

Kvalitetsberättelse 2023 för Järva stadsdelsnämnd

Innehållsförteckning

Inledning	3
Ansvar för kvalitetsarbetet.....	4
Beskrivning av kvalitetsarbetet.....	4
Processledning.....	4
Förändringar i krav, mål eller lagstiftning.....	5
Dokumentstyrning och dokumentation av kvalitetsarbetet	6
Avvikelsehantering.....	7
<i>Klagomål, synpunkter och avvikelser (inklusive Lex Sarah).....</i>	<i>8</i>
Riskhantering	11
<i>Risikanalys.....</i>	<i>13</i>
Egenkontroll.....	16
<i>Egenkontroll.....</i>	<i>16</i>
Uppföljning och utvärdering	18
Granskningar och revisioner	18
Brukarundersökningar	19
Andra genomförda uppföljningar och utvärderingar.....	21
Utveckling och förbättringar.....	22
Bedömning av det systematiska kvalitetsarbetet.....	23
Status avseende åtgärder	23
Status avseende egenkontroll	23
Sårbarheter och omständigheter som kan påverka kvalitetsarbetet.....	23
Bedömning av krav- och måluppfyllelse samt lagefterlevnad	24
Utveckling av kvalitetsarbetet.....	25

Inledning

Socialstyrelsen anger i föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete att varje vårdgivare inom socialtjänst och LSS bör upprätta en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse. Av berättelsen bör framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra kvaliteten och vilka resultat som har uppnåtts. 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.

Kvalitet definieras som förmågan att konsekvent tillfredsställa eller överträffa förväntningar, behov och krav. Kvalitetsbegreppet omfattar alla egenskaper hos en tjänst eller produkt. Kvalitet är alltså både en egenskap i utförandet, alltså vad brukaren faktiskt får och hur tjänsten utförs, men också i hur brukaren upplever tjänsten och omfattar till exempel förtroende, tillgänglighet och bemötande.

Förutsättningar för god kvalitet

De grundläggande principerna för processbaserad kvalitetsutveckling utgör basen i såväl svenska myndigheters föreskrifter kring kvalitetsarbete, som i kvalitetsledningsstandarden ISO 9001, Total Quality Management och liknande organisationssystem som idag används världen över inom såväl privat och offentlig verksamhet som varu- eller tjänsteproduktion. Förutsättningarna för ett sådant kvalitetsarbete kan sammanfattas i nedanstående punkter:

- Brukar-/invånarfokus: att förstå och möta brukarnas behov och sträva efter att överträffa deras förväntningar.
- Processperspektiv utifrån förståelsen att all verksamhet består av processer som interagerar och relaterar med varandra i ett system. Att förstå hur och varför processsystemet producerar vissa resultat är nödvändigt för att kunna förbättra processen och resultatet.
- Ledarskap med tydlig vision och strategier, som motiverar och skapar sammanhållning och tillit, struktur och riktning mot målen.
- Delaktighet, engagemang och kompetens hos anställda på alla nivåer. Bara människor som utvecklar sin kompetens och som är sedda och respekterade för sitt arbete kan excellera.
- En ambitiös organisation med fokus på ständig förbättring. En verksamhet som inte ständigt förbättras, klarar inte ens att upprätthålla en tidigare kvalitetsnivå vid förändringar internt eller i omvärlden.
- Beslutsfattande som grundar sig på evidens, analys och utvärdering. Ofta finns många olika motstridiga värden, tolkningar och möjliga konsekvenser att ta hänsyn till, och alla beslut fattas med en viss grad av osäkerhet. Fakta, resultat, data och analys leder till bättre och tryggare beslut med färre oförutsedda konsekvenser.
- Transparens och goda relationer intern och externt.

Ansvar för kvalitetsarbetet

Ansvarsfördelningen är fastställd av stadsdelsnämnden som en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Förändringar i ansvar och befogenheter

Järva stadsdelsnämnd har antagit *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialtjänstens verksamheter* (DNR 2023/23) där ansvar och befogenheter för ledningssystemets roller förtydligats.

Järva stadsdelsnämnd är ansvarig för att verksamheten säkerställer och upprätthåller god kvalitet samt de mål, riktlinjer samt lagar och föreskrifter som råder för verksamheten. Förvaltningschef har ett övergripande strategiskt ansvar för att följa upp och säkra det systematiska kvalitetsarbetet inom förvaltningen. Avdelningschefer ansvarar för uppgifter såsom uppföljning och kontroll och enhetschefer för uppgifter såsom implementering och medarbetares delaktighet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ett särskilt medicinskt ansvar för de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och medarbetare ansvarar bland annat för att arbeta i enlighet med fastställda processerna och rutinerna samt för att rapportera avvikelser och bidra till löpande utveckling av kvalitetsarbete.

Beskrivning av kvalitetsarbetet

Processledning

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.

Processkartläggning

Under året har förvaltningen fastställt huvudprocesser samt stödprocesser och förvaltningens verksamheter har arbetat med att dokumentera verksamhetens kvalitetsledningssystemet i modulen för ändamålet i stadens integrerade ledningssystem (ILS).

