidare.
Förbättra interna samarbetet inom avdelningen Vuxna och försörjningsstöd för att samordna vägen till ett självständigt liv och upplevas som en socialtjänst	Har fått önskad effekt. Medarbetare har fått information om varandras uppdrag vilket har lett till ökad förståelse. Påbörjat arbetet med EN arbetsplan i gemensamma ärenden för vuxen och försörjningsstöd. Pilotprojekt pågår kring personer med missbruk/beroende och försörjningsstöd för att testa nya arbetssätt som ska påskynda den enskildes väg till ett självständigt liv.
Öka antalet ställda Freda-kortfrågor för att kunna identifiera fler våldsutsatta, och våldsutövare, och kunna erbjuda stöd och hjälp till ett liv fritt från våld	Har fått önskad effekt. Egenkontroll i individärenden våren 2023 visade att frågorna är ställda i fler ärenden och därmed har fler våldsutsatta identifierats. Utbildning har gjort att fler medarbetare känner sig trygga och vågar ställa frågorna.

3.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Planerade förbättringsåtgärder
Tillsammans med arbetsledning planera och genomföra åtgärder för att öka kompetensen inom barnrättsarbete samt antalet barnkonsekvensanalyser (sker via barnbokslutet)
Erbjuda ett samordnat stöd när den enskilde är aktuell inom både vuxen och försörjningsstöd så att avdelningen upplevs som en socialtjänst
Fortsätta ställa Freda-kortfrågor systematiskt i ärenden för att kunna identifiera, och erbjuda stöd, till fler våldsutsatta och våldsutövare
Genomföra kompetensutvecklingsinsatser inom dokumentation och hantering av handlingar

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

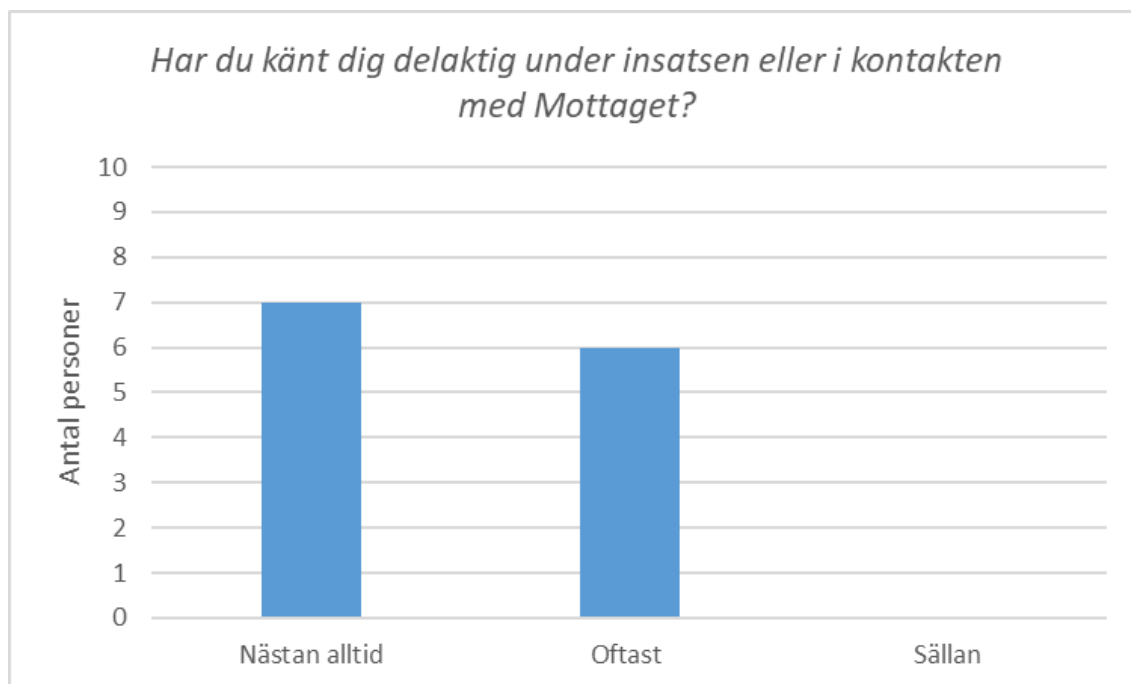
Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens kvalitet. Det innebär bland annat att följa upp att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet och säkerställa att verksamheten uppnår ställda krav och mål.

