



**Stockholms
stad**

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Tjänsteutlåtande

Dnr:

HV 2025/40

2025-01-17

Handläggare

Susanne Rydberg-Lif
Telefon: 08 50805097

Till

Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd

Kvalitetsberättelse 2024 för Hässelby- Vällingby stadsdelsnämnd

**Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd**

start.stockholm

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	3
Kvalitetsarbete under året	4
Resultat och analys.....	4
Egenkontroll	4
Synpunkter och klagomål	6
Avvikelser	7
Lex Sarah	7
Riskanalys.....	9
Årlig uppföljning processer	9
Förbättringsarbete	9
Uppföljning av åtgärder.....	9
Förbättringsområden för kommande år	10

Inledning

Kvalitetsberättelsen för 2024 är en sammanställning av året uppföljningar, analyser och genomförda förbättringar. Kvalitetsarbetet genomförs i enlighet med Stockholm stads kvalitetsprogram, andra styrande dokument i staden, nämndens styrande dokument, lagar och författningar.

Sammanfattning

Utveckling genom ständiga förbättringar, innovation och digitalisering

Under året har förvaltningen deltagit i en omfattande studie inom ramen för Nationell Uppföljning av Socialtjänstens Omställning, NUSO, som en förberedelse inför omställningen till den nya socialtjänstlagen. Deltagandet har resulterat i fördjupad kunskap om nuläget inom förvaltningen och identifierat prioriteringar som krävs för omställningen till framtidens socialtjänst.

Processer, delprocesser, aktiviteter, eventuella risker och egenkontroller är för flertalet av förvaltningens enheter beskrivna i stadens system för integrerad ledning och styrning, ILS. Under året har ett utvecklingsarbete för hantering av synpunkter och klagomål i ILS påbörjats i samverkan med stadsledningskontoret. Syftet är att förbättra sammanställning, analys och bedömning av inkomna synpunkter och klagomål på enhets- och områdesnivå.

Avdelningen för förskola beskriver det systematiska kvalitetsarbetet i rapporten *Underlag till förskolerapport* som är bilaga till tertialrapport 2.

Utvecklingsprojekt, innovation och digitalisering

Förvaltningen har haft ett flertal utvecklingsprojekt och innovationer som slutförts under året.

Inom förvaltningen har följande avslutas under 2024:

- Utveckling av insatser som främjar ett jämställt föräldraskap- arbetssättet kommer spridas på en spridningskonferens under våren 2025.
- Förvaltningen har varit pilot för Stockholmskraften där myndigheters samlade resurser lett till effektiva insatser som ska leda till arbete. Arbetssättet kommer spridas till hela staden.
- Digital inkludering för enskilda inom socialpsykiatrins sysselsättningsverksamhet. Fullbokade träffar med stöd till ett individuellt lärande. Information om arbetssättet kommer ges till andra förvaltningar i staden.
- Samverkanshubben för kollegialt lärande inom socialtjänsten med brukare i fokus. Gett ökad helhetssyn och samverkan inom förvaltningen. Modellen kommer presenteras i olika nätverk och forum.
- Bo-team för att samordna bostadsfrågor inom socialtjänsten. Uppehåll på grund av omorganisation för nya chefsstrukturen. Arbetssätt kommer implementeras i den nya organisationen. Enskilda upplever ett mer sammanhållet stöd.
- Hållbar förskola- aktionsforskning som lett till ökad kunskap och samsyn inom ekologisk, social och ekonomisk hållbarhet för både barn och medarbetare.

Kvalitetsarbete under året

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri:

I ILS-webb är enheternas processer, delprocesser, aktiviteter, eventuella risker och egenkontroller beskrivna. Under året har interna utbildningar gällande synpunkter och klagomål samt lex Sarah hållits.

Förskola

Förskolan beskriver det systematiska kvalitetsarbetet i rapporten "Underlag till förskolerapport" som är bilaga till tertialrapport 2. Underlaget från varje stadsdel sammanställs i en övergripande rapport för hela staden.

Avdelningen för individ och familj

Under året har förvaltningen deltagit i en omfattande studie inom ramen för NUSO (Nationell Uppföljning av Socialtjänstens Omställning) som en förberedelse inför omställningen till den nya socialtjänstlagen. Deltagandet har resulterat i fördjupad kunskap om nuläget inom förvaltningen och identifierat prioriteringar som krävs för omställning till framtidens socialtjänst. Vidare analys av resultaten kommer att ligga till grund för det fortsatta arbetet med att utveckla och förbättra kvaliteten i förvaltningens arbete med barn och unga.

