

Kvalitetsberättelse 2023

Typ av styrdokument: Kvalitetsberättelse
Beslutande instans: Socialnämnden
Datum för beslut: 2024-03-19, §XX
Diarienummer: 2024.003.SN

Gäller för: Socialförvaltningen
Giltighetstid: Tillsvidare
Revideras senast: 2025-03-31
Dokumentansvarig: Utvecklingsledare

Innehåll

1.	Kvalitetsberättelse.....	1
2.	Kommunens kvalitetsarbete.....	1
3.	Socialförvaltningens kvalitetsarbete.....	3
3.1.	Processer och rutiner.....	3
3.2.	Systematiskt förbättringsarbete.....	5
3.2.1	Verksamhetsberättelser.....	5
3.2.2	Uppföljning av synpunkter och klagomål.....	9
3.2.3	Uppföljning av personuppgiftsincidenter.....	10
3.2.4	Uppföljning av avvikelser.....	11
3.2.5	Lex Sarah-utredningar.....	13
3.2.6	Revisionsrapporter.....	15
3.3.	Uppföljning av kvalitetsberättelser.....	15
3.4.	Förbättringsområden.....	15

1. Kvalitetsberättelse

Riktlinjer för kvalitetsledningssystem antogs av socialnämnden, SN 2021-10-26, § 54. Utgångspunkten för riktlinjerna är *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)*, där det framgår att den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kvalitet innebär att verksamheten uppfyller de krav och mål som ställs enligt gällande lagar och föreskrifter.

Riktlinjerna beskriver ledningssystemets uppbyggnad, hur det systematiska förbättringsarbetet ska bedrivas och vad kvalitetsberättelsen ska innehålla. Socialförvaltningen ska årligen upprätta en kvalitetsberättelse som ska redovisas för nämnden. Syftet med den sammanhållna kvalitetsberättelsen är att beskriva hur kvalitetsarbetet bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. Kvalitetsberättelsen utgör underlag för planeringen av det fortsatta kvalitetsarbetet och ska utmyнна i förslag på förbättringar som förvaltningen ska ta tillvara för att utveckla verksamheten.

2. Kommunens kvalitetsarbete

Kvalitetsstyrning

Styrmodell Alingsås kommun beslutades av fullmäktige, KF 2019-11-27, § 218. Dokumentet beskriver kommunens styrsystem och ska ge en bild av kommunens verktyg för att styra och leda. Styrsystemet består av tre övergripande block, *mål- och resultatstyrning*, *ekonomistyrning* och *kvalitetsstyrning*. Samtliga nämnder ansvarar därmed för att ha ett kvalitetsarbete som säkrar verksamhetens grunduppdrag. Med god kvalitet som utgångspunkt ska varje förvaltning identifiera och definiera de områden som är särskilt viktiga i den egna verksamheten, så kallade *kritiska verksamhetsfaktorer*. Områdena identifieras genom en risk- och väsentlighetsanalys. Samtliga förvaltningar ansvarar även för att följa upp de kritiska verksamhetsfaktorerna. Uppföljningen ska göras genom att följa nyckeltal och analysera verksamhetens kvalitet. Om uppföljningen visar behov av förbättringar ska åtgärder vidtas. De kritiska verksamhetsfaktorerna revideras årligen vid behov och varje förvaltning säkerställer att den egna nämnden får information om de kritiska verksamhetsfaktorerna.

Socialnämndens kvalitetsstyrning

Socialförvaltningen arbetar aktivt med kritiska verksamhetsfaktorer. I samband med den risk- och väsentlighetsanalys som genomförs av socialnämndens förstärkta arbetsutskott under hösten inför nytt budgetår, tar förvaltningen fram kritiska verksamhetsfaktorer samt de internkontrollpunkter som ska ingå i nämndens internkontrollplan. De kritiska verksamhetsfaktorerna ingår i den månatliga verksamhetsuppföljningen som under 2023 har redovisats för nämnden en gång i kvartalet.

Övrigt kommungemensamt kvalitetsarbete

Kommunfullmäktige antog, KF 2016-04-27, § 102, *Kvalitetsstrategi för Alingsås kommun*. Kvalitetsstrategin är en del av kommunens styrmodell genom att den ska bidra till att uppnå fullmäktiges mål. Nämnder och förvaltningar ansvarar för utvecklingen av kvalitetsarbetet utifrån kommunens kvalitetsstrategi, men även utifrån nationella styrdokument i förekommande fall.

Sedan 2021 finns även dokumentet *Kvalitetshandbok, handbok för kvalitetsutveckling i Alingsås kommun*. Handboken som är framtagen av kommunledningskontoret består av verktyg och arbetssätt som kan användas i kvalitetsarbetet.

SCB:S Medborgarundersökning

Alingsås kommun deltar i SCB:s årliga medborgarundersökning, där kommuninvånarna får tycka till om kommunen och dess verksamheter under hösten varje år. SCB skickar då ut en enkät till ett antal slumpmässigt utvalda alingsåsare från 18 år som får svara på attitydundersökningen. Undersökningen görs i syfte att ge kommunen insikt i invånarnas perspektiv på kommunen som plats att bo och leva på, på kommunens olika verksamheter och möjligheten till inflytande. Det senaste resultatet som publicerats på Alingsås kommuns hemsida kommer från 2022 och visar att Alingsås kommun befinner sig på ungefär på samma nivå som genomsnittet för riket. Medborgarundersökningen har utifrån de delar som belyser upplevelsen av socialtjänstens stöd påbörjat ett arbete med socialförvaltningens kommunikationsstrategi.

Kommunens kvalitet i korthet, KKIK

Alingsås ingår som en av 170 deltagande kommuner i det nationella projektet KKIK. Nätverket drivs av SKR (Sveriges kommuner och regioner) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) samt kommunerna som deltar. Kommunerna utmanar sig själva genom att ta fram och jämföra resultat för att lära och utveckla verksamheten. Syftet med KKIK är att ta fram ett komprimerat kunskapsmaterial som stärker de förtroendevalda i att styra mot resultat och i dialogen med kommuninvånarna. Socialförvaltningen lämnar statistiken som avser *stöd och omsorg*. En kommunövergripande sammanställning av olika resultat och kvalitetsmått finns framtagen för åren 2021 och 2022.

Både SCB:S Medborgarundersökning och KKIK har legat till grund för socialförvaltningens allmänna analysarbete.

Öppna jämförelser

Socialstyrelsen samlar årligen in uppgifter för att möjliggöra jämförelser av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet. Resultaten av jämförelserna kan användas för analys och verksamhetsutveckling. Socialförvaltningen bidrar med delenkäterna om *hemlöshet, ekonomiskt bistånd, krisberedskap inom socialtjänst, missbruk- och beroendevården, psykisk funktionsnedsättning/socialpsykiatri, våld i nära relationer och sociala ungdomsvården/barn och unga*.