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

Brukarens inflytande och delaktighet säkerställs på en övergripande nivå i förvaltningens verksamheter genom att arbetet sker i enlighet med socialtjänstprocessen. I processen beskrivs centrala moment såsom brukarens delaktighet under bland annat utredning och vid upprättande av arbetsplan och genomförandeplan. Egenkontroll som genomfördes i individärenden under våren 2023 visade att verksamheterna behöver fortsätta arbetet med bland annat att ta med enskildas synpunkter i utredningen och att det ska finnas aktuella arbetsplaner för beslutsperioden som följer med in i genomförandeplanen som upprättas av utföraren. Målgruppens förmåga eller vilja att vara delaktiga är emellertid begränsad vilket påverkar.

Inom en vuxenenhet används en enkät i samband med avslut av ärende och där ställs frågan "Har du känt dig delaktig under insatsen eller i kontakten med Mottaget?". Resultatet används för att utveckla verksamheten. För perioden i rapporten har 13 brukare svarat på frågan och följande resultat får bedömas som positivt:



Motiverande intervju (MI) fortsätter att användas som samtalsmetod i förändringsarbetet med brukarna och metoden i sig främjar inflytande och delaktighet.

Arbetet med synpunkter är ett sätt att arbeta med brukares delaktighet och inflytande. Jämfört med föregående års Kvalitetsrapport har antalet synpunkter minskat och endast tre synpunkter har rapporterats under ett års tid. Verksamheterna inom vuxen behöver informera, upplysa och stötta målgruppen i att framföra de synpunkter och klagomål som finns.

4.1.1.2 Brukarenkät

Fråga i enkäten	Resultat	Kommentar
Jag vet hur jag lämnar synpunkter eller klagar om jag inte är nöjd	66	Göteborg stad: 81
Hur har din situation ändrats i och med det stöd du får från oss?	84	Göteborg stad: 82
Jag är med och påverkar stödet och hjälpen jag får	90	Göteborg stad: 86

Göteborgs Stads brukarundersökning genomförs vartannat år riktat mot brukare inom myndighet respektive utförare. Ovanstående baseras på undersökningen som genomfördes år 2022 för utförarverksamhet. Ingen enkät har genomförts under mätperioden inom myndighet.

De tre utvalda frågorna att prioritera inför kommande år återfinns i *frågor att bli bättre på och fråga att prioritera* i brukarenkäten, då de har ett starkt samband med brukarens nöjdhet med kontakten med socialtjänsten.

Verksamheterna inom verksamhetsområde Vuxna i SF Nordost redovisar ett högre resultat än snittet i staden som helhet på alla frågor förutom 1, jag vet hur jag lämnar synpunkter.

4.1.1.3 Öppna jämförelser

Missbruks- och beroendevården

Förvaltningen skulle fortfarande behöva utveckla arbetet med individbaserad systematisk uppföljning av verksamhetens stöd och/eller insatser samt insatsers resultat för de enskilda.

Vidare behöver fortfarande brukarinflytandet på verksamhetsnivå öka, till exempel genom att genomföra och använda brukarstyrd brukarrevision för verksamhetsutveckling.

Exempel på delar av jämförelsen där förvaltningen redan har ett arbete på plats:

- Erbjuder flera insatser som rekommenderas i nationella riktlinjer både till enskilda och anhöriga
- Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld
- Genomfört individbaserad systematisk uppföljning av verksamhetens stöd och/eller insatser till enskilda

Andelen handläggare som har socionomexamen ligger något lägre än snittet i riket, 75.7 jämfört med 81.1.

