

Handläggare:
Medea Sandblad

Till
Farsta stadsdelsnämnd

Telefon:

Farsta stadsdelsnämnd

Kvalitetsberättelse för socialtjänsten

Innehållsförteckning

Inledning	3
Ansvar för kvalitetsarbetet.....	3
Förändringar i krav, mål eller lagstiftning	3
Beskrivning av kvalitetsarbetet.....	4
Processkartläggning.....	4
Dokumentstyrning och dokumentation av kvalitetsarbetet	4
Hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter	6
<i>Redovisning av klagomål, synpunkter och avvikelser</i>	<i>7</i>
<i>Avvikelser och incidenter</i>	<i>8</i>
Riskanalys	9
Uppföljning och utvärdering.....	10
Granskningar och revisioner	10
Brukarundersökningar	11
Andra genomförda uppföljningar och utvärderingar.....	12
Utveckling och förbättringar av kvalitetsarbetet – goda exempel.....	13
Bedömning av det systematiska kvalitetsarbetet.....	14
Status avseende åtgärder	14
Status avseende egenkontroll	15
Sårbarheter och omständigheter som kan påverka kvalitetsarbetet.....	15
Bedömning av krav- och måluppfyllelse samt lagefterlevnad	16
Utveckling av kvalitetsarbetet.....	16

Inledning

Socialstyrelsen anger i föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete att varje vårdgivare inom socialtjänst och LSS bör upprätta en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse. Syftet med kvalitetsberättelsen är främst att beskriva arbetet med att säkra kvaliteten inom nämndens verksamheter under året. I kvalitetsberättelsen sammanfattas även uppnådda resultat och effekter samt kommande behov av förbättringsarbete. I det systematiska kvalitetsarbetet ingår också att kontinuerligt uppdatera ledningssystemet och hålla det levande, samt att ansvariga chefer löpande ska hålla sig informerade om kvalitetsarbetet på en strategisk nivå. Detta ska också göras årligen genom ledningens genomgång, där kvalitetsberättelsen är ett underlag för ledningens bedömning av systemets ändamålsenlighet.

Ansvar för kvalitetsarbetet

Ansvarsfördelningen är fastställd av stadsdelsnämnden som en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och finns att tillgå i dokumentbiblioteket.

Förändringar i ansvar och befogenheter

Inga förändringar avseende ansvar och befogenheter för ledningssystemets roller har gjorts under 2021. En organisationsförändring genomförs som främst berör central administration och inte direkt påverkar socialtjänsten.

Förändringar i krav, mål eller lagstiftning

Under 2020-2021 har den mest påtagliga förändringen i krav, mål eller lagstiftning handlat om de rekommendationer och regler som tillkommit under pandemin för att minska smittspridning och förhindra sjukdom. Följsamhet till Folkhälsomyndighetens rekommendationer har haft prioritet under pandemin och varit styrande för hur arbetet i socialtjänsten genomförts.

En annan viktig förändring i lagstiftning och krav som påverkat kvalitetsarbetet är att Barnkonventionen blivit svensk lag. Det innebär att barnperspektivet är en prioriterad aspekt vid bedömning av berörda verksamheters kvalitet och utveckling. Ett arbete med att implementera detta pågår och en särskild funktion har inrättats på förvaltningen för att samordna arbetet.

Ny lagstiftning har tillkommit gällande barnfridsbrott, samt förtydligande i socialtjänstlagen om kommunens ansvar för att verka för att våldsutövare i nära relation ändrar sitt beteende. Med anledning av detta har rutiner och checklistor uppdaterats inom individ- och familjeomsorgen.

Kommunstyrelsen har tagit fram ett förslag till kvalitetsprogram som kommer att vara stadens samlade styrdokument för kvalitetsutveckling, innovation samt it och digitalisering. Programmet innebär inga förändrade krav på det systematiska kvalitetsarbetet, utan tydliggör istället vikten av systematiska förbättringar, uppföljning och målgruppsfokus, vilket kommer att stödja det arbete som utförs i förvaltningen idag.

Pågående och kommande utredningar, betänkanden och lagförslag som förväntas påverka socialtjänsten

Den nya socialtjänstlagen ska träda i kraft 1 januari 2023 och förväntas styra mot mer förebyggande, tidiga insatser och en mer kunskapsbaserad socialtjänst och systematisk uppföljning av insatsernas kvalitet. En ny socialtjänstlag kommer att påverka alla socialtjänstverksamheter, men omställningen i arbets- och förhållningssätt kommer behöva ske snabbast inom myndighetsutövningen.

Utredningen om översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap har lämnat sitt delbetänkande En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (SOU 2021:19) där lagstiftning föreslås för kommuners och regioners ansvar för lagerhållning och säkring av patienters tillgång till läkemedelsbehandling och sjukvårdsmateriel.

Även delbetänkandet Informationsöverföring inom vård och omsorg (SOU 2021:4) är av betydelse, då det föreslår en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning, som gör det möjligt för olika vård- och omsorgsgivare att elektroniskt dela dokumentation, vilket balanseras av en rad integritetsstärkande bestämmelser. Förvaltningen bedömde i sitt remissvar att detta kan öka patientsäkerhet och kontinuitet och stödja personcentrering och helhetssyn.

