



Kvalitetsberättelse 2023

Nämnden för funktionsstöd

Innehållsförteckning

1	Ordlista	3
2	Inledning	4
3	Sammanfattning	5
4	Organisering av det systematiska kvalitetsarbetet.....	8
4.1	Samlad bedömning 2022	8
4.2	Uppföljning och utvecklingsarbeten under 2023.....	9
5	Analys och bedömning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete	10
5.1	Brukarnas bedömning.....	10
5.1.1	Synpunkter.....	10
5.1.2	Brukarundersökning SKR.....	11
5.1.3	Brukarundersökning förvaltningen för funktionsstöd	16
5.1.4	Brukarrevision	18
5.2	Vår egen bedömning	19
5.2.1	Avvikelse.....	19
5.2.2	Avvikelse i samverkan med region	21
5.2.3	Patientsäkerhet	22
5.2.4	Missförhållanden enligt lex Sarah.....	23
5.2.5	Vårdskada enligt lex Maria	25
5.3	Andras bedömning.....	25
5.3.1	Tillsyn (inspektionen för vård och omsorg)	25
5.3.2	Revisioner	26
5.3.3	Privata utförare.....	28

1 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 hälso- sjukvård (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

2 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 aktörers systematiska 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 ifrån en analys av synpunkshantering, brukarundersökningar samt brukarrevisioner.

Förvaltningen kan under året 2023 notera att informationsflödet mellan brukare och förvaltning stärkts. Dels har förvaltningen ökat antal inkomna synpunkter och dels har svarsfrekvensen inom brukarundersökningen fortsatt öka. Något som speglar förvaltningens aktiva arbete med att uppmuntra och tillvarata våra brukare, medborgare och intressenters synpunkter och åsikter, såsom en viktig del i förvaltningens kontinuerliga strävan mot gott bemötande samt att förbättra och utveckla verksamheten.

Från de inkomna synpunkterna går det inte att se några entydiga trender, men de synpunkter som inkommer omhändertas enligt rutin och kan leda till förbättringar i den specifika verksamheten. I 2023 års resultat noterar förvaltningen ett flertal synpunkter med beröm för senior lägerverksamhet, vilken utförs av avdelning daglig verksamhet och stöd på uppdrag av äldre- samt vård och omsorgsförvaltningen.

Resultaten i brukarundersökningen återspeglar att det finns fortsatta utvecklingsområden inom trygghet, kommunikation och medbestämmande inom flera av utförarverksamheterna. Det förekommer även könsskillnader i resultaten, där kvinnor generellt uppvisar lägre resultat än män inom flera utförarverksamheter. Dock noteras att kvinnors resultat överträffar männens inom området myndighetskontakt. Skillnaderna har inom vissa verksamheter förstärkts i 2023 års resultat. Förvaltningens verksamheter kommer att arbeta vidare med statistiken under våren och redovisa en närmare analys i kommande delårsrapport.

Brukarrevisioner är ett komplement till andra metoder för att ta reda på vad brukarna tycker om verksamheten. I år har förvaltningen satsat extra på att genomföra brukarrevisioner för personer som flyttat in på enheter med nybyggda bostäder, varvid resultaten används för att kunna förbättra processen vid nybyggnation.

Vår egen bedömning

Förvaltningens egen bedömning bygger på resultat från verksamheternas arbete

med avvikelser, missförhållanden och vårdskador.

Förvaltningen har under året sett en ökning i antalet inrapporterade avvikelser, vilket ses som ett resultat av generella kompetenshöjande insatser och nya tekniska möjligheter att mobilt rapportera in avvikelser i vissa verksamheter. Andelen åtgärdade avvikelser har också ökat, vilket är i linje med att kompetensen förstärkts. Förvaltningen ser ett fortsatt behov i att satsa på utbildningsinsatser inom avvikelshantering under 2024 för både chefer och medarbetare, för att fortsätta den positiva trend som återspeglats under året.

Under 2023 har förvaltningen samordnat utvecklingen av processer och rutiner för avvikelshantering i staden tillsammans med övriga socialförvaltningar, grundskoleförvaltningen och utbildningsförvaltningen. Samverkan ses också som ett viktigt steg i att utveckla avvikelshantering framöver.

Sedan hösten 2021 har avvikelshantering i samverkan med Västra Götalandsregionen (VGR) skett digitalt. Förvaltningen ser en positiv trend att avvikelshantering mellan kommun och region implementeras i allt högre grad. Det kan ge bättre förutsättningar för samverkan och höjd kvalitetssäkring för brukarna när insatser från såväl kommun som regional sjukvård krävs.

Av 205 genomförda lex Sarah utredningar i förvaltningen under 2023 har 81 st (40 procent) bedömts utgöra ett missförhållande eller risk för missförhållande och 14 st. (7 procent) bedömts utgöra ett allvarligt missförhållande. Antalet allvarliga missförhållanden har fördubblats i förhållande till 2022 och de återfinns inom samtliga avdelningar. Förvaltningen kan inte fastställa varför de ökat men socialt ansvarig samordnare (SAS) ser flera möjliga orsaker till ökningen, exempelvis att enheterna bedrivit ett mer systematiskt kvalitetsarbete som gett resultat och allvarliga händelser rapporterats därmed enligt lex Sarah i högre grad. Förvaltningen anser att en grundligare utredning bör genomföras om resultatet fortsätter öka under 2024.

Förvaltningen bedömer även att brister i det systematiska kvalitetsarbetet med betoning på handhavandefel i lex Sarahprocessen är ett utvecklingsområde för 2024.

Under 2023 har det gjorts två anmälningar enligt lex Maria som gäller "ej utförd ordinerad insats"- och "ej utförd insats enligt HSL".

Andras bedömning

Andras bedömning utgörs av tillsyner från IVO samt av revisioner genomförda av Göteborgs Stads stadsrevision.

IVO har genomfört nio tillsyner under 2023, medräknat årlig tillsyn inom barnboende. Tillsynerna är ett sätt för verksamheterna att få stöd i vilka utvecklingsområden som kan finnas att arbeta vidare med. I de tillsyner som är genomförda kan inga gemensamma utvecklingsområden ses, utan det är den verksamheten som tillsynen berör som har ansvar att genomföra förbättringar och åtgärder.

Stadsrevisionen genomförde under 2022 två revisioner, dessa gällde privata medel och palliativ vård. Vid uppföljning av dessa ser förvaltningen att revisionens rekommendationer är implementerade gällande privata medel, där en förvaltningsövergripande rutin tagits fram. Gällande palliativ vård är åtgärder framtagna och dessa kommer fortsätta att genomföras under 2024.