Resultat och analys

Egenkontroll

Avdelningen för individ och familj

Inom avdelningen har uppföljning av egenkontroller genomförts. Egenkontroller har vissa enheter inom avdelningen dokumenterats i ILS (Stadens system för integrerad ledning och styrning) och för vissa har dokumenterat i Excel-filer. Ett pågående utvecklingsarbete syftar till att göra arbetet med egenkontroller mer systematiskt och att säkerställa att all dokumentation sker i ILS.

Resultaten från egenkontrollerna har analyserats och har i kombination med vad som framkommit i avvikelser och lex Sarah-utredningar utgjort en grund för åtgärder och väsentlighets- och riskanalyser inför 2025. Genom information och stöd har systematiken och dokumentationen av resultat och åtgärder förbättrats under året. Arbetet med att följa upp och utvärdera avdelningens processer fortsätter.

Inom Avdelningen för äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri har flera enheter under året genomfört ett arbete med att förtydliga rutiner och egenkontroller. Till exempel har hemtjänsten ett framtaget årshjul för egenkontroller gällande bland annat samtyckesblankett, introduktion av nyanställda, social dokumentation, genomförandeplaner, trygghetslarm och livsmedelshantering. Egenkontroller och även kvalitetsobservation och inspektionsrapporter visar att samtliga enheter bör säkerställa att resultaten av egenkontrollerna sammanfattas,

analyseras och åtgärdas för att säkerställa kvaliteten i utförandet av insatserna.

Egenkontroller gällande handläggning och dokumentation har genomförts samt kontroll av inkomna genomförandeplaner där avvikelser har skickats ut till berörd utförarverksamhet om de inte inkommit med genomförandeplan i tid eller att genomförandeplanen inte följer beställningen.

Den förebyggande enheten för statistik under året och aktivitetscentren har årligen en enkätundersökning som återkopplas till besökarna på aktiviteten *DialogCafé*.

Egenkontroller inom äldreomsorgen och resultatet av Socialstyrelsens brukarundersökning

Kvalitetsuppföljningar på individnivå, egenkontroller, är en metod för att följa upp beslut med den enskilde om hur insatserna fungerar. Vid varje nyprövning av beslut ska den enskilde få frågan om att delta i kvalitetsuppföljningen. Under året erbjöds 976 äldre att delta i uppföljningen och 232 personer med beviljad insats på vård- och omsorgsboende valde att delta. Det kan jämföras med Socialstyrelsens brukarundersökning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, där 166 deltog i undersökningen gällande vård- och omsorgsboende. Under året erbjöds även 406 äldre med hemtjänst, inklusive hemtjänst i servicehus, om att delta i kvalitetsuppföljning på individnivå gällande hemtjänst i egen och i privat regi och 341 äldre deltog i uppföljningen. Det kan jämföras Socialstyrelsens brukarundersökning där 531 äldre deltog. I år finns det i kvalitetsuppföljningen en möjlighet att svara "Vet inte/Kan inte bedöma" vilket många svaranden har gjort.

Resultatet av individuppföljningarna visar generellt på en högre grad av nöjdhet jämfört med brukarundersökningen. Utifrån resultaten utvecklas verksamheten vidare i syfte att öka nöjdheten inom de olika områdena.

Vård och omsorgsboende

Andelen äldre som upplever måltidssituationen som en trevlig stund på dagen var 69 procent i Socialstyrelsens brukarundersökning vilket kan jämföras med kvalitetsuppföljningen där 74 procent av de tillfrågade svarade att de är nöjda med måltidssituationen. Andelen som svarade att de är nöjda med möjligheten till utevistelse var i Socialstyrelsens brukarundersökning 50 procent i jämförelse med kvalitetsuppföljningen där 47 procent svarade att de är nöjda.

I Socialstyrelsens brukarundersökning ställdes frågan om den äldre vet var den ska vända sig vid klagomål och synpunkter. 51 procent svarade ja på frågan och 32 procent svarade delvis.