Beskrivning av kvalitetsarbetet

Processkartläggning

Det systematiska kvalitetsarbetet ska enligt SOSFS 2011:9 utgå från verksamhetens väsentliga processer. Som väsentliga processer definierar förvaltningen i första hand de huvudprocesser som i enlighet med lagar, föreskrifter och beslut ska tillgodose invånarnas behov av stöd, omsorg och service. I andra hand omfattas även de stödprocesser som är nödvändiga för att utföra uppdraget och säkra kvalitet i utförandet.

För att säkra och utveckla kvalitet med utgångspunkt i processerna, måste dessa kartläggas och användas som utgångspunkt för förbättringsarbetet.

Under 2020-2021 har dock få nya processkartläggningar genomförts inom socialtjänsten, då arbetsförhållandena under pandemin medfört att kvalitetsarbetets fokus legat på att säkra kvaliteten genom arbetet i etablerade processer. Digitala möten är inte heller optimalt för processkartläggningar, där mångas aktiva och spontana deltagande är viktigt för att alla perspektiv ska tas tillvara.

Med anledning av en incident där en personakt inte kunde återfinnas, har processen för aktihantering under handläggning kartlagts, dokumenterats och riskbedömts.

Dokumentstyrning och dokumentation av kvalitetsarbetet

Styrning av dokument är att sätta upp regler och definitioner för hur dokument ska upprättas, revideras och förvaras. Dokumentstyrning är en grundförutsättning för systematiskt kvalitetsarbete och processbaserad verksamhetsutveckling. Farstas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar ett dokumentbibliotek som finns tillgängligt via intranätet för alla anställda, samt en rutin för hantering och upprättande av styr- och stöddokument. Ett aktivt användande av dokumentbiblioteket samt följsamhet mot rutinen ska säkerställa att dokument

som är väsentliga för att upprätthålla arbetssätt som främjar en hög kvalitet, är aktuella, legitima och tillgängliga för alla som behöver dem.

Kvalitetsarbetet ska också dokumenteras. Det innebär att avvikelshantering, riskanalyser, egenkontroller, åtgärder och utfallet av dessa, ska göras skriftligen. Dokumentationen ska kunna hämtas i för ändamålet avsett system eller arkiv. Riskanalyser, egenkontroller samt åtgärder med anledning av dessa, dokumenteras och hanteras i ILS-webb. Processkartor, styr- och stöddokument samt mallar för klagomål och synpunkter förvaras på samarbetsytan för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetssäkring av styr- och stöddokument

Inom förvaltningens äldreomsorg, både hemtjänst och vård- och omsorgsboenden, har ett behov funnits av att inventera och granska sina styr- och stöddokument och skapa gemensamma rutiner för gemensamma processer. Under 2021 har en workshop genomförts för samtliga enheter inom avdelningen för äldre där inventering och tillgängliggörande av dokument påbörjades. Under hösten hölls uppföljningsmöten med varje enhet för att ge stöd i genomförandet, med målet att samtliga styr- och stöddokument ska ha inventerats, sorterats och lagts upp i Farstas gemensamma rutinbibliotek.

Enheterna för barn och ungdom har genomfört en översyn av samtliga rutiner. Nödvändiga styr- och stöddokument har reviderats och tillgängliggjorts i förvaltningens gemensamma rutinbank/dokumentbibliotek. Enhetens egen samarbetsyta har utvecklats och fått en struktur där man länkat till rutinerna utifrån arbetsområde, för att handläggarna snabbt ska komma åt de dokument de söker.

Inom enheten Arbete, integration och bistånd är dokumentstyrningen sedan länge väl implementerad, och enheten fortsätter sitt arbete med löpande justeringar i sitt sammanhållna styrdokument samt uppdateringar i dokumentbiblioteket.

Dokumentation av kvalitetsarbetet

Vad gäller dokumentation av kvalitetsarbetet har en stor del av arbetet under 2021 liksom tidigare år riktats mot att implementera en fullgod rapportering i ILS-webbavseende riskanalys, egenkontroller och klagomåls- och avvikelshantering. Rapportering och dokumentation av riskanalyser har förbättrats, men egenkontroller, analys av klagomål, synpunkter och avvikelser och planerade åtgärder dokumenteras inte på ett sammanhållet och likvärdigt sätt.

De flesta enheter redovisar en sammanställning av sina klagomål, synpunkter och avvikelser. Det som inte dokumenteras är analys av dessa. För att kunna använda synpunkter och avvikelser för att strategiskt förbättra arbetet behöver analysarbetet förbättras inom samtliga verksamheter.

Inom äldreomsorgen har dokumentationen av egenkontroller förbättrats genom tydlig uppföljning av avdelningschef och verksamhetscontrollers samt genom implementering av en ny gemensam blankett för rapportering av genomförda egenkontroller.