Budget och bokslut 2023

Kommunfullmäktige beslutar varje år om budget inför kommande treårsperiod. Socialnämnden fastställde *Budget 2023 - 2025* på sammanträdet i december 2022. Av budgeten framgår hur socialnämnden hanterar kommunfullmäktiges prioriterade mål och indikatorer. Internkontrollplan för 2023 togs fram utifrån de identifierade risker som blev synliga i risk- och väsentlighetsanalysen. Uppföljning av nämndens budget, inklusive

internkontrollplanen, har gjorts inför del- och årsbokslut. I årsbokslutet finns ett avsnitt med statistik och analys vad gäller arbetsskador och tillbud. Bilagorna redovisar även uppföljningen av internkontrollplanen samt uppföljningen av privata utförare.

Kostnad per brukare

Kostnad per brukare (KPB) är enkelt uttryckt en metod för kostnadsberäkning av olika insatser och för hur dessa insatser kan knytas till den enskilde brukaren. KPB bygger på avidentifierade individdata vilket innebär att vård och service för olika typer av brukare kan sammanställas och utgöra grunden för uppföljning ur olika perspektiv. Genom att informationen utgår från de enskilda individerna ges möjligheter att belysa och analysera verksamheten även utifrån ett brukarperspektiv. Alingsås kommun har tillsammans med Ensolution AB arbetat fram nyckeltal/mått för 2020 som visar vad socialförvaltningen behöver arbeta med. Under 2021 och 2022 användes resultaten för att höja kvaliteten inom verksamheten. Tanken är att mätetal ska tas fram vartannat år och att uppföljningen ska användas som underlag tills nästa resultat finns tillgängligt. I början av 2023 genomfördes en genomlysning av IFO och socialpsykiatri i Alingsås kommun avseende verksamhetsåren 2021 och 2022. Resultatet presenterades för förvaltningen och vi fick en rapport som förvaltningen sedan har analyserat och haft som underlag i ett antal workshops under året. Utifrån identifierade avvikande områden har fokus lagts på specifika frågor i exempelvis mål/förflyttningar som görs inom ramen för nämndmål och styrkortsarbete samt att resultatet har gått in i resursallokering/budget. Det har även gjorts en genomlysning/analysrapport av ekonomiskt bistånd.

SAMLA

Inom SAMLA – *Samverkan Lerum Alingsås* – som är en vårdssamverkan mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden och Lerum och Alingsås kommuner, rapporteras vård-avvikelser. En vårdavvikelse uppstår då samarbetsavtalet inte har följts. Socialförvaltningen har en ärendeansvarig som rapporterar brister och tar emot inkommande rapporter som berör våra ansvarsområden inom socialtjänsten i Alingsås.

3. Socialförvaltningens kvalitetsarbete

3.1. Processer och rutiner

Verksamhetsuppföljning

Genomförda verksamhetsuppföljningar har redovisats för nämnden regelbundet sedan 2020 och är ett resultat av den struktur för ledning, styrning och uppföljning som implementerades i förvaltningen vid årsskiftet 2019/2020. Den reviderade styrmodellen i Alingsås kommun som antogs av kommunfullmäktige, KF, 2019-11-27, § 218, ställde också nya krav på nämnderna att följa upp och kvalitetssäkra sina grunduppdrag.

Arbetsättet innebär en strukturerad uppföljning och analys av verksamheten som bygger på att alla i organisationen görs delaktiga i processen. Syftet är att säkerställa ett

gemensamt fokus och en samlad kraft framåt genom att prioriterade verksamhetsmål och framgångsfaktorer tas fram på alla nivåer i början av året, för att sedan följas upp regelbundet. Även viktiga resurskrävande aktiviteter, så kallade projekt/ nyckelinitiativ, beskrivs och följs upp. Aktiviteter för ökad måluppfyllelse tas fram löpande för att säkerställa ett ständigt förbättringsarbete och goda resultat.

I linje med kommunens styrmodell identifierar förvaltningen inför varje år kritiska verksamhetsfaktorer i grunduppdraget utifrån perspektiven ekonomi, målgrupp, verksamhet och medarbetare. Dessa följs upp i samband med övrig verksamhetsuppföljning för att säkerställa en långsiktig, hållbar och balanserad utveckling.

Förvaltningens verksamhetsuppföljning under 2023 redovisades vid nämndens sammanträden i april, juni och oktober. Från och med 2024 kommer verksamhetsdata att presentera enligt en annan struktur enligt önskemål från presidiet.

Uppföljningarna under 2023 visade utfall, analys och aktiviteter för ökad måluppfyllelse på förvaltnings- och avdelningsnivå utifrån styrkort, där framgångsfaktorer beskrivs och syftar till att nå förvaltningens prioriterade mål, *Rätt insats*.

Det prioriterade målet mäts i relation till antal vårddygn, där behovet av heldygnsvård bedöms kunna minska genom förvaltningens aktiva arbete med att säkerställa att den enskilde får rätt insats i rätt tid. Verksamheterna arbetar på olika sätt för att så långt som möjligt anpassa insatsen utifrån den enskildes behov, vilket kräver flexibla insatser men också en tät samverkan, såväl internt som externt. En annan viktig del är att verka för att den enskilde har inflytande och möjlighet att påverka sin egen insats.

Förvaltningens och avdelningarnas nyckelinitiativ/projekt har följts upp och kommenterats kvartalsvis. När det gäller de kritiska verksamhetsfaktorerna kommenterades endast de faktorer som krävde åtgärder för att säkerställa kvaliteten utifrån ett i förväg bestämt gränsvärde, utifrån vad som bedömts vara en tillräckligt god kvalitet. Vid årets slut redovisade enheterna/avdelningarna sitt arbete i *verksamhetsberättelser*.

Processverktyg

Socialförvaltningen har sedan 2019 använt sig av processverktyget 2c8 för att beskriva förvaltningens processer. Processverktyget som publicerades på kommunportalen i november 2021 och därmed blev tillgängligt för samtliga medarbetare på förvaltningen ger en överblick över förvaltningens ansvarsområden och beskriver hur själva arbetet utförs. Som stöd vid handläggning och utförande finns även aktuella lagar, föreskrifter, handböcker, riktlinjer och rutiner kopplade till respektive process. Arbetssättet svarar väl mot de krav som ställs i *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, (SOSFS 2011:9)*

Arbetet med publicering, implementering och uppbyggnad av 2c8 har fortlöpt under 2022 – 2023. Under 2023 har även en översyn påbörjats för att kvalitetssäkra befintliga processer. Syftet med genomgången är att det ska vara lätt att använda sig av 2c8 samt att hitta det man söker, men också att säkra att verksamhetsstödet ger uppdaterad och tillförlitlig information.

