



Kvalitetsberättelse 2024

Nämnden för funktionsstöd

Innehållsförteckning

1	Inledning	3
2	Ordlista	4
3	Sammanfattning	5
4	Organisering av det systematiska kvalitetsarbetet	7
4.1	Uppföljning och utvecklingsarbeten under 2024	7
5	Analys och bedömning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.....	9
5.1	Brukarnas bedömning	9
5.1.1	Synpunkter	9
5.1.2	Brukarundersökning SKR	10
5.1.3	Brukarundersökning förvaltningen för funktionsstöd	15
5.1.4	Brukarrevision.....	18
5.2	Vår egen bedömning.....	19
5.2.1	Avvikelser	19
5.2.2	Avvikelser i samverkan med region.....	21
5.2.3	Patientsäkerhet.....	22
5.2.4	Missförhållanden enligt lex Sarah.....	23
5.3	Andras bedömning	24
5.3.1	Tillsyn (inspektionen för vård och omsorg).....	24
5.3.2	Revisioner.....	25
5.3.3	Privata utförare	26

1 Inledning

Kvalitetsberättelsen sammanfattar och dokumenterar förvaltningens årliga kvalitetsarbete och resultat. Förvaltningen bedömer hur resultaten överensstämmer mot kraven om systematiskt kvalitetsarbete och analyserar eventuella utvecklingsområden. Resultaten redovisas, om möjligt, över tid och gentemot andra kommuner. Det gör det enklare att identifiera trender, utvecklingsområden och för att synliggöra vilka av förvaltningens insatser som gett resultat.

Förvaltningens resultat inhämtas och läggs samman från verksamheternas dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet styrs av förvaltningens kvalitetsledningssystem. Kvalitetsledningssystemets syfte är att säkra och följa upp kvalitet i verksamheten.

Med anledning av nämndens ansvar att följa upp privata utförare av tjänster inom SoL och LSS (Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll § 23), har förvaltningen i år även inhämtat uppgifter om privata aktörer (inom LOV), systematiska kvalitetsarbete.

2 Ordlista

HSL Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

IVO Inspektionen för vård och omsorg

Kvalitet såsom avses i SOSFS 2011:9 motsvarar att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälsosjukvård (HSL), socialtjänst (SoL) och stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Lex Sarah Reglerar skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden

Lex Maria Reglerar skyldighet att rapportera och utreda händelser som medfört eller skulle kunnat medföra en allvarlig vårdskada

LSS Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

SoL Socialtjänstlag (2001:453)

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

3 Sammanfattning

Alla som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är skyldiga att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Detta framgår av Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete; SOSFS 2011:9. Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll beskriver också att nämnder och styrelser ska bedriva en ändamålsenlig och effektiv verksamhet med fokus på kvalitet för den verksamheten riktar sig till.

I den övergripande analysen av det systematiska kvalitetsarbetet har förvaltningen utgått från perspektiven brukarnas bedömning, vår (förvaltningens) egen bedömning samt andras bedömning.

Att omhänderta olika perspektiv ger förvaltningen möjlighet att återspegla sina processer och arbetssätt, samt hur dessa motsvarar de krav och mål som styr verksamheten. Det skapar en helhetsbild av kvaliteten i verksamheten, vilket ger förvaltningen en möjlighet till en mer nyanserad och samlad analys av resultaten. Hit hör att identifiera trender som visar på utvecklings- och förbättringsområden.

Brukarnas bedömning

Brukarnas bedömning baseras på resultaten från analys av synpunktshantering, brukarundersökningar samt brukarrevisioner.

Förvaltningen konstaterar att brukarundersökningarna fortsätter att vara en viktig källa till kunskap om hur brukarna upplever stöd och kontakt inom förvaltningens verksamheter. Årets resultat visar på totalen en positiv trend för områdena trygghet och medbestämmande som är prioriterade av förvaltningen. Det tredje prioriterade området, kommunikation visar på totalen inte på en positiv trend, men gör det inom några insatser. Samtidigt har gruppbostad haft en negativ utveckling för förvaltningens tredje prioriterade område, kommunikation. Förvaltningen iakttar att könsskillnaderna i brukarundersökningarna, där kvinnor ofta upplever en lägre grad av trygghet och delaktighet än män, kvarstår och ligger i linje med nationella tendenser.

Förvaltningen genomför varje år en egen brukarundersökning med inriktning mot barn och unga. I år har enkäten utökats med en enkät för vårdnadshavare. Det har även påbörjats ett arbete med strukturerade observationer. Förvaltningen ser att detta kompletterar och stärker återkopplingen för de målgrupper som annars har svårt att svara på enkäten. Resultaten från undersökningen tyder över lag på en positiv utveckling i fråga om trygghet, kommunikation och medbestämmande.

Brukarrevisioner kompletterar andra metoder för att fånga brukarnas åsikter. I år har fokus varit på verksamheter med låg svarsfrekvens i brukarundersökningar samt på granskning av nybyggnationer. Revisionerna har gett underrepresenterade brukare en röst och fortsätter att bidra till att utvärdera viktiga processer som nybyggnation, med fokus på kvalitet och brukarperspektiv.

Vår bedömning

Förvaltningens egen bedömning bygger på resultat från verksamheternas arbete med avvikelser, missförhållanden och vårdskador.

Förvaltningen noterar att avvikelshanteringen under 2024 har stabiliserats i antalet inrapporterade avvikelser, vilken stärker förvaltningens uppfattning att tidigare års öknings varit ett resultat av arbete med struktur, process och kunskapshöjande insatser. Samtidigt ökar andelen åtgärdade avvikelser, vilket indikerar att

verksamheterna i allt större utsträckning utreder och åtgärdar brister. En fortsatt utmaning är att handläggningstiden för vissa avvikelser har förlängts, vilket förvaltningen avser att motverka genom fortsatt kompetensutveckling och ett ökat stöd till verksamheterna i arbetet med äldre ärenden. Därtill har förvaltningen identifierat en uppgående negativ trend i antalet rapporterade icke utförda insatser enligt SoL och LSS.

När det gäller lex Sarah-processen noterar förvaltningen att antalet rapporter och anmälningar har varierat. Det finns indikationer på ett visst mörkertal samt brister i det nuvarande systemstödet, vilket försvårar en djupgående analys. För att komma till rätta med detta planerar förvaltningen att stärka både rutiner och uppföljning.

Gällande avvikelser i samverkan med Västra Götalandsregionen så har förvaltningen identifierat ett utvecklingsområde kopplat mot kommunikation och informationsöverföring i relation till efterlevnad av reglerade arbetssätt för SIP och SAMSA.

Andras bedömning

Andras bedömning utgörs av tillsyner från IVO, revisioner genomförda av Göteborgs Stads stadsrevision samt kvalitetskontroller av privata utförare (inom ramen för LOV) som utförs av enheten för kontrakt och uppföljning (organiserad inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen).

Under 2024 har förvaltningen hanterat totalt 22 ärenden hos inspektionen för vård och omsorg (IVO), fördelade på områdena personlig assistans, myndighetsutövning, bostad med särskild service (BmSS) för vuxna samt BmSS för barn och unga. Av dessa ärenden rörde 14 lex Sarah-anmälningar, medan 7 avsåg IVO:s årliga tillsyn av barnboenden. Dessutom genomfördes en oanmäld inspektion. Majoriteten av ärendena har avslutats utan vidare åtgärder, men förvaltningen inväntar fortfarande beslut i ett antal pågående ärenden.

Stadsrevisionen konstaterar i sin uppföljning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete från 2023 att förvaltningen har en ändamålsenlig struktur för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete, men finner samtidigt att det inom den granskade insatsen finns behov av ökad likvärdighet och gemensam planering mellan stadsområdena.