Inom individ- och familjeomsorgen har riskanalyserna förbättrats och görs mer konsekvent. En synlig trend är att cheferna blivit modigare i sina bedömningar och tydligare identifierat sina största risker.

Inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning har inrapportering av klagomål

och synpunkter ökat från en tidigare mycket låg nivå, vilket är positivt.

Åtgärder i verksamheten till följd av identifierade risker eller inkomna klagomål/avvikelser dokumenteras i alltför liten utsträckning i samtliga verksamheter.

Hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter

Avvikelsehantering omfattar alla aktiviteter som ingår i processen att hantera avvikelser i form av klagomål och synpunkter från brukare och allmänhet, rapporter om missförhållanden enligt lex Sarah, och de fel och brister som upptäcks och påtalas av anställda i verksamheterna.

För att kunna säkerställa en god kvalitet och undvika att kvalitetsbrister uppstår måste organisationen kunna hantera signaler om risker och snabbt svara med åtgärder och processförbättringar. Det finns idag en tydlig struktur och fastställda rutiner för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter, och rapporteringen har förbättrats. I huvudsak går det att utläsa att klagomål och synpunkter systematiskt dokumenteras, utreds i nödvändig utsträckning, bedöms, åtgärdas och återkopplas till den som klagat eller haft synpunkter.

För att synpunkter och avvikelser ska kunna användas för att strategiskt förbättra arbetet behöver analysarbetet förbättras inom samtliga verksamheter, det vill säga att ett resonemang förs och dokumenteras kring orsaker, trender och mönster i inkomna avvikelser och klagomål.

Inom äldreomsorgen tas avvikelser/klagomål/synpunkter upp som en stående punkt på APT. Inom vård- och omsorgsboenden finns också kvalitetsråd där synpunkter, klagomål och avvikelser månatligen tas upp för diskussion men också på rapporter och teammöten för att få spridning och använda sig av allas kunskaper.

En stående utmaning är att få ihop en korrekt rapportering av klagomål, synpunkter och avvikelser där antal inrapporterade händelser överensstämmer i alla system. Exempelvis visar manuella sammanställningar av de hälso- och sjukvårdsavvikelser som rapporterats och hanterats i VODOK inte samma siffror som rapporterats in i ILS-webb. Framsteg har gjorts i och med att en sammanhållen rapportering nu ändå görs, och användandet av systemet har ökat för varje år.

En annan utmaning är att säkerställa att klagomål och synpunkter diarieförs enligt rutin, och att åtgärdade klagomål avslutas i diariet. Det finns en rutin och blanketter som tydligt anger hur klagomål, synpunkter och avvikelser ska dokumenteras och diarieföras, men det är tydliga skillnader mellan vad som rapporteras i ILS och vad som läggs till diariet.

Avvikelse hos annan huvudman

Att avvikelser hos annan huvudman dokumenteras och följs upp är avgörande för att säkra helhetssynen kring individen, upptäcka risker i samverkan, och säkerställa hög kvalitet i upphandling av tjänster inom vård, omsorg och service. För att förbättra rapporteringen och för enkla för enhetscheferna lades externa avvikelser till rutinerna och en särskild blankett för avvikelser och incidenter togs fram och kommunicerades till cheferna under början av 2020.

Vi har sett en tydlig utveckling under 2021 inom denna del av avvikelsehanteringen. Ett utökat användande av blanketten för avvikelser hos annan huvudman har skett, och i dokumentationen av avvikelsehanteringen syns betydligt fler avvikelserapporter som skickas till externa utförare eller samverkansmyndigheter, med begäran om återkoppling.

Lex Sarah

Under 2021 har sju lex Sarah-rapporter gjorts, fyra inom funktionsnedsättning och tre inom äldreomsorgen. Av dessa bedömdes fem innebära missförhållande eller risk för missförhållande. Samtliga har utretts, bedömts och åtgärder har vidtagits och följts upp.

Redovisning av klagomål, synpunkter och avvikelser

Från vem har klagomål, synpunkt eller information om avvikelser och brister inkommit?

Från vem har klagomål, synpunkt eller information om avvikelser och brister inkommit?	Utfall T3 2020	Utfall T1 2021	Utfall T2 2021	Ack. Utfall T2 20-21
Brukare eller vårdnadshavare	16	46	33	192
Närstående (anhörig, god man etc.)	23	50	24	44
Invånare	2	2	0	9
Annan (t.ex. okänd)	0	2	0	3
Inkommet via IVO eller annan tillsynsmyndighet	0	0	1	1
Medarbetare	24	26	12	96
	65	126	70	261

Vad gällde klagomålet, synpunkten eller avvikelserna?