3.2. Systematiskt förbättringsarbete

3.2.1 Verksamhetsberättelser

Enligt rutinen *Verksamhetsberättelse* är verksamhetsberättelserna en del av socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Verksamhetsberättelserna ska beskriva och följa upp hur avdelningarna/enheterna har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utvecklat och säkrat verksamhetens kvalitet under året.

Verksamhetsberättelserna för 2023 visar att det aktiva arbetet med att nå förvaltningens långsiktiga mål att ge rätt insats har gett goda resultat, trots ett utmanande år med volymökningar i verksamheten, ökade kostnader för hyror och köpt vård samt en hög personalomsättning inom myndighetsutövande personal inom barn- och unga området.¹

Avdelning Unga

På avdelning Unga har det prioriterade målet formulerats "att våra resurser tillgodoser barns behov". Målet följs upp genom att mäta antal barn i extern vård där ambitionen är att minska antalet placeringar samt köpta öppenvårdsinsatser, och erbjuda rätt insats i egen regi. Avdelningens verksamhetsberättelse för 2023 lyfter att de, trots stora utmaningar under året med stor personalomsättning, ökat inflöde av aktualiseringar samt ökande kostnader för konsultsociooner och för ökat behov av placeringar på HVB och SIS, kan se en positiv utveckling inom flera av avdelningens framgångsfaktorer.

Avdelningen har under året lagt fokus på att kvalitetssäkra och rättssäkra processer. 2023 är det tredje året som implementeringen av *Signs of Safety*² pågår på avdelningen. I verksamhetsberättelsen konstateras att medarbetarna vid samtliga enheter nu har tagit till sig förhållningssättet, som har blivit en del av det dagliga arbetet och som även ingår i avdelningens introduktion för nya medarbetare för att säkra att utvecklingsarbetet inte stannar av. Avdelningen beskriver att de även har tagit kliv framåt när det gäller samverkan, både internt och externt. Hela avdelningen är fysiskt under samma tak som större delen av avdelning Vuxna vilket har gynnat den interna samverkan genom att kontakten mellan handläggare underlättas. Fasta tider finns bokade tillsammans med avdelning Vuxna varje vecka för samverkan i gemensamma ärenden. När det gäller extern samverkan så har dialoger och samarbeten förts och fortlöpt under året tillsammans med vård- och omsorgsförvaltningen, Västra Götalandsregionen, polisen samt med barn- och ungdomsförvaltningen och kultur- och utbildningsförvaltningen.

Avdelningens struktur för uppföljning av köpta vårdinsatser, som innebär att avdelningschef och enhetschefer noga följer vården och ställer krav på att det ska finnas en genomtänkt planering för varje barn och ungdom, har fortsatt under året. Processen bedöms vara viktig för att säkerställa att vi kontinuerligt analyserar behovet hos den unge, att vi har rätt insats för behovet och att insatsen är den mest kostnadseffektiva.

¹ Årsbokslut, Socialnämnden 2023-02-13, dnr 2024.004.SN

² *Signs of safety* är en lösningsfokuserad, samarbets- och nätverksinriktad metod med barnets säkerhet i fokus. Metodens syfte är att ge stöd åt socialtjänsten i att tillsammans med familjer och deras nätverk finna hållbara lösningar för barn och unga att kunna bo kvar hemma, när situationen är så pass allvarlig att socialtjänsten överväger placering av barnet om ingen förändring görs.

Enhet Familjehem och enheterna Barn och unga 1 och 2 utför som ett led i sitt systematiska kvalitets- och utvecklingsarbete interngranskning två gånger per år. Detta utifrån en rutin som de tre enheterna har tagit fram gemensamt under 2022. Rutinen innebär att enhetscheferna slumpmässigt väljer ut tio placeringsärenden för genomgång av om övervägande/omprövning skett i tid, att vårdplan och genomförandeplan gjorts enligt BBIC, att barnet fått information och kommit till tals vid övervägande/omprövning om så är lämpligt, att hälsokontroll är begärd samt eventuell övrig viktig genomlysning som behöver ske. Nytt för 2023 är att enhetscheferna har tittat på hur socialsekreteraren i utredningen har arbetat med att undersöka möjlighet till placering i nätverket samt hur övervägande om vårdnadsöverflyttning har redovisats. Årets interngranskning visade på goda resultat, med undantag av nätverksplaceringar, men där finns ett pågående arbete med en rutin.

Vid oplanerade avbrott för familjehemsplacerade barn genomförs alltid en sammanbrottsanalys av 1:e socialsekreterare, barnsekreterare och familjehemssekreterare. Även framgångsanalyser sker, exempelvis när ett sammanbrott kunnat undvikas eller där det skett en positiv vändning av något slag. I de framgångsanalyser som skett i år har teamarbete och övrig samverkan samt relationsskapande mellan familjehem och föräldrar, genom att de träffas så tidigt som möjligt i processen och därefter regelbundet visat sig vara viktiga faktorer. Enhetschef för enhet Familjehem har under året tillsatt en arbetsgrupp med uppdrag att hitta arbetssätt för att förhindra och/eller förkorta jourplaceringar samt att öka antal nätverksplaceringar.

Enheterna Barn och unga 1 och 2 ingår i SKR och Socialstyrelsens pilotprojekt för implementering av Socialstyrelsens kunskapsstöd om insatser mot kriminalitet och annat normbrytande beteende hos barn och unga. I arbetet ingår även kunskapsstödet för bedömning och utifrån dessa båda har enheterna deltagit i föreläsningar och workshops under framförallt hösten. Vidare har nya arbetssätt och rutiner tagits fram och implementeras under året, bland annat Efter barnförhöret, Rutin för att arbeta med ärenden med hög risk (för jourplacering mm) samt Rutin för "rödflaggsärenden" – det vill säga ärenden som är återkommande över tid samt ärenden med fyra eller fler barn i samma familj.

Vid enhet Familjestöd bedrevs under föregående år ett gediget arbete i att rensa i verksamhetssystemet Lifecare vilket har resulterat i att samtliga ärenden nu ska komma in en och samma väg, samt att uppgift om aktuell beslutsperiod finns angivet i varje uppdrag. Kontinuerlig ärendehandledning av metodhandledare sker både enskilt och i grupp, liksom extern handledning för merparten av medarbetarna. Satsningar under 2023 har även skett utifrån enhetens styrkort, vars prioriterade mål var att det ska upprättas genomförandeplaner i samtliga ärenden. Ett annat arbete som pågått under året är utveckling av den sociala dokumentationen, vilket kommer att fortsätta i form av ett prioriterat mål under 2024. Arbete med att lägga in enhetens rutiner i processverktyget är påbörjat under 2023.