Individ och familjeomsorgens verksamheter utgår från socialstyrelsens definition förebyggande råd och stöd, aktualisera, utreda och besluta, utforma uppdrag, genomföra uppdrag samt följa upp och avsluta. En av de viktigaste stödprocesserna avser intern och extern samverkan. Andra stödprocesser är medarbetarnas kännedom om ledningssystemet, verksamhets och avtalsuppföljning samt brukardelaktighet.

Inom avdelningen stadsutveckling, medborgarservice och fritid har den verksamhet som omfattas av kvalitetsberättelsen, korttidstillsyn enligt LSS, identifierat områden där förbättringar behövs genom erfarenhets- och arbetssättet i arbetsgruppen. Personalen har

arbetat väldigt länge ihop så en del av processkartläggning sker på ett relativt uttalat men väl fungerande sätt.

Processanalys

En processanalys syftar till utvärdera befintliga processer i syfte att löpande utveckla verksamheten. Under 2023 har arbete påbörjats med att se över samtliga rutiner i verksamheterna som en del av etablera den nya organisationen och utforma gemensamma arbetssätt.

Avdelningen stadsutveckling, medborgarservice och fritid:

Korttidstillsyn är en fritidsverksamhet belägen i Akalla by. Verksamheten drivs enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) och vänder sig till ungdomar över 12 år upp till avslutat gymnasium som har beviljats insatsen enligt LSS. Verksamhetens huvudprocesser är att skapa en meningsfull fritid för dessa ungdomar. För varje brukare upprättas en genomförandeplan med halvårsvisa uppföljningar som sker i stadens dokumentationssystem. Underprocesser utgörs bland annat av att göra riskanalyser för personal per brukare, följa rutiner för kostvariationer och anpassa sin planering utifrån den aktuella sammansättningen av gruppen. Arbetet för att förbättra kommer till en början vara att gå igenom vilka rutiner, lagar och regler som finns och se till att dessa är lätta att tillgå. Mappstruktur och statistik för olika former av återkoppling ska även dessa ses över. Införande av systematiska egenkontroller kommer även vara ett område för utveckling under 2024.

Förändringar i krav, mål eller lagstiftning

För att socialtjänsten ska kunna möta nutida samhällsutmaningar pågår flera utredningar och betänkanden på nationell nivå. Vidare har en rad nya lagar föreslagits och beslutats. Förvaltningen följer det arbetet och anpassar processerna i enlighet med tagna beslut. Nedan redovisas för pågående och kommande utredningar, betänkanden och lagförslag som förväntas påverka socialtjänsten.

Den nya socialtjänstlagen som föreslås träda i kraft sommaren 2025 och omställningen kommer att påverka alla socialtjänstverksamheter. Det innebär att socialtjänstens handläggare och beslutsfattare behöver få ny kunskap och kompetens för att kunna arbeta utifrån de nya kraven. Det kan innebära fortbildningar och utbildningsinsatser för att rusta personalen med de verktyg och den kunskap som krävs för att kunna bedriva socialt arbete utifrån det nya perspektiv som lagstiftningen för med sig.

Enligt samsjuklighetsutredningens förslag ska all vård och behandling inklusive handläggning av Lagen av vård av missbrukare i vissa fall (LVM) övergå till regionen 1 januari 2026 med ett stegvis genomförande från år 2024.

En reform som förväntas träda i kraft 1 mars 2024 för att stärka våldsutsatta situation, med fokus på barns situation i skyddade boenden, innebär att medföljande barn ska få en individuell bedömning och ett eget beslut om insatsen. För att säkerställa detta, ska varje barn även tilldelas en särskilt utsedd socialsekreterare som ansvarar för att ha kontakt med och ta hand om barn och unga i dessa situationer.

Den nya lagen gällande kommunernas ansvar för det brottsförebyggande arbetet har trätt i kraft 1 juli 2023. Enligt lagen ska kommunerna ta fram en lägesbild över brottsligheten och

utifrån denna ta ställning till behovet av åtgärder och besluta om en åtgärdsplan. Kommunerna ska också ta visst ansvar för samordningen av det lokala brottsförebyggande arbetet och inrätta en samordningsfunktion. Utifrån detta har nämnden infört veckovisa möten som utmynnar i en veckovis gemensam lägesbild.

I betänkandet För barn och unga i samhällsvård SOU 2023:66 föreslås en rad åtgärder som ska förbättra för barn och unga i bland annat familjehem.

Dokumentstyrning och dokumentation av kvalitetsarbetet

Järvås ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska beskriva kvalitet och processer och finnas tillgängligt för samtliga medarbetare. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras. 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 samarbetsytor för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Styr- och stöddokument

Samtliga enheter har påbörjat arbetet med en översyn av samtliga rutiner. Arbetet kommer att fortgå under 2024. Samtliga rutiner ska revideras och tillgängliggöras för medarbetarna på samverkansyta. Arbetet med att uppdatera och säkerställa arbetsrutiner är ett ordinarie ständigt pågående och prioriterat arbete för varje enhet. De särskilda åtgärder som efter sammanläggningen vidtagits är utifrån att rutinerna i de båda förvaltningarna sett olika ut och i samband med uppdatering måste ny implementering av rutiner och arbetssätt säkerställas. Vidare har en gemensam samverkansyta tagits fram inom individ och familj för att samtliga medarbetare ska kunna ta del av de olika enheternas ledningssystem.