Motverka hemlöshet

Förvaltningen har majoriteten av delarna på plats men det som sticker ut är att förvaltningen fortfarande inte erbjuder enklare hushållsekonomisk rådgivning och att det saknas aktuell överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden med bostadsföretag/hyresvärdar.

Våld i nära relationer

De två stora delarna som förvaltningen fortfarande behöver utveckla är arbetet med individbaserad systematisk uppföljning och brukarinflytande på verksamhetsnivå.

Exempel på sådant som redan fungerar eller finns på plats:

- Flera aktuella överenskommelser med externa parter gällande samverkan i enskilda ärenden
- Genomfört utbildning om våld i nära relationer riktad till handläggare som utreder vuxna som har utsatts för eller bevittnat våld av närstående

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			

Ingen extern tillsyn eller granskning har genomförts inom området Vuxen mellan 2022-09-01 till 2023-08-31.

4.1.1.5 Interna granskningar

Påpekande från granskare	Viktigast att åtgärda
Det är fortsatt en bit kvar i arbetet med att genomgående använda ett enkelt språk i kontakten med klienterna (egenkontroll våren 2023)	Fortsätta arbetet med Klarspråk på enheterna
I endast 1 av 4 ärenden med barn framgick det tydligt hur barnet/barnen påverkades av beslutet (egenkontroll våren 2023)	Öka antalet barnkonsekvensanalyser som görs i hushåll med barn genom ökad kunskap och tydligare stödmaterial

4.1.2 Synpunkter, avvikelser och Lex Sarah

4.1.2.1 Synpunkter

Kategori/typ av synpunkt	Antal
Klagomål - utförande av tjänst	3

Under perioden har endast tre synpunkter rapporterats enligt förvaltningens rutin för synpunktshantering. Två synpunkter har inkommit direkt från synpunktslämnare och en via Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Antalet är för lågt och en försämring jämfört med föregående års Kvalitetsrapport (minskning med åtta stycken). Verksamhetsområdet behöver öka antalet synpunkter så

att de förvaltningen är till för får komma till tals, förvaltningen lär av eventuella misstag och synpunkterna bidrar till verksamhetsutveckling vid en korrekt hantering.

Verksamhetsområdet kan också bli bättre på följsamheten gentemot gällande rutin när det gäller återkoppling till synpunktslämnaren inom två arbetsdagar.

Ingen synpunkt har lett till åtgärder som bidragit till verksamhetsutveckling.

4.1.2.2 Avvikelser

Kategori/typ av avvikelse	Antal
Övrigt	45
Dokumentation - allmän	31
Post, inkommen handling	19
Samverkan extern	11

Inom myndighet vuxen finns 134 avvikelser registrerade. Ovan redogörs för de avvikelser som över 10 i antal.

Antalet avvikelser har ökat något från förra mätperioden men ligger på en låg nivå jämfört med de andra verksamhetsområdena. Flest avvikelser återfinns inom kategorin *Övrigt*. Ett arbete med att få ner antalet avvikelser inom kategorin *övrigt* behöver fortsätta. Denna kategori kan ses som ett mått på hur väl verksamheten lyckas förmedla kopplingen mellan socialtjänstprocessen och avvikelseprocessen.

Brister i dokumentationen är också en av de största kategorierna. Förvaltningen behöver fortsätta fokusera på kompetenshöjande insatser kring dokumentation inom myndighetsutövningen.

Därutöver framkommer återkommande bekymmer med posthanteringen där inkomna handlingar inte hanteras på rätt sätt. Posthanteringen bör ses över för att öka en korrekt hantering.