Vad gällde klagomålet, synpunkten eller avvikelserna?	Utfall T3 2020	Utfall T1 2021	Utfall T2 2021	Ack. Utfall T2 20-21
Bemötande	9	15	3	32
Brister i rutiner/utförande av insats eller verksamhet	12	15	9	56
Utebliven/försenad insats eller aktivitet	27	15	0	64
Tillgänglighet	2	4	2	11
Kontinuitet (personal)	3	14	0	20
Bemanning	1	0	1	12
Kompetens	2	1	2	7
Brister i information (utebliven info, obegriplig info, etc.)	4	16	4	38
Felaktigt beslut	1	0	0	4
Mat och måltider	0	5	0	9
Den fysiska miljön	2	11	1	14

Annat (ange vad i rapporteringsvyn)	2	2	1	64
Klagomål som gäller hälso- och sjukvård	6	1	2	4
Teknik, verksamhetssystem och IT-relaterade frågor	32	25	12	32
Summa	103	124	37	264

Avvikelser och incidenter

Avvikelser och incidenter	Utfall T3 2020	Utfall T1 2021	Utfall T2 2021	Ack. Utfall T2 20-21
Avvikelse HSL	88	136	142	341
Vårdkedjeavvikelse	6	9	11	21
Rapport Lex Sarah	1	3	0	1
Antal anmälningar Lex Sarah	2	1	2	4
Avvikelse mot beställning	0	3	6	0
Vårdskada ("Lex Maria")	0	0	0	0
Personuppgiftsincident	2	0	0	2
Övrigt	6	9	7	12
Summa exkl avvikele HSL	17	25	26	68

Vilken återkoppling och vilka åtgärder har gjorts?

Vilken återkoppling och vilka åtgärder har gjorts?	Utfall T3 2020	Utfall T1 2021	Utfall T2 2021	Ack. Utfall T2 20-21
Antal klagomål där åtgärder eller förbättringar planerats och/eller genomförts i verksamheten.	64	11	13	88
Antal klagomål där återkoppling har lämnats till beställarenhet	4	9	4	6
Antal klagomål där återkoppling har lämnats till brukare/vårdnadshavare	28	66	20	222
Antal klagomål behandlade på APT	53	25	17	118
Andel åtgärdade/besvarade klagomål (sammanfatta tertialvis)	100%	100%	100%	100%
Summa	150	112	55	317

Beröm	Utfall T3 2020	Utfall T1 2021	Utfall T2 2021	Ack. Utfall T2 20-21
Antal beröm	94	147	62	303

Risicanalys

Risicanalys är en del av verksamhetsplaneringen. Risicanalys innebär att fortlöpande bedöma om händelser kan uppstå som avviker från god kvalitet, vilka konsekvenserna kan bli av sådana händelser och hur allvarliga de är.

Risicanalysen kopplas till de aktiviteter som identifierats i processkartläggningsarbetet. För varje aktivitet görs en bedömning om det finns risk att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra kvalitetsbrister. För varje sådan händelse görs en uppskattning av sannolikheten att den skulle inträffa och en bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden. Ett viktigt underlag för bedömningen är analys av avvikelser och klagomål.

Risicanalysen sammanställs i en matris med tillhörande processlista, se bilaga 1

De största riskerna som identifierats 2021 är:

Avdelningen för stöd och service till personer med funktionsnedsättning

- Våld i nära relation upptäcks inte
- Beslutsmotiveringar i enskilda ärenden saknas, är otillräckliga eller går inte att förstå.
- Klagomål, synpunkter och avvikelser används inte för att säkra och utveckla verksamheten
- Bristande social dokumentation och journalföring

Avdelningen för individ- och familjeomsorg

- Lämpligt jour- eller familjehem kan ej erbjudas barn i behov av placering.
- Anmälan tas inte emot eller missas
- Bristande eller ej gjord risk- och skyddsbedömning
- Uppdrag saknar tydliga mål, delmål eller resultatförväntningar
- Strukturerad riskbedömning görs inte vid våld i nära relation
- Beslut fattas inte inom 14 dagar från inkommen anmälan

Avdelningen för äldreomsorg

- Felprioritering av behov
- Patienten utsätts för alltför lång fasta
- Beslutsmotiveringar i enskilda ärenden saknas, är otillräckliga eller går inte att förstå.

- Information om trygghetslarm lämnas inte vid byte av utförare
- Saknade eller inkorrekta uppgifter i beställningen
- Viktig information om brukares hälsa eller händelser som påverkar behovet av vård och service lämnas inte till aktuell personal.
- Risk för infektioner och smittspridning via kläder eller utrustning

Åtgärder kommer att planeras för att förebygga dessa risker.

Egenkontroll

Egenkontroll avser en regelbunden och systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder samt kontroll av att uppföljningen bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Socialtjänstverksamheter ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter kontinuerligt genomföra egenkontroller.

Egenkontroller planeras av varje enhet med utgångspunkt i riskanalysen, inkomna klagomål, synpunkter, inträffade avvikelser och incidenter samt lagstiftade eller politiska mål.

I bilaga 2 finns en förteckning över de egenkontroller som genomförts under 2021.

Uppföljning och utvärdering

Under denna rubrik redovisas en kort beskrivning av resultat och eventuella åtgärder som vidtagits med anledning av granskningar, revisioner, uppföljningar och undersökningar som gjorts och som är av betydelse för kvaliteten i socialtjänstens verksamhet.