Ett arbete för att samla de olika samverkansrutinerna inom socialtjänsten har skett under hösten. En delad samverkansyta för dessa rutiner kommer att upprättas under 2024. För de olika samverkansrutinerna ansvarar berörda enheter.

Dokumentation av kvalitetsarbetet

Dokumentation av kvalitetsarbetet inom socialtjänsten sker löpande och kvalitetsarbetet redovisas bland annat i tertiärrapporter, verksamhetsberättelse, redovisning till olika myndigheter, dokumentation av egenkontroller och riskanalyser. Till nämndens verksamhetsberättelse upprättas och biläggs socialtjänstens kvalitetsberättelse.

Enheterna inom individ och familj rapporterar sitt pågående kvalitetsarbete i verksamhetsberättelsen, i enlighet med en särskilt framtagen anvisning. Fokus inom avdelningen 2023 har varit att ta fram en avdelningsgemensam yta för processer och rutiner samt på att ta fram och dokumentera egenkontroller utifrån framtagna risker. Inför 2024 kommer fokus att riktas mot att implementera en rapportering i ILS-webb avseende riskanalys, egenkontroller och klagomåls- och avvikelshanteringen.

Inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri sker en hög grad av egenkontroller och kvalitetsarbete utifrån fastställda lagar, regler, riktlinjer och rekommendationer från andra myndigheter. Dokumentation sker på olika sätt utifrån uppdrag. Granskningar av enheternas arbete görs löpande av stödfunktioner inom avdelningen för att säkerställa att kvalitetsarbetet fortlöper och utvecklas inom olika prioriterade områden. Återkopplingar av dessa uppföljningar rapporteras skriftligen till respektive enhetschef.

Verksamhetsuppföljningar för utförarverksamheter sker utifrån av socialförvaltningen samt äldreförvaltningen fastställda underlag och rapporteras till verksamhet samt centrala förvaltningar.

inom avdelningen stadsutveckling, medborgarservice och fritid finns det en befintlig mappstruktur där nödvändig dokumentation förs in. Det finns även ett stadsövergripande dokumentationssystem som hanterar uppgifter för varje brukare på ett systematiskt och säkert sätt. Dokument har organiserats efter typ och nya strukturer för dokumentation kommer att fortsätta under 2024. Dokumentationen har skett i minnesanteckningar från möten och delvis genom den beskrivna mappstrukturen.

Avvikelsehantering

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.

Klagomål och synpunkter

En viktig del av att utveckla kvaliteten i socialtjänstens verksamheter är att få reda på vad som fungerar bra och, framför allt, vad som kan förbättras. Att ta emot synpunkter och klagomål från brukare, klienter och deras närstående är ett värdefullt verktyg i detta arbete. Genom att aktivt ta emot och lyssna på synpunkter och klagomål kan socialtjänsten få en tydlig bild av vad som fungerar bra och vad som behöver förbättras. Det kan handla om allt från att förbättra tillgängligheten på tjänsterna till att öka resurserna inom vissa områden. Genom att vara öppen för feedback och kritik kan socialtjänsten anpassa sitt arbete och sina metoder för att bättre möta brukarnas behov och önskemål. Att uppmuntra till och underlätta för brukare, klienter och deras närstående att framföra sina åsikter är därför en viktig del i att utveckla kvaliteten i socialtjänstens verksamheter.

Under 2023 har synpunkter/klagomål som inkommit till avdelningen Individ och familj främst berört handläggning och bemötande. De flesta klagomålen har inkommit från brukare och vårdnadshavare. Avseende synpunkter på handläggning så är det ofta brukare som är missnöjda med avslagsbeslut. I syfte att öka kvalitén i servicen och bemötande planeras kompetenshöjande insatser inom avdelningen.

Inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri hanteras synpunkter och klagomål skyndsamt av respektive enhet utifrån enhetsrutiner. Ett flertal synpunkter i de olika utförarverksamheterna hanteras direkt då det handlar om enskilda önskemål, mindre missförstånd och liknande som kan avhjälpas omedelbart. Närvarande och uppmärksam personal samt ledning bidrar till färre klagomål i verksamheterna. I dygnet runt verksamheterna har man regelbundna boråd vilket främjar de boendes delaktighet i verksamheten och bidrar till ökad nöjdhet.

Inom avdelningen stadsutveckling, medborgarservice och fritid redovisar verksamheterna antalet 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. Tre synpunkter av typen beröm har inkommit från brukare eller vårdnadshavare. Tre synpunkter har inkommit gällande utförandet.