Under 2023 gjordes revisioner gällande systematiskt kvalitetsarbete, likvärdig myndighetsutövning enligt LSS, hemvårdsbidrag och samordnande insatser för barn och unga. Förvaltningen har inte fått återkoppling på granskningen som berör

det systematiska kvalitetsarbetet, den kommer istället redovisas i nästa års kvalitetsberättelse. Granskningen som berör likvärdig myndighetsutövning enligt LSS, hemvårdsbidrag och samordnade insatser för barn och unga har återkopplats till förvaltningen och åtgärder är framtagna. Arbetet med åtgärderna kommer att fortgå under 2024 och även följas upp i nästa års kvalitetsberättelse.

Bedömning av privata utförare

Förvaltningen har inhämtat uppgifter från enheten för kontrakt och uppföljning, EKU gällande de privata utförarna av daglig verksamhet och hemtjänst enligt LOV avseende deras systematiska kvalitetsarbete.

Uppföljningen visar på att de privata utförarna arbetar med ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9. EKU har rekommenderat fyra utförare av daglig verksamhet att utveckla delar i sitt systematiska förbättringsarbete. Två av utförarna inom hemtjänst har rekommenderats att utveckla rapportering och dokumentation av avvikelser.

Den samlade bedömningen

I en samlad bedömning ser förvaltningen att årets resultat återspeglar ett stärkt systematiskt kvalitetsarbete, där förvaltningen har sett positiva trender inom antalet avvikelser och synpunkter, ökat deltagande i brukarundersökningar och förstärkt organisering för kvalitetssäkrade arbetssätt. Inom lex Sarah ser förvaltningen fortfarande risker i processen och den behöver därför säkras under 2024.

Förvaltningen ser även ett fortsatt behov av att arbeta vidare med avvikelshanteringsprocessen såväl internt som i samverkan. Internt behöver kompetensen stärkas ytterligare för att säkerställa att handläggning sker enligt processerna för avvikelshantering och lex Sarah och i samverkan behöver avvikelshanteringsprocessen stärkas övergripande, exempelvis för att kunna ta fram bättre statistik.

4 Organisering av det systematiska kvalitetsarbetet

Förvaltningen har ett upprättat kvalitetsledningssystem och har framtagga 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 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 lika och 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. Deras arbete bistår därmed nämnden för funktionsstöd i att säkra att tjänsterna lever upp till ställda krav.

4.1 Samlad bedömning 2022

2022 konstaterade förvaltningen att ansvarsfördelning och beslutsmandat för det systematiska kvalitetsarbetet behövde tydliggöras.

Förvaltningen hade påbörjat implementering av värdighetsgarantierna. För att värdighetsgarantierna skulle få önskat genomslag såg förvaltningen att ett fortsatt kontinuerligt arbete i varje verksamhet behövde genomföras.

Förvaltningen konstaterade behov av att arbeta vidare med avvikelshanteringsprocessen såväl internt som i samverkan externt. Vidare noterade förvaltningen behov av att utveckla samverkan med övriga socialnämnder kopplat till förvaltningen av IT-system.

Behov av utbildningsinsatser för såväl chefer som medarbetare konstaterades. Förvaltningen initierade arbete för att alla medarbetare ska veta när och hur avvikelser ska göras, samt för att alla chefer ska ha kunskap om hur avvikelser hanteras, utreds och åtgärdas.

4.2 Uppföljning och utvecklingsarbeten under 2023

Inför och under 2023 har förvaltningen för funktionsstöd tydliggjort och genomfört förändringar gällande ledning och styrning för att stärka och effektivisera det systematiska kvalitetsarbetet. Genom att tydliggöra ansvar och roller inom kvalitetsarbetet och inrätta ett operativt kvalitetsteam samt strategiskt kvalitetsforum har förvaltningen aktivt arbetat för att utveckla och förbättra processer samt arbetsmetoder relaterat till kvalitetsledning.

Det operativa kvalitetsteamet har deltagare med en nära anknytning till verksamheterna och leds av centrala processledare. Teamet har haft en viktig roll i att prioritera och koordinera arbetet med processer och styrdokument. Teamets arbete har varit viktigt för att stärka kommunikationen och samverkan inom förvaltning kvalitetsarbete, vilket har varit avgörande för en effektiv utveckling av styrdokument, processer och det systematiska förbättringsarbetet.

Parallellt har det strategiska kvalitetsforumet varit en viktig faktor för att driva och säkerställa utvecklingen av förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Genom detta forum har strategiska beslut om kvalitetsarbetet samt styrdokument och processer inom våra lagstiftade verksamheter kvalitetssäkrats, under samordning av kvalitets- och processansvarig från utvecklingsenheten.

Under året har förvaltningen tagit fram en anvisning för systematiskt kvalitetsarbete och inlett en översyn av ledningssystemets startsida för att förenkla för enhetscheferna. Denna åtgärd syftar till att ytterligare stärka förståelsen och engagemanget för kvalitetsarbetet på alla nivåer inom förvaltningen.

I samarbete med andra förvaltningar inom välfärdsområdet, har en överenskommelse för avvikelshantering arbetats fram. Detta har inkluderat etablerandet av forum och arbetsgrupper för att effektivisera och enas om hanteringen av avvikelser. En av arbetsgrupperna arbetar med att utveckla en ny process för att hantera avvikelser i samverkan, vilket markerar ett viktigt steg mot en mer integrerad och sammanhållen samverkan med regionen.

En annan arbetsgrupp har under året arbetat med att utreda och förbättra rutiner för hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelser enligt HSL. Detta arbete väntas fortgå under våren 2024.

Under 2023 har flera andra arbetssätt och stödmaterial utvecklats och kompetenshöjande insatser genomförts för förvaltningens stödprocesser, bland annat för synpunktshantering, handläggning av styrdokument och avvikelshantering.

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 synpunkter 2023
157	169	257

Antal synpunkter med koppling till värdighetsgarantierna

År	Bemötande	Kommunikation och kompetens	Självständighet och delaktighet	Trygghet och kontinuitet	Synpunkter och kontakt	Ej applicerbar
2023	52	20	20	51	61	50
2022	52	30	37	44	29	70

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.

- 61 st. gäller beröm om förvaltningens verksamheter.
- 38 st. berör klagomål på verksamheterna.
- 32 st. berör fysiskt miljö och tillgänglighet.

Analys

Förvaltningen kan under 2023 observera en positiv trend i antalet inkomna och registrerade synpunkter. Detta speglar förvaltningens målsättning att erbjuda våra brukare, medborgare och intressenter öppna och lättillgängliga tillvägagångssätt för att framföra sina synpunkter. Ambitionen är att aktivt uppmuntra till dialog och

återkoppling, vilket är en viktig del i förvaltningens kontinuerliga strävan efter att ha ett gott bemötande, utöver att förbättra och utveckla verksamheten.

Förvaltningen har under 2023 förenklat handlägningsprocessen för synpunkter samt påbörjat ett arbete med att ta fram målgruppsanpassat informationsmaterial om hur man lämnar synpunkter. Förvaltningens chefer har även möjlighet att gå en utbildning gällande hantering av synpunkter och det finns ett material att använda på arbetsplatsträffar.

