

Kvalitetsberättelse 2024

Typ av styrdokument: Kvalitetsberättelse
Beslutande instans: Socialnämnden
Datum för beslut: 2025-03-18, §XX
Diarienummer: 2025. 010 SN

Gäller för: Socialförvaltningen
Giltighetstid: Tillsvidare
Revideras senast: 2026-03-31
Dokumentansvarig: Utvecklingsledare

Innehåll

1.	Kvalitetsberättelse	1
2.	Kommunens kvalitetsarbete	1
3.	Socialförvaltningens kvalitetsarbete	4
3.1.	Processer och rutiner	4
3.2.	Systematiskt förbättringsarbete	5
3.2.1	Verksamhetsberättelser	5
3.2.2	Uppföljning av synpunkter och klagomål	7
3.2.3	Uppföljning av personuppgiftsincidenter	8
3.2.4	Uppföljning av avvikelser	8
3.2.5	Lex Sarah-utredningar	12
3.2.6	Revisionsrapporter	13
3.3.	Uppföljning av kvalitetsberättelser	13
3.4.	Förbättringsområden.....	14

1. Kvalitetsberättelse

Socialnämnden arbetar sedan 2021 med systematiskt kvalitetsarbete enligt "Riktlinjer för kvalitetsledningssystem", som antogs 2021-10-26, § 54. Utgångspunkten för riktlinjerna är "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" (SOSFS 2011:9). Av riktlinjerna framgår bland annat att den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten samt att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Det systematiska kvalitetsarbetet är viktigt inom socialtjänsten av flera orsaker, bland annat bidrar det till att:

- Säkerställa rättssäkerhet och likabehandling så att de vi är till för får en rättvis och likvärdig behandling, oavsett bakgrund och individuella förutsättningar.
- Förbättra verksamhetens effektivitet och kvalitet. Genom att kontinuerligt utvärdera och förbättra processer och arbetssätt kan socialtjänsten leverera bättre stöd och insatser till klienterna.
- Öka transparens och ansvarsutkrävande gentemot de vi är till för och för beslutsfattare.
- Utveckla medarbetarnas kompetens. Kvalitetsarbetet ger möjlighet att identifiera kompetensutvecklingsbehov och säkerställa att medarbetarna har rätt kunskap och färdigheter.
- Stärka tillit och legitimitet. Genom att visa på god kvalitet i verksamheten kan socialtjänsten bygga förtroende hos de vi är till för.

Sammanfattningsvis är systematiskt kvalitetsarbete avgörande för att socialtjänsten ska kunna uppfylla sitt uppdrag att ge stöd och hjälp på ett rättssäkert, effektivt och kvalitativt sätt.

Resultatet av det systematiska kvalitetsarbetet ska enligt SOSFS 2011:9 dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen redogörs för nämnden och syftar till att beskriva hur kvalitetsarbetet bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. Kvalitetsberättelsen kan användas som underlag för planering, genomförande, utvärdering och förbättring av verksamheten, i syfte att säkerställa en god och likvärdig kvalitet.

2. Kommunens kvalitetsarbete

Kvalitetsstyrning

Kommunledningskontoret har under år 2024 haft i uppdrag från kommunstyrelsen att göra en översyn av Styrmodell Alingsås kommun, som tillämpats sedan år 2020 (KF 2019-11-27, § 218). Översynen är en av åtgärderna i den handlingsplan som beslutades om i kommunstyrelsen 11 december 2023, § 217, i syfte att underlätta för kommunen att hantera kommande kostnadsökningar.

Översynen visade bland annat att det finns områden i styrmodellen som inte efterföljs och att det finns potential för effektivare styrning. Av den anledningen utmynnade översynen i förslag om en reviderad version, där målstyrningen koncentreras till ett övergripande mål: Sveriges mest effektiva kommun.

Innebörden är att Alingsås kommun ska bli bäst i Sverige på att ha verksamheter med hög kvalitet utifrån befintliga förutsättningar och resurser. Målet tydliggör behovet av att kommunen behöver anpassa verksamheterna och fokusera på att ge en god kvalitet i sitt grunduppdrag, även i en utmanande framtid. Uppföljning ska ske två gånger per år på nämndsnivå genom respektive nämnds genomlysning och bokslut, samt på kommunövergripande nivå i samband med kommunens årsbokslut.

Enligt kommunallagen 11 kap. § 6, ska kommunens budget innehålla mål för god ekonomisk hushållning. I den reviderade styrmodellen definieras verksamhetsmålen genom kommunens övergripande mål – Sveriges mest effektiva kommun.

För att komplettera begränsningarna i målstyrningen ska respektive nämnd i samband med budget ange politiska inriktningar som ska styra förvaltningen. Syftet med de politiska inriktningarna är att tydliggöra för förvaltningarna vilka frågor eller områden som är särskilt viktiga för hur verksamheterna bedrivs eller utvecklas. Dessa ska hjälpa förvaltningen i sitt förhållningssätt och i sina prioriteringar. De politiska inriktningarna ligger utanför den ordinarie uppföljningsprocessen men kan följas upp om nämnden så önskar.