Lex Sarah

Syftet med Lex Sarah är att bidra till att den enskilde får insatser av god kvalitet och att förebygga att enskilda inte drabbas av missförhållanden. Enheterna använder sig av utredningen och vidtar föreslagna åtgärder i ärendet och verksamheten för att undvika fortsatta eller nya missförhållanden. Genom att systematisera inkomna Lex Sarah-rapporter kan enheter och förvaltning identifiera behov av t.ex. utbildning, eller kvalitetsutveckling inom specifika områden.

Inom avdelningen individ och familj har fem Lex Sarah rapporterats från myndighetsutövningen barn och ungdom. Alla rapporter handlade om brister i rättssäkerhet och genomförande. Utredning visade att tre av rapporterna gällde påtaglig risk för missförhållande, en gällde missförhållande samt en gällde påtaglig risk för allvarligt missförhållande. För att förebygga att liknande händelser inträffar igen har nya rutiner tagits fram eller reviderats. Vidare har cheferna informerat handläggarna om olika juridiska bedömningar.

Inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri har tio Lex Sarah rapporterats inom äldreomsorg där sju stycken handlar om brister vid handläggning genomförande och tre stycken inom utförarenheterna som rör brister i utförande av insats. Alla rapporter har utretts och orsakerna kan generellt konstateras varit på individ- och organisatorisk nivå. Kvalitetsförbättringar har genomförts genom att följa upp långsiktiga åtgärder och att enheten själva lyft Lex Sarah-rapporterna med utredning och dess bedömning som ett lärande i olika mötesforum med huvudsakligt syfte att förhindra att missförhållandet inträffar igen.

Inom funktionsnedsättning och socialpsykiatri har det inkommit tre Lex Sarah-rapporter där två ärenden har handlat om brist i genomförande av insats och ett ärende rör brister i handläggning och genomförande. Bakomliggande orsaker har varit bristande rutiner eller omgivning och organisation. De långsiktiga åtgärderna har mynnat ut i att arbeta med att upprätta eller uppdatera rutiner som finns inom enheten.

Inom avdelningen stadsutveckling, medborgarservice och fritid har ingen Lex Sarah har rapporterats.

Övrigt avseende avvikelshantering

Utöver kvalitetsberättelse och verksamhetsberättelse redovisar förvaltningen årligen en patientsäkerhetsberättelse. I denna rapport som avser patientsäkerhetsarbetet inom förvaltningens Hälso- och sjukvård redovisas Lex Maria och vårdavvikelser.

Klagomål, synpunkter och avvikelser (inklusive Lex Sarah)

Enheterna hanterar skyndsamt klagomål, synpunkter och avvikelser utifrån sina enhetsspecifika rutiner. I rutinerna ingår att systematiskt regelbundet se över om det som inkommit utgör underlag för behov av förändringar i verksamheten, behov av kvalitetsutveckling eller utbildningssatsningar. I tabellerna nedan redovisas de sammanlagda siffrorna för socialtjänsten.

Individ och familj

Från vem har klagomålet/synpunkter inkommit:

Antal	
Brukare eller vårdnadshavare	37
Närstående (anhörig, god man etc.)	2
Invånare	0
Advokatbyrå	1
Familjehem	1
Inkommit via IVO	0
Medarbetare	0
Tjänsteperson/annan myndighet	1
Totalt	42

Kategorisering:

Kategori	Antal
Bemötande	22
Handläggning	24
Utförande	6
Tillgänglighet	2
Fysisk miljö	1
Utrustning	0
Information	9
Samverkan	1
Annat: Ekonomi	3
Totalt	68

Avdelning stadsutveckling, medborgarservice och fritid

Ingen Lex Sarah har inkommit

Från vem har klagomålet/synpunkter inkommit:

Kategori	Antal
Brukare eller vårdnadshavare	Tre synpunkter av typen beröm har inkommit
Närstående (anhörig, god man etc.)	Inga
Invånare	Inga
Annan (t.ex. okänd)	Inga
Inkommit via IVO	Inga
Medarbetare	Inga
Tjänsteperson/annan myndighet	Inga
Totalt	3

Kategorisering:

Kategori	Antal
Bemötande	0
Handläggning	0
Utförande	3
Tillgänglighet	0
Fysisk miljö	0
Utrustning	0
Information	0
Samverkan	0
Annat:	0
Totalt	3

 Avdelning äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri
 Från vem har klagomålet/synpunkter inkommit:

Från vem har klagomålet/synpunkter inkommit:	Antal
Brukare eller vårdnadshavare	64
Närstående (anhörig, god man etc.)	73
Invånare	
Annan (t.ex. okänd)	
Inkommit via IVO	
Medarbetare	60
Tjänsteperson/annan myndighet	2
Totalt	199

Kategorisering:

Kategori	Antal
Bemötande	23
Handläggning	1
Utförande	105
Tillgänglighet	60
Fysisk miljö	2
Utrustning	
Information	1
Samverkan	
Annat:	7
Totalt	199

Lex Sarah

Kategori	Antal
Psykiska övergrepp	
Fysiska övergrepp	
Brister i bemötande	
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	8
Brister i utförande av insats	3
Sexuella övergrepp	
Ekonomiska övergrepp	
Brister i fysisk miljö, utrustning eller teknik	
Annat, ange vad: Fördröjd remiss angående ställa i kö för insats.	1
Totalt	12

Riskhantering

Risکاناليس är en del av verksamhetsplaneringen. Riskanalys 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.