Synpunkter gällande värdighetsgarantiområde "synpunkter och kontakt" har ökat från 2022. Även "trygghet och kontinuitet" har ökat. Tillsammans berör de två områdena nära hälften av det totala antalet inkomna synpunkter.

Förvaltningen noterar även att synpunkter i form av beröm inkommit, vilket till stor del lämnats till senior lägerverksamhet inom daglig verksamhet och stöd. En insats som erbjuds äldre genom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen. Antalet antyder att denna insats uppskattats av deltagarna.

Bedömning

Förvaltningen ser positivt på att antalet inkomna synpunkter ökat under året, vilket visar att förvaltningens arbete på området får effekt. Samtidigt noteras att antalet synpunkter gällande synpunkter och kontakt har ökat från 2022, främst tillfaller synpunkterna avdelning bostad med särskild service. Förvaltningen ser det som prioriterat att fortsätta arbetet med att synliggöra och informera brukare med målgruppsanpassat informationsmaterial.

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 upp på förvaltningsnivå.

Förvaltningen använder sig framförallt av Sveriges kommuner och regioner (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 2023 deltog förvaltningen i SKR:s nationella brukarundersökningar för områdena:

- Gruppbofastad LSS
- Servicebofastad LSS,
- Boendestöd SoL,
- Personlig assistans LSS och
- 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. (Länk)

Nationella undersökningar via Sveriges kommuner och regioner, SKR

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
Brukarundersökning LSS/SoL	44%	56%	58%
Myndighetskontakt		25%	37%

Svarsfrekvenserna i SKR undersökningarna har visat på en positiv trend över tid sedan förvaltningen bildades 2021. Under 2023 har dock ett bortfall skett vid anmälning av deltagande i avdelning bostad med särskild service, främst avseende verksamheter inom gruppboendestad. Under 2024 ser förvaltningen att det finns behov av att fortsätta arbetet med att förstärka och säkra rutinen för enheters anmälan till brukarundersökningar.

År 2022 deltog förvaltningen i SKR:s pilotundersökning för myndighetskontakter och svarsfrekvenserna var då relativt låga. Myndighetsutövningen har under året arbetat aktivt för att förbättra svarsfrekvenserna i brukarundersökningarna som ökat med 12 procentenheter i 2023 års resultat.

Fokus på trygghet, kommunikation och medbestämmande i undersökningarna för utförarverksamheter

I den förvaltningsövergripande uppföljningen av resultatet av brukarundersökningar har förvaltningen 2023 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 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022	Nationellt 2023	Göteborg 2023
Alla	81%	79%	82%	79%	81%	80%
Några	17%	19%	17%	19%	17%	18%
Ingen	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Är du rädd för något?						
Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022	Nationellt 2023	Göteborg 2023
Aldrig	71%	72%	72%	72%	72%	70%
Ibland	24%	23%	22%	23%	23%	24%
Ofta	5%	5%	5%	5%	5%	6%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Resultatet visar ingen stor förändring och sammantaget ligger resultaten, strax 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 uppmärksammades i 2022 års resultat.

Under 2023 har fritextsvar inkluderats i enkäten, under frågeställningen om man är rädd för något. Förvaltningen noterar att svaren har varierande karaktär och inte alla är direkt relaterade till verksamheten.

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 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022	Nationellt 2023	Göteborg 2023
Alla	77%	75%	78%	77%	78%	78%
Några	21%	23%	21%	21%	21%	20%
Ingen	2%	2%	2%	1%	2%	2%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Förstår personalen vad du säger?						
Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022	Nationellt 2023	Göteborg 2023
Alla	77%	76%	78%	77%	78%	77%
Några	21%	22%	20%	21%	20%	21%
Ingen	2%	2%	2%	1%	2%	2%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Resultatet visar ingen stor förändring och ligger i nivå med det nationella snittet. På

förvaltningsnivå ses en svagt positiv trend för hur personalen kommunicerar med brukaren. Även inom kommunikation noteras att kvinnor i flera verksamhetsområden har lägre svarsresultat än män.

Förvaltningen har sedan 2021 arbetat aktivt med att förstärka personalens kompetens inom kommunikation, genom att exempelvis erbjuda utbildningar inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK).

Resultat Medbestämmande

Får du bestämma ...?						
Svarsalternativ	Nationellt 2021	Göteborg 2021	Nationellt 2022	Göteborg 2022	Nationellt 2023	Göteborg 2023
Ja	80%	79%	80%	81%	81%	81%
Ibland	16%	16%	16%	15%	16%	15%
Nej	4%	5%	4%	4%	4%	4%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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 servicebostad och "Låter dina boendestödjare dig bestämma om saker som är viktiga för dig" i enkäten för boendestöd.

Resultatet visar ingen stor förändring eller trend och förvaltningen kan konstatera att resultaten ligger i nivå med det nationella snittet. 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	Göteborg 2023	Nationellt 2023
Brukaren fick veta före mötet vad mötet skulle handla om	86%	78%
Brukaren fick välja var mötet med handläggaren skulle ske	63%	60%
Brukaren fick säga det som var viktigt på mötet	94%	90%
Handläggaren pratade så brukaren förstod på mötet	95%	88%
Handläggaren förstod vad brukaren sa på mötet	92%	92%
Vad tyckte brukaren om mötet med handläggaren	82%	79%
Brukaren vet vem hen ska prata med om hen tycker mötet med handläggaren var dåligt	52%	49%
Brukaren vet hur hen får kontakt med sin handläggare	94%	87%

Förvaltningen ser att resultaten ligger över eller i nivå med det nationella snittet för samtliga frågor. Det är däremot relativt få kommuner som har redovisade resultat

för myndighetskontakt 2023.

Ett lägre resultat återfinns såväl nationellt som i förvaltningens resultat gällande vem brukaren ska prata med om mötet med handläggaren var dåligt. För 2023 har dock resultatet förbättrats betydligt då resultatet på frågan var 32 procent 2022.

I resultaten för myndighetskontakt ser förvaltningen inte samma skillnad där kvinnor har lägre resultat än män, tvärtom har männen lägre resultat än kvinnorna i flera frågor 2023.

Analys

Förvaltningen bedömer att underlaget från brukarundersökningen år 2023 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 ett bortfall av enheter för en avdelning. Åtgärder planeras för att säkerställa anmälningsförfarandet till 2024 års brukarundersökning.

Inom kommunikation ses en svag uppåtgående trend som kan ses som resultatet av aktivt arbete inom vissa verksamheter med att förstärka kompetens för personal att kommunicera med brukare, exempelvis med utbildningar inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK).

Förvaltningen har främst inom trygghet och medbestämmande påbörjat ett arbete med att förstå de könsskillnaderna som framgått i resultaten. Det har lett till att egna tilläggsfrågor kring trygghet och medbestämmande har ställts i enkäten för gruppbostad och servicebostad 2023. Syftet är att identifiera utvecklingsområden och hitta sätt att arbeta vidare med och utveckla medbestämmande för förvaltningens brukare. Verksamheterna kommer genomföra en djupare analys under våren 2024.