Den reviderade styrmodellen innebär mindre detaljstyrning av styrprocesserna jämfört med den tidigare. Det finns vissa områden i den föregående styrmodellen som tagits bort helt, exempelvis kritiska verksamhetsfaktorer. Dessa har endast använts av vissa nämnder i kommunen, däribland socialnämnden. Att kritiska verksamhetsfaktorer tas bort från styrmodellen hindrar dock inte nämnderna från att fortsätta använda sig av kritiska verksamhetsfaktorer om de vill. Kommunfullmäktige beslutade vid sammanträde 2024-11-06, §149, att anta den reviderade styrmodellen för Alingsås kommun.

Socialnämndens kvalitetsstyrning

Socialförvaltningen har under 2024 arbetat aktivt med kritiska verksamhetsfaktorer i enlighet med kommunens styrmodell från 2019. I samband med den risk- och väsentlighetsanalys som genomförs av socialnämndens förstärkta arbetsutskott inför nytt budgetår, tar förvaltningen fram kritiska verksamhetsfaktorer samt de internkontrollpunkter som ska ingå i nämndens internkontrollplan. De kritiska verksamhetsfaktorerna har ingått i den månatliga verksamhetsuppföljningen och har vidare rapporterats till nämnden.

Övrigt kommungemensamt kvalitetsarbete

Sedan 2016 finns en kvalitetsstrategi för Alingsås kommun (KF 2016-04-27, § 102).

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.

Sedan 2021 finns även "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. 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 är daterat 2024-10-15 och visar bland annat att:

- 96 procent av kommunens invånare tycker att kommunen är en mycket eller ganska bra plats att bo och leva på
- 82 procent av kommunens invånare tycker att kommunen sköter sina verksamheter på ett mycket eller ganska bra sätt
- 21 procent av kommunens invånare upplever att man har mycket eller ganska stora möjligheter till insyn och inflytande över kommunens beslut och verksamheter
- 74 procent av kommunens invånare kan rekommendera andra som inte bor i kommunen att flytta hit.

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, tillsammans med vård- och omsorgsförvaltningen. Resultaten finns att hämta i databasen Kolada.¹

Frågor som besvarats av socialförvaltningen under 2024 handlar bland annat om hur stor andel av vuxna personer med försörjningsstöd som inte har återaktualiserats ett år senare. 2024 års resultat visar 86%, jämfört med 70% år 2023, vilket är en klar förbättring. Väntetiden i antal dagar från ansökan till nybesök inom försörjningsstöd visar tyvärr en försämring under 2024, då 25 dagars anges som medelvärde, jämfört med 15 dagars väntetid i genomsnitt under 2023.

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 ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendevård, social barn- och ungdomsvård, socialpsykiatri, våld i nära relationer, hemlöshet samt krisberedskap. Resultatet sammanställs och analyseras och har under 2024 därefter presenterats för både förvaltningsledning, utökad ledningsgrupp samt socialnämnden.

¹ <https://kolada.se/verktyg/jamforaren/?focus=16707&report=74586>

Budget och bokslut 2024

Kommunfullmäktige beslutar varje år om budget inför kommande treårsperiod. Socialnämnden fastställde "Budget 2024-2026" på sammanträdet i december 2023. Av budgeten framgår hur socialnämnden hanterar kommunfullmäktiges prioriterade mål och indikatorer. Internkontrollplan för 2024 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.

SAMLA

Inom SAMLA – *Samverkan Lerum Alingsås* – som är en vårdssamverkan mellan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden samt Lerum och Alingsås kommuner, rapporteras vårdavvikelser i samverkan. En vårdavvikelse uppstår då samarbetsavtalet inte har följts. Socialförvaltningen har en ärendansvarig som samordnar hanteringen av de avvikelser i samverkan som berör socialförvaltningens del av socialtjänstens ansvarsområden 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. Alingsås kommuns styrmodell från 2020 (KF, 2019-11-27, § 218), ställde också nya krav på nämnderna att följa upp och kvalitetssäkra sina grunduppdrag jämfört med tidigare.

Arbets sättet innebär en strukturerad uppföljning och analys av verksamheten som bygger på att alla i organisationen görs delaktiga i processen. Detta sker genom att förvaltningen, varje avdelning och varje enhet i början av året tar fram styrkort, som anger verksamhetens prioriterade mål samt framgångsfaktorer. Styrkortet följs sedan upp regelbundet under året. Även viktiga resurskrävande aktiviteter, så kallade projekt/ nyckelinitiativ, beskrivs och följs upp i samband med detta. Aktiviteter för ökad måluppfyllelse tas fram löpande för att säkerställa ett ständigt förbättringsarbete och goda resultat.