När det gäller privata utförare av daglig verksamhet visar uppföljningar att de flesta aktörer bedriver ett godtagbart kvalitetsarbete. Vissa behöver dock stärka riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering samt förbättra sin sociala dokumentation. Förvaltningen ser det som positivt att många av utförarna antingen använder SKR:s brukarundersökningar eller egna enkäter för att öka brukarnas inflytande.

Den samlade bedömningen

Förvaltningen gör en samlad bedömning att 2024 har präglats av fortsatta framsteg i det systematiska kvalitetsarbetet, särskilt vad gäller ökad svarsfrekvens i brukarundersökningarna och ett stabilt inrapporteringsflöde av avvikelser där andelen åtgärdade avvikelser växer. Samtidigt kvarstår vissa utmaningar, exempelvis ett delvis försämrat resultat i brukarundersökningens fokusområde kring kommunikation samt utmaningar i lex Sarah-hanteringen.

Förvaltningen avser att under 2025 fördjupa arbetet med förbättringsdialoger, stärka stödet kring uppföljning av avvikelshantering och lex Sarah samt fortsätta anpassa strukturen för det systematiska kvalitetsarbetet inför planerade organisatoriska förändringar.

4 Organisering av det systematiska kvalitetsarbetet

Förvaltningen har ett upprättat kvalitetsledningssystem och framtagna processer för sin lagstadgade verksamhet, i enlighet med SOSFS 2011:9. Ledningssystemet tillhandahåller en systematik för kvalitetsarbete som inordnas i förvaltningens ordinarie verksamhetsplanering.

Förvaltningens verksamheter bedriver kontinuerligt ett systematiskt förbättringsarbete, genom att omhänderta exempelvis avvikelser, synpunkter samt arbete med brukarrevisioner och brukarundersökningar. Det dokumenterade resultatet av förbättringsarbetet följs varje år upp. Det tillsammans med egenkontroller möjliggör identifikation av trender, risker och utvecklingsområden; att tas med i arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet på olika nivåer i organisationen. Resultaten utvärderas av verksamheterna i risk- och nulägesanalyser, som ett arbete inför planering av nästa års verksamhetsplan. Den här typen av systematiserad uppföljning möjliggör ett förbättringsarbete på övergripande nivå och skapar förutsättningar att vid behov stärka verksamheternas kvalitet, exempelvis genom förändrade arbetssätt, metoder eller kompetensutvecklingsinsatser.

Förvaltningen har två kvalitetsforum för att ytterligare förstärka och säkra den interna samordningen av kvalitet i förvaltningen. Syftet är att skapa gemensamma styrdokument och processer, som kvalitetssäkras.

För uppföljning av privata utförare använder sig förvaltningen av Göteborgs Stads samlade placerings- och inköpsfunktion (SPINK) och enheten för kontrakt och uppföljning (EKU). SPINK organiseras inom socialförvaltning Sydvest och EKU inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen. Dessa enheter är viktiga för förvaltningens möjlighet att säkerställa att alla privata leverantörer, uppfyller de krav och förväntningar som fastställs genom riktlinjer och lagkrav, inklusive föreskrifterna i SOSFS 2011:9. SPINK arbetar på uppdrag av nämnden för funktionsstöd i att säkra att tjänsterna lever upp till ställda krav.

4.1 Uppföljning och utvecklingsarbeten under 2024

Förvaltningen såg inför 2024 ett behov av att bland annat arbeta vidare med avvikelshanteringsprocessen såväl internt som i samverkan. Internt behövde kompetens om avvikelshantering stärkas ytterligare för att säkerställa att handläggning av avvikelser och lex Sarah sker enligt fastställd process. I samverkan behöver avvikelshanteringsprocessen stärkas övergripande, exempelvis för att kunna ta fram bättre statistik.

Under verksamhetsåret 2024 har förvaltningen arbetat vidare med att integrera det systematiska kvalitetsarbetet i den övergripande styrmetodiken samt utvecklat uppföljningsmetoder med ambition om att stärka förbättringsarbetet i verksamheterna. Förvaltningen har uppmärksammat behovet av ökad kunskapscirkulation och lärande för enhetschefer som arbetar med lagstyrda insatser. Detta arbete har resulterat i metoden "förbättringsdialoger", vilken kommer att implementeras under 2025.

Samtidigt har förvaltningen förstärkt stödprocesser till ledningssystemet, särskilt

inom avvikelshanteringen. I samverkan med övriga välfärdsförvaltningar har förvaltningen haft ledande roll i genomförandet av översyn av hur avvikelser kategoriseras. Exempelvis arbetas område övrigt bort, vilket kommer medföra bättre statistiskt underlag i framtiden.

Ett arbete har även pågått mellan välfärdsförbättringarna för att uppdatera lex Sarah-rutinen, något som planeras fastställas under våren 2025. Samtidigt ser förvaltningen över tekniska möjligheter för bättre statistiska sammanställningar av avvikelser och lex Sarah-rapporter, ett arbete som kommer fortgå under våren 2025 och som på sikt förväntas förenkla arbetsprocesserna, spara tid och förbättra beslutsunderlag.

Under året har det operativa kvalitetsteamet, som består av medarbetare med nära anknytning till verksamheterna och leds av centrala processledare, haft en central roll i att prioritera och samordna arbetet med processer och styrdokument. Detta har varit avgörande för att stärka kommunikationen och samverkan inom förvaltningens kvalitetsarbete, och därigenom bidra till en effektiv utveckling av både styrdokument och det systematiska förbättringsarbetet.

Parallellt har det strategiska kvalitetsforumet varit viktigt för att driva och säkerställa utvecklingen av förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Inom forumet har strategiska beslut om kvalitetsarbete, styrdokument och processer för lagstyrda verksamheter kvalitetssäkrats.

Ett särskilt arbete under året har varit att processkartlägga daglig verksamhet i syfte att säkerställa likvärdighet och att alla delar av processen utförs korrekt. Därtill har flera mindre förbättringsåtgärder genomförts, såsom anpassningar i kvalitetsledningssystemet för att underlätta för chefer att snabbt finna och följa rätt process, samt en översyn av synpunktsblanketten för ökad tillgänglighet för målgruppen.

Förvaltningen har också erbjudit olika utbildningar som berör det systematiska kvalitetsarbetet, exempelvis inom avvikelshantering och lex Sarah. Förvaltningen har under året påbörjat en översyn av det samlade utbildningsmaterialet för att ytterligare stärka enhetligheten i materialet kring det systematiska förbättringsarbetet, ett arbete som planeras färdigställas under 2025.

I samband med pågående organisatoriska förändringar gör förvaltningen inför 2025 en översyn av befintliga strukturer för ledningsarbete kopplat till det systematiska kvalitetsarbetet.

5 Analys och bedömning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete

5.1 Brukarnas bedömning

5.1.1 Synpunkter

Genom att ta emot och hantera synpunkter från stadens invånare och brukare kan förvaltningen uppmärksamma brister och genomföra förbättringar både för den enskilde och för verksamheten.

Vid handläggning av inkomna synpunkter kopplas synpunkterna mot värdighetsgarantierna. Det gör att verksamheterna får fokus på värdighetsgarantierna och att det vid uppföljning kan konstateras vilka områden som varit framträdande under året.

Antal inkomna synpunkter

Antal inkomna synpunkter 2021	Antal inkomna synpunkter 2022	Antal inkomna synpunkter 2023	Antal inkomna synpunkter 2024
157	169	257	235

Antal synpunkter med koppling till värdighetsgarantierna

År	Bemötande	Kommunikation och kompetens	Självständighet och delaktighet	Trygghet och kontinuitet	Synpunkter och kontakt	Ej applicerbart
2022	52	30	37	44	29	70
2023	52	20	20	51	61	50
2024	31	23	43	39	14	49

När det gäller kategorisering av synpunkter kan en synpunkt bedömas tillhöra flera kategorier då den kan innefatta flera delar. Förutom de kategorier som finns ovan, kopplade till värdighetsgarantierna, så finns det synpunkter som inte kan kategoriseras inom dessa.