För att bättre kunna analysera och använda resultaten från brukarundersökningarna i förvaltningens kvalitets- och utvecklingsarbete har en systematik för ett samordnat omhändertagande tagits fram under 2023. Resultaten från undersökningarna kommer i december. För att ge verksamheterna möjlighet att genomföra en mer djupgående analys och få tid att planera åtgärder kommer resultat av analysen ingå i delårsrapporten per augusti. Under 2024 behöver analyser göras för att följa om det får önskade effekter i förvaltningens systematiska kvalitets- och utvecklingsarbete.

Bedömning

Förvaltningen bedömer att förvaltningens arbete med att öka svarsfrekvenserna har gett positivt resultat, men att arbete kvarstår i att säkra den framtagna strukturens implementering över hela förvaltningen. Förvaltningen ser en övergripande svagt positiv trend inom kommunikation, men understryker behovet av fortsatt utveckling inom såväl kommunikation, trygghet och medbestämmande inom några av utförarverksamheterna.

Förvaltningen konstaterar att de könsskillnader, inom fokusområdena, som uppmärksammades i 2022 års undersökning inte minskat, utan snarare ökat i 2023 års resultat. Resultaten är lägre för kvinnor än för män i flera insatser, utom i myndighetskontakt där förhållandena är omvända. Förvaltningen bedömer att ett fortsatt arbete för att analysera bakgrunden och identifiera möjliga åtgärder ska

fortgå under 2024.

5.1.3 Brukarundersökning förvaltningen för funktionsstöd

Förvaltningen genomförde under 2023 en egen brukarundersökning riktad i stor utsträckning till barn och unga inom lägerverksamhet, korttidshem och avlösarservice. Detta steg togs mot bakgrund av att SKR ännu 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. Detta innebär en förändring från tidigare år, då brukarundersökningarna i dessa verksamheter huvudsakligen besvarades av vårdnadshavare.

Införandet följs av förvaltningens utvecklingsledare med fokus på forskning och kunskapsutveckling.

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

Svarsfrekvens

Svarsfrekvenserna i undersökningarna för lägerverksamheten, korttidshemmen och avlösarservice 2023 var mycket låg, 18 procent. Den låga svarsfrekvensen beror på svårigheter i samband med uppstart då brukarundersökningarna riktas till barnen och ungdomarna själva.

Åtgärder pågår för att förbättra genomförandet av förvaltningens egna undersökningar 2024.

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?				
Svarsalternativ	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Korttidshem	Läger
Alla	87%	86%	86%	88%
Några	12%	11%	14%	12%
Ingen	1%	3%	0%	0%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Är du rädd för något?			
Svarsalternativ	Totalt förvaltningen	Korttidshem	Läger
Aldrig	70%	62%	71%
Ibland	28%	38%	26%

Är du rädd för något?			
Ofta	2%	0%	3%
Totalt	100%	100%	100%

I undersökningen gällande avlösarservice har inte frågan gällande rädsla ställts, därav redovisas endast resultat för korttidshem och läger.

Kommunikation

Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?				
Svarsalternativ	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Korttidshem	Läger
Alla	79%	87%	92%	73%
Några	21%	13%	8%	27%
Ingen	0%	0%	0%	0%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Förstår personalen vad du säger?				
Svarsalternativ	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Korttidshem	Läger
Alla	81%	85%	77%	73%
Några	19%	15%	23%	27%
Ingen	0%	0%	0%	0%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Medbestämmande

Får du bestämma ...?				
Svarsalternativ	Totalt förvaltningen	Avlösarservice	Korttidshem	Läger
Ja	68%	73%	85%	63%
Ibland	25%	22%	15%	28%
Nej	7%	5%	0%	9%
Totalt	100%	100%	100%	100%

Analys

Förvaltningen har nyligen fått tillgång till resultaten i den egna undersökningen och en analys av resultaten har påbörjats. Eftersom det är första gången brukarundersökningen riktar sig direkt till barn och minderåriga saknas jämförbara resultat från föregående år.

I analysen av resultaten ska det tas i beaktande att svarsfrekvenserna varit mycket låga på grund av uppstartsproblem och resultaten bygger på ett relativt litet antal svar per verksamhet.

Jämförelse av resultatet från förvaltningens egen enkät, som i huvudsak besvarats av barn och unga och resultatet från SKR:s enkät för vuxna visar på några skillnader.

I frågorna "förstår personalen vad du säger?" (81% i förhållande till 77%), och

"känner du dig trygg med personalen?" (87% i förhållande till 80 %) ligger resultaten i förvaltningens undersökning högre än de sammanlagda resultaten för vuxna i förvaltningens SKR undersökningar. På frågan om medbestämmande är resultaten för verksamheter för barn och unga betydligt lägre än för vuxna (68% i jämförelse med 81%).

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

För att bättre kunna analysera och använda resultaten från brukarundersökningarna i förvaltningens kvalitets- och utvecklingsarbete har en systematik för ett samordnat omhändertagande tagits fram under 2023. Resultaten från undersökningarna kommer i december. För att ge verksamheterna möjlighet att genomföra en mer djupgående analys och få tid att planera åtgärder kommer analysen ingå i delårsrapporten per augusti. Under 2024 behöver analyser göras för att följa om det får önskade effekter i förvaltningens systematiska kvalitets- och utvecklingsarbete.

Bedömning

Förvaltningen bedömer implementeringen av brukarundersökningen som en viktig insats för att utvärdera verksamheterna för barn och unga. Det är tydligt att resultaten från den egna brukarundersökningen ger värdefull information om verksamheterna för barn och unga inom förvaltningen. Analyser visar dock vissa utmaningar i strukturen för hur undersökningen genomförts. Dessutom bygger resultaten på ett relativt litet antal svar per verksamhet, vilket påverkar deras tillförlitlighet och generaliserbarhet. För att möta dessa utmaningar ser förvaltningen ett utvecklingsområde med att stärka struktur och implementering under 2024.

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.

Under året har brukarrevisionerna utvecklats genom anpassning till nämndens värdegarantier samt samtalskortor med bildstöd för att använda alternativ kompletterande kommunikation (AKK).

Analys

Under året har nio revisioner genomförts i förvaltningen. Fokus under 2023 har främst varit på brukares upplevelser vid inflytt i en nybyggd bostad med särskild service. Resultaten används för att stärka insatsen såväl på boendena som arbetssätt vid nybyggnation. I korthet visar resultaten att bemötande, trygghet och kommunikation samt självständighet är verksamheternas styrkor. Identifierat utvecklingsområde finns exempelvis i att skapa och säkra enkla vägar för brukare att lämna synpunkter.