Förvaltningen har inför varje nytt budgetår identifierat kritiska verksamhetsfaktorer i grunduppdraget utifrån perspektiven ekonomi, målgrupp, verksamhet och medarbetare inför nytt budgetår. Dessa följs upp i samband med övrig verksamhetsuppföljning för att säkerställa en långsiktig, hållbar och balanserad utveckling. Vid årets slut redovisar 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 slutet av 2021 och därmed blev tillgängligt för samtliga medarbetare på förvaltningen, ger en överblick över förvaltningens ansvarsområden och beskriver hur själva arbetet utförs. Som stöd för handläggning och utförande finns även aktuella lagar, föreskrifter, handböcker, riktlinjer och rutiner kopplade till respektive process. Arbetsättet 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 åren 2022-2023. Under 2023 påbörjades en översyn för att kvalitetssäkra befintliga processer, och detta arbete har fortsatt under 2024. Syftet med genomgången är att säkerställa att det är lätt att via verktyget hitta rätt information och följa socialförvaltningens processer, men också att verktyget ger uppdaterad och aktuell information. Genomlysningen har visat på att det finns behov av att bygga om och skapa en ny, mer enhetlig struktur för socialförvaltningens processer.

Tidigare uppbyggnad har skett utifrån respektive avdelning i en struktur som efter omorganisation vid årsskiftet 2023-2024 inte längre är fullt aktuell. En fjärde avdelning och nya enheter har tillkommit i förvaltningen, och uppbyggnaden av nytillkomna processer i 2c8 har inte hängit med i samma takt.

Även de processer som är sig lika efter omorganisationen behöver ses över och anpassas utifrån ändringar i lagar och riktlinjer, inte minst i och med införandet av ny socialtjänstlag under 2025. Utifrån den tidigare avdelningsstrukturen kan dessutom samma process i vissa fall återfinnas i tre olika varianter.

Socialförvaltningens styrgrupp för 2c8 har mot bakgrund av dessa mer omfattande behov till revideringar fattat beslut 2024-12-17 om att arbetet med uppdateringar och ombyggnad av processverktyget ska prioriteras under året 2025 och en projektplan har tagits fram.

Målet med det fördjupade arbetet är att skapa en struktur som utgår från grundprocesserna, snarare än organisation, med inbyggda nedbrytningar som beskriver det som är målgruppsspecifikt. Detta för att både underlätta för användaren, ge en bättre överskådlighet samt skapa en mer sammanhållen och enhetlig bild av socialförvaltningens processer.

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 utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under året. Här följer en kortfattad och övergripande sammanfattning av avdelningarnas verksamhetsberättelser för 2024.

Avdelning unga

Avdelning unga beskriver bland annat att de har arbetat aktivt med att använda avvikelshanteringen för att upptäcka brister i handläggningen och därmed kunna åtgärda

dessa. Fokus har varit på att kvalitetssäkra och rättssäkra avdelningens processer över lag, vilket planeras fortgå under 2025.

Avdelningens prioriterade mål för 2024 har varit "Vi har en effektiv barnvård". Utredningstid har mätts som en indikator på att barn inte ska behöva vänta på stöd och hjälp och målnivån har kunnat uppnås till stor del.

En framgångsfaktor för att stödja målet är "Vi involverar det egna nätverket i insatsen", vilket mäts i antal beviljade insatser inom "fördjupat nätverksarbete" som stöd under utredningstiden. Här har målnivån inte uppnåtts vilket bedöms bero på att insatsen inte har beviljats under sommarmånaderna. Avdelningen kommer att analysera orsaken till detta under 2025. Den andra framgångsfaktorn handlar om barnrättsperspektivet och här har mätetalet handlat om barnanpassad information till alla barn över fem år, där föräldrar ansökt och genomgått samarbetssamtal. Här ligger vi på 100% måluppfyllelse. Ett annat positivt konstaterade i avdelning ungas verksamhetsberättelse är att avdelningen under året har kunnat erbjuda interna insatser i hög grad. I slutet av 2024 uppges de ha endast en extern öppenvårdsinsats som även den planeras att avslutas i början av 2025.

Fortsatta utmaningar som lyfts är bland annat att antalet placeringar under 2024 har varit fler än vad som budgeterats samt personalomsättning, vilket sammantaget har gett avdelningen en pressad ekonomi.

Avdelning vuxna

Avdelning vuxna anger, liksom avdelning unga, att de har arbetat aktivt med det systematiska kvalitetsarbetet under 2024. Bland annat har intern samverkan varit i fokus, och ett antal samverkansmöten mellan avdelningens enheter har skett. Den internkontroll som genomförs på enhet vuxna visar att de nu, efter flera års metodiskt arbete har nått i en nivå där rättssäkerheten bedöms vara god. Avdelningen beskriver också att de kommer att fortsätta arbeta med båda dessa områden under 2025 för fortsatta kliv framåt.