Hemtjänst

Andelen äldre som i kvalitetsuppföljningen svarade att de deltar i planeringen hur de beviljade insatserna ska utföras var 70 procent. I Socialstyrelsens brukarundersökning svarade 84 procent positivt på frågan om personalen tar hänsyn till den äldres åsikter och önskemål och 59 procent svarade positivt på frågan om den äldre brukar kunna påverka vid vilka tider personalen kommer.

I Socialstyrelsens brukarundersökning ställdes frågan om den äldre vet var den ska vända sig vid klagomål och synpunkter. 63 procent svarade ja på frågan och 24 procent svarade delvis.

I kvalitetsuppföljningen ställdes frågan om hur nöjd den äldre sammantaget är med

hemtjänsten. På frågan svarade 87 procent att de är nöjda. Samma fråga ställdes i Socialstyrelsens brukarundersökning där andelen nöjda var 82 procent.

Synpunkter och klagomål

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri:

Hässelby hemtjänst har fått synpunkter gällande bemötande, ej genomförda insatser, information och ärendehantering. Vidtagna åtgärder har varit bland annat genomgångar och utbildning kring bemötande och språk samt kontakt med underleverantör för att säkerställa kvalitet i utförandet av insatser. På Vällingby hemtjänst har flera synpunkter handlat om uteblivna insatser både på dagtid och nattetid. Hässelby hemtjänst utför nattinsatserna så de avvikelserna har skickats vidare till den enheten för utredning och har hanterats. Gällande insatserna som uteblivit under dagtid har enheten sett över rutinerna kring överrapportering mellan arbetspass och förtydligt för medarbetarna.

Inkomna synpunkter till beställarenheten äldreomsorg har avsett klagomål på handläggning och ärendehantering, avgiftsgrupper, hemvårdsbidrag samt information och tillgänglighet. Verksamheten har även tagit emot åtta beröm gällande bemötande och handläggning. Åtgärder som vidtagits har bland annat avsett revidering av rutin och samtal med berörd biståndshandläggare.

Koppargårdens vård- och omsorgsboende har tagit emot 35 synpunkter och klagomål gällande utebliven insats, information, omvårdnad, bemötande, kommunikation, verksamhet, måltid och tillgänglighet. Flera av synpunkterna och klagomålen handlade om information om olika insatser där boendet har informerat vid möten eller enskilda samtal med de klagande för fortsatta lösningar.

Två klagomål har hanterats inom funktionsnedsättning och socialpsykiatri som gällde beställarenheten inom funktionsnedsättning och samteamet. De har berört handläggning/ärendehantering och information. Återkoppling har gjorts till den klagande. Verksamheten Kompassen (öppen verksamhet socialpsykiatri) har tagit emot ett förbättringsförslag gällande önskemål om en kyl/frys.

Avdelningen för individ och familj

Inom Avdelningen för individ och familj har 38 synpunkter och klagomål inkommit under året. 14 klagomål som gäller rättssäkerheten vid handläggning har inkommit. Klagomålen har bland annat avsett svårigheter att nå ansvarig, förstå förvaltningens handlägningsprocesser samt att dokumentationen upplevts som partisk.

10 klagomål har handlat om upplevd brist i bemötande som främst handlat om att information getts på ett otrevligt och otydligt sätt samt att det varit svårt att nå ansvarig.

Fyra klagomål har handlat om brister i utförandet av insats och hur uppdraget till utförare utformats.

Respektive klagomål har utretts av ansvarig chef som även ansvarat för att vidta adekvata förbättringsåtgärder. Av övergripande analys görs bedömningen att ett prioriterat förbättringsområde är att säkerställa en god tillgänglighet för målgrupperna och att informationen om handlägningsprocessen till enskilda utvecklas så att de upplever

delaktighet samt ett gott bemötande.

Avdelningen för förskola

Förskoleenheterna har mottagit 17 synpunkter och klagomål och avdelningen en. Av klagomålen har tre avsett kvaliteten på verksamheten och övriga är synpunkter på ärendehantering gällande förskola. Alla klagomål och synpunkter har utretts av ansvarig rektor och är avslutade.