Risکاناليسen kopplas till de aktiviteter som identifierats i processkartlägningsarbetet. 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.

Risکاناليس

Utifrån genomförd risکاناليسen av individ och familj under 2023 kommer hantering för att förebygga risk för personalomsättning och risk för klagomål att prioriteras under 2024. Personalomsättningen följs löpande och åtgärder för att säkerställa kompetens i verksamheten har vidtagits. Arbete pågår i förvaltningen för att ta fram nya rutiner gällande klagomålshantering. Risk har identifierats att medarbetarna inte vet hur klagomål ska tas emot och hanteras innan de nya rutinerna tagits fram och implementerats. I riskmatrisen nedan redovisas ett urval (risker med riskvärde medium och kritisk) av framtagna risker, dess riskbedömning samt genomförda eller planerade åtgärder för att förebygga risken.

Inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri sker riskanalyser i olika syften och inom ett flertal olika områden. Riskanalyser ingår i det ordinarie arbetet både på enhets- och avdelningsnivå. På individnivå görs riskanalyser vid mottagande av nya individer i verksamheterna och som därefter uppdateras regelbundet. Dessa riskanalyser upprättas för att säkerställa att den enskildes behov tillgodoses i verksamheten samt för att säkerställa en trygg arbetsmiljö för medarbetarna. Riskbedömning görs även i varje verksamhet som arbetar med grupper utifrån grupp sammansättningen av brukare. Även dessa riskbedömningar sker

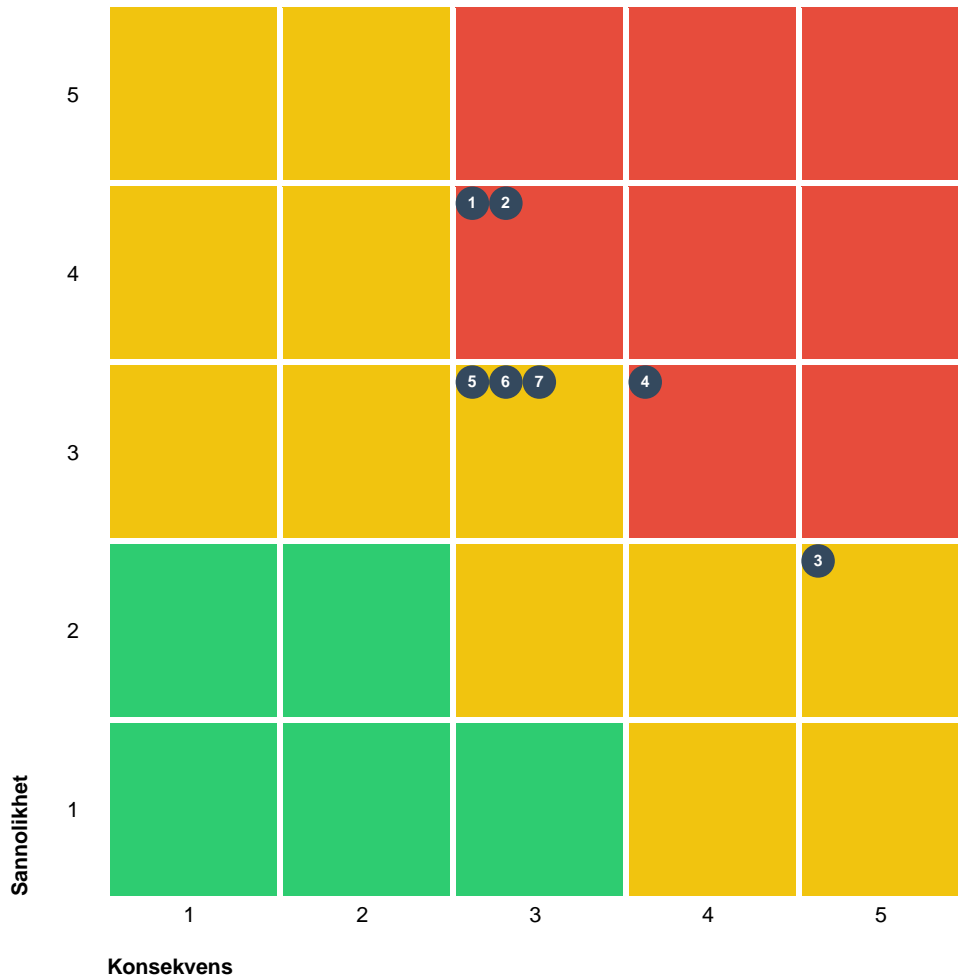
utifrån brukarnas behov och förutsättningar samt arbetsmiljö för medarbetare. Åtgärder som vidtagits i utförarverksamheter under året är bland annat dubbelbemanning och tillfällig stängning av verksamhet. Beställarenheterna gör riskbedömningar inför varje hembesök för att säkerställa en trygg arbetsmiljö för medarbetarna. Om osäkerhet föreligger att hembesök inte kan ske utan risk för medarbetaren så sker mötet på annan plats t.ex. förvaltningskontor. Vid hembesök är rutinen att använda personlarm samt alltid meddela kollegor vart man befinner sig och att man lämnar den adressen. Under året har ett par incidenter inträffat av mindre allvarlig karaktär och som inte kunnat förutses, dessa har rapporterats i IA.