Vid brukarrevision på nybyggda BmSS framkom att de allra flesta trivdes med sin bostad. Det vanligaste förslaget till förbättring, oavsett typ av drift eller målgrupp, att få en annan färg på väggarna än vitt. Det framkom även flera synpunkter gällande belysning. Gemensamhetslokaler har en viktig funktion. Generellt trivs de boende när gemensamhetslokalen är stor och luftig, gärna placerat i angränsning

till köket och i "i hjärtat" av boendet. I samband med inflytt samt den närmaste tiden efter, saknades i flera fall brandövning, information om ansvar för wi-fi, återvinning, vilka ändringar som får göras i lägenheten samt vad en ändring kostar att återställa.

Bedömning

Förvaltningen ser brukarrevision som verktyg för enheter att få ett ingående stöd i sitt förbättringsarbete utifrån brukarnas upplevelser. I fallet med nybyggda bostäder med särskild service har resultatet omhändertagits av planeringsorganisationen för att förbättra arbetssätt för nyproduktion. Förvaltningen ser att användning av brukarrevision för specifika områden, likt nybyggnation, även fortsättningsvis kan vara 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 till och med den 31 december 2023.

Inkomna och åtgärdade avvikelser

Avvikelser	2021	2022	2023
Antal upprättade avvikelser	10183	11136	14593
Antal åtgärdade avvikelser	6924	6957	9416

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 14 593 avvikelser under 2023, vilket är en drygt 30 procentig ökning jämfört med 2022. 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.

Antalet åtgärdade avvikelser är mindre än antalet upprättade avvikelser, vid analysen behöver hänsyn tas till att upprättade avvikelser räknas på helår och att avvikelser som upprättas under årets sista månader inte alltid hinner färdigställas av verksamhet före årsskiftet.

Avvikelser per område (8 största)	Antal 2022	Antal 2023
Läkemedel	3990	4691

Avvikelser per område (8 största)	Antal 2022	Antal 2023
Övrigt	1764	2401
Utförande av SoL/LSS-insats	1029	1644
Fall - registrering	1090	1084
Rättigheter och bemötande	527	718
Övergrepp, självskada, hot	555	615
Hygien	332	567
Dokumentation - allmän	307	447

Vanligast förekommande kategorier

Varje inkommen avvikelse kategoriseras utifrån området som avvikelsen berör. Det vanligast förekommande området för rapporterade avvikelser är "Läkemedel". Under 2023 har denna kategori 4 691 avvikelser, vilket utgör cirka 32 % av samtliga avvikelser. Det innebär en minskning från 2022 med ca. 3 procentenheter (35 %). Det är en minskning med 3 procentenheter från 2022.

Den näst vanligast förekommande kategorin är kategorin "Övrigt" med 2 401 avvikelser vilket motsvarar drygt 16,5 % av alla avvikelser. Därefter kommer kategorin "Utförande av SoL/LSS-insats" med 1 644 och "Fall - registrering" med 1 084 registrerade avvikelser, vilket motsvarar drygt 11 % och 7 % vardera.

Analys

Förvaltningen ser positivt på ett ökat antal registrerade avvikelser, vilket ses som ett led i det aktiva arbete som sker på området. Förvaltningen har exempelvis arbetat med olika åtgärder för att öka kompetens hos medarbetare och chefer samt med att erbjuda ny teknisk möjlighet för mobil avvikelserregistrering inom vissa verksamhetsområden.

Jämfört med antal insatser per år framgår att antalet rapporterade avvikelser per insats i förvaltningen har ökat, från 0,67 avvikelser per insats 2021 till 0,97 avvikelser per insats 2023.

Andelen åtgärdade avvikelser ökat några procentenheter mellan 2022 och 2023, vilket är positivt och innebär att fler avvikelser åtgärdas snabbare av verksamheterna. Förvaltningen har även iakttagit att ett mindre antal avvikelse är avslutade utan åtgärd. Förvaltningen behöver skapa djupare kunskap om varför det sker.

Utredningstiden för avvikelser är i snitt 52 dagar. Med undantag för de avvikelser där utredningstiden överstiger 100 dagar är snittet 33 dagar. Förvaltningen ser att vissa avvikelser behöver längre handläggningstid och att 33 dagar är en rimlig generell tidsåtgång för hantering av avvikelser.

Läkemedel är fortsatt den största kategorin, samtidigt omhändertar förvaltningen cirka 1 500 000 läkemedelsdoser per år, vilket betyder att förvaltningen i genomsnitt har en registrerad avvikelse per 333:e läkemedelsdos. Läkemedelsavvikelserna följs upp patientsäkerhetsberättelsen.

Förvaltningen har under 2023 påbörjat ett arbete att samordna utvecklingen av processer och rutiner för avvikelshantering i staden tillsammans med övriga socialförvaltningar, grundskoleförvaltningen och utbildningsförvaltningen. Inom ramen för överenskommelsen ska förvaltningarna under våren 2024 genomföra ett arbete för att förbättra kategorisering av avvikelser. Exempelvis ska kategorin "Övrigt" ses över. Det pågår även arbete med att utreda och förbättra rutiner för

hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelser enligt HSL. Detta arbete väntas färdigställas under våren 2024.

Bedömning

Förvaltningen har under året sett en ökning i antalet inrapporterade avvikelser, vilket ses som ett resultat av kompetenshöjande insatser och nya tekniska möjligheter att mobilt rapportera in avvikelser. Andelen åtgärdade avvikelser har också ökat, vilket är i linje med att kompetensen förstärkts. Förvaltningen ser dock ett fortsatt behov av att satsa på utbildningsinsatser inom avvikelshantering under 2024 för både chefer och medarbetare, för att fortsätta den positiva trend som återspeglats under året.

Förvaltningen bedömer att det finns ett behov av att göra en djupare analys av de aktiviteter i processen som inte alltid genomförs och utreda vad som är orsaken till detta.

Förvaltningen ser det även som fortsatt prioriterat att fortsätta samverkan med övriga välfärdsförvaltningar i arbetet med att förbättra avvikelshanteringsprocessen i sin helhet.

5.2.2 Avvikelser i samverkan med region

Avvikelser 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.

Avvikelser i samverkan med Västra Götalandsregionen (VGR)

	2022	2023
Totalt antal hanterade avvikelser i samverkan	82	123
Registrerade avvikelser (FFS till VGR)	55	87
Registrerade myndighet	52	84
Registrerade utförarverksamhet	3	3
Inkomna avvikelser (VGR till FFS)	27	36
Inkomna myndighet	16	20
Inkomna utförarverksamhet	10	16

Avvikelser 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 123 st. år 2023.

Förvaltningen har sedan 2021 arbetat med att fastställa en ny rutin och process för digital hantering av avvikelser i samverkan. Arbetet har sedan 2021 utvidgats och nu pågår arbete med att tillsammans med välfärdsförvaltningarna skapa en gemensam process för hantering av avvikelser i samverkan med VGR, att

implementeras under 2024.