Enhet Familjerätt har med hjälp av förhållningssätt och metoder inom *Signs of Safety* fortsatt arbeta för att öka barnfokus inom de familjerättsliga processerna under 2023. Syftet är att barnets åsikt i högre utsträckning ska beaktas och att barnet görs delaktig i den familjerättsliga processen, ges information, återkoppling och förståelse utifrån dess ålder och mognad. Under året 2023 har enhetens prioriterade mål varit att börja ge barnen en barnanpassad utredning i samband med att vårdnads, boende- och umgängesutredning

avslutas och skickas till tingsrätten. Dessa barnanpassade utredningar innefattar ord och bild anpassad för det specifika barnet i utredningen. De barnanpassade utredningarna har tagits emot väl av barnen och föräldrarna.

Avdelning Vuxna

Avdelning Vuxna beskriver sammanfattningsvis i sin verksamhetsberättelse för 2023 att deras framgångsfaktorer för att nå det prioriterade målet "rätt insats" har varit strukturerad samverkan och verksamma insatser, bland annat genom att sträva efter fler flexibla hemmaplanslösningar och färre externa boenden. De anger att antal vård dygn har varit under den förväntade målnivån under hela året. Avdelning Vuxna lyfter vidare att de har arbetat med flera områden i det systematiska kvalitetsarbetet under 2023. Stort fokus har lagts på att vara så rättssäkra som möjligt och på att stärka samverkan mellan myndighetsutövningen och utförarverksamheterna. Som en del i styrkortsarbetet har regelbundna analyser gjorts för att säkerställa att arbetet går åt rätt håll. En arbetsgrupp bestående av chefer, arbetsledare och samordnare har tillsatts under året för att gemensamt ta fram arbetssätt för att främja att de vi är till för får rätt insatser i rätt tid. Gruppen även arbetat för att främja samverkan mellan enheterna.

Samtliga medarbetare på avdelningen har fått information om när avvikelser ska göras. Avvikelser har använts som lärande exempel och diskuterats på gemensamma möten. Utifrån två Lex Sarah-utredningar på avdelningen under de senaste två åren, som båda visat att verksamheten brustit i rättssäkerheten, har handläggarskola hållits för myndighetsutövande socialsekreterare.

Internkontroll som utförts på avdelningen under året har visat att en förflyttning skett gällande rättssäkerheten. Jämfört med 2022 då enheterna hade flera stillastående utredningar har avdelningen nu inga utredningar alls utan aktivitet. En förflyttning har även skett generellt gällande att utredning inleds inom lagstadgad tid och att kommunikering av beslut sker. Vid årets sista granskning hade 11 av 29 utredningar ingen anmärkning alls och de flesta övriga utredningar hade mindre anmärkningar. Ett fortsatt förbättringsområde inom myndighetsutövningen är att föra in utredningssamtal i journalen, inte bara i utredningen.

En arbetsgrupp bestående av medarbetare från avdelningens samtliga enheter har under året undersökt hur verksamheten kan arbeta med brukarinflytande. Målet är att brukare även ska ha inflytande i verksamhetsutveckling.

Enhet Boende har under året arbetat aktivt med schemafrågor samt att ha rätt bemanning vid rätt tillfälle. Fokus har även varit på genomförandeplaner och uppföljningar. För att få en gemensam syn på arbetet med de vi är till för har samverkansmöten ägt rum vid ett par tillfällen under året, tillsammans med myndighetssidan på avdelning Vuxna och Götagatans stödboende samt mobila teamet. Enhetens stödcoordinatorer har påbörjat ett uppföljningsarbete utifrån LOKE-modellen (en teoretisk modell för lokal evidens och systematisk uppföljning med fokus på verksamhetsutveckling). Syftet är att möjliggöra för koordinatorerna att följa upp pågående insatser och utifrån det vidareutveckla sina metoder.

Enhet Beroendestöd har under året haft fokus på verksamma insatser, samarbete och förebyggande arbete i sina styrkort. Enheten har utifrån dessa utvecklat sitt arbete med metodstöd, klientgenomgång och ärendehandledning. Som en del i arbetet med att säkerställa verksamma insatser utbildades all personal under hösten i ORS/SRS (skattning av förändring/skattning av samtal), vilket är standardiserade bedömningsmetoder

utformade för att i terapeutisk behandling mäta förändring i klientens mående. Implementeringsarbetet är påbörjat och kommer att fortsätta under 2024.

Enhet Vuxna har fortsatt sitt arbete med att finna former för samverkan, i syfte att nå målet "rätt insats" i högre utsträckning. Tillsättandet av en 1:e socialsekreterare under 2022 har förutom avlastning för enhetschefer skapat en utökad möjlighet till stöd för socialsekreterarna i utredningsarbetet, vilket bidrar till både effektivitet samt förbättrade beslutsunderlag. Löpande utbildningsinsatser och metoddiskussioner tillsammans med rättshandläggare är ett gott steg vidare i det systematiska kvalitetsarbetet. Processerna i samarbetet enheter emellan har löpande förbättrats under året bland annat genom utformandet av ett antal nya rutiner.

Även enhet Unga vuxna och socialpsykiatri har fortsatt arbetat aktivt med intern samverkan med fokus på varje medarbetares förberedelse inför SAP och samrådsmöten. Enhetens medarbetare är engagerade i dessa frågor och det har skett en tydlig förflyttning mot en mer framgångsrik intern samverkan. Vidare har enheten deltagit i flera samverkansmöten ihop med andra enheter på avdelning Vuxna. Syftet med dessa möten är att skapa goda förutsättningar för samsyn och att med stöd av en gemensam målbild se till att de vi är till för ges rätt insats. Under hösten 2023 har nyanställda fått möjligheten till handläggarskola och enhetens samtliga medarbetare har nu gått och avslutat handläggarskola. Handläggarskolan har tillsammans med slumpvis ärendegranskning och granskning av utredningstid varit viktiga verktyg för enhetens kvalitetsarbete. Enheten arbetar tillsammans för att stärka rättssäkerheten och för att finna lagom nivå för vidare utvecklingsområden utifrån de prioriteringar som behöver göras. Genomförd internkontroll under året har visat på en förbättring på kvalitet i myndighetsutövningen och rättssäkerheten, men att arbetet med kommunikering av beslut till klient behöver förbättras. Arbetet med avvikelshantering behöver komma igång och enheten har under senare delen av 2023 fått riktad information om syfte och arbetssätt.