Avdelning vuxnas prioriterade mål under 2024 har varit "Tillsammans för rätt insats". Deras två framgångsfaktorer är "Att vi har fokus på den enskildes behov" och "Att vi har rätt insatser på hemmaplan". Antal vårddyggn och antal köpta vårdkostnader har dock inte riktigt nått de målnivåer som sattes upp för året. Fortsatt arbete med att via intern samverkan hitta rätt insatser på hemmaplan i högre utsträckning kommer därför att vara ett fortsatt målarbete under 2025.

Avdelning stöd och arbete

Till följd av att ansvaret för integration och kommunal arbetsmarknadsverksamhet flyttades från Kultur och utbildningsnämnden till Socialnämnden vid ingången till år 2024 inrättades en ny avdelning vid socialförvaltningen, i syfte att stärka självförsörjningsprocessen. Utöver enheterna integration och arbetsmarknad ingår även ekonomiskt bistånd, tillfälligt boende, skuld och budgetrådgivning samt socialförvaltningens reception.

Avdelningen belyser bland annat i sin verksamhetsberättelse för 2024 att de som ny avdelning under året har haft ett fortlöpande och pågående arbete med att bygga upp, utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, såväl på enhets- som på avdelningsnivå. Avdelningens enheter har under året arbetat aktivt med att utveckla metoder runt brukarinflytande, som underlag för enheternas fortsatta utvecklingsarbete.

I samband med beslut om flytt av verksamheten fattades även beslut om att skapa en "Alingsåsmodell" för arbetsmarknadsinsatser (2023.219 KS, § 190). Denna har påbörjats under namnet "Framsteget" och har tillsammans med arbetet med förberedelser inför den nya socialtjänstlagen genomfört avdelningens utvecklingsarbete under året. Fokus har

bland annat varit intern samverkan mellan avdelningens enheter, för att hitta effektivare arbetssätt, rätt insatser för individen och samtidigt försöka sänka de ökande kostnaderna för ekonomiskt bistånd.

På grund av flytt samt omorganisation har avdelningen inte tagit fram styrkort förrän sent under 2024. Avdelningen kommer att fortsätta arbetet med att utveckla användandet av styrkort i samband med uppföljning under 2025.

3.2.2 Uppföljning av synpunkter och klagomål

Socialförvaltningen har haft en särskild rutin för hantering av synpunkter och klagomål för sedan 2021. Rutinen utgår ifrån Alingsås kommuns riktlinje och rutin för synpunktshantering och stämmer även väl överens med vad som anges i "Socialstyrelsens föreskrifter om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2011:9".

Socialförvaltningens rutin anger bland annat att alla synpunkter och klagomål ska diarieföras och att svar/återkoppling ska ske snarast. Även verksamhetens svar och eventuell dokumentation om hur synpunkten eller klagomålet har hanterats ska diarieföras.

För att stärka förvaltningens kunskaper om hanteringen av synpunkter och klagomål, ingår detta som en del av den förvaltningsövergripande utbildning som har tagits fram av avdelning Administration. Utbildningen innehåller riktningar till samtlig personal vid socialförvaltningen och erbjuds en gång per termin sedan 2023. Enhetscheferna har under året 2024 även erbjudits utbildning i ärendehanteringssystemet Platina, vilket bland annat kan användas för dokumentation av hur inkommen klagomål och/eller synpunkt har hanterats.

Under 2024 har totalt 20 inkomna klagomål och synpunkter diarieförts hos Socialförvaltningen. Detta är en liten ökning jämfört med 2023 då totalt 18 klagomål och synpunkter diariefördes. Året dessförinnan, 2022, diariefördes endast 6 klagomål och synpunkter.

Antal klagomål per enhet, 2024

Barn och unga: 5

Vuxna: 3

Stöd och försörjning: 1

Familjestöd: 1

Familjehem: 1

Antal synpunkter per enhet, 2024

Vuxna: 1

Stöd och försörjning: 1

Övrigt*: 7

*Ej riktat till specifik enhet.

Majoriteten av de klagomål som diarieförts under 2024 avser handläggning, upplevelse av otillräckligt stöd från socialtjänsten och / eller att otillräcklig/felaktig information har lämnats. Av de elva klagomål som har diarieförts finns diariefört svar på klagomålet, eller dokumentation kring hur klagomålet har hanterats i sju fall.

De nio synpunkter som har diarieförts under 2024 handlar i tre fall om oro inför förslag om beslut att inte fortsätta med spädbarnsverksamhet i sin nuvarande form. Ett par synpunkter ger uttryck för en generell oro om samhällets utveckling. Två synpunkter gäller socialtjänstens lokaler samt bemanning. En synpunkt handlar om missnöje med utebliven informationsöverföring/ upplevelse av otillräcklig samverkan mellan socialförvaltningens enheter i ett ärende. En av synpunkterna som diarieförts innehåller positiv återkoppling om receptionens bemötande.