Granskningar och revisioner

Tillsyn på Edö vård- och omsorgsboende

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en tillsyn på Edö vård- och omsorgsboende inom Farsta stadsdelsnämnd. Inga brister har uppmärksammats i tillsynen. Granskningen visar att det funnits förutsättningar när det gäller arbetssätt, bemanning och personalens kompetens för att ge äldre som bor på särskilt boende en sakkunnig och omsorgsfull vård av god kvalitet.

Nationell granskning av hälso- och sjukvården

IVO genomför under hösten 2021 en nationell granskning av hälso- och sjukvården där Farsta stadsdelsnämnd ingår. Förvaltningen har lämnat ut drygt 200 patientjournaler för granskning.

Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Revisorerna i Region Stockholm samt Stockholms stad har granskat samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Granskningen har genomförts utifrån de risker som har identifierats när regionen och kommunerna inte följer lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård av utskrivningsklara patienter (LUS) eller inte har infört arbetssätt i enlighet med den överenskommelse som regionens kommuner har träffat.

Revisionen rekommenderar att förvaltningen:

- i större utsträckning, när behov finns, på eget bevåg kallar till SIP för att säkra en trygg hemgång för den enskilde när den fasta vårdkontakten i primärvården inte tar kallelseansvar.
- säkerställer att dialog förs med utförare av kommunala insatser så att information ges från biståndshandläggare före information från slutenvården.
- säkerställer att informationsutbyte gällande slutenvård når eventuell separat utförande nattpatrull.
- säkerställer att uppföljningar sker på individnivå för återinskrivningar av patienter som nyligen kommit hem från slutenvård, detta för att säkerställa att de kommunala insatserna i samband med hemgång har utförts med avsedd kvalitet för att säkra en trygg hemgång.
- verkar för att överenskommelsen kring samverkan utvärderas och att effektmålen följs upp.
- tydliggör rutiner för kommunikering/samverkan vid återrapportering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelserapporter.
- utvecklar formerna för avvikelshantering i samverkansprocessen för att tydliggöra strukturella problem.

Revision av hälso- och sjukvårdsansvaret

På uppdrag av stadens revisorer genomför PwC en granskning under hösten 2021 av stadens arbete för att uppfylla hälso- och sjukvårdsansvaret vid vård- och omsorgsboenden. Farsta har medverkat genom intervjuer och genom att lämna ut dokumentation ur kvalitetsledningssystemet, statistik ur verksamhetssystem, samt relevanta styr- och stöddokument. Resultatet kommer att användas i förbättringsarbetet.

Brukarundersökningar

Under pandemin har färre brukarundersökningar och uppföljningar kunnat genomföras.

Brukarundersökning äldreomsorg

Brukarundersökningen inom äldreomsorgen 2020 genomfördes efter pandemins utbrott, under tidig vår/sommar. Resultatet visade att brukarna är trygga och nöjda med verksamheten och känner förtroende för personalen. En viss skillnad finns dock mellan könen där fler kvinnor än män känner ett förtroende för personalen. Brukarna ansåg att de får ett gott bemötande och blir lyssnade på av personalen. Upplevelsen av delaktighet och inflytande i verksamheten har också ökat bland brukarna. Brukarna anser att måltidssituationen är en trevlig stund på dagen och att maten smakar bra. Resultatet visar dock även där på en viss skillnad mellan könen, där kvinnorna i högre utsträckning är nöjda än männen.

I brukarundersökningen 2020 framkommer att en hög andel av de tillfrågade inom äldreomsorgen besväras av ensamhet.

Verksamhetsområdet funktionsnedsättning

Resultaten visar för Farstas del på såväl förbättringar som försämringar i jämförelse med tidigare undersökningar och med resultatet i staden som helhet. Förbättringsområden finns bland annat när det gäller trygghet och kommunikation med brukarna. Inom daglig verksamhet upplever sig brukarna med beslut från Farsta ungefär lika nöjda som i staden i stort. För daglig

verksamhet i egen regi har andelen som trivs på sin dagliga verksamhet och tycker man får bestämma över viktiga saker, sjunkit något. Däremot har en klar förbättring skett när det gäller frågan om personalen bryr sig om en. Män är mer nöjda än kvinnor med verksamheten.

Vad gäller servicebostad i egen regi är brukarna mer nöjda än brukarna överlag i staden som bor i servicebostad. Dock finns vissa skillnader i svar mellan våra båda enheter som visar på behov av ett förbättringsarbete gällande kommunikation och bemötande.

Gruppboendestäder i egen regi ser både förbättringar och försämringar i jämförelse med tidigare år och även jämfört med staden i stort. Särskilt gruppboendestaden Villorna har ett betydligt sämre resultat än staden som helhet. Några av gruppboendestäderna har fått ett relativt tydligt försämrat resultat när det gäller frågan om brukarna upplever sig diskriminerade av personalen. Resultatet när det gäller frågan om att få bestämma om viktiga saker hemma är överlag likt tidigare års resultat. När det gäller stadsdelsnämndens entreprenad, Sköndals gruppboendestad, är brukarnas nöjdhet lik den i staden som helhet. På frågan om personalen förstår vad du säger är resultatet i jämförelse med staden som helhet dock betydligt lägre.