Enhet Stöd- och försörjning har under året påbörjat ett arbete med att förenkla och förbättra arbetsflödet i verksamhetssystemet. Målsättningen är smidigare handläggningen med färre misstag samt utmytna i mer exakt statistik. Enheten har haft ett fortlöpande arbete med att se över sina befintliga skriftliga rutiner samt att ta fram nya rutiner för processer där rutiner saknats. I samband med rutinöversynen har enheten även börjat gå igenom sina officiella texter, dels för att säkerställa att information och dylikt är relevant, men även för att texterna ska vara i klarspråk och vara lätta att förstå för de vi är till för. Klarspråk finns även med som en del i handlingsplanen för 2024–2025 som enhetens arbetsgrupp för brukarinflytande har tagit fram under året.

Under 2022 gjordes ett omtag med automatiserad handläggning av återansökningar om ekonomiskt bistånd på enhet Stöd och försörjning. I början av året 2023 arbetade ADA-arbetsgruppen med att slutföra implementeringen av automatisering med hjälp av roboten ADA och därtill åtgärda de problem som uppstod i samband med detta. Det konstaterades dock under våren att roboten inte levt upp till de förväntningar som enheten haft och att ADA-implementeringen inte medförde en snabbare och smidigare handläggning för socialsekreterarna på enheten. Istället tog ansökningarna längre tid, samtidigt som det i stor utsträckning blev fel i handläggningen. Socialsekreterarna var tvungna att kontrollera vad roboten gjort för att säkerställa kvaliteten. Ett ytterligare omtag har därför gjorts för att förenkla processen vilket varit ett pågående arbete resterande delen av 2023.

Enhet Vuxenstöd har likt förra året gjort uppföljningar med besökarna på Gläntan som en del av styrkortsarbetet, i syfte att öka besökarnas delaktighet i verksamheten och skapa meningsfulla aktiviteter. Boendet på Sjömansvägen har arbetat vidare med målet att ha minst en uppföljning med handläggare under året, vilket har gett goda resultat i arbetet med att ha aktuell information kring de boende och deras ärenden. Ett fortsatt behov att arbeta vidare med hur enheten som helhet organiserar boendelösningar kvarstår och kommer att ha fortsatt fokus på enheten under 2024. Enheten beskriver att de under året har haft avvikelser som en stående punkt vid APT, dels för att säkerställa att inträffade avvikelser rapporteras in, men också för att ha en dialog kring vad som kan tänkas vara en avvikelse och hur de kan hanteras och åtgärdas, exempelvis genom justeringar i arbetssätt och rutiner. Som ett ytterligare led i att stärka det systematiska kvalitetsarbetet på enheten bjöds förvaltningens utvecklingsledare in till en planeringsdag för enheten för en genomgång och förtydligande kring hanteringen av avvikelser, synpunkter och klagomål.

3.2.2 Uppföljning av synpunkter och klagomål

Under 2023 har totalt 18 klagomål och synpunkter inkommit till Socialförvaltningen som också har diarieförts. Detta är en klar förbättring jämfört med 2022 då totalt 6 inkomna klagomål och synpunkter diariefördes. År 2021 diariefördes sammanlagt 16 synpunkter och klagomål.

Antal klagomål per enhet, 2023

Barn och unga: 5

Vuxen: 2

Stöd och försörjning: 1

Vuxenstöd: 1

Boende: 1

Övrigt*: 1

Antal synpunkter per enhet, 2023

Vuxen: 1

Stöd och försörjning: 1

Familjestöd: 1

Familjehem: 1

Övrigt*: 3

*Ej riktat till specifik enhet.

Ett av klagomålen och en av synpunkterna i sammanställningen ovan har inkommit utifrån att socialförvaltningen har tagit kontakt under pågående ärende för att göra en brukarundersökning.

Majoriteten av de klagomål som diarieförts under 2023 avser handläggning. I något enstaka fall riktas klagomålet gentemot en specifik handläggare, men i övrigt riktar sig de flesta klagomål som diarieförts till en specifik enhet, eller socialtjänsten i Alingsås generellt utifrån att man inte upplever sig ha fått tillräckligt stöd eller hjälp med sin situation. I två fall har klagomålet skickats från individ till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, och har därefter inkommit till Socialförvaltningen via dem.

De synpunkter som har diarieförts under 2023 lyfter i flera fall olika former av brister i information från socialtjänstens sida, både generellt och kopplat till specifika individärenden. Synpunkterna har också handlat om vilket stöd som går att få av socialtjänsten samt hur

beviljade insatser har fungerat och utförts. En inkommen synpunkt handlar om ett förslag på hur FREDA-kortfrågor skulle kunna förbättras för personer med funktionsnedsättning. Ett par av de inkomna synpunkterna kategoriserats som "övrigt", då de inte innehåller något konkret riktat gentemot Socialförvaltningen, utan mer generella uttalanden exempelvis om samhället i stort.

En särskild rutin för hantering av synpunkter och klagomål togs fram under 2021. Denna anger bland annat att alla synpunkter och klagomål ska diarieföras och att svar/återkoppling ska ske snarast. Rutinen stämmer väl överens med *Alingsås kommuns Riktlinje och rutin för synpunktshantering*.

Under 2023 kan konstateras att svar på klagomål har diarieförts i samtliga fall där det har varit möjligt att besvara klagomålen (det vill säga när personen har lämnat personuppgifter), utom tre som samtliga gäller barn och unga. Det är dock möjligt att dessa klagomål har besvarats och hanterats, utan att det har diarieförts. Det har framkommit under året att det fortfarande finns en viss osäkerhet på förvaltningen kring hur och var svaren på inkomna synpunkter och klagomål ska dokumenteras.

Synpunkter och klagomål ingår som en del av den förvaltningsövergripande introduktionen som har tagits fram av avdelning Administration under 2022–2023, vilket säkerställer att all nyanställd personal får kännedom om hur dessa ska omhändertas.

3.2.3 Uppföljning av personuppgiftsincidenter

Vad som är personuppgiftsincident framgår av *Riktlinjer för hantering av personuppgifter inom socialnämndens verksamhet*. Under året har 12 personuppgiftsincidenter diarieförts, jämfört med 3 under 2022 och 3 under 2021.

4 av de personuppgifter som diarieförts under 2023 avser Barn och unga 1 och 2. Den ena handlar om att personuppgifter skrivits upp på whiteboardtavla i ett konferensrum och sedan inte suddats ut, vilket möjliggjort för obehöriga att ta del av informationen. Den andra handlar om att en handläggare skickat ett kallelsebrev som nämnde namn på 4 syskon till person som man felaktigt trodde var mamma till samtliga barn i hushållet. Den tredje och fjärde händelsen bestod i att känsliga personuppgifter skickats felaktigt via mail. Vid båda tillfällena var mottagaren av mailet anställd inom Socialförvaltningen och har därmed undertecknat sekretessavtal.