- 22 st. av dessa berör fysiskt miljö och tillgänglighet
- 15 frågor
- 52 beröm

Analys

Förvaltningen har under 2024 observerat ett trendbrott i antalet inkomna och registrerade synpunkter, där antalet, efter två års ökning, nu minskat något jämfört med 2023. Resultatet kan till viss del förklaras med utvecklad samverkan med

äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen, där överenskommelse gjorts kring att vissa synpunkter ska registreras i deras verksamhet.

Förvaltningen har under året arbetat fram ny folder för synpunktslämning, tillgänglighetsanpassad med bland annat bildstöd, vilken även inkluderar QR-kod för att lämna synpunkter online. Det arbetet sker enligt förvaltningens målsättning att tillhandahålla information samt lättillgängliga tillvägagångssätt för att framföra synpunkter.

Förvaltningens chefer har också erbjudits möjlighet att gå utbildning i hantering av synpunkter och ett material för information på arbetsplatsträffar (APT) har tagits fram under året. Utvecklingen sker med ambitionen att öka kompetens om process och rutiner för synpunktshantering i verksamheterna och aktivt uppmuntra till dialog och återkoppling.

Bedömning

Förvaltningen ser att trenden med ökande antal synpunkter avstannat och minskat något. Förvaltningen ser det som prioriterat att fortsätta arbetet med kompetenshöjande insatser inom förvaltningen samt att fortsätta synliggöra och informera brukare med tillgängligt och målgruppsanpassat informationsmaterial.

Förvaltningen ser det som positivt att nytt ärendehanteringssystem ska införas och bedömer att det är viktigt att nuvarande process och rutin ses över i samband med införande av det nya systemet.

5.1.2 Brukarundersökning SKR

Förvaltningens årliga brukarundersökningar är ett viktigt verktyg i arbetet med att säkra och förbättra kvaliteten i förvaltningens verksamheter. Dessa undersökningar erbjuder kunskap om hur brukarna upplever kontakt och stöd från förvaltningens olika enheter, vilket ger ett viktigt perspektiv och underlag för att bedriva kvalitetsarbete. Genomförandet av brukarundersökningarna äger rum under hösten, varefter resultaten analyseras på olika nivåer inom förvaltningen - från enskilda enheter till avdelningar och förvaltningsnivå.

Förvaltningen använder sig framför allt av Sveriges kommuner och regioners (SKR) nationella brukarundersökningar, som är specifikt anpassade för funktionshinderområdet. Dessa undersökningar inkluderar hjälpmedel för att underlätta deltagande, exempelvis genom alternativa kommunikationssätt som bildstöd, samt översättningar till flera språk. Detta möjliggör en bredare och mer inkluderande deltagande.

Under 2024 deltog förvaltningen i SKR:s nationella brukarundersökningar för områdena:

- Gruppbostad LSS
- Servicebostad LSS
- Boendestöd SoL
- Personlig assistans LSS
- Myndighetskontakt för vuxna inom funktionshinderområdet.

I enkäten gällande myndighetskontakt ställs frågor till personer som haft möte med socialsekreterare under en specifik tidsperiod på två månader.

Förvaltningens resultat i den nationella brukarundersökningen som görs via SKR finns publicerade på www.kolada.se.

Nationella brukarenkäten

SKR:s enkäter består av nio till elva frågor, varav en är en bakgrundsfråga (kön) och övriga är kvalitetsfrågor. I SKR:s brukarundersökningar är det brukaren själv som ska svara på enkäten. Frågorna anpassas utifrån verksamheten som undersökningen gäller. Som exempel visas frågorna som ställts gällande servicebostad:

- Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?
- Får du den hjälp du vill ha av boendepersonalen?
- Bryr sig boendepersonalen om dig?
- Pratar personalen hemma med dig så att du förstår vad de menar?
- Förstår personalen hemma vad du säger?
- Känner du dig trygg med boendepersonalen?
- Är du rädd för något hemma?
- Vet du vem du ska prata med om något är dåligt med stödet från boendepersonalen?
- Trivs du med boendepersonalen?

SKR:s brukarundersökningar genomförs för brukare som har insats som verkställs inom Göteborgs kommuns geografiska område och innefattar därmed såväl egen regi som privat regi. Det är dock ett mycket litet antal privata utförare av daglig verksamhet och bostad med särskild service som anmält sig, vilket innebär att förvaltningens egna verksamheter är dominerande.

Svarsfrekvens för brukarundersökningar

Svarsfrekvens				
Område	2021	2022	2023	2024
Brukarundersökning LSS/SoL	44%	56%	58%	61%
Myndighetskontakt		25%	37%	30%

Svarsfrekvenserna i SKR brukarundersökningar har visat på en positiv trend över tid sedan förvaltningen bildades 2021. Över tid har förvaltningen fortsatt förbättrat sitt resultat med totalt 17 procentenheter på tre år. Samtidigt har SKR enkät för myndighetskontakt minskat med sju procentenheter från föregående år, även om antalet inkomna svar på enkäten ökat från 128 till 214 stycken. Myndighet arbetar vidare med att utveckla arbetssätt för genomförande med syfte att förbättra svarsfrekvensen inför nästa år.

Fokus på trygghet, kommunikation och medbestämmande i undersökningarna för utförarverksamheter

I den förvaltningsövergripande uppföljningen av resultatet av brukarundersökningar har förvaltningen 2024 liksom tidigare år valt att fokusera på områdena trygghet, kommunikation och medbestämmande. Valet av dessa områden grundar sig i en koppling till FN:s deklaration om rättigheter för personer med funktionshinder samt programmet för full delaktighet.

Resultat Trygghet

Känner du dig trygg med personalen?						
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Göteborg 2022	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024
DV LSS	85%	85%	85%	85%	86%	86%
Boendestöd	85%	82%	83%	84%	85%	85%
PA	82%	69%	78%	71%	79%	72%
Gruppboendestad	76%	72%	78%	72%	77%	72%
Serviceboendestad	71%	68%	71%	68%	72%	70%

Är du rädd för något?						
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Göteborg 2022	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024
DV LSS	77%	79%	76%	76%	76%	77%
Gruppboendestad	67%	68%	68%	66%	67%	65%
Serviceboendestad	66%	65%	66%	64%	66%	65%

Svaren utgår från (%) aldrig rädd för något.

Resultatet visar på en svagt positiv utveckling för året och sammantaget ligger resultaten generellt något under det nationella rikssnittet gällande de trygghetsrelaterade frågorna.

Förvaltningen noterar att kvinnor, precis som på nationell nivå, haft lägre svarsresultat än män inom flera verksamhetsområden, vilket även uppmärksammats i tidigare års resultat. Skillnaderna har dock inte ökat under 2024.

Under 2023 inkluderades fritextsvar i enkäten, under frågeställningen om man är rädd för något. Förvaltningen har under 2024, utifrån de inkomna svaren arbetat aktivt med trygghetsskapande åtgärder. Resultaten har också förbättrats jämfört med 2023.

Resultat Kommunikation

Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?

Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?						
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Göteborg 2022	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024
Daglig verksamhet LSS	79%	78%	79%	77%	80%	79%
Boendestöd	89%	87%	88%	88%	89%	88%
Personlig assistans	78%	74%	81%	82%	76%	74%
Gruppboendestad	69%	63%	71%	64%	70%	60%
Serviceboendestad	68%	66%	67%	65%	67%	65%

Förstår personalen vad du säger?						
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Göteborg 2022	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024
DV LSS	80%	78%	80%	78%	80%	79%
Boendestöd	88%	85%	88%	86%	88%	88%
PA	74%	65%	68%	55%	72%	74%
Gruppboendestad	71%	66%	71%	62%	70%	62%
Serviceboendestad	70%	68%	70%	67%	70%	69%

Resultatet visar en svagt positiv trend för personlig assistans, boendestöd, serviceboendestad och daglig verksamhet, resultatet ligger i nivå med det nationella snittet. För gruppboendestad är resultatet jämfört med rikssnittet sämre och resultatet har inneburit en negativ utveckling jämfört med 2023 och 2022.

Även inom kommunikation noteras att kvinnor i flera verksamhetsområden har lägre svarsresultat än män.

Resultat Medbestämmande

Får du bestämma ...?						
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Göteborg 2022	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024
DV LSS	77%	78,0%	77%	75%	80%	81%
Boendestöd	88%	88,0%	88%	89%	89%	90%
Gruppboendestad	77%	70,0%	79%	73%	80%	74%
Serviceboendestad	82%	78,0%	82%	76%	82%	78%

Frågan formuleras olika i de olika enkäterna som ingår i underlaget till uppgifterna till tabellen. Till exempel "Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?" i enkäten för serviceboendestad och "Låter dina boendestödjare dig bestämma om saker som är viktiga för dig" i enkäten för boendestöd.

Resultatet visar en positiv trend och förvaltningen kan konstatera att resultaten förbättrats för samtliga områden. Resultaten ligger i nivå med det nationella snittet, utom för gruppboendestad som ligger under.

Även inom medbestämmande noteras att kvinnor i flera verksamhetsområden haft lägre svarsresultat än män.

Myndighetskontakt

I enkäten för myndighetskontakt utgår frågor från samma områden som för utförarverksamheterna, men har anpassats utifrån myndighetsuppdraget.

Fråga	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024
Brukaren fick veta före mötet vad mötet skulle handla om	78%	86%	83%	85%
Brukaren fick välja var mötet med handläggaren skulle ske	60%	63%	67%	68%

Fråga	Nationellt 2023	Göteborg 2023	Nationellt 2024	Göteborg 2024
Brukaren fick säga det som var viktigt på mötet	90%	94%	93%	93%
Handläggaren pratade så brukaren förstod på mötet	88%	95%	95%	91%
Handläggaren förstod vad brukaren sa på mötet	92%	92%	93%	89%
Vad tyckte brukaren om mötet med handläggaren	79%	82%	88%	88%
Brukaren vet vem hen ska prata med om hen tycker mötet med handläggaren var dåligt	49%	52%	52%	54%
Brukaren vet hur hen får kontakt med sin handläggare	87%	94%	90%	88%

Förvaltningen ser att resultaten ligger i nivå med det nationella snittet för samtliga frågor.

Ett lägre resultat återfinns såväl nationellt som i förvaltningens resultat gällande vem brukaren ska prata med om mötet med handläggaren var dåligt. För 2024 har resultatet förbättrats.

I resultaten för myndighetskontakt ser förvaltningen inte samma könsskillnader som i brukarundersökningen för utförarsidan, att kvinnor har lägre resultat än män. Tvärtom har männen uppvisat lägre resultat än kvinnorna i flera frågor under såväl 2023 som 2024. Resultatet har dock jämnats ut något från 2023.

Analys

Förvaltningen bedömer att underlaget från brukarundersökningen år 2024 i stort är tillräckligt omfattande och representativt för att utgöra ett underlag för förvaltningens fortsatta förbättringsarbete och ge indikatorer för nämndens måluppfyllelse.

Förvaltningen ser en positiv trend i att svarsfrekvensen fortsatt öka. Förvaltningen har sedan 2021 aktivt arbetat med att skapa och utveckla strukturer för att genomföra undersökningarna, vilket bedöms vara den sammanlagda bakgrunden till de förbättrade svarsfrekvenserna. I årets undersökning noterades en minskning i svarsfrekvens för myndighet, dock ökade antalet inkomna svar. Åtgärder planeras för att säkerställa processen för genomförande inom myndighet till 2025 års brukarundersökning.

Årets resultat för medbestämmande och trygghet har över lag förbättrats jämfört med föregående år. Förvaltningen ser att det arbete som inleddes 2023, med särskilt

fokus på könsskillnader inom servicebostad, kan ha bidragit till denna utveckling. De tilläggsfrågor som togs fram kring trygghet och medbestämmande ledde till konkreta förbättringsåtgärder som genomförts under 2024.

Inom kommunikation ser förvaltningen blandade resultat, där en negativ trend har identifierats i samspelet mellan brukare och anställda inom gruppbostad. Detta område behöver analyseras ytterligare och förvaltningen behöver fortsätta arbetet med förbättringsåtgärder under 2025.

Resultaten från undersökningarna kommer i december. För att verksamheterna ska kunna genomföra en mer ingående analys och planera nödvändiga åtgärder, kommer slutsatserna av analysen att presenteras i delårsrapporten per augusti.

Bedömning

Förvaltningen iakttar att arbetet med att öka svarsfrekvenserna i brukarundersökningarna har gett positivt resultat. Samtidigt uppvisar myndighetsområdet en lägre svarsfrekvens trots fler inkomna svar. Förvaltningen gör bedömningen att under 2025 arbeta för att ytterligare stärka genomförandeprocessen och öka svarsfrekvensen inom myndighet.

Förvaltningen ser positivt på att resultaten för fokusområden medbestämmande och trygghet generellt har förbättrats. Samtidigt bedömer förvaltningen att vidare arbete behöver genomföras under 2025 med fokus på att vända den negativa trend som framkommit på fokusområde kommunikation, inom gruppbostad.

Förvaltningen noterar att könsskillnaderna, vilka uppmärksammats i tidigare undersökningar också kvarstår i årets resultat. Samtidigt framgår av rapporten att dessa skillnader också finns på nationell nivå. Förvaltningen bedömer att nuvarande åtgärder, som initierades efter 2023 års resultat, är tillräckliga för att möta de uppmärksammade skillnaderna, men bevakar fortsatt området.

5.1.3 Brukarundersökning förvaltningen för funktionsstöd

Förvaltningen genomför sedan 2023 brukarundersökningar riktad till barn och unga inom lägerverksamhet och avlösarservice. Undersökningen görs mot bakgrund av att SKR inte tillhandahåller nationella brukarundersökningar för denna målgrupp.

Syftet med dessa egna undersökningar är att fånga upp barn och ungas egna perspektiv och röster, i linje med FN:s deklaration för personer med funktionsnedsättning, barnkonventionen och programmet för full delaktighet.

Förvaltningen har under 2024 påbörjat ett arbete med att komplettera brukarundersökningarna för barn och unga som på grund av sina funktionshinder har svårt att själva svara på enkäten, bland annat har förvaltningen påbörjat ett arbete med strukturerad observation. Förvaltningen har också tagit fram en enkät riktad mot vårdnadshavare, vilket kan ses som både komplement och som ett sätt att fånga vårdnadshavarnas perspektiv på insatsen.

Resultaten för förvaltningens egna brukarundersökningar riktade till barn och unga återfinns på www.enkater.goteborg.se

Svarsfrekvens

Svarsfrekvens		
Årtal	Brukare, barn och unga	Vårdnadshavare
2023	18%	
2024	52%	21%

Förvaltningen noterar en avsevärd förbättring av svarsfrekvensen 2024, där den totala svarsfrekvensen uppgår till 52 procent jämfört med 18 procent föregående år. En bidragande orsak är att undersökningen inte genomfördes inom korttidshem i år. Därtill har förvaltningen arbetat aktivt för att förstärka och förbättra genomförandet av brukarundersökningen inom lägerverksamheten, vilket har lett till en ökning från 27 procent 2023 till 56 procent 2024.