Avvikelser

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Hässelby hemtjänst har hanterat 32 avvikelser. Avvikelser har berört natten där personal inte kunnat komma in till brukare, inte kontaktat arbetsledning vid brukares fall eller inte hunnit utföra alla passets kundbesök på grund av personalfrånvaro eller många larm. Flera avvikelser rör även nyckelhantering och saknade nycklar. En del avvikelser har berört ärendehantering och dokumentation som exempelvis att det saknats genomförandeplaner eller avvikelser i samband med ny kund eller nytt beslut. Några avvikelser har avsett ej utförda insatser eller brist i utförda insatser. Åtgärder har vidtagits bland annat i form av att processer har setts över för att identifiera risker. Rutiner har upprättats eller reviderats samt implementerats i verksamheten på olika sätt för att skapa följsamhet till rutinerna. En särskild mapp för nattpersonal har skapats med relevanta rutiner. Samtal har genomförts med berörd personal kopplat till respektive avvikelse. På Vällingby hemtjänst har flera avvikelser handlat om uteblivna insatser både på dagtid och nattetid. Tre avvikelser rör ej upprättade genomförandeplaner vilka sedan har hanterats.

Beställarenheten inom äldreomsorg har hanterat två avvikelser gällande tillgänglighet och ärendehantering. Den ena gällde att biståndshandläggare ställt in SIP-möte som vårdcentral bokat och den andra avsåg uppföljning av insats där överlämning mellan handläggare brustit. Åtgärder som vidtagits var att SIP bokas in på nytt om behov finns samt att se över så att ny handläggare får information vid nyanställning.

Avdelningen för förskola

Inga avvikelser har noterats.

Lex Sarah

Avdelningen för individ och familj

Under året har totalt 17 Lex Sarah-rapporter inkommit, varav 15 är avslutade och två fortfarande under utredning. Bland de avslutade ärendena har sex bedömts utgöra påtagliga risker för missförhållanden, och ett klassificerats som ett allvarligt missförhållande och anmälts till IVO. Sju fall har hanterats internt med åtgärder för att förbättra verksamheten, medan tre rapporter inte bedömdes som missförhållanden men ledde till förebyggande insatser.

Rapporterna täcker flera typer av avvikelser, där den vanligaste avvikelsen är brister i

rättssäkerhet vid handläggning och genomförande, något som framkom i tolv rapporter. Detta innefattar felaktig dokumentation, otillräcklig hantering av känsliga uppgifter och bristande samordning mellan avdelningar. Andra rapporter rörde brister i insatsutförande, och fysiska övergrepp mellan brukare, där vissa situationer inte kunde förutses eller förhindras av verksamheten.

De bakomliggande orsakerna pekar på återkommande brister i dokumentation och hantering av sekretessbelagda handlingar. Otydliga rutiner och bristande samordning mellan avdelningar har också bidragit, liksom brist på kommunikation och otillräcklig bemanning. Vidare har otillräcklig introduktion och kompetensutveckling, särskilt för nyanställda, påverkat arbetets kvalitet.

Flera åtgärder har genomförts för att förbättra kvaliteten och rättssäkerheten. Nya dokumentationsrutiner har införts med krav på stickprov och granskning. Personal har fått utbildning inom social dokumentation och bemötande, och workshops har främjat samarbete och tydlighet kring roller och ansvar. Rutiner för hantering av sekretessbelagda handlingar har skärpts, och introduktionen för nyanställda har förbättrats för att säkerställa tillräcklig kunskap och förberedelse.

Avdelningen för äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Inom äldreomsorgen har sex rapporter inkommit under året varav en fortfarande är under utredning. Tre av rapporterna avsåg brister i utförande av insats efter utredning varav en bedömdes utgöra ett allvarligt missförhållande och anmäldes till IVO. En rapport bedömdes utgöra ett missförhållande efter utredning och en är fortfarande under utredning. De övriga tre rapporterna avsåg fysiska övergrepp och har efter utredning inte bedömts utgöra missförhållanden då situationerna mellan de boende inte hade kunnat förutses och därmed förhindras av verksamheten. Analysen av de bakomliggande orsakerna visar att det funnits brister i introduktion och brist i planeringen av insatsers genomförande. Vidare bör genomförandeplanens beskrivning av insatser och behov följas och återkopplas till ansvarig handläggare vid behov.

Introduktionen till nya medarbetare har reviderats och alla har nu en genomgång av förflyttningsteknik för att kunna genomföra trygga förflyttningar. Vidare har medarbetarnas arbetsplanering setts över i syfte att insatser hos en brukare inte ska kombineras med andra arbetsuppgifter om det inte går att kombinera dem på ett säkert sätt.