2 diarieförda personuppgiftsincidenter rör enhet Stöd och försörjning. Ett fall handlar om roboten ADA, som hanterar digitala återansökningar om försörjningsstöd. Incidenten bestod i detta fall av att ett mail med personuppgifter skickats från ADA via programmet Outlook till ordinarie handläggare samt till enhetens gemensamma mail. ADA blev efter händelsen omprogrammerad till att inte ta med några som helst personuppgifter i mail. Det andra fallet anger att socialsekreterare kopierat text till ett beslutsmeddelande från ett annat ärende men glömde att ändra namn och personnummer. Klienten fick därmed beslutsmeddelande med en annan klients personuppgifter.

Enhet Vuxna har 3 personuppgiftsincidenter som har diarieförts under 2023.

Samtliga av dessa beskriver att ett boendes månadsrapport om en klient har skickats till kommunens fakturaadress istället för postadress. Fakturahanteringen sköts av en extern leverantör som inte finns i Alingsås. Den externa leverantören har vid händelserna tagit del av uppgifterna och sedan skickat vidare rapporten till kommunen. Leverantörerna har informerats om att underlag och rapporter ska skickas till postadressen och inte till fakturaadressen.

En liknande incident har rapporterats inom enhet Familjehem, avseende ett hem för vård och boende som har skickat en lägesrapport om en klient till kommunens fakturaadress istället för postadress. Även i detta fall meddelas leverantören vilken adress de ska använda fortsättningsvis. En andra diarieförd personuppgiftsincident från enhet Familjehem under 2023 handlar om att en praktikant har tagit del av dokumentation som hen inte hade rätt till utifrån rådande sekretessbestämmelser.

Slutligen har en personuppgiftsincident inrapporterats från avdelning Administration. Detta fall handlar om ett utbetalningsunderlag innehållande personuppgifter som har skickats till kommunledningskontoret av misstag.

Bedömningen gjordes i samtliga inrapporterade fall under 2023 att personuppgiftsincidenten inte behövde anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten.

3.2.4 Uppföljning av avvikelser

Avvikelser är sådant som inträffar i verksamheten, till skillnad från synpunkter och klagomål som kommer utifrån. En avvikelse uppstår om verksamheten inte efterlever beslut eller krav och mål i föreskrifter. Det är också en avvikelse om medarbetare inte arbetar enligt fastställda processer och rutiner.

Rutin för hantering av avvikelser

Enligt rutinen ska avvikelser rapporteras in i verksamhetssystemet Lifecares funktion för avvikelshantering. Under året har totalt 40 avvikelser inrapporterats, vilket är ungefär på samma nivå som 2022 då 37 stycken avvikelser rapporterades. Vissa av de inrapporterade avvikelserna har även utmynnat i en rapport om personuppgiftsincident. 3 avvikelserrapporter har under utredning visat att missförhållande eller risk för missförhållande föreligger och utredningen har därmed övergått till avdelning Administration för fortsatt hantering, enligt rutin för utredning enligt lex Sarah.

En femtedel av de avvikelser som rapporterades in under 2023 berörde enhet Barn och unga 2, med totalt 8 stycken. Avvikelserna handlade om brister i dokumentation och kommunikation, felaktig information till vårdnadshavare avseende försörjningsskyldighet, känsliga personuppgifter som skickats till fel person via sms av misstag, känsliga personuppgifter som lämnats till obehörig i samband med utredning av orosanmälan, brister i rutin vid hantering av orosanmälningar i stora familjer samt lyhördhet mellan samtalsrum och väntrum.

2 avvikelserrapporter har formulerats av enhetschef tillsammans med utvecklingsledare avseende vid tidpunkten totalt 18 sena förhandsbedömningar på enheten, dvs som ej kunnat genomföras inom den lagstadgade tiden om 14 dagar, samt 3 sena barnavårdsutredningar som ej slutförts inom den lagstadgade tiden om 4 månader. En av de inrapporterade avvikelserna, avseende brister i rutin vid orosanmälningar i familjer med flera barn utmynnade i en lex Sarah-utredning.

6 avvikelser rapporterades vid Barn och unga 1. Dessa handlade om brister i rutin för posthantering vid handläggares frånvaro, personuppgifter som av misstag skickats till obehörig, brister i kunskap om sekretess, samt beslut som fattats utifrån fel delegationsnivå. Den sistnämnda utreddes som en lex Sarah.

2 avvikelserrapporter har, precis som vid enhet Barn och unga 2, formulerats av enhetschef tillsammans med utvecklingsledare avseende vid tidpunkten 13 sena förhandsbedömningar på enheten, dvs som ej kunnat genomföras inom den lagstadgade tiden om 14 dagar, samt 4 sena barnavårdsutredningar som ej slutförts inom den lagstadgade tiden om 4 månader.

Orsaken bedömdes vara högt inflöde av aktualiseringar på enheterna, i kombination med otillräcklig bemanning till följd av vakanta tjänster. Rekrytering har pågått kontinuerligt under året och enheterna har även använt sig av konsulter.

Vid enhet Familjehem rapporterades 5 avvikelser, vilket näst intill är en halvering jämfört med 2022 då 9 stycken avvikelser rapporterades. Av de avvikelser som rapporterats in under 2023 handlade 2 om överväganden som till följd av missförstånd från handläggarens sida inte lyfts till nämndens arbetsutskott i tid. En avvikelse handlade om att enheten inte följt sin egen rutin för referenstagning vid köp av konsulentstött familjehemsvård, en annan att enheten inte har känt till att övervägande om behov av flyttningsförbud vid avslut av familjehemsplacering även behöver göras i de fall där alla involverade är överens om planeringen för hemflytt. Den femte avvikelserapporten hänger ihop med den avvikelse som lämnats in vid enhet Barn och unga 2, angående bristande rutin för hantering av orosanmälningar i familjer med flera barn. Med anledning av detta ärende har även en avvikelserapport inlämnats av avdelningschef Unga, som avdelning Administration i sin tur utredde enligt lex Sarah. Samma ärende har därmed utmynnat i 3 separata avvikelserapporter och omhändertagits med dels en genomlysning av ärendet samt en grundlig lex Sarah-utredning.