Samtidigt konstaterar förvaltningen att svarsfrekvensen bland vårdnadshavare fortfarande är relativt låg, omkring 21 procent av de tillfrågade, vilket motsvarar totalt 142 inkomna svar.

Fokus på trygghet, kommunikation och medbestämmande

I den förvaltningsövergripande uppföljningen av resultatet av brukarundersökningar har förvaltningen, precis som när det gäller resultatet från SKR:s brukarundersökning, valt att fokusera på områdena trygghet, kommunikation och medbestämmande. Valet av dessa områden grundar sig i en koppling till FN:s deklaration om rättigheter för personer med funktionshinder samt programmet för full delaktighet.

Trygghet

Känner du dig trygg med personalen? (Ur enkät till brukare, barn och unga)				
Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2023	87%	86%	88%	-
2024	95%	100%	95%	-
Upplever du att barnet får vara med och bestämma saker som är viktiga för hen? (Ur enkät till vårdnadshavare)				
2024	90%	83%	100%	81%

Är du rädd för något? (Ur enkät till brukare, barn och unga)				
Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2023	74%	86%	71%	-
2024	82%	89%	82%	-
Upplever du att ditt barn är rädd för något? (Ur vårdnadshavarnas enkät)				
2024	90%	93%	85%	90%

Svaren utgår från (%) aldrig rädd för något.

Kommunikation

Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar? (Ur enkät till brukare, barn och unga)				
Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2023	76%	73%	63%	-
2024	91%	70%	71%	-
Upplever du att personalen kommunicerar med ditt barn så att hen förstår vad de menar? (Ur vårdnadshavarnas enkät)				
2024	86%	75%	98%	84%

Förstår personalen vad du säger? (Ur enkät till brukare, barn och unga)				
Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2023	81%	87%	77%	-
2024	86%	89%	86%	-
Upplever du att personalen förstår vad ditt barn kommunicerar? (Ur vårdnadshavarnas enkät)				
2024	75%	70%	85%	65%

Medbestämmande

Får du bestämma ...? (Ur enkät till brukarna, barn och unga)				
Årtal	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Läger	Korttidshem
2023	68%	73%	63%	-
2024	71%	70%	71%	-
Upplever du att barnet får vara med och bestämma saker som är viktiga för hen? (Ur vårdnadshavarnas enkät)				
2024	79%	75%	84%	74%

Vårdnadshavares nöjdhet med insatsen

Mycket nöjd	67%
	17%
	9%
	3%
	5%
Inte nöjd	

Analys

Förvaltningen konstaterar att svarsfrekvensen har ökat markant, från 18 procent till 52 procent, vilket delvis kan förklaras av att förvaltningen i år valt att undanta korttidshemmen från undersökningen. Korttidshemmen har historiskt haft en så pass låg svarsfrekvens att resultaten blivit osäkra och att förvaltningen har gjort bedömningen att vissa barn och unga inte har möjlighet att besvara enkäten, varför förvaltningen i stället inlett arbete med strukturerad observation och enkät till vårdnadshavare.

Sammantaget visar resultaten, vad gäller trygghet, kommunikation och medbestämmande, en positiv utveckling. Svaren har också blivit mer heltäckande, tack vare såväl brukarnas som vårdnadshavarnas svar. Inom lägerverksamheten har resultaten också ökat med 7–11 procentenheter.

Jämfört med de vuxnas resultat i SKR:s brukarenkäter för 2024 uppvisar barn och unga även i år genomgående högre resultat, med undantag för medbestämmande där skillnaden inte är lika tydlig.

Årets inkludering av vårdnadshavare har också gett förvaltningen insyn i hur vårdnadshavarna upplever kontakten med förvaltningen fungerar. I resultatet är 67 % av vårdnadshavarna som besvarat enkäten mycket nöjda med insatsen i sin helhet och 5 % inte nöjda.

En analys av resultaten kommer att genomföras i förvaltningen under våren 2024 på samma sätt som för resultaten från SKR:s brukarundersökningar.

Bedömning

Förvaltningen iakttar att resultaten visar en positiv utveckling men bedömer att det alltså finns möjlighet att öka svarsfrekvensen i brukarundersökningarna, vilket i sin tur kan ge en mer rättvisande och heltäckande bild av barn och ungas upplevelser inom olika verksamhetsformer.

Förvaltningen ser positivt på de kompletterande enkäterna för vårdnadshavare, vilka tillsammans med strukturerad observation, skapar bättre förutsättningar för att fånga upp behov och upplevelser hos brukare som inte själva har möjlighet att besvara enkäter.

5.1.4 Brukarrevision

Brukarrevision är ett verktyg för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling. Revisionen går ut på att brukare intervjuar brukare. En brukarrevision fokuserar på frågor om bemötande och delaktighet och ger en fördjupad kunskap om vad förvaltningens målgrupper tycker om verksamheterna. Brukarperspektivet förstärks dels genom att brukare utför revisionen, dels genom att revisionen fokuserar på brukarnas upplevelse av bemötande och delaktighet. Brukarrevisionen är ett komplement till andra metoder.

Brukarrevisionerna använder nämndens värdighetsgarantier samt samtalskortor med bildstöd (alternativ kompletterande kommunikation, AKK).

Analys

Under året har sjutton revisioner genomförts, varav sexton gällt bostad med särskild service och en boendestödsenhet. Tolv av dessa revisioner berörde enheter med låg svarsfrekvens i brukarundersökningen 2023. Styrkor återfinns främst i bemötande, trygghet, kommunikation och självständighet. Behov av förbättringar gäller hälsa, fysisk aktivitet, fritidsutbud samt tydligare information för delaktighet

(exempelvis husmöten och synpunktshantering).

Fem brukarrevisioner gjordes även på nyproducerade boenden inom BmSS. Brukarna uppskattade fräscha lokaler och gemensamhetsutrymmen samt uttryckte hög trygghet. Förbättringspunkter rör bland annat persienner, matsvinn, temperatur, gemensam balkong, porttelefon, ringklocka och lägenhetsutformning för personer i rullstol.

Bedömning

Förvaltningen ser brukarrevision som verktyg för enheter att få ett ingående stöd i sitt förbättringsarbete utifrån brukarnas upplevelser. Årliga revisioner medför en ökad mängd kvalitativa data som kan påvisa strukturella utvecklingsområden. Förvaltningen ser även att användning av brukarrevision för specifika områden, likt nybyggnation, även fortsättningsvis är ett positivt sätt att förstärka och få kunskap om utvecklingsområden inom det specifika temat.

5.2 Vår egen bedömning

5.2.1 Avvikelser

En avvikelse är en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat, exempelvis när något hänt som inte borde hända, eller när något som borde hända inte har hänt.

Förvaltningens verksamheter registrerar, utreder och åtgärdar löpande avvikelser inom ramen av sitt systematiska förbättringsarbete. Verksamheterna och förvaltningen sammanställer och granskar även inkomna avvikelser för att hitta mönster och trender som kan peka på övergripande utvecklingsområden.

Tabellen nedan visar samtliga rapporterade avvikelser för helåret 2024.

Inkomna och åtgärdade avvikelser

Avvikelser	2021	2022	2023	2024
Antal upprättade avvikelser	10 183	11 136	14 593	14 586
Antal åtgärdade avvikelser	6924	6957	9416	10 014

Förvaltningen arbetar för att alla medarbetare ska veta när och hur avvikelser ska rapporteras, samt för att alla chefer ska ha kunskap om hur avvikelser hanteras, utreds, åtgärdas och avslutas.