Inom arbetet med RSA och stadens övergripande arbete med kris och beredskap sammanställs identifierade riskområden för varje enhet vilket inkluderar en mängd olika områden. För var och en av dessa identifierade risker vidtas åtgärder och upprättas planer inom respektive enhet. Detta arbete inkluderar bland annat brist på el, vatten och matleveranser.

Inom avdelningen stadsutveckling, medborgarservice och fritid kommer riskanalyser i VoR att arbetas in i samarbete med personalgruppen under första kvartalet 2024. I dagsläget görs personliga riskanalyser för medarbetarna utifrån varje brukares speciella utmaningar

Risakanalys

Riskmatris med processtabell



3 Kritisk 4 Medium Totalt: 7

Kritisk
Medium
Låg

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket sannolikt	Mycket allvarlig
4	Sannolikt	Allvarlig
3	Möjlig	Kännbar
2	Mindre sannolikt	Lindrig
1	Osannolikt	Försumbar

Delprocess	Aktivitet	Nr	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Åtgärd
1. Medarbetare känner till och arbetar i enlighet med ledningssystemet	Synpunkter och klagomål	1	■ Mottagna synpunkter, klagomål eller förslag dokumenteras inte	4. Sannolikt	3.Kännbar	12	▶ Skapa en förvaltningsövergripande rutin för klagomål och synpunkter som ska implementeras i verksamheterna
	Säkerställande av tillräcklig bemanning och rätt kompetens i verksamheten	2	■ Hög personalomsättning	4. Sannolikt	3.Kännbar	12	▶ Fortsatt arbete pågår för att förbättra arbetsmiljön
2. Aktualisera	1. Ta emot anmälan, ansökan, journal och eller annan handling.	3	■ Risk att anmälan/ansökan inte hanteras	2. Mindre sannolikt	5.Mycket allvarlig	10	✓ Ingen åtgärd
3. Utreda	Dokumentera utredning	4	■ Felaktig eller missvisande information dokumenteras	3. Möjlig	4.Allvarlig	12	✓ Ingen åtgärd
6. Följa upp	Uppföljning av enskilda insatser/beslut (individuppföljning)	5	■ Att dokumentationen inte sker löpande under insatstiden alternativt är bristfällig.	3. Möjlig	3.Kännbar	9	▶ Egenkontroll har ej kunnat genomföras under hösten. Egenkontroll i form av kontroll av dokumentation kommer att genomföras under 2024 i syfte att säkerställa att dokumentationen sker löpande under insatstiden.

Delprocess	Aktivitet	Nr	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Åtgärd
		6	■ Uppföljning sker inte enligt plan	3. Möjlig	3.Kännbar	9	▶ Egenkontroll har ej kunnat genomföras. Egenkontroll i form av kontroll av att uppföljning sker enligt plan kommer att genomföras under 2024 i syfte att säkerställa att uppföljning sker enligt plan.
7. Avslut av insats/ärende	Utföraren avslutar brukare	7	■ Insatsen avslutas trots kvarstående stödbehov	3. Möjlig	3.Kännbar	9	▶ Egenkontroll har ej kunnat genomföras. Egenkontroll av stöd till familjehem kommer att genomföras under 2024 i syfte att säkerställa att insatsen inte avslutas trots kvarstående stödbehov

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.

Planering och genomförande av egenkontroll

Egenkontroller är en viktig del av verksamheten för varje enhet och syftar till att säkerställa att verksamheten uppfyller de fastställda kraven. Egenkontroller sker bland annat utifrån uppmärksammade avvikelser, inträffade incidenter, lagstiftning eller politiska mål samt uppdrag från centrala förvaltningar och andra myndigheter.



Egenkontroller inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri genomförs enligt respektive enhets årshjul. De olika enheterna har utifrån den verksamhet som bedrivs olika ansvar att genomföra egenkontroller och rapportera resultatet av dessa till olika uppdragsgivare. Man har även egenkontroller utifrån identifierade utvecklingsområden samt aktuella politiska uppdrag. Under året har bland annat granskning av social dokumentation, beredskapslager och välfärdsbrottslighet varit prioriterade områden.

I nedan tabell redovisas de egenkontroller som vidtagits för att förebygga eller motverka risk inom avdelningen individ och familj under 2023. Bland annat har egenkontroll för dokumentation, personalomsättning och att hantering av klagomål görs.

Egenkontroll inom avdelningen stadsutveckling, medborgarservice och fritid avser en regelbunden och systematisk uppföljning av verksamhetens planering, utförande och analys samt förbättringsåtgärder. Även kontroll av att uppföljningen bedrivs enligt de processer och rutiner som finns i verksamhetens ledningssystem ingår i egenkontrollen. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska socialtjänstens verksamheter kontinuerligt genomföra egenkontroller. Det har främst varit systematiskt brandskyddsarbete och genomgång samt revision av rutiner under året.