Brukarundersökning socialpsykiatri

Svarsfrekvensen är för flertalet insatser under 50 procent och resultatet av undersökningen måste därför tolkas med viss försiktighet.

Generellt är brukarna nöjda med sina boenden och med sitt stöd. Inom flera insatser upplever brukaren i hög grad att de blir väl bemötta av personalen och de känner sig också i hög grad både nöjda och trygga.

Resultatet för förvaltningens eget *gruppboende* visar att 100 procent är nöjda med sitt boende, 86 procent känner sig trygga på boende och 100 procent anser att de blir väl bemötta på sitt boende. Alla siffror ligger över stadens genomsnitt.

Resultatet för förvaltningens eget *stödboende* visar att en stor del upplever sig väl bemötta på stödboendet, i samma utsträckning som staden totalt, och att man litar på personalen i högre utsträckning än i staden totalt.

Samtidigt visar årets resultat på en stor minskning från förra året i andelen som är nöjda med sitt stödboende och känner sig trygga på stödboendet. Gällande biståndshandläggarens bemötande har siffran sjunkit jämfört med 2019. På grund av covid19 blev många av handläggarnas besök på stödboendena avbokade och handläggare hade få fysiska möten under vår och sommar, vilket kan vara en orsak till det sämre resultatet.

Svarsfrekvensen för de som har beslut om *HVB* från Farsta stadsdelsnämnd var 18 procent (7 av 38 personer svarade på enkäten), vilket är i linje med övriga staden, men en minskning från förra årets 47 procent för Farsta. Av de brukare som svarat känner sig dock 86 procent väl bemötta.

Andra genomförda uppföljningar och utvärderingar

Verksamhetsuppföljning

Dagverksamhet Edö

Dagverksamheten bedöms vara väl fungerande och har en personalgrupp med spetskompetens

inom demensvård. Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen gjordes bedömningen att verksamheten till övervägande del uppfyller de krav som ställs för att ha förutsättningar att ge en säker vård och omsorg av god kvalitet.

Edö vård- och omsorgsboende.

Bedömningen är att verksamheten uppfyller de krav som ställs för att ha förutsättningar att ge en säker vård och omsorg. Bedömningen är att verksamhetens övergripande och lokala rutiner stödjer patientsäkerhetsarbetet och är kända av berörda medarbetare. Edö har ett väl fungerande ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Enligt brukarundersökningen som genomfördes 2020 anser samtliga svarande att de känner sig trygga på sitt boende. Hälften av de svarande ansåg att möjligheterna att komma utomhus inte är tillräckligt bra, vilket dock ska förstås i kontext av pandemin. Edö har väl inarbetade rutiner och checklistor för att säkerställa att samtliga boende tillfrågas om utvistelse.

Hemtjänst, Norra och Centrum

Bedömningen gjordes att bägge enheter i huvudsak uppfyller de krav som ställs och bedöms driva en god och säker verksamhet. Verksamheterna arbetar utifrån gemensamma rutiner och arbetssätt. Både Farsta Norra och Farsta Centrum genomför regelbundna egenkontroller och man gör gemensamma riskanalyser på verksamhetsnivå. Väsentliga rutiner är tillgängliga och uppdaterade. Regelbundna dokumentationsgranskningar genomförs och enheterna har varsin dokumentationshandledare för att säkra dokumentationen. Därtill har bägge enheterna varsin värdegrundshandledare och man arbetar systematiskt med värdegrunden. 90 procent av de svarande uppger att de känner sig trygga med att bo hemma med stöd av hemtjänsten. De upplever också att de lätt får kontakt med personalen vid behov.

Mat och måltider i äldreomsorgen

Äldreförvaltningen genomförde en inspektion av mat och måltider i äldreomsorgen. Sammanfattningsvis bedömer inspektörerna utifrån resultatet av inspektionen att förvaltningen bör:

- utveckla handläggningen och dokumentationen gällande mat och måltider
- utveckla uppföljningen av genomförandeplanerna genom att:
- utveckla samverkan med de privata utförarna.
- utveckla samverkan med primärvården
- Hemtjänsten bör dokumentera och vidarebefordra information om halvättna matlådor, kläder som sitter lösare eller synpunkter och önskemål från den äldre

Inspektörerna hänvisar till de styr och stöddokument som finns för arbetet i:

- Mat-och måltidspolicyn för äldreomsorgen i Stockholms stad,
- Hållbar hälsa
- Nollvision undernäring
- Nationella riktlinjer för måltider i äldreomsorgen.

Utveckling och förbättringar av kvalitetsarbetet – goda exempel

Processer och arbetssätt för kvalitetsutveckling

Enheten arbete, integration och bistånd har utvecklat ett arbetssätt för att systematiskt utveckla verksamheten genom att ta tillvara på medarbetares idéer och förslag på nya arbetssätt och rutiner eller förbättringar av de redan befintliga. Med utgångspunkt i ett styrdokument som beskriver arbetsgrupperns olika processer, rutiner, arbetssätt och arbetsdokument, hålls varje månad ett processråd där alla arbetsgrupper representeras och gemensamt tar ställning till olika förslag på verksamhetsförbättring.