Totalt inkom 14 586 avvikelser under 2024, vilket innebär den uppgående trend som förvaltningen haft nu planat ut, vilket stärker förvaltningens övertygelse att tidigare ökning varit resultat av förbättrade rutiner, processer och kunskapshöjande insatser. Förvaltningen vill poängtera att många avvikelser inom samma verksamhet inte behöver betyda sämre kvalitet. På samma sätt är få eller inga avvikelser inte säkert ett tecken på god kvalitet i verksamheten.

Andelen avslutade ärenden är fortsatt förbättrad, därtill har genomsnittliga utredningstiden för handläggning av avvikelser försämrats från 52 till 60 dagar.

Upprättade avvikelser räknas på helår och antalet avslutade avvikelser blir därför

till viss del överskjutande till nästkommande år.

Avvikelse per område (8 största)	Antal 2022	Antal 2023	Antal 2024
Läkemedel	3990	4691	4539
Övrigt	1764	2401	2168
Utförande av SoL/LSS-insats	1029	1644	2028
Fall - registrering	1090	1084	1180
Rättigheter och bemötande	527	718	730
Övergrepp, självskada, hot	555	615	611
Hygien	332	567	477
Dokumentation - allmän	307	447	436

Vanligast förekommande kategorier

Varje inkommen avvikelse kategoriseras utifrån området som avvikelsen berör. Det vanligast förekommande området för rapporterade avvikelser är "Läkemedel". Under 2024 har denna kategori 4 539 avvikelser, vilket utgör cirka 31 procent av samtliga avvikelser. Det innebär en minskning från 2023 med cirka 1 procentenheter och med 4 procentenheter från 2022.

Den näst vanligast förekommande kategorin är kategorin "Övrigt" med 2 168 avvikelser vilket motsvarar drygt 14,8 procent av alla avvikelser. Därefter kommer kategorin "Utförande av SoL/LSS-insats" med 2 028 och "Fall - registrering" med 1 180 registrerade avvikelser, vilket motsvarar drygt 14 procent och 8 procent vardera.

Analys

Förvaltningen ser positivt på antalet registrerade avvikelser, vilket ytterligare bekräftar att den tidigare ökningen sannolikt beror på förbättrade rutiner, processer och kompetenshöjande insatser. Andelen avvikelser som åtgärdas fortsätter dessutom att öka, och förvaltningen noterar en stadig uppåtgående trend sedan 2021. Samtidigt har den genomsnittliga handläggningstiden för avvikelser stigit till 60 dagar under 2024, jämfört med 52 dagar året innan.

Läkemedelsavvikelser utgör fortsatt den största kategorin och förvaltningen ser positivt på ett kommande införande av digital signering utav hälso-sjukvårdsinsatser, vilket på sikt tros medföra en minskning i antalet läkemedelsavvikelser. Totalt hanterar förvaltningen cirka 1,5 miljoner läkemedelsdoser per år, vilket innebär i genomsnitt en registrerad avvikelse per 330:e dos. Dessa avvikelser följs även upp i patientsäkerhetsberättelsen.

Förvaltningen iakttar en ökning av antalet registrerade avvikelser inom området "insats SoL/LSS". Av totalt 2 028 avvikelser avser 1 299 fall där insatsen inte utförts och 407 fall där insatsen utförts felaktigt. Den vanligaste orsaken är bemanningsproblem.

Under 2024 har förvaltningen lett ett arbete för att samordna utvecklingen av avvikelshanteringen i staden tillsammans med övriga socialförvaltningar, grundskoleförvaltningen och utbildningsförvaltningen. Inom ramen för detta samarbete har förvaltningarna reviderat kategoriseringen av avvikelser, vilket resulterat i uppdaterade kategorier som börjar gälla under 2025. Bland annat tas

kategorin ”övrigt” bort, vilket förväntas förbättra det statistiska underlaget under kommande år.

Bedömning

Förvaltningen bedömer att det systematiska arbetet med avvikelshantering är på rätt väg. Den stabila inrapporteringsgraden indikerar att medarbetarna är medvetna om vikten av att rapportera händelser, medan den ökande andelen åtgärdade avvikelser visar på verksamheternas förmåga att utreda och åtgärda brister. Samtidigt konstaterar förvaltningen att handläggningstiden har ökat och att det därför krävs fortsatta insatser för att effektivisera utredningsarbetet, exempelvis genom ytterligare utbildning i avvikelseprocessen och ett förstärkt stöd till verksamheterna i arbetet med äldre avvikelser.

Förvaltningen ser positivt på det gemensamma utvecklingsarbete som bedrivits under året och som förväntas ge ett mer ändamålsenligt statistiskt underlag för uppföljning under 2025, bland annat genom att kategorin ”övrigt” har tagits bort. Därtill bedömer förvaltningen att det finns behov av djupare analys av bakomliggande orsaker till det ökande antalet icke utförda insatser enligt SoL och LSS.

5.2.2 Avvikelse i samverkan med region

Avvikelse i samverkan med Västra Götalandsregionen (VGR) avser sådana avvikelser som uppstått inom ramen för vårdssamverkan mellan regionala sjukvården och kommunen, det gäller situationer där insatser från såväl regional sjukvård som förvaltningen krävs.

Avvikelse i samverkan med Västra Götalandsregionen (VGR)

	2022	2023	2024
Totalt antal hanterade avvikelser i samverkan	82	123	156
Registrerade avvikelser (FFS till VGR)	55	87	113
Registrerade myndighet	52	84	99
Registrerade utförarverksamhet	3	3	14
Inkomna avvikelser (VGR till FFS)	27	36	43
Inkomna myndighet	16	20	33*
Inkomna utförarverksamhet	10	16	13*

Avvikelse i samverkan kan upprättas av både förvaltningen och regionen. Ovan redovisat som registrerade avvikelser (när förvaltningen upprättat avvikelser) och som inkomna avvikelser (när regionen upprättat avvikelser).

Sedan hösten 2021 har avvikelshantering i samverkan med Västra Götalandsregionen (VGR) skett digitalt i verksamhetssystemet MedControl PRO. Antalet hanterade avvikelser har ökat till 156 år 2024 (123 år 2023).

Förvaltningen har sedan 2021 arbetat med att fastställa en ny rutin och process för

digital hantering av avvikelser i samverkan och den fastställdes våren 2024. Arbetet har sedan 2021 utvidgats och under 2024 har en gemensam process för välfärdsförvaltningarna fastställts för hantering av avvikelser i samverkan med VGR.

Analys

Förvaltningen ser en 21 procentig ökning av antalet hanterade ärenden i förvaltningen under 2024. I samband med fastställande och (fortsatt) implementering av den nya processen för digital hantering av avvikelser i samverkan under 2024, ser förvaltningen att antalet registrerade avvikelser fortsatt öka i antal 2024 kan komma att fortsätta öka i antal. Förvaltningen ser att både antalet registrerade och inkomna avvikelser ökar från år till år i alla kategorier, utom inkomna gällande utförare som minskat något i förhållande till 2023. Det bedöms bero på att processerna för avvikelshantering i samverkan fastställts och blir alltmer implementerade. Framför allt bedöms ökningen av antalet registrerade avvikelser i samverkan i utförarverksamhet bero på att möjligheten att registrera avvikelser i samverkan digitalt har förbättrats och implementerats under året. Det arbetet behöver fortgå under 2025.

En stor andel av samtliga avvikelser i samverkan handlar om rapporterade brister i handläggning- och följsamhet till rutiner avseende SIP (Samordnad Individuell Plan) eller informationsutbyte i IT- systemet SAMSA. Detta gäller ofta i samband med planering i samband med utskrivning från slutenvård eller vid behov under pågående öppenvårdskontakter inom sjukvården där det finns behov av samordning med kommunens insatser. Förvaltningen ser att brister i kommunikation och informationsöverföring mellan vårdgivare är angett som orsak i en betydande andel av avvikelserna (46 procent i de utgående, 57 procent av de inkommande).