Analys

Förvaltningen ser en 50 procentig ökning av antalet hanterade ärenden i förvaltningen under 2023. I samband med fortsatt implementering av den nya processen för digital hantering av avvikelser i samverkan under 2024, ser förvaltningen att antalet registrerade avvikelser kan komma att fortsätta öka i antal.

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.

Förvaltningen ser även att brister i kommunikation och informationsöverföring mellan vårdgivare är förekommande inom en betydande andel av avvikelserna.

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 ett utvecklingsområde kopplat mot kommunikation och informationsöverföring i relation till efterlevnad av reglerade arbetssätt för SIP och SAMSA i förvaltningen såväl som i regionen. Vidare ser förvaltningen att det är viktigt att implementering av digital hantering av avvikelser i samverkan intensifieras och fortskrider under våren 2024.

5.2.3 Patientsäkerhet

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

Uppföljning

Inom förvaltningen för funktionsstöd lämnas cirka 1 500 000 läkemedelsdoser per år. Under 2023 inkom 4691 st läkemedelsavvikelser vilket är en ökning med 20 % jämfört med 2022. Avvikelseerna utgörs framför allt av "läkemedelsdos har uteblivit", "läkemedel övrigt", "läkemedel saknas" och "signering ej utförd".

Under året har delegeringsrutinen uppdaterats för att tydliggöra processen och chefs ansvar för att säkerställa att medarbetarna tagit emot delegeringar.

När det gäller hälso- och sjukvård har förvaltningen identifierat brister i samverkan, såväl internt som externt. Under 2023 har arbete gjorts för att förbättra samverkan. Den interna samverkan har förbättrats bland annat genom att ny rutin tagits fram för detta. Fortsatt arbete kvarstår gällande att implementera rutinen och göra den känd i förvaltningen.

Under året har ett projekt gällande det basala hygienarbetet startats. Inom projektet har förnyade rutiner tagits fram och medarbetare samt chefer med särskilt uppdrag inom hygien har utsetts. De har till uppgift att stärka kunskapen om det basala hygienarbetet ute i verksamheterna.

Inom omställningen till "Nära vård" har en gemensam konferens genomförts med

målet att skapa en gemensam bild av vad nära vårdarbetet och införandet av detta betyder för staden. Även en workshop har genomförts på utökad förvaltningsledning för att identifiera vad det innebär för förvaltning med omställningen till nära vård.

Förvaltningen ser att det har varit få allvarliga vårdskador under året samt att rapporterade läkemedelsavvikelser under året har ökat jämfört med föregående år.

Inom förvaltningen för funktionsstöd såg medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) redan föregående år, 2022, en ökning av patienter med ordination på komplexa insatser som PEG/sonder, trakeostomier, respiratorer och sugning i övre luftvägar, vilket kvarstår.

Utifrån fördjupad granskning ser MAS behov av samordning, kompetensutveckling, säkra rutiner och en adekvat uppföljning på olika nivåer för att säkerställa patientsäkerhet.

5.2.4 Missförhållanden enligt lex Sarah

Lex Sarah rapporter	2021	2022	2023
Antal rapporter	230	407	330
Antal utredningar	-	-	205

Antal utredningar räknades samman första gången 2023.

Det en lagstadgad skyldighet för medarbetare att omedelbart rapportera när de uppmärksammar missförhållanden eller en påtaglig risk för missförhållanden som berör individer som har insatser från förvaltningens verksamhet. Detta görs genom att upprätta en lex Sarah-rapport. Förvaltningen har ett ansvar att grundligt utreda, dokumentera och vidta åtgärder för att avhjälpa eller förebygga eventuella missförhållanden som rapporterats enligt lex Sarah.

I förvaltningen är det socialt ansvarig samordnare (SAS) som har det formella ansvaret att utreda, bedöma och fatta beslut och vid behov göra anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i lex Sarah-ärenden. Enhetschefer har ansvar för att SAS får information om alla inkomna rapporter. Efter en egenkontroll under 2022 observerades en brist i denna process då inte alla rapporter för 2021 och 2022 nådde fram till SAS. Det resulterade i ett arbete i förvaltningen som medförde att SAS fick omhänderta fler ärenden under 2022. Det är orsaken till den stora skillnaden i antalet ärenden från år till år i tabellen ovan. SAS har under början av 2024 tagit emot ett större antal rapporter som avser 2023 och som identifieras efter en egenkontroll som genomförts av en av förvaltningens verksamheter. SAS ser en risk att det fortsatt kan finnas brister i hanteringen så att SAS inte fått kännedom om samtliga rapporter för 2023.

Mellan den 1 december 2022 och 30 november 2023 hanterade SAS totalt 330 rapporter. Sedan föregående år har SAS ändrat sättet att rapportera statistik till att fokusera på konstaterade brister per utredning istället för per rapport. Med hänsyn till ändring i rapporteringsmetod och ökningen av rapporter 2022 är det inte möjligt att direkt jämföra statistiken över olika år.

Av de 330 rapporterna har 50 rapporter bedömts inte kunna hanteras inom ramen för lex Sarah. Detta beror på att de hänvisar till händelser relaterade till delegerade eller ordinerade insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen eller till händelser som faller utanför nämndens ansvarsområde. Dessa 50 rapporter inkluderas inte i statistiken för de 205 utredningar (totalt 280 rapporter) som redovisas nedan.

Av de 205 lex Sarah-utredningarna har följande ställningstagande/beslut tagits:

- 110 st. utgör inte ett missförhållande eller risk för missförhållande
- 81 st. utgör ett missförhållande/risk för missförhållande
- 14 st. utgör ett allvarligt missförhållande/risk för allvarligt missförhållande (anmäls till IVO)

SAS för statistik över bristområden. Nedan tabell visar fördelning av brister som SAS konstaterat i de 205 utredningarna (en utredning kan innehålla flera brister):

Bristområden	Antal konstaterade brister i de 205 ärenden
1. Brister i utförande av beviljade insatser	79
2. Bristande social dokumentation	57
3. Enskild personal som brister i arbetsutövande	46
4. Bristande kompetens hos personal	38
5. Brister i styrning och ledning	27
6. Brister i systematiskt kvalitetsarbete	48
7. Otydliga roller och mandat	27
8 Brister i samverkan	26
9. Hot- och våldssituationer	10
10. Skydds-, tvångs-, eller begränsningsåtgärd utan samtycke	8
11. Inga brister konstaterade	53

Den vanligaste konstaterade bristen är precis som 2022 brister i utförande av beviljad insats. En förändring jämfört med 2022 är att brister i systematiskt kvalitetsarbete ökat, vilket exempelvis kan vara att en enhet inte hanterar lex Sarah enligt beslutad rutin gällande att rapportera, utreda eller åtgärda eventuella missförhållanden.

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 året har nämnden för funktionsstöd anmält 14 utredningar till IVO.