Egenkontroll

1. Medarbetare känner till och arbetar i enlighet med ledningssystemet

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av klagomål	Ej godkänd	 Skapa en förvaltningsövergripande rutin för klagomål och synpunkter som ska implementeras i verksamheterna
Personalomsättning	Godkänd	 Fortsatt arbete pågår för att förbättra arbetsmiljön

1. Rådgivning, förebyggande, uppsökande

2. Aktualisera

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av rutiner	Godkänd	✓ Ingen åtgärd

2. Verksamhets- och avtalsuppföljning

3. Brukare, anhöriga och närstående är delaktiga i förbättrings- och utvecklingsarbetet

3. Utredda

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Är journal förd enligt riktlinjer	Godkänd	✓ Ingen åtgärd

4. Bedöma och besluta

5. Utföra/genomföra

6. Följa upp

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av att uppföljning sker enligt plan	Ej godkänd	🟢 Egenkontroll har ej kunnat genomföras. Egenkontroll i form av kontroll av att uppföljning sker enligt plan kommer att genomföras under 2024 i syfte att säkerställa att uppföljning sker enligt plan.
Kontroll av dokumentation	Ej godkänd	🟢 Egenkontroll har ej kunnat genomföras under hösten. Egenkontroll i form av kontroll av dokumentation kommer att genomföras under 2024 i syfte att säkerställa att dokumentationen sker löpande under insatstiden.

7. Avslut av insats/ärende

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Egenkontroll av stöd till familjehem	Ej godkänd	🟢 Egenkontroll har ej kunnat genomföras. Egenkontroll av stöd till familjehem kommer att genomföras under 2024 i syfte att säkerställa att insatsen inte avslutas trots kvarstående stödbehov

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

Granskningar och revisioner inom individ och familj

Extern tillsyn av individärende av diskrimineringsombudsmannen

Under 2023 har diskrimineringsombudsmannen (SO) granskat ett individärende utifrån att en enskild nekas besök hos socialsekreterare på grund av sitt hälsotillstånd. Enligt DOs beslut kan socialtjänsten inte neka fysiskt besök och förvaltningen blev ålagd att betala ut skadestånd. Åtgärd i form av information om förvaltningens *Rutin för diskriminering och kränkande särbehandling* i medarbetargruppen för att säkerställa att något liknande inte händer igen.

Externa tillsyn av inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2023 gjort en tillsyn utifrån ett regeringsuppdrag om förstärkt tillsyn av socialtjänstens handläggning av ärenden som rör barn och unga placerade enligt SoL och LVU. Förvaltningen är en av 26 kommuner och stadsdelsförvaltningar där IVO genomförde ytterligare kontroller. Tillsynen visade brister i dokumentation av barns delaktighet i samband med en omplacering eller hemflytt. Åtgärder som vidtagits är socialsekreterare och operativ ledare tillsammans kontrollerar barns delaktighet vid omplacering/hemflytt vid den systematiska genomgången av ärenden. Inget avvikande framkom vid dessa genomgångar 2023. I egenkontroller som har genomförts fanns frågor om barns delaktighet. Resultatet visar att i 80 procent framgår inte vilken information barnet fått om sitt nya boende. I 93 procent har samtal med barnen genomförts inför en omplacering och tagit in barnets inställning. I 70 procent har barnets inställning till omplacering/ hemflytt dokumenterats. *Ytterligare åtgärder* som vidtagits är att i befintligt stödmaterial för socialsekreterare lägga till en rubrik om barns delaktighet som ska svara på vilken information och vad barnet har sagt om omplaceringen, även motiveringen till beslut läggs till. Dokumentationen ska även skrivas in i journalen. Arbetet med egenkontroller fortgår även under kommande år.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har även genomfört *tillsyn av hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga vid Bromstensgården i Stockholm*. Tillsynen har omfattat barn och ungas upplevelse av att bo på Bromstensgården och granskat verksamhetens arbete för att ge en trygg och säker vård. I beslut från IVO den 23 maj 2023 framkom inga brister i verksamheten.

Anmälan till IVO utifrån Lex Sarah

IVO har även granskat två individärenden utifrån allvarligt missförhållande i enlighet med Lex Sarah 2022 samt utifrån rapportering i media kring två ärenden där våld i familjen föranlett ett dödsfall. IVOs granskning ledde till att förvaltningen tog fram en handlingsplan med åtgärder; stödmaterial för fördjupade utredningar, stödmaterial för analyser och bedömningar där det framgår hur våldet påverkar barnet/ungdomen, förbättra och utveckla kvaliteten i skyddsbedömningar samt bedöma våldets karaktär och hur barnet är skyddad.