Vid enhet Stöd och försörjning har totalt 9 avvikelser rapporterats under året, jämfört med 6 stycken förra året. 2 av dessa rör avvikelser i samverkan, varav en handlade om vår egen förvaltning och lyfte att kallad handläggare uteblivit från ett möte för samordnad planering utan att ersättare ordnats. En handlar om att en utskrift med känsliga personuppgifter har hamnat kvar i skrivaren och kommer med bland nästa användares utskrifter, vilket innebär att avvikelsen även är en personuppgiftsincident. Händelsen rapporterades i slutet av sommaren, innan utvecklingsledare fullt ut implementerat arbetssättet att rapportera vidare personuppgiftsincidenter som inkommer via avvikelserapport till dataskyddsombud.

3 avvikelser har rapporterats in enligt lex Sarah vid enheten och har därför utretts av avdelning Administration. Rapporterna handlade om kommunikation/informationsöverföring mellan enheter inom förvaltningen i 2 fall och i ett fall rörde det sig om avsaknad av aktuell biståndsbeslut, uppföljning och planering i ett ärende. Som ett led i vidtagna åtgärder bjöd enhetschef in utvecklingsledare till ett veckomöte med enheten för att stärka enhetens kunskaper om hanteringen av avvikelser och lex Sarah. Övriga 3 avvikelser rörande enhet Stöd och försörjning avser brister i informationsöverföring, dokumentation, samt dokument som scannats in i fel persons journal samtidigt som det saknades personal på plats på kontoret med behörighet att ta bort dokumentet under 2 dagar.

4 avvikelser rör enhet Vuxna, av dessa handlar 3 om biståndsbeslut om beroendestöd som ej har följts upp och förlängts innan beslutet upphört och stödinsatser har därmed utförts utan biståndsbeslut och uppdragsplan. En avvikelse handlar om en ansökan från 2019 som hamnat i fel personakt.

Vid enhet Unga vuxna och socialpsykiatri har en avvikelserapport inkommit under året. Denna rörde brister i upprättad dokumentation och i rättssäkerheten för den enskilde då ärende avslutats utan beslut, varför avvikelsen utreddes enligt lex Sarah. Se mer information under avsnittet **3.2.5 om lex Sarah-utredningar**.

5 avvikelser som har inkommit under året rör enhet Boende. Två av dessa handlar om informations- eller planeringsmissar som har uppstått i samband med möten mellan boende, kontaktperson från boendet samt handläggare. En rapport avser städinsats som ej utförts enligt plan. En handlar om otydlig information/kommunikation kring en beviljad insats för en

av de boende. En rapport handlar om otillräcklig ventilation och enhetschef vidarebefordrar då informationen till ansvarig hyresvärd.

En avvikelse har inkommit från vuxenstöd angående medarbetare som av misstag klivit in under pågående möte med klient i bokad mötesrum.

Av 40 inrapporterade avvikelser så är 32 rapporter utredda och samtliga utom en utredning är avslutade vid årsskiftet 2023/2024. I 2 fall inväntas uppföljning av åtgärder, varför själva avvikelsen inte har avslutats.

Sedan utvecklingsledare tillträdde sin tjänst i april månad har berörda chefer haft möjlighet att få stöd i hanteringen och utredningen av inkomna avvikelser vid behov och utvecklingsledare har skickat påminnelser när det finns avvikelser som inte har hanterats för att underlätta. Utvecklingsledare har också bevakat inkomna avvikelser utifrån allvarlighetsgrad och för att undersöka om det förekommer missförhållande eller risk för missförhållande utifrån inrapporterade händelser.

Avdelningarnas och enheternas verksamhetsberättelser visar på att de har arbetat aktivt med avvikelsehantering under året. Då avvikelserapportering och avvikelsehantering är en betydande faktor i det systematiska kvalitetsarbetet så bör fokus på frågorna bibehållas även under 2024 för att säkerställa att socialförvaltningen bedriver en ansvarstagande verksamhet.

Enligt *Rutin när djur far illa – lex Maja* är det möjligt att bryta sekretessen när anställd i sin tjänst påträffar djur som far illa. Om anmälan görs till Länsstyrelsen/Polismyndighet ska anmälan diarieföras. Inga anmälningar enligt lex Maja har diarieförts under 2023.

För avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen gäller rutinen, *Hantering av händelser/ vårdskador inom socialförvaltningen*, och berör förvaltningens boenden. Det kan i dessa fall vara fråga om händelser som felaktig medicinering eller fallskada. Dessa avvikelser hanteras av vård- och omsorgsförvaltningen och rapporteras i deras verksamhetssystem. I dagsläget sker ingen särredovisning av de avvikelser som rör Socialförvaltningens boenden av vård- och äldreomsorgsförvaltningen, utan de ingår i sin helhet i Vård- och omsorgsnämndens årliga kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Enligt uppgift från berörda chefer inom socialförvaltningen rör det sig om totalt åtta avvikelser under 2023. Ingen av dessa har klassificerats som allvarlig.

Vid *avvikelser i samverkan* med regionen används MedControl Pro för rapportering och SITHS-kort krävs. En process som beskriver denna hantering finns inlagd i processverktyget 2c8, med länkar till aktuell rutin. Tyvärr saknas det i dagsläget möjlighet ta fram statistik om avvikelser som uppstått i samverkan med regionen under 2023, då dessa ärenden arkiveras automatiskt fyra månader efter avslut och då inte längre är sökbara. Uppskattningsvis har det handlat om 5–10 avvikelserrapporter totalt under 2023 enligt ärendeansvarig för socialförvaltningen. Under 2024 kommer manuell statistik föras.

3.2.5 Lex Sarah-utredningar

Vid ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande ska avvikelsen lämnas som en lex Sarah-rapport i Lifecare. En utredning ska alltid inledas vid en lex Sarah-rapport. En avvikelse som har rapporterats in och som under utredning visar sig röra missförhållande eller risk för missförhållande ska skyndsamt ändras till rapport enligt lex Sarah och bedömning ska även göras kring allvarlighetsgraden. Vid allvarligt missförhållande, eller risk

för allvarligt missförhållande ska anmälan göras till IVO, efter beslut av socialnämndens arbetsutskott.

6 Lex Sarah utredningar har genomförts under året. Av dessa konstaterades 4 handla om händelser som kan hanteras och åtgärdas som avvikelser, och att missförhållande, eller risk för missförhållande ej förelåg. I ett fall handlade det om att händelsen redan hade utretts och hanterats samt åtgärdats när lex Sara-utredningen initierades. Dessa finns beskriva under avsnittet **3.2.4 Uppföljning av avvikelser** och rör enhet Stöd och försörjning samt avdelning Unga (rapporterad av både enhet Barn och unga 2, samt Familjehem).