Av de nio synpunkter som har diarieförts finns även diariefört svar, eller dokumentation kring hur synpunkten har hanterats i fem fall.

Sammanfattningsvis görs bedömningen att rapportering/registrering av mottagna synpunkter och klagomål samt dokumentation av hur dessa har hanterats är ett fortsatt utvecklingsområde för socialförvaltningen. Det finns, sett till både förvaltningens storlek och antalet kommuninvånare troligtvis ett stort mörkertal gällande synpunkter och klagomål som tas emot och hanteras muntligt av mottagaren, men som sedan inte dokumenteras eller registreras. Underrapporteringen försvårar möjligheten att fånga upp och använda sig av synpunkter och klagomål i det systematiska kvalitetsarbetet på det sätt som avses, bland annat i SOSFS 2011:9.

3.2.3 Uppföljning av personuppgiftsincidenter

Vad som är personuppgiftsincident framgår av "Riktlinjer för hantering av personuppgifter inom socialnämndens verksamhet". Under året har nio personuppgiftsincidenter diarieförts, jämfört med tolv under 2023 och tre under 2022.

Fem av de personuppgiftsincidenter som diarieförts under 2024 avser enheterna Barn och unga. Övriga rapporter kommer från enheterna stöd och försörjning, familjehem, arbetsmarknad samt beroendestöd.

Det har bland annat handlat om handlingar/sms som har skickats till fel person, en borttappad mapp och ett borttappat USB-minne med känsliga personuppgifter. Både mapp och USB-minne återfunnits i ett senare skede. Samtliga inrapporterade fall bedömdes ha orsakats av "mänskliga faktorn" och ingen av de rapporterade incidenterna har bedömts utgöra grund för anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten. Handlingsplan finns upprättad och diarieförd i samtliga fall.

Rapporteringen av personuppgiftsincidenter är likt synpunkter och klagomål ett utvecklingsområde för socialförvaltningen sedan tidigare, även om viss utveckling har skett sedan år 2022. Information om socialförvaltningens hantering av personuppgiftsincidenter ingår därför också i den förvaltningsgemensamma utbildningen nämnd ovan, för att öka medarbetarnas kännedom om och kunskap inom området.

3.2.4 Uppföljning av avvikelser

Avvikelse är sådant som inträffar inom 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.

Enligt socialförvaltningens "Rutin för avvikelshantering" ska den som upptäcker att en avvikelse har inträffat rapportera om den i verksamhetssystemet Lifecare's funktion för avvikelshantering.

Under året 2024 har totalt 93 avvikelser rapporterats, jämfört med 40 under 2023 och 37 under 2022. Detta innebär att antalet inrapporterade rapporter har mer än fördubblats under 2024, vilket är väldigt positivt för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Utvecklingen bedöms utifrån samtal med rapportörer samt berörda enhetschefer, inte bero på att antalet avvikelser i förvaltningen har ökat, utan att det är själva rapporteringen om det som sker som har ökat. Den ökade medvetenheten om de avvikelser som har uppstått under året och utredningarna av dessa har lett till flera kvalitetshöjande åtgärder på enheterna under året, både på kort och lång sikt.

20 av årets avvikelserrapporter har utretts enligt lex Sarah (se avsnitt **3.2.5**) Vissa av de inrapporterade avvikelserna har även utmynnat i rapport om personuppgiftsincident.

Antal avvikelserrapporter per enhet, 2024

Avdelning administration: 4

Avdelning stöd och arbete: 1

Barn och unga 1: 18

Barn och unga 2: 35

Beroendestöd: 2

Boendestöd: 2

Boende: 7

Familjehem: 5

Familjestöd: 1

Stöd och försörjning: 8

Vuxna: 9

Cirka en tredjedel (33) av de avvikelser som rapporterades in under 2024 handlar om brister i informationsöverföring. 31 rapporter rör brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande. 24 rapporter rör olika former av brister kopplat till dokumentation. Två rapporter avser brister i fysisk miljö/utrustning och endast en rapport klassas som en omvårdnadshändelse. 19 rapporter rör "annat", det vill säga sådant som inte stämmer in under någon av de valbara statistik-rubrikerna i Lifecare.

Det har exempelvis handlat om händelser som rapporterats som en avvikelse, men som också är en personuppgiftsincident, eller ett klagomål från anhörig. Ibland kommer avvikelserrapporter från personal som härrör från missnöje över arbetsbelastning och en oro

över att inte kunna genomföra sitt uppdrag på ett rättssäkert och/eller i övrigt tillfredställande sätt. Vissa avvikelser kopplas också till "mänskliga faktorn", stress och glömska.