Två Lex Sarah-rapporter har utretts inom funktionsnedsättning och socialpsykiatri. Båda har bedömts som en påtaglig risk för missförhållande. Den ena avsåg brister i utförande av insats där utredningen konstaterat brist i hur enheten systematiskt arbetat med hur medarbetare ska komma in till brukare för att ge beslutade insatser när brukaren motsätter sig detta och hur det dokumenteras. Den andra rapporten avsåg brister i bemötande då en konflikt uppstått mellan boendestödjare och medborgarkontoret vilket mer avsåg förståelse för varandras uppdrag.

Åtgärder som vidtagits har bestått i att uppdatera rutiner, utbilda kring social dokumentation och kontroll av att egenkontrollerna genomförts. Enheterna har haft workshop i syfte att förbättra förståelsen för varandras uppdrag samt främja samverkan och bemötande.

Risikanalys

Avdelningen för individ och familj

Under året har avdelningen arbetat systematiskt med att hantera identifierade risker och oönskade händelser. Bland dessa har en risk bedömts som så betydande att den inkluderats i förvaltningens internkontrollplan. Risken avsåg barns delaktighet och brister i genomförandet av barnsamtal i tillräcklig omfattning. För att adressera denna utmaning har enheterna inom området barn och unga genomfört riktade insatser, bland annat i form av tematiska workshops och löpande uppföljning genom statistik. Resultaten visar på en förbättring av barns delaktighet samt en minskad sannolikhet för att denna oönskade händelse upprepas. Trots detta kvarstår området som ett prioriterat utvecklingsområde, särskilt vad gäller återkoppling till barn och unga. Förvaltningen avser att fortsätta arbetet med detta under 2025.

Andra risker och oönskade händelser som har identifierats har bland annat handlat om brister i att upptäcka och erbjuda stöd till våldsutsatta personer och bristande rättssäkerhet i uppföljning av insatser, vilket medför en risk att familjer erhåller stöd som inte är anpassat efter aktuella behov. Dessa risker har varit prioriterade i verksamhetens arbete under året. Genom utförda kontroller och målmedvetna insatser, som att enheter inom barn och unga använder en checklista vid ärendegenomgång och uppföljning av ärenden, kan förvaltningen konstatera förbättringar inom respektive område. Arbetet med att ytterligare förstärka kvalitet och rättssäkerhet i dessa processer kommer att fortsätta framöver. I arbetet med att identifiera och värdera risker inför 2025 har förvaltningen utgått från resultat och insikter från verksamheternas egenkontroller, årets väsentlighets- och riskanalyser samt vad som framkommit i lex-Sarahutredningar. Exempelvis har flertalet utredningar avsett bristfällig dokumentation, vilket således kommer vara en prioriterad fråga att arbeta med under kommande år i arbetet med risker och oönskade händelser.

Avdelningen äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Enheterna har rutiner för riskanalys och genomför riskbedömningar, såväl på enhetsnivå som på individnivå för att undvika att oönskade händelser sker. Enheterna bör dock revidera genomförda riskanalyser för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet.

Årlig uppföljning processer

Förbättringsarbete

Uppföljning av åtgärder

Åtgärder som gäller de egna verksamheterna och verksamhet som lämnats över till annan att bedriva har följts upp men har inte dokumenterats i stadens system för integrerad ledning och styrning.

Förbättringsområde

För att det ska kunna gå att följa genomförda åtgärder och uppföljning av dessa på en

systemnivå bör dokumentationen vara i stadens system för integrerad ledning och styrning framför dokumentation i filer och på samarbetsytor som inte är lättillgängliga på en förvaltningsövergripande nivå.

Förbättringsområden för kommande år

Vad visar det systematiska kvalitetsarbetet för behov av förbättringar/innovationer?

För att det ska bli tydligt vilka systematiska kvalitetsförbättringar som det finns behov av behöver alla enheter/områden dokumentera metod för bedömning av egenkontroller, bedömning av resultat, analys samt dokumentation av åtgärder med efterföljande uppföljning i ILS. Det kommer då även bli tydligt i vilka processer det finns behov av nytänkande/innovation i enlighet med kvalitetsprogrammet och vilka processer som behöver föras över till interkontrollplanen för riskbedömning och vidare hantering med åtgärder och kontrollaktiviteter.