För att förbättra underlag för analys och stödja en verksamhetsnära kvalitetsutveckling genomförs en nyuppstart av äldreomsorgens kvalitetsråd. Rutinen för kvalitetsråden ses över för att strukturera möten och dokumentation, samt tydliggöra hur kvalitetsrådets förslag kan omsättas i konkreta förbättringar.

Kvalitetsutmärkelsen

Avdelningen för individ- och familjeomsorg deltog 2021 med de tre enheterna arbete, integration och bistånd, familjestöd samt träff, stöd och sysselsättning. Enheten för Arbete, Integration och bistånd kommer även delta i Stockholm stads utmärkelse för nyskapande: "Framsteget", genom att sprida arbetssättet med processråd vilket även presenterats genom deltagande i stadens innovationsvecka.

Intern samverkan

Samverkansrutiner finns mellan enheter inom varje verksamhetsområde och även mellan verksamhetsområden där behov och insatser kan överlappa, som till exempel våldsutsatthet, där relationsvårdsteamet samarbetar med och stödjer hela socialtjänsten samt förskolan.

Samverkan mellan förskola och socialtjänst har stärkts och är ett fortsatt prioriterat område.

Enheternas barnombud samverkar för att stärka upp barnrättsarbetet och ta fram rutiner för utredning och stöd till personer som är aktuella på flera enheter.

Extern samverkan

Islandsprojektet kring våld i familjer har startats upp och implementering har påbörjats. Projektet syftar till att utveckla ett konkret och effektivt samarbete mellan polis, åklagare, socialjour, socialtjänst samt hälso- och sjukvård vid akuta våldshändelser i familjer med barn.

Bedömning av det systematiska kvalitetsarbetet

Status avseende åtgärder

Åtgärder för att förbättra processer eller ställa till rätta fel och brister görs i alla verksamheter. Klagomål och avvikelser leder i hög grad till åtgärder i verksamheterna.

Planerade åtgärder som respons på risker och utfall av kontroller är grunden för systematiskt förbättringsarbete, och åtgärder ska planeras för varje risk där riskkvoten överstiger 12, eller där konsekvensen/väsentligheten klassats som "mycket allvarlig". Det har ofta inte gjorts och de åtgärder som planerats har ofta inte avslutats i systemet, vilket innebär att det inte går att avgöra om de genomförts.

Förbättringar i åtgärdsarbetet syns dock i år inom hela socialtjänsten. Inom äldreomsorgen

planeras åtgärder och följs upp systematiskt enligt ledningssystemet. Individ- och familjeomsorgen som haft stora variationer mellan olika enheter, har under året planerat, genomfört och följt upp åtgärder inom hela avdelningen. Även inom funktionshinderområdet har utförarna, särskilt gruppbestäderna, tydligt förbättrat sitt arbete med åtgärdsplanering.

Inför 2022 kommer åtgärder att krävas för alla risker med en riskkvot överstigande 9, vilket innebär att ytterligare förbättringar måste göras för att nå upp till kraven.

Status avseende egenkontroll

Egenkontroller ska utföras av varje verksamhet med kontroller planerade och prioriterade för varje år, vilket görs i allt högre grad - men inte konsekvent i hela socialtjänsten. Det är stor skillnad mellan olika verksamheter och även inom verksamhetsområdena. Inom IoF har exempelvis Vuxenenheten och Enheten för arbete, integration och bistånd kommit långt i sin planering och redovisning av egenkontroller, medan andra enheter fortfarande behöver mer stöd i att prioritera och rapportera. Funktionsnedsättningsområdet har förbättrat sin rapportering under året och arbetar aktivt och regelbundet i ledningssystemet, men behöver också stöd i att planera och prioritera egenkontroller efter riskanalys.

Inom avdelningen för äldreomsorg har ett strukturerat arbete pågått sedan 2019 med tydligt stöd och uppföljning av egenkontrollplaneringen, och implementeringen av ledningssystemet har kommit längst inom dessa enheter. Det har inneburit att etablerade och dokumenterade egenkontroller har funnits på plats avseende exempelvis basala hygienrutiner och andra viktiga moment som vid pandemins utbrott visat sig vara kritiska.

Inom delar av äldreomsorgen kan en översyn av egenkontrollerna behöva göras då de planerade kontrollerna i vissa fall är för många och inte nödvändigtvis prioriterade.

Sårbarheter och omständigheter som kan påverka kvalitetsarbetet

Processvisualisering

I Farsta stadsdelsförvaltning har ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete tagits fram och utvecklats under flera år för att vara processbaserat och integrerat i ordinarie verksamhetsplanering och -uppföljning. Det har inneburit ett omfattande arbete med att dokumentera och kartlägga processer, att implementera processbaserade riskanalyser och egenkontroller och att utveckla arbetet med hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter för att säkra och stödja processerna.