Under 2022 var det sju utredningar som anmäldes till IVO och år 2021 var det fem. Årets allvarliga missförhållanden återfinns inom samtliga avdelningar.

Analys

Att rapportera, utreda och åtgärda avvikelser och missförhållanden är en grundsten i att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Antalet allvarliga missförhållanden har ökat med 100 procent. Allvarliga missförhållanden återfinns inom samtliga avdelningar och SAS kan inte fastställa varför de ökat. Trolig orsak kan dock vara att enheterna bedrivit ett systematiskt kvalitetsarbete som gett resultat, några utredningar berör brister som skett över tid och där verksamheten inte lyckats åtgärda brister som då återkommer i verksamheten. En annan orsak kan vara omsättning av chefer. SAS ser att när nya chefer kommit till en enhet har de upptäckt brister som inte tidigare hanterats, följts upp eller prioriterats. En annan orsak kan vara välfärdsutmaningen, att rekrytera och behålla kompetent personal, börjar bli synlig då flera rapporter gäller bemötande och bemanning. Ytterligare orsak kan vara en ökad kännedom om rapporteringsskyldighet generellt vilket bedöms som positivt av SAS och kan föranleda att fler rapporter upprättas.

Bedömning

Förvaltningen bedömer att processen för lex Sarah behöver säkerställas under 2024 för att undvika att SAS inte får kännedom om samtliga av de lex Sarah-rapporter som upprättas. Förvaltningen konstaterar att antal allvarliga missförhållanden som anmäls till IVO ökar. Om ökningen är en ihållande trend även 2024 ska orsakerna utredas vidare.

5.2.5 Vårdskada enligt lex Maria

Lex Maria är det vardagliga namnet på anmälningsskyldigheten gällande vårdskada, som följer av 3 kap 5 § Patientsäkerhetslagen. Anmälningsskyldigheten innebär att en vårdgivare har skyldighet att anmäla till IVO om en patient i samband med hälso- och sjukvård (HSL) drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom

	2021	2022	2023
Antal anmälningar enligt lex Maria	5	1	2

Anmälningarna under 2023 gäller "ej utförd ordinerad insats" och "ej utförd insats enligt HSL".

Äldre- samt vård och omsorgsförvaltningen är ansvarig för legitimerad personal och utredning av vårdskada enligt Lex Maria. Resultatet redovisas även i patientsäkerhetsberättelsen.

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. En 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 nio granskningar från IVO.

Bostad med särskild service för vuxna

Bostad med särskild service har haft två IVO ärenden under 2023. Utifrån dessa har förvaltningen inte kunnat se några tydliga mönster.

Förvaltningen har iakttagit att tvångs- och begränsningsåtgärder fortfarande förekommer. Vilket även har synts i tidigare Lex Sarah rapporter. Dessa har i vissa fall ersatts med andra arbetsmetoder och i andra fall har samtycke och dokumentation förtydligats.

Myndighet och socialpsykiatri

Myndighet har haft en tillsyn av IVO som handlat om samverkan.

Bostad med särskild service för barn och ungdom

IVO inspekterar regelbundet boenden för barn och ungdomar enligt reglering. Inspektionen ska ske minst en gång per år.

Vid tidigare tillsyner 2021 har IVO lyft fram brister som ansågs vara allvarliga. Bristerna avsåg begränsningsåtgärder utan samtycke, bristande kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation, så kallad AKK, samt ohanterade avvikelser. Arbete har genomförts på alla förvaltningens barnboenden för att lösa dessa brister. Personal har fått kompetensinsatser inom AKK, översyn av begränsningsåtgärder och inhämtande av samtycke har fortsatt och mer systematiska arbetssätt för att hantera avvikelser har införts. Under 2022 genomförde IVO en tillsyn som visade att två av boendena hade en chef som saknade högskoleutbildning och IVO utdömde därmed vite. Avdelningen har nu rättat till detta och meddelat IVO att nuvarande chef har rätt utbildningsnivå.

Under 2023 har sex tillsyner gjorts och tre av rapporterna har inkommit. Rapporten för ett av boendena visar att det finns brister i att kontrollera belastningsregister men att detta inte leder till någon åtgärd. IVO har därmed avslutat ärendet. Rapporten för det andra boendet visar inga brister alls. Den tredje rapporten visar på flera brister på det aktuella boendet som kommer att omstruktureras av förvaltningen. Därav har inte IVO begärt några svar från förvaltningen avseende bristerna på boendet förutsatt att boendet läggs ner.

De tre återstående rapporterna inväntas i början av 2024.

5.3.2 Revisioner

Stadsrevisionens granskning 2022 och uppföljning

Privata medel

Göteborgs Stads stadsrevision har granskat hantering av privata medel för personer med funktionsnedsättning som bor i bostad med särskild service. Granskningen visar att nämnden för funktionsstöd saknar riktlinjer och rutiner samt att det finns brister i hantering, redovisning och förvaring. Granskningen redovisades i november 2022.

Uppföljning

Förvaltningen har tagit fram och beslutat om en rutin för hantering av privata medel. Rutinen omfattar verksamheter som har en viss hantering av privata medel (daglig verksamhet, läger och korttidshem, ledsagarservice, boendestöd och personlig assistans) samt verksamheter med ett mer omfattande stöd i hantering av privata medel (bostad med särskild service för vuxna och för barn och unga). Den reglerar bland annat förvaring, redovisning till god man/förvaltare, arkivering, avslut av hantering samt åtgärder vid misskötsamhet. Vidare beskrivs ansvaret för att genomföra egenkontroll av privata medel. Implementering genomfördes under hösten 2023.

Palliativ vård

Göteborgs Stads stadsrevision har genomfört en granskning av Göteborgs Stads palliativa vård samt stöd till patienter och närstående i nämnden äldre- samt vård och omsorgsnämnden, nämnden för funktionsstöd samt socialnämnden Nordost. Syftet med granskningen är att bedöma om de granskade nämnderna erbjuder en god palliativ vård och omsorg och ett gott stöd till den sjuke och dennes närstående.

I granskningen undersökte stadsrevisionen om de berörda nämnderna har ändamålsenliga processer och rutiner som säkerställer en god palliativ vård och omsorg, om de säkerställer att närstående erbjuds bistånd, stöd och social omsorg i den omfattning som de har rätt till samt om nämnderna samverkar kring patienten på ett ändamålsenligt sätt.

Uppföljning

Granskningen visade att de aktuella nämnderna delvis bedriver ett ändamålsenligt arbete, men att det finns utmaningar gällande planering, genomförande och dokumentation av palliativa vårdinsatser i varierande grad inom flera verksamheter. Nuvarande rutiner och processer för att planera en god vård och omsorg saknar i stora delar ett palliativt perspektiv, vilket riskerar att leda till att adekvata insatser uteblir eller inte sätts in i tid.