Några avvikelser kan kopplas verksamhetssystemet lifecare, exempelvis blanketter som har försvunnit från systemet, otillräckligt stöd från systemet kopplat till handläggning, men också i vissa fall otillräcklig kunskap i verksamheten om vilket stöd som går att få via systemet. Workshops och utbildning om lifecare har erbjudits samtlig personal vid socialförvaltningen under 2024.

Mer än hälften av avvikelserapporterna under året rör händelser vid de myndighetsutövande enheterna barn och unga. Enheterna har under både 2023 och 2024 haft ett ökat inflöde av nya ärenden, i kombination med en ökad personalomsättning. Samtidigt har de arbetat aktivt med avvikelshantering både i form av information till samtliga medarbetare om socialförvaltningens rutin för avvikelshantering samt vikten av att rapportera avvikelser. Detta är något som bland annat beskrivs mer ingående i avdelning ungas verksamhetsberättelse för 2024.

Av 2024 års 93 inrapporterade avvikelser så är 78 avslutade vid tidpunkten för uppföljning i slutet av januari 2025. Sex rapporter som kom in under december månad 2024 har en pågående utredning. I nio fall har utredningen avslutats, men genomförande och uppföljning av planerade åtgärder har inte slutförts, varför själva avvikelserna inte har avslutats. De rapporter som har pågått längst under 2025 har utretts enligt lex Sarah och handlar om två rapporter avseende samma händelse, en rörande enhet stöd och försörjning (rapporterad 2024-01-19) och en rörande enhet barn och unga (rapporterad 2024-01-12). Händelsen bestod i att individ fått bistånd i form av tillfälligt boende utan formellt beslut. Planerad åtgärd är bland annat att de båda enheterna ska upprätta en gemensam rutin för barnfamiljer med akut behov av stöd kopplat till boende. Av olika orsaker så har arbetet med rutinen dragit ut på tiden och tiden för uppföljning har fått skjutas fram. Ny tid för uppföljning är inplanerad under våren 2025.

Utvecklingsledare har sedan 2023 arbetat aktivt med att stötta förvaltningens enhetschefer i pågående avvikelshantering, med kontinuerlig uppföljning kring det som rapporteras, utreds och vidtagna/planerade åtgärder som ska följas upp. Det kan handla om stöd i den praktiska hanteringen/dokumentation av avvikelserna i Lifecare, men också om bedömning av allvarlighetsgrad och vad som behöver göras för att förhindra/förebygga att något liknande inträffar igen.

Utvecklingsledare bevakar samtliga avvikelser som rapporteras, tillsammans med avdelningschef samt rättshandläggare vid avdelning administration. Detta för att göra en första preliminär bedömning av allvarlighetsgrad, om det förekommer missförhållande eller risk för missförhållande utifrån den inrapporterade händelsen samt om utredning enligt lex Sarah bör inledas. I samband med detta görs även en bedömning av ifall händelsen är något annat än en avvikelse enligt SoL, exempelvis avvikelse enligt HSL eller en personuppgiftsincident och behöver förmedlas till rätt instans.

Avdelningarnas verksamhetsberättelser visar på att flera enheter har arbetat aktivt med avvikelshantering under året. Då avvikelserapportering och avvikelshantering är en betydande faktor i det systematiska kvalitetsarbetet så bör fokus på frågorna bibehållas även under 2025, för att säkerställa att socialförvaltningen bedriver en ansvarstagande verksamhet även fortsättningsvis. Avvikelserapporteringen har ökat väsentligt jämfört med tidigare år, men i väldigt varierande utsträckning mellan de olika enheterna. Det är främst

de myndighetsutövande enheterna som regelbundet rapporterar avvikelser, sett till statistiken under 2024. Orsaken till detta är inte klarlagd. En möjlig bidragande orsak skulle exempelvis kunna vara att handläggning och dokumentation inom myndighetsutövande enheter är mer regelstörd och att det därigenom blir tydligare och mer konkret när en avvikelse uppstår. En annan möjlig orsak skulle kunna vara att det har funnits ett visst motstånd till avvikelserapportering vid vissa av förvaltningens enheter och att avvikelserapportering ses som något negativt, att det innebär onödigt merarbete och så vidare. Det är därför viktigt att det finns en tydlig förankring bland förvaltningens chefer kring syftet med avvikelsehanteringen och kopplingen till det systematiska kvalitetsarbetet. Att det sker avvikelser är givetvis inte bra, men det är väldigt bra att rapportera om det som sker, så att det blir känt och att förvaltningen därigenom kan ta lärdom av det inträffade samt vidta åtgärder för att förebygga att något liknande inträffar igen.

Lex Maja

Enligt bestämmelserna med sitt ursprung i 10 kap 20 § i Offentlighets- och sekretesslagen (OSL), som även beskrivs i socialförvaltningens "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 2024.