Orsaker	Antal
Brist i riktlinjer och rutiner	25
Yttre orsaker	23
Brister i implementering	16
Brist i kommunikation	9
Kompetensbrist	7
Tekniskt fel	6
Brister i arbetsmiljö och kultur	5
Brist i planering	5
Brister i organisation och samverkan	5
Brist i arbetsmiljö och kultur, Brist i riktlinjer och rutiner	3
Brist i implementering, Brist i organisation och samverkan	3
Brist i riktlinjer och rutiner, Brist i organisation och samverkan	3

De identifierade orsakerna till avvikelserna kan i huvudsak härledas till brister i implementering, yttre orsaker och till riktlinjer och rutiner. Verksamhetsområdet behöver identifiera vilka riktlinjer och rutiner som avses för att se hur styrande dokument kan förbättras för att minska risken för avvikelser i socialtjänstprocessen. Likaså behöver verksamheten se över implementeringsprocessen och se om det finns gemensamma lärdomar som kan hjälpa till att utveckla verksamheten.

De åtgärder som vidtagits har bedömts leda till förbättring i 27 fall. Vid förra

måttillfället bedömdes en åtgärd ha lett till en förbättring, vilket får ses som en positiv utveckling. I 20 fall görs bedömningen att åtgärden inte går att avgöra om den lett till en förbättring och i 20 fall går det inte att bedöma om åtgärden fått någon effekt. 86 av 134 avvikelser saknar bedömning, och av dessa är 25 trots saknad bedömning avslutade i verksamhetssystemet.

Det syns en fortsatt utmaning i att hanteringen av avvikelser sker skyndsamt och bidrar till en förbättring av kvaliteten i verksamheten. 24 % avvikelser har hanterats inom en månad från rapportering och 37 % har en hanteringstid på mer än tre månader.

Status	Summa
Avslutad	72
Pågående	62

Avvikelser i MedControl Pro

Sedan senhösten 2021 har socialförvaltningen tillgång till Regionens avvikelssystem MedControl Pro. Systemet ska användas för registrering och hantering av avvikelser som sker i vårdsamverkan. Mellan perioden 1 september 2022 - 31 augusti 2023 har totalt 15 avvikelser registrerats i systemet, en liten ökning jämfört med föregående år. 11 av dessa rör verksamhetsområde vuxen, av dessa har nio registrerats av förvaltningen och två av regionens verksamheter. Avvikelseerna har kategoriserats som organisation (7), vård och behandling (3) samt informationssäkerhet (1). Det går inte att dra några långtgående slutsatser utifrån underlaget i år.

Från och med 1 september 2023 kommer samtliga medarbetare inom vuxna och försörjningsstöd ha tillgång till att registrera avvikelser i MedControlPro i och med införandes av eTjänstekort. Förvaltningen behöver fortsätta uppmuntra medarbetare att registrera avvikelser för att dessa ska kunna användas som en del i det systematiska förbättringsarbetet på ett ändamålsenligt sätt.

Genom att kontinuerligt gå igenom avvikelser tillsammans på enheterna och förbättra hanteringen kan andelen åtgärder som ger effekt höjas, vilket bör vara ett prioriterat område inom ramen för verksamheternas systematiska förbättringsarbete även under kommande år.

4.1.2.3 Lex Sarah

Ärende	Föreslagna åtgärder
En anteckning har lagts in i ett annat ärende. Händelsen utgör risk för missförhållande enligt lex Sarah.	Förtydliga för medarbetarna att inte hantera flera ärenden samtidigt.
En klients uppgifter har lagts in i en öppen databas i Lotus Notes. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Dokumentation i Treserva införs.
Socialsekreterare tar emot ett okrypterat mail från intraservice och skickar tillbaka okrypterat. Socialsekreteraren har slarvat och agerat obetänksamt genom att återsända det okrypterade mailet till intraservice. Händelsen utgör ett missförhållande enligt lex Sarah.	Avvikelse rapport skickas till intraservice. Samtal med socialsekreterare.