Brister i bemötande anges i 11 procent av de avvikelser som registrerades i förvaltningen och 12 procent av de som inkom till förvaltningen. Det kan avse brister i bemötande såväl gentemot enskilda brukare och deras anhöriga som mellan personal i kommun respektive sjukvård vilket drabbar, eller riskerar att drabba, brukarna. Av de 113 registrerade avvikelserna i förvaltningen avsåg cirka 45 ärenden olika delar av psykiatri 2024 och 16 ärenden gällde Närhälsan samt fem ärenden privata vårdcentraler, övriga registrerade avvikelser avsåg olika delar av sjukvården i VGR. Av de 43 inkommande avvikelserna från VGR kom 16 från olika delar av psykiatri.

En del avvikelser kan ses som brister i lokala rutiner eller arbetssätt men många avvikelser är kopplade till brister i förhållande till övergripande rutiner och processer gällande SIP och SAMSA, inom såväl kommunen som regionen.

Bedömning

Förvaltningen bedömer det som positivt att digital avvikelshantering mellan kommun och region implementeras i allt högre grad och ser att det kan ge bättre förutsättningar för samverkan och kvalitetssäkring för brukarna när insatser från såväl kommun som regional sjukvård krävs.

Förvaltningen bedömer att det finns utvecklingsområden kopplat mot kommunikation och informationsöverföring samt efterlevnad av reglerade arbetssätt för SIP och SAMSA i förvaltningen såväl som i regionen.

5.2.3 Patientsäkerhet

Enligt patientsäkerhetslagen, SFS 2021:656, ansvarar verksamhetschef för hälso- och sjukvård för att en patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen.

Patientsäkerhetsberättelsen rapporteras till nämnd separat.

5.2.4 Missförhållanden enligt lex Sarah

När anställda i förvaltningen får kännedom om ett missförhållande, eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör en eller flera enskilda som får insatser inom verksamheten, så är medarbetaren skyldig att genast göra en lex Sarah-rapport. Förvaltningen är då skyldig att utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja missförhållandet/risken för missförhållandet.

Tabellen nedan innehåller rapporter som har upprättats enligt lex Sarah och inkommit till socialt ansvarig samordnare, SAS, där SAS fattat beslut per 30 november 2024.

Lex Sarah rapporter	2022	2023	2024
Antal rapporter	407	330	389
Antal utredningar	-	205	195

Från den 1 december 2023 till och med den 30 november 2024 har 389 rapporter utretts och hanterats av SAS. SAS uppdrag är att utreda, bedöma och fatta beslut om lex Sarah-rapporter samt göra anmälningar till IVO när det är aktuellt. En utredning kan innehålla flera rapporter och SAS hade till 2023 års Kvalitetsberättelse ändrat hur de rapporterar statistik, det är numera konstaterade brister per utredning i stället för per rapport.

Av de 389 rapporterna har 85 bedömts inte kunna hanteras inom ramen för lex Sarah eftersom det inträffade gällde en delegerad eller ordinerad insats enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vissa händelser bedöms även gälla verksamhet utanför nämndens område, vilket inte kan hanteras som lex Sarah i förvaltningen. De 85 rapporterna ingår inte i statistik för de 195 utredningarna som redovisas nedan.

Bedömda lex Sarah utredningar	2024	2023
Utgör inte ett missförhållande eller risk för missförhållande	117	110
Utgör ett missförhållande/risk för missförhållande	62	81
Utgör ett allvarligt missförhållande/risk för allvarligt missförhållande	16	14

Under året som gått har SAS-gruppen inte haft full bemanning delar av året. Det har lett till att SAS-gruppen har prioriterat att utreda de mest allvarliga rapporterna samt rapporter av enklare karaktär, där SAS fort kunnat konstatera att det inte rört sig om ett missförhållande. Det är den troliga anledningen till att antalet beslut om missförhållande/risk för missförhållande minskat. Ovanstående statistik är baserad på antalet beslut som SAS fattat. Det finns alltså flera rapporter som ännu inte utretts, men som rapporterats under året.

Anmälningsskyldighet till Inspektionen för vård och omsorg

Om en händelse bedöms som ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Under perioden december 2023 till 30 november 2024 har nämnden för funktionsstöd anmält 16 ärenden (som kan innehålla flera rapporter) till IVO, varav 14 ärenden anmälts till IVO under kalenderåret 2024. Årets allvarliga missförhållanden återfinns inom samtliga avdelningar. Tidigare år:

- 2023 var det 14 ärenden som anmäldes till IVO
- 2022 var det 7 ärenden som anmäldes till IVO
- 2021 var det 5 ärenden som anmäldes till IVO

Analys

Att rapportera, utreda och åtgärda avvikelser och missförhållanden är en grundsten i att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Det finns ett befarat mörkertal gällande rapportering enligt lex Sarah inom förvaltningen som dels kan bero på en bristande kunskap om rapporteringsskyldigheten hos personal och chefer, dels bristande följsamhet till stadens upprättade rutin enligt lex Sarah.

Analys av lex Sarah hanteringen i stort gällande lex Sarah (rapportering, utredning, bakomliggande orsaker, effekt av åtgärder) försvåras av förvaltningens system för hantering av avvikelser och lex Sarah. SAS har därför behövt skapa egna lösningar för statistikuttag och att analysera missförhållanden. Arbetet är tidskrävande, inte tillförlitligt samt begränsar möjlighet till att göra en djupgående analys av missförhållanden. SAS ser över arbetssätt och nya möjligheter i och med omorganisation i februari 2025. Det statistikunderlag som SAS tagit fram, har SAS erbjudit varje ledningsgrupp återkoppling på. SAS i staden har även under hösten 2024 reviderat rutinen enligt lex Sarah.

Antalet beslut gällande allvarliga missförhållanden ligger i linje jämfört med föregående år. De rapporter som efter utredning lett till beslut om att allvarligt missförhållande inträffat har kommit från samtliga avdelningar.

Förvaltningen vill slutligen belysa att många rapporter inom samma verksamhet inte behöver betyda sämre kvalitet. På samma sätt är få eller inga rapporter inte ett säkert tecken på god kvalitet i verksamheten.

Bedömning

Förvaltningen har med svårt att göra en heltäckande bedömning av hanteringen av lex Sarah i förvaltningen på grund av verksamhetssystemets begränsade möjligheter att stödja statistik och analys. Det finns även ett befarat mörkertal. SAS ser samtidigt positivt på att anvisning för systematiskt kvalitetsarbete antagits samt att arbetet med förbättringsdialoger är under utveckling och kommer implementeras 2025. Detta förväntas leda till en ökad systematik samt en förbättrad följsamhet till beslutade processer som i förlängningen främjar kvalitet för de vi är till för.

5.3 Andras bedömning

5.3.1 Tillsyn (inspektionen för vård och omsorg)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskar att vården och omsorgen följer lagar och regler, så att brukare får insatser som är säkra och av god kvalitet. Ett ärende för granskning kan initieras på flera sätt, antingen på grund av etablerade granskningskrav, eller som en följd av klagomål eller behov som uppstår från nationella initiativ.

Förvaltningen har under året haft totalt 23 ärenden hos IVO. Ärendena har rört personlig assistans, myndighet och BmSS vuxen samt BmSS barn och unga.