Avvikelser enligt HSL

För avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) gäller rutinen "Hantering av händelser/ vårdskador inom socialförvaltningen", och berör förvaltningens enheter där personal arbetar med individer som är inskrivna i hemsjukvården via hälso- och sjukvårdsorganisationen på vård- och omsorgsförvaltningen. Avvikelsehantering enligt HSL syftar till att förhindra och förebygga vårdskada. Det kan exempelvis handla om händelser som felaktig medicinering eller fallskada. Dessa avvikelser hanteras av vård- och omsorgsförvaltningen och rapporteras i deras verksamhetssystem. I dagsläget har socialförvaltningen ingen tillgång till vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetssystem utan får sköta rapporteringen i pappersform. En dialog har dock inletts mellan förvaltningarna för att undersöka vilka möjligheter som finns till att ordna behörighet för berörd personal vid socialförvaltningen. Även själva rutinen nämnd ovan ska ses över och uppdateras i samråd mellan förvaltningarna.

I dagsläget sker ingen särredovisning av de avvikelser som rör Socialförvaltningens boenden hos vård- och äldreomsorgsförvaltningen, utan de innefattas i totalen som behandlas i vård- och omsorgsnämndens årliga kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Enligt enhetschef för enhet boende så har totalt nio avvikelser rapporterats under 2024, varav en handlar om läkemedel och resterande om fall (sex stycken utan skador och två stycken med skador). Enligt enhetschef är avvikelser enligt HSL ett förbättringsområde vid enheten som kommer att arbetas vidare med under 2025.

Avvikelser i samverkan

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 2024, då

dessa ärenden arkiveras automatiskt fyra månader efter avslut och då inte längre är sökbara. Statistik har därför förts manuellt under 2024 av samordningsansvarig vid socialförvaltningen för avvikelser i samverkan. Denna visar att det har kommit in två avvikelser från hälso- och sjukvård till socialtjänst. Socialtjänsten har lämnat tre avvikelserrapporter till hälso- och sjukvården (vårdcentraler). Det rör sig med andra ord om totalt fem rapporterade avvikelser i samverkan med regionen, varav fyra avser brister i SIP (samordnad individuell planering) och en handlar om att vårdcentral ej har utfört hälsoundersökning placerat barn enligt samverkansavtal.

3.2.5 Lex Sarah-utredningar

Vid ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande ska händelsen rapporteras 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 inför eller under utredning bedöms röra missförhållande eller risk för missförhållande ska skyndsamt ändras till rapport enligt lex Sarah. Bedömning ska även göras kring allvarlighetsgraden. Vid allvarligt missförhållande, eller risk för allvarligt missförhållande ska anmälan till IVO göras skyndsamt, efter beslut av avdelningschef för avdelning administration. Avdelningschef vid avdelning administration gör alltid en första bedömning i samråd med rättshandläggare och utvecklingsledare av allvarlighetsgrad, oavsett om händelsen kommer in via avvikelse-rapport eller lex Sarah-rapport. På så vis säkrar förvaltningen upp att inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden utreds enligt lex Sarah oavsett i vilken form de rapporteras in.

Under 2024 har 20 rapporter utretts enligt lex Sarah, jämfört med total sex stycken under 2023. Av de lex Sarah-rapporter som kom in 2023 konstaterades fyra handla om händelser som kan hanteras och åtgärdas som avvikelser, och att händelserna inte innebar missförhållande, eller risk för missförhållande.

När det gäller 2024 så har samtliga lex Sarah-utredningar utom en resulterat i bedömningen att händelsen utgör ett missförhållande eller risk för missförhållande.

Händelserna som har rapporterats och utretts enligt lex Sarah under 2024 har i huvudsak handlat om brister rörande:

- **Rättssäkerhet**, exempelvis insatser som pågår utan gällande beslut, uppföljning av beslut uteblir eller försenas, barnvårdsutredning pågår under mer än fyra månader (vilket är den lagstadgade maxtiden om inte särskilda skäl förekommer att förlänga utredningstiden), sena förhandsbedömningar. Ett rapporterat fall handlar om en ansökan som tappats "mellan stolarna" och ett annat om en ohanterad aktualisering som har missats. Andra exempel rör att vårdnadshavare inte har fått information om att utredning har inletts på barn, samt att kontakt har tagits med obehörig för informationshämtning under förhandsbedömning av orosanmälan för barn.
- **Informationsöverföring**. Det har bland annat handlat om kommunikation /överlämning av ansvar inom den egna enheten exempelvis vid sjukfrånvaro, ledighet eller när någon avslutar sin tjänst. Det har också handlat om brister i informationsöverföring mellan enheter, exempelvis mellan myndighetsutövning och utförare, samt om information i samverkan med andra myndigheter. En händelse

som har rapporterats under året handlar om att en begäran av yttrande till polis samt kallelse skickat till socialtjänsten om att närvara vid möte med ungdom hos polismyndigheten har missats.