Resultat

Sedan föregående redovisningsperiod så har antalet avvikelser som varit föremål för utredning enligt lex Sarah ökat ytterligare. Det är en positivt och tyder på att enheterna arbetar systematiskt med avvikelser som grund i arbetet och att kunskapen hos både chefer och medarbetare har ökat när det gäller rapporteringsskyldigheten om lex Sarah. Socialt ansvarig samordnare (SAS) noterar att det är påtagligt många händelser när det gäller dokumentation i fel ärenden och förväxling av klienters dokumentation, vilket tolkas som att enheterna blivit allt bättre på att rapportera händelser snarare är dålig kvalitet. Med automatisering av handläggningen för återansökningar inom ekonomiskt bistånd förväntas dessa händelser att minska.

SAS har genomfört utbildningar på enheternas arbetsplatsträffar (nio tillfällen), handläggarskola vår och höst, samt vid uppföljning efter utredning. Avdelning Vuxna och försörjningsstöd har haft två halvdagar för samtliga medarbetare inom avdelningen där SAS har genomfört utbildning. Det noteras dock att det finns enheter där SAS inte har bjudits in till information vid något tillfälle efter stadens omorganisation.

Efterfrågan har ökat både vad gäller utbildning men också för råd och stöd vid specifika ärenden. Följsamhet till begäran av åtgärder ökar fortfarande såväl som återkoppling till SAS. Inom ramen för framtagna introduktion för chefer så kommer information om systematiskt kvalitetsarbete och lex Sarah att finnas med från hösten 2023.

Analys

De områden som behöver prioriteras i det fortsatta systematiska kvalitetsarbetet kan sammanfattas i några delar,

- Intern samverkan inom förvaltningen mellan olika enheter.
- Kontinuerligt arbete med olika rutiner och följsamhet till dessa.
- Fortsatt arbete med kompetensutveckling, framför allt gällande dokumentation och hantering av handlingar.

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
Genomföra barnkonsekvensanalyser inför varje beslut när barn finns i ärendet för att säkerställa att lagen följs och barnrättsperspektivet beaktas	Har ej fått önskad effekt. Egenkontroll i individärenden våren 2023 visade att i 8 av 12 ärenden framkom tydligt hur barn påverkades av beslutet. Avdelningen har tagit fram en kompetensutvecklingsplan med följande prioriterad aktivitet: Baskunskaper barnrättsperspektivet för att kunna säkerställa barns bästa vid alla myndighetsbeslut. Tydliggjort att 1e socialekreterare är ansvarig för baskunskapen.
Förbättra interna samarbetet inom avdelningen Vuxna och försörjningsstöd för att samordna vägen till ett självständigt liv och upplevas som en socialtjänst	Har fått önskad effekt. Medarbetare har fått information om varandras uppdrag vilket har lett till ökad förståelse. Påbörjat arbetet med EN arbetsplan i gemensamma ärenden för vuxen och försörjningsstöd. Pilotprojekt pågår kring personer med missbruk/beroende och försörjningsstöd för att testa nya arbetssätt som ska påskynda den enskildes väg till ett självständigt liv.
Öka antalet ställda Freda-kortfrågor för att kunna identifiera fler våldsutsatta, och våldsutövare, och kunna erbjuda stöd och hjälp till ett liv fritt från våld	Har fått önskad effekt. Egenkontroll i individärenden våren 2023 visade att frågorna är ställda i fler ärenden och därmed har fler våldsutsatta identifierats.

4.2 Slutsatser och förbättringsåtgärder

Planerade förbättringsåtgärder
Vidhålla arbetet med att rapportera in avvikelser i Treserva och utveckla systematiken kring hantering, åtgärder och uppföljning för att möjliggöra ökad kvalitet inom verksamheten
Kontinuerligt arbete med att göra rutiner välkända samt säkerställa följsamhet till dessa
Genomföra barnkonsekvensanalyser inför varje beslut när barn finns i ärendet för att säkerställa att lagen följs och barnrättsperspektivet beaktas