IVO-ärenden	Totalt	Myndighet	BmSS Vuxen	BmSS barn och unga	Personlig assistans
Granskning	1	0	1	0	0
Årlig tillsyn	7	0	1	6	0
Lex Sarah-ärenden	14	2	12	0	1

Lex Sarah (allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande)

Förvaltningen har under kalenderåret anmält 14 lex Sarah-ärenden till IVO, varav 12 fall har avslutat med motivationen att nämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder. I två ärenden inväntar förvaltningen beslut från IVO.

Årlig tillsyn

Varje år genomför IVO inspektioner av alla särskilda boenden för barn och unga. De senaste årets sex genomförda tillsyner, visar att verksamheterna i flera fall fungerar väl. Samtidigt har vissa brister uppmärksammats inom några av boendena, brister som uppmärksammats gäller exempelvis bristande kontroll av polisens belastningsregister samt brister i det förebyggande arbetet kring hot, våld och övergrepp. Förvaltningen har vidtagit åtgärder för samtliga brister.

IVO avskrev under året en planerad årlig tillsyn på ett boende för vuxna med anledning av att en nyinflyttad brukare blev myndig.

Granskning

IVO har genomfört en oanmäld inspektion på ett BmSS med efterföljande och pågående tillsyn.

5.3.2 Revisioner

Stadsrevisionen granskning 2024 och uppföljning

Systematiskt kvalitetsarbete

Stadsrevisionen genomförde under 2023 en revision av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Revisionen genomfördes med fokus på daglig verksamhet, från enhetsnivå till förvaltningsnivå. Resultatet inkom under våren 2024 och redovisas i årets kvalitetsberättelse 2024.

Uppföljning

Förvaltningen har tagit del av stadsrevisionens rapport om det systematiska kvalitetsarbetet inom daglig verksamhet enligt LSS. Rapporten bygger på dokumentstudier och intervjuer, där fokus ligger på hur nämndens ledningssystem är utformat och hur verksamheterna arbetar med förbättringar. Stadsrevisionen har särskilt uppmärksammat tydligheten i ansvarsfördelning och ledningssystem, hur kvalitetsarbetet integreras i verksamhetsstyrningen, variationen i genomförandet mellan olika stadsområden samt användningen av reflektionsmodeller och metodstöd.

Analys

Förvaltningen iakttar att stadsrevisionens rapport pekar på en övergripande ändamålsenlig struktur för ledningssystemet men att det finns behov av ökad likvärdighet och gemensam planering mellan stadsområdena inom den granskade insatsen. I vissa delar av organisationen är arbetet exempelvis mer formaliserat och

dokumenterat, särskilt i fråga om egenkontroller och uppföljning av avvikelser. I andra delar behöver rutiner och uppföljningsstrukturer förtydligas och införlivas bättre i den ordinarie verksamhetsstyrningen.

Förvaltningen noterar att genomförandet av egenkontroller för social dokumentation och skydds- eller begränsningsåtgärder regelbundet bidrar till personalens kompetensutveckling och att strukturerad hantering av avvikelser via reflektionsmodeller och nätverksträffar skapar goda förutsättningar för ett lärande arbetssätt. Samtidigt behöver dessa metoder införas eller stärkas ytterligare i fler stadsområden. Förvaltningen uppmärksammar också att en gemensam årscykel och tillgängliga stöddokument i digitala samarbetsytor främjar enhetligheten och underlättar för personalen att hitta styrande och stödjande rutiner.

Bedömning

Förvaltningen bedömer att det finns ett tydligt och genomarbetat system för styrning, uppföljning och kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet. Samtidigt behöver arbetssätten harmoniseras och fördjupas ytterligare mellan stadsområdena för att främja en likvärdig implementering. Förvaltningen ser att detta även bör beaktas vid översyn av befintliga organisatoriska strukturer för det systematiska kvalitetsarbetet i samband med planerade organisationsförändringar.

5.3.3 Privata utförare

I egenskap av socialnämnd har nämnden för funktionsstöd, enligt reglementet, det yttersta ansvaret för att individer får den hjälp och det stöd de behöver inom nämndens verksamhetsområde (kapitel 2, §2) oavsett om insatsen utförs i egen regi eller av privat utförare.

Enheten för kontrakt och uppföljning (EKU), som tillhör äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen, har ett uppdrag att följa upp och kontrollera att privata utförarna av daglig verksamhet, som ingår i valfrihetssystemet enligt LOV. Kontroller riktar sig mot krav på tjänsten enligt ett framtaget förfrågningsunderlag, såsom att utförarna genomför kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

Inför 2024 beställde också förvaltningen en riktad uppföljning med fokus på värdighetsgarantiområde, kommunikation och kompetens. Uppföljningen omfattar 14 utförare, där 39 genomförandeplaner granskas och utförarna svarar på enkät om alternativ kompletterande kommunikation (AKK).

Uppföljning

Enheten för kontrakt och uppföljning (EKU) har följt upp 16 privata utförare av daglig verksamhet. Dessa aktörer skiljer sig åt beträffande juridisk form (förening, aktiebolag, stiftelse), storlek, inriktning samt målgrupp. Variationerna påverkar omfattningen av deras systematiska kvalitetsarbete, men generellt framgår av kvalitetsrapporterna att utförarna planerar, leder, följer upp, utvärderar och förbättrar sin verksamhet med stöd av sina kvalitetsledningssystem.

Tre av 16 utförare behöver dock vidta åtgärder för att stärka riskanalys, egenkontroll samt hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser. De risker som identifierats varierar mellan utförarna och innefattar allt från organisering och lokalförändringar till brukarrelaterade faktorer såsom hot och våld. Ett flertal utförare har via egenkontroller uppmärksammat brister i social dokumentation och rutiner, varpå de planerat eller genomfört åtgärder såsom kompetensutveckling, förändrade arbetssätt och reviderade rutiner.

För att stärka individfokus uppmanar förvaltningen utförarna att använda Sveriges Kommuners och Regioners (SKR) brukarundersökning inom daglig verksamhet.

Sex utförare har deltagit 2024. Övriga beskriver att de genomför egna brukarundersökningar och använder resultaten i sitt förbättringsarbete.

De åtgärder som vidtas för att hantera brister och risker innefattar bland annat:

- Förbättrad social dokumentation: Översyn av rutiner samt regelbunden uppföljning och stöd till personal.
- Förstärkt kompetensutveckling: Utbildning i exempelvis hot- och våldshantering samt lågaffektivt bemötande.
- Systematiska riskanalyser: Tillämpning av löpande riskbedömningar vid förändringar i organisation, lokaler eller arbetssätt.
- Hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser: Införande eller uppdatering av gemensamma rutiner, utbildning i avvikelshantering samt fokus på användarvänliga system.

Sammanfattningsvis visar uppföljningen att de flesta privata utförare lever upp till kraven i förfrågningsunderlaget genom att aktivt tillämpa sina kvalitetsledningssystem för planering, ledning och uppföljning. Ett fåtal aktörer måste emellertid fortsätta utveckla delar av sitt systematiska kvalitetsarbete för att säkerställa hög kvalitet och trygghet för brukarna.

Riktad uppföljning

Resultatet visar att 9 av 14 utförare uppfyller krav på att tillgodose behov av kommunikationsstöd enligt värdighetsgarantin, medan 5 utförare tilldelades anmärkningar på grund av brister i genomförandeplaner och stödstruktur.

Gällande kompetens inom AKK bedömdes 10 av 15 utförare ha säkerställt möjlighet att tillgodose individuella behov, medan 5 utförare tilldelades anmärkningar för otillräcklig kompetens eller bristande struktur för behovsbedömning.

Sammanfattningsvis så har utförarna inte behövt inkomma med åtgärdsplaner, men de förväntas arbeta vidare med att stärka kommunikationsstödet och säkerställa att värdighetsgarantier omsätts i praktiken.