Övriga 2 utredningar rörde enhet Barn och unga 1, samt Unga vuxna och socialpsykiatri. I båda fallen handlade det om brister i rättssäkerheten för dem vi är till för.

Utredningen vid enhet Barn och unga 1 tillkom efter inkommen avvikelserapport om att beslut om drogtest av förälder fattades på fel delegationsnivå. Detta uppmärksammades i samband med att ärendet övergått till enhet familjehem. Det inrapporterade bedömdes vara en påtaglig risk för ett missförhållande utifrån att enheten brustit i att uppmärksamma på vilken delegationsnivå det aktuella beslutet skulle fattas. Detta bedöms vara allvarligt eftersom beslut fattat av fel delegat är inte giltigt. Händelsen bedömdes utifrån omständigheterna i detta fall dock inte vara av så allvarlig grad att det skulle skickas in en anmälan till IVO utan att det kunde hanteras inom förvaltningens och verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Vidtagna åtgärder för att minska risken för att lagändringar, delegationsförändringar samt ändringar av beslutsformuleringar missas av enheten igen har vidtagits, bland annat genom att tydliggöra metodstödet uppdrag att stötta medarbetarna i dessa delar.

Vid enhet Unga vuxna och socialpsykiatri inkom händelsen som en avvikelserapport från ansvarig chef, som uppmärksammat brister i upprättad dokumentation i ett ärende, samt att ärendet avslutats utan beslut. Den enskilde hade därmed inte getts möjlighet att få sin sak prövad. Utifrån att rättssäkerheten därmed har brustit för den enskilde gjordes bedömningen att händelsen skulle utredas enligt lex Sarah. Liknande händelse utreddes inom samma avdelning, på enhet Vuxna under 2022. Bedömningen blev sammantaget att händelsen var så pass allvarlig att den skulle anmälas till IVO. Åtgärder som har genomförts under året är metodhandledning och ärendegenomgångar med extra fokus på svårigheterna i komplexa ärenden. Utvecklingsledare bjöds in för dialog med både enhet Unga vuxna och socialpsykiatri, samt enhet Vuxna kring rättssäkerhet kopplat till systematiskt kvalitetsarbete, avvikelshantering och lex Sarah. Internkontroll utifrån rättssäkerhet utfördes vid tre tillfällen av rättshandläggare, som även höll i handläggarskola för nyanställda. Utvecklingsledare har vidare påbörjat en översyn av enhetens processer i 2c8 tillsammans med förste socialsekreterare, vilken kommer att fortsätta under 2024.

2024-01-05 inkom *beslut från IVO* om att avsluta ärendet utifrån bedömningen att socialförvaltningen fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet i enlighet med 14 kap 6-7 §§ SoL samt 5 kap 2-3 och 5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter. IVO konstaterar att förvaltningen har vidtagit åtgärder för att, utan dröjsmål, avhjälpa eller undanröja missförhållande, att bakomliggande orsaker till det inträffade har identifierats samt att åtgärder har vidtagits och planerats för att förhindra att något liknande inträffar igen.

3.2.6 Revisionsrapporter

Den årliga grundläggande granskningen av nämndernas verksamheter för år 2023 genomfördes av KPMG som skickade ut en enkät. Enkäten besvarades och godkändes av nämnden, 2023-09-19, § 47. I samband med den grundläggande granskningen gjorde KMPG även en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån två tidigare granskningar, gällande kommunens försörjningsstöd (dnr 2020.27 SN) och placeringar av barn och unga (dnr 2020.066 SN), vilka även finns omnämnda i kvalitetsberättelsen för 2021.

3.3. Uppföljning av kvalitetsberättelser

I den kvalitetsberättelse som upprättades för **år 2018** angavs förbättringsområdena fortsatta digitala initiativ och hantering av avvikelser. De digitala initiativen har ökat under de senaste åren och förvaltningen arbetar aktivt med att ligga i framkant på digitaliseringsfronten. Någon kvalitetsberättelse upprättades inte för **år 2019**.

De förbättringsområden som angavs i **2020 års** kvalitetsberättelse var att hantera avvikelser genom att upprätta rutiner och sprida kunskap om avvikelshantering för att öka inrapporteringen och få ett bättre underlag för analys och förbättringsåtgärder och att utbilda i avvikelshantering via Lifecare så att relevant statistik kan erhållas och analys göras.

Under **år 2021** gjordes ett omtag vad gäller socialförvaltningens arbete med avvikelser. Bland annat omarbetades en omfattande rutin om avvikelser till flera mer specifika rutiner: *Riktlinjer för hantering av personuppgifter inom socialnämndens verksamhet*, *Rutin för synpunkter och klagomål*, *Rutin för hantering av avvikelser*, *Rutin när djur far illa – Lex Maja*, samt *Hantering av händelser/vårdskador inom socialförvaltningen*. I kvalitetsberättelsen som upprättades för 2021 identifierades återigen avvikelshantering som ett nödvändigt förbättringsområde, samtidigt som vissa kliv framåt hade skett.

Under **år 2022** konstaterades att avvikelshantering har identifierats som ett av förvaltningens tydligaste förbättringsområden de senaste fem åren. Ett gediget arbete har gjorts och flera av förvaltningens enheter har utvecklat det systematiska kvalitetsarbetet under åren men samtidigt kvarstår vissa utvecklingsområden. Några av enheter lyfte själva att de fortfarande har problem med underrapportering av avvikelser. Därtill har förvaltningen fortsatt långa handläggningstider för avvikelserrapporter i Lifecare.

3.4. Förbättringsområden

Det är viktigt att fånga upp avvikelser för att ge underlag till förbättrings- och utvecklingsarbetet. Tjänsten utvecklingsledare med samordnande ansvar för hanteringen av avvikelser och lex Sarah tillsattes under 2023, vilket har gett utökade möjligheter att fokusera på och lyfta fram området. Som en del av sin introduktion träffade utvecklingsledare samtliga enhetschefer för att få en bild av hur arbetet med avvikelser och lex Sarah fungerar på respektive enhet i dagsläget. Utifrån dessa har sedan besök gjorts vid de enheter som har efterfrågat mer information och uppdatering av kunskapen om hanteringen av avvikelser och lex Sarah. Utvecklingsledare har även eftersträvat att stötta enhetscheferna i att hålla nere handläggningstiderna i Lifecare genom att påminna när de har en avvikelse att hantera, och samtidigt erbjuda möjlighet att utreda och hantera avvikelserna i Lifecare tillsammans.

Utmaningarna med underrapportering samt de långa handläggningstiderna av avvikelser i Lifecare som tidigare konstaterats behöver även fortsättningsvis arbetas med för att fortsätta sträva efter att vara en socialtjänst i framkant.