Vidare visade granskningen att anhöriga i huvudsak erbjuds stöd i den omfattning som de har rätt till, men att det finns förbättringsområden. Revisionen bedömer att det finns en risk för att anhöriga till personer som får palliativ vård bemöts på olika sätt beroende på var vårdinsatsen sker. Detta gäller särskilt anhörigstödet, som är utformat på olika sätt i nämnden för funktionsstöd respektive äldre samt vård- och omsorgsnämnden.

Utifrån granskningen gällande palliativ vård är åtgärder initierade bland annat att stärka anhörigstödet kunskap i svåra samtal samt att tillse att kompetens finns ute i verksamheterna gällande palliativ vård.

Stadsrevisionen granskning 2023

Systematiskt kvalitetsarbete

Stadsrevisionen genomförde under 2023 en revision av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Revisionen genomfördes med fokus på daglig verksamhet, från enhetsnivå till förvaltningsnivå. Resultatet förväntas inkomma under våren 2024 och förvaltningens förhoppning är att det kommer vara vägledande för den fortsatta utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet. Revisionens resultat kommer att redovisas i kvalitetsberättelse 2024.

Likvärdig myndighetsutövning inom LSS

Granskning genomfördes under 2023 gällande om förvaltningen har en likvärdig myndighetsutövning inom LSS. Stadsrevisionen rekommenderar nämnden att tydliggöra ansvar och roller i arbetet med att ta fram, uppdatera och samla processer, rutiner och annat handläggningsstöd i förvaltningen.

Stadsrevisionen rekommenderar nämnden att tillse att egenkontroll sker i enlighet med 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Stadsrevisionens samlade bedömning är att nämnden delvis har säkerställt att det finns förutsättningar för en likvärdig myndighetsutövning. Granskningen visar att nämnden bedriver ett aktivt arbete på området men förvaltningen har identifierat ett antal brister och utvecklingsområden som har resulterat i ett antal åtgärder. Exempel på åtgärder är att skapa en plan för systematiskt kvalitetsarbete inom hemvårdsbidrag samt att genomföra egenkontroller i enlighet med denna plan.

Hemvårdsbidrag

Granskning genomfördes 2023 gällande styrning, uppföljning och kontroll av hemvårdsbidrag. Stadsrevisionen rekommenderar nämnden att stärka systematiken i egenkontrollen av hemvårdsbidrag. Stadsrevisionen rekommenderar nämnden att stärka analysen av de risker som finns inom handläggningen av hemvårdsbidrag. Stadsrevisionen rekommenderar nämnden att uppmärksamma kommunstyrelsen på att regelverket för hemvårdsbidrag inte upplevs som ändamålsenlig.

Stadsrevisionens granskning visar att nämnden bedriver ett aktivt arbete på området men har identifierat ett antal brister och utvecklingsområden.

Förvaltningen bemöter dessa i planerade åtgärder.

Åtgärder som tagits fram är bland annat att stärka den systematiska egenkontrollen av hemvårdsbidrag samt att göra analys av de risker som finns inom handläggningen av dessa bidrag. Förvaltningen har även uppmärksammat kommunstyrelsen på att regelverket för hemvårdsbidrag inte är ändamålsenligt.

Samordnade insatser barn och unga

Granskningens syftade till att bedöma hur Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionens samverkar på ett ändamålsenligt sätt kring de barn och unga som bedöms ha behov av samordnade insatser. Den samlade bedömningen är att det granskade nämnderna och styrelserna endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig samverkan.

Revisionen lämnade tre rekommendationer. Att stärka sin styrning av arbetet med samverkan kring samordnade insatser för barn och unga för att verksamheten ska leva upp till de krav som ställs i lagstiftningen och regelverk. Att stärka uppföljningen av SIP- arbetet (Samordnad individuell plan) och att arbeta för att förverkliga en gemensam digital samverkansytta för att underlätta dokumentation och kommunikation samt stärka informationsöverföringen i arbetet med SIP för barn och unga. Förvaltningen kommer under 2024 ta fram åtgärder för att arbeta med de rekommendationer som revisionen återkopplat.

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.

Uppföljning

Daglig verksamhet

Uppföljningen indikerar att leverantörerna uppfyller de ställda kraven i förfrågningsunderlaget. Utförarna visar i sina kvalitetsrapporter att de aktivt använder sina kvalitetsledningssystem för att styra och förbättra sin verksamhet, men fyra av dem behöver utveckla delar av sitt systematiska förbättringsarbete, specifikt gällande riskanalys, egenkontroll och hantering av synpunkter, klagomål samt avvikelser.

Beträffande de risker som identifierats varierar dessa mellan utförarna. Några utförare rapporterar risker relaterade till kompetensbrister, med åtgärder som utbildningsinsatser och förbättrad introduktion. Andra har identifierat risker kopplade till lokalförändringar eller organisationsförändringar, där åtgärder innefattar optimerad schemaplanering och organisering av arbetsmetoder.

Mer än hälften av utförarna har identifierat brister i den sociala dokumentationen, med åtgärder som översyn av rutiner och förbättrat stöd i dokumentationsprocessen. Ett mindre antal har noterat behov av kompetensutveckling inom områden som lågaffektivt bemötande och

kommunikation.

Klagomål och synpunkter från brukarna skiljer sig generellt, men vissa återkommande teman finns, såsom bemötande och brister i anpassning efter brukarnas behov. Åtgärder för dessa omfattar anpassning av arbetssätt och fokus på värdegrund och bemötande.

Avvikelse som rapporterats spänner över olika områden, med återkommande frågor relaterade till planering och utförande av insatser enligt brukarnas behov. Åtgärder inkluderar revidering av arbetsmetoder och utveckling av nya rutiner.

Hemtjänst

I uppföljningen av hemtjänstleverantörerna framgår det att de uppfyller krav på tjänsten enligt förfrågningsunderlaget. Samtliga utförare använder sina kvalitetsledningssystem för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra sin verksamhet. Två utförare behöver dock förbättra sin rapportering och dokumentation av avvikelser.

De flesta utförare identifierar rekryterings- och kompetensrelaterade risker samt säkerhetsrisker kopplade till tidsregistrering som centrala utmaningar i sitt kvalitetsarbete. Många har också upptäckt brister i sin sociala dokumentation, som åtgärdas genom utbildning och översyn av rutiner.

Synpunkter och klagomål från omsorgstagare handlar ofta om kvaliteten på utförda tjänster, som tvätt och städning, samt försenade besök utan meddelande. De flesta rapporterade avvikelserna berör social dokumentation och läkemedelshantering, vilket adresseras genom utbildningsinsatser och reviderade rutiner. Utbildning i läkemedelshantering är dock problematisk för privata utförare på grund av skillnader i organisatorisk struktur jämfört med kommunal primärvård.

I den nationella brukarundersökningen uppvisar de privata utförarna generellt högre grad av nöjdhet (80%) jämfört med Göteborgs totala resultat, även om resultaten varierar mellan olika utförare.