- **Bristande eller utebliven dokumentation.** Det kan exempelvis handla om att dokumentation av vikt saknas helt, eller att motstridig information har dokumenterats. I ett rapporterat fall som utretts enligt lex Sarah saknas dokumentation om ställningstagande till ifall misstanke om brott mot barn ska polisanmälas eller inte. Det finns ett upprättat dokument med polisanmälan, men det framgår inte om polisanmälan därefter har gjorts eller inte.
- **Omvårdnadshändelse,** här handlar det om signaler från medarbetare och boende om att nattpersonal sover under sina arbetspass. En annan händelse under året som har utretts enligt lex Sarah och som skulle kunna leda till omvårdnadsbrister handlar om att boendets telefon har lämnats i ljudlöst läge vilket har gjort att varken de vi är till för eller andra medarbetare inom verksamheten inte har kunnat komma i kontakt med boendets personal.

Hälften av 2024 års lex Sarah-utredningar, det vill säga tio stycken, har bedömts vara allvarliga och har därför rapporterats till IVO. Under 2023 var det jämförelsevis en lex Sarah-utredning som anmäldes till IVO.

IVO har i samtliga rapporterade fall som handlagts färdigt under 2024 fattat beslut om att avsluta ärendet utan vidare åtgärder från IVO. IVO's bedömning har i dessa fall varit att socialnämnden har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet enligt 14 kap 6-7§§ SoL, samt 5 kap 2-3 och 5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter. IVO har vidare konstaterat 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 2024 genomfördes av KPMG som skickade ut en enkät. Enkäten besvarades och godkändes av nämnden, 2024-09-17, § 43. KPMG har även genomfört två fördjupade granskningar under året, gällande socialnämndens arbete med uppföljning av placerade barn och ungdomar (2024.106 SN) samt kommunens arbete med integration, arbetsmarknadsinsatser och försörjningsstöd (2024.048 SN).

3.3. Uppföljning av kvalitetsberättelser

Sedan flera år tillbaka har avvikelshanteringen lyfts som ett utvecklingsområde för förvaltningen i socialförvaltningens kvalitetsrapporter. Under 2021 påbörjades därför ett omtag vad gäller socialförvaltningens arbete med avvikelser. Bland annat omarbetades en omfattande rutin om avvikelser till flera separata, 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

- Hantering av händelser/vårdskador inom socialförvaltningen.

Ett gediget arbete har fortlöpt och flera av förvaltningens enheter har utvecklat det systematiska kvalitetsarbetet genom åren. Ett visst omtag när det gäller information om och stöd kopplat till avvikelshantering skedde också i samband med att utvecklingsledare med samordningsansvar för förvaltningens avvikelshantering tillsattes 2023. Avvikelseberättelserna har mer än fördubblats under 2024 jämfört med tidigare år, vilket är en klar förbättring när det handlar om att kunna använda avvikelser och lex Sarah i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete och som underlag för utveckling och lärande. Bland annat har satsningar gjorts på handläggarskolor med olika fördjupningsområden utifrån behov som synliggjorts via avvikelserapportering. Flera enhetschefer har lyft in aktuella avvikelser som en stående punkt vid arbetsplatsträffar.

3.4. Förbättringsområden

I en föränderlig och utmanande tid är det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänsten viktigare än någonsin. Ett välfungerande systematiskt kvalitetsarbete utgör en grundstomme i verksamheten, som skapar stabilitet, förutsägbarhet och trygghet för både medarbetarna och de vi är till för. Det systematiska kvalitetsarbetet främjar även en kultur av ständig utveckling och lärande, vilket är avgörande för att upprätthålla en långsiktig hållbar organisation.

För att fortsätta sin strävan efter att vara en socialtjänst i framkant är det därför viktigt att det systematiska arbetet med kvalitet upprätthålls och fortsätter utvecklas. Flera kliv framåt har redan tagits, men det finns också vissa förbättringsområden.

Exempel på förbättringsområden som synliggjorts i denna kvalitetsberättelse är:

- Socialförvaltningens enheter har kommit olika långt när det gäller avvikelserapportering.
- Avvikelsehantering enligt hälso- och sjukvårdslagen behöver säkras och digitaliseras, tillsammans med vård och omsorgsförvaltningen.
- Rapportering och dokumentation samt diarieföring av inkomna synpunkter och klagomål, inklusive svar till avsändaren. Socialförvaltningen hanterar troligtvis betydligt fler synpunkter och klagomål än de som diarieförs.
- Det finns en osäkerhet kring vad som ska rapporteras som en personuppgiftsincident och hur detta ska göras.
- Växande behov av uppdatering och nybygge i processverktyget 2c8, anpassa efter ny organisation, nya SoL med mera. 2c8 är idag väldigt underanvänt sett till vilka möjligheter som finns kopplade till systemet och vilket stöd det skulle kunna ge i det dagliga arbetet för både chefer och medarbetare.

Insatser är antingen planerade eller redan pågående under 2025 inom samtliga områden ovan och uppföljning sker löpande.