Visualiseringen av processerna är en fundamental kvalitetsaspekt i detta arbete. Det är när processerna och flödet visualiseras som slutanvändaren, det vill säga den enskilde medarbetaren eller chefen inom socialtjänsten eller omsorgen "får syn" på sitt arbete. Det gör arbetet med verksamhetsutveckling både mer effektivt och mer motiverande.

I avsedd modul i ILS-webb saknas dock ett verktyg för att visualisera processer så att dessa kan göras lättöverskådliga för användaren. För processkartor och annan processdokumentation behöver vi därför använda andra program och andra ytor för visualisering och lagring. Det har inte fungerat optimalt. Dels innebär det dubbelregistrering att försöka återskapa visualiserade och dokumenterade processer från andra program till formatet i ILS-webb. Dels har det gjorts att verksamheterna dels inte alltid känt igen den process de tagit fram när de senare sett den i ILS-webb.

Detta har försvagat kopplingen mellan processanalysen och den systematiska inventeringen, planeringen och uppföljningen av rutiner, riskanalyser och kontroller. Dels har det inneburit en risk att processkarta och kvalitetsplan i ILS-webb har kunnat skilja sig åt – delprocesser och aktiviteter har inte alltid stämt överens, då varje ändring och utveckling kräver justering i olika program.

Bedömning av krav- och måluppfyllelse samt lagefterlevnad

Ledningssystemet

Tillsynsmyndigheternas föreskrifter kräver, och stadens övergripande styrmodeller för kvalitetsledning förutsätter ett processbaserat kvalitetsarbete, vilket förvaltningen uppfyller. Processorienteringen har kommit mycket långt i jämförelse med andra förvaltningar i staden.

Riskanalyser är genomförda enligt plan, och 2021 har riskanalysens genomförande varit i det närmaste komplett utifrån de väsentliga processerna.

Egenkontroller görs och dokumenteras i tillräcklig utsträckning i större delen av socialtjänsten. Några verksamheter behöver mer stöd i att upprätta och följa sin plan för systematiskt kvalitetsarbete för att efterleva lagar, mål och krav.

Om åtgärder och egenkontroller utförs utan att dokumenteras i ledningssystemet, innebär även detta risker för lagefterlevnad och uppfyllelse av de krav och mål som finns för socialtjänstens kvalitetsarbete.

Utveckling av kvalitetsarbetet

Inför 2020 identifierades följande områden som prioriterade för kvalitetsarbetets utveckling:

- Fokus på implementering av rutiner för genomförande och rapportering av egenkontroller och planering av åtgärder.
- En gemensam mall/blankett för dokumentation av egenkontroller skulle underlätta dokumentation och uppföljning.
- Öka systemanvändandet genom regelbunden information och uppföljning i respektive ledningsgrupp.
- Samordna en gemensam inventering och kvalitetssäkring av styr och stöddokument för verksamhetsområden som arbetar med samma processer. Ett prioriterat område är förvaltningens vård- och omsorgsboenden.

På grund av pandemin och de omfattande förändringar som detta medfört i prioriteringar och arbetssätt har mycket av utvecklingsarbetet fått stå tillbaka. De ovanstående utvecklingspunkterna har ändå till största del kunnat genomföras, om än det tagit längre tid än planerat.

En gemensam mall/blankett för dokumentation av egenkontroller har tagits fram och börjat användas. En gemensam inventering och kvalitetssäkring av styr och stöddokument för äldreomsorgen genomfördes istället under 2021 i en serie workshops.

Organisationen kring kvalitetsarbetet har utvecklats under 2020-2021. Intern- och egenkontroller sammanställs, följs upp och redovisas strukturerat. Avdelningscheferna har varit tydligare med att efterfråga resultat och underlag från enheterna och stödfunktionernas uppdrag att följa upp och stötta har lyfts fram. De förbättringar som skett inom alla verksamhetsområden

kring riskanalyser, egenkontroll och åtgärdsplanering är en följd av den tydligare styrningen inom varje avdelning och stödfunktionernas uppföljningsarbete.

Risikanalyser genomförs nu strukturerat. Process och rutiner för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter är generellt etablerade och rapporteringen har förbättrats. Utvecklingsbehovet syns främst inom analys och åtgärder.

Utvecklingsområden inför 2022

- Dokumenterad analys av risker, klagomål och avvikelser, där man för ett resonemang om orsaker och trender. Chefer och medarbetare behöver fortsatt stöd i detta.
- Systematisk åtgärdsplanering. Alla verksamheter behöver förbättra arbetet med att planera, genomföra och rapportera åtgärder som vidtas för att förebygga risker och förhindra att fel och brister upprepas.
- Förståelsen behöver öka bland medarbetare och chefer för värdet av klagomål och synpunkter, och hur avvikelser på ett strukturerat sätt kan bidra till att uppmärksamma det som behöver förbättras inom verksamheten.
- Ta tillvara och sprida de arbetssätt som etablerats för kvalitetsutveckling, exempelvis process- och kvalitetsråd.

Dessa utvecklingsområden ingår i kvalitetsplaneringen för 2022.

Bilagor:

1. Riskanalys
2. Egenkontroller 2021