Utifrån bristerna har ett stödmaterial i form av checklistor tagits fram. Dessutom har en omfattande egenkontroll utarbetats och genomförts. IVO avslutade ärendet 2023-12-19 då de bedömer att de åtgärder som nämnden vidtagit och planerar att vidta ger förutsättningar för att avhjälpa bristerna. IVO framhåller vikten av att nämnden systematiserar egenkontroll och uppföljning för att säkerställa att vidtagna åtgärder får effekt.

Granskningar och revisioner inom avdelning äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

IVO har genomfört en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre (SÄBO). Granskningen omfattade fyra delar: individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation och personalkontinuitet, läkemedelshantering samt vård i livets slutskede. IVO har begärt ett yttrande av enheten att inkomma i mars 2024. Yttrandet avser identifierade utvecklingsområden av allmän karaktär där brister uppmärksammats inom särskilt boende för äldre men inte särskilt i nämndens verksamheter.

En granskning har gjorts av IVO gällande ett icke verkställt beslut på beställarenheten funktionsnedsättning och socialpsykiatri där nämnden ska yttra sig. Detta är ett pågående ärende och yttrandet ska ske i januari 2024.

Vidare har det under året bland annat genomförts inspektion av läkemedelshantering i de verksamheter som hanterar enskildas läkemedel. Inom gruppboendestäder LSS upprättades rutin för hantering av läkemedelsskåp efter inspektionen. Nya medicinskåp införskaffades till samtliga gruppboendestäder och en intern översyn gjordes gällande placering av medicinskåpen.

Miljö- och hälsoskyddsinspektion har genomförts inom gruppboendestäder LSS. Vid inspektionen uppmärksammades att verksamheterna saknade rutin för vattentemperaturmätning vilket åtgärdades skyndsamt. Mätning av vattentemperatur sker för att undvika spridning av legionellabakterier.

Revision gällande kontinuitetsplan för sociala system: rutin för driftstopp vid IT baserad journalföring i sociala system. Revisionskontoret har granskat Järvas styrning och uppföljning av kontinuitetsplanering vid driftstörningar i sociala system inom förvaltningens utförarverksamheter. Bedömningen görs att förvaltningen i huvudsak har en tillräcklig planering för att minimera skadan av begränsad tillgång till sociala system. Planeringen inkluderar reservrutiner och återställningsrutiner samt ansvarsfördelning för arbetet. Granskningen visar att det inte finns någon angiven borte gräns för hur snart dokumentationen ska läggas in i systemet när man återgått till normalläge. Utifrån granskningen har kontinuitetsplanen uppdaterats och det framgår att dokumentationen ska läggas in i systemen senast inom fem arbetsdagar.

Brukarundersökningar

Inom avdelningen individ och familj har följande brukarundersökningar genomförts.

Mottagningsgruppen inom barn och ungdom f.d. Rinkeby-Kista har genomfört en digital brukarenkät med barn och ungdomar som är aktuella för förhandsbedömning samt deras vårdnadshavare under april samt oktober månad. Totalt 13 barn (4 pojkar och 9 flickor) från 6 års ålder samt 18 vårdnadshavare har fått besvara brukarenkäten under våren och totalt 13 barn (9 pojkar och 4 flickor) från 6 års ålder och uppåt under hösten samt 17 vårdnadshavare (5 män, 12 kvinnor). Sammanfattningsvis visar resultatet en nästan hundra procentig nöjdhet

hos dem som svarat. De upplever att de förstått varför de kallats till besök, att de blivit lyssnade på och att de kunnat prata om det som är viktigt för dem.

Inom familjerätten har en brukarundersökning genomförs med alla barn som varit föremål för en vårdnad-, boende- och umgängesutredning under året. Brukarundersökningen för 2023 visar att barnen känner sig nöjda med kontakten och att de fått den information och det utrymme de önskar i kontakten med familjerättshandläggarna. Dock var det ett lågt svarsantal för året, endast 10 svar, vilket beror på att de flesta utredningar gällt barn i en för låg ålder för att de ska kunna svara på enkäten.

En brukarundersökning för att mäta ungdomarnas förtroende för verksamheten har genomförts inom ungdomsenheten i f.d. Rinkeby-Kista. Totalt har 20 ungdomar svarat, 11 flickor och 9 pojkar. 91 procent har gott förtroende till socialtjänsten. Socialsekreterarna är måna om att ungdomarna förstår varför de är aktuella, att de görs delaktiga och känner sig lyssnade på.

Brukarundersökningen inom familjestödsenheten om behandlingsinsatser genomfördes under mars och oktober. Totalt 105 föräldrar/annan vuxen svarade på undersökningen. Antal ungdomar 13-17 år som svarade var 35 och antal barn under 13 år var 14. Resultaten för ungdomar och vuxna visar att 96 procent svarade ja på frågan "Har du fått veta varför jag/vi ville träffa dig idag?" 96 procent som svarat anser att de har kunnat prata eller fråga det de velat och 88 procent har svarat ja på frågan "Tycker du att jag/vi har förstått vad som är viktigt för dig?". Sammantaget upplever brukarna att de har blivit bemötta med respekt och de känner också förtroende för verksamheten. Synpunkter från deltagande barn/ungdomar vid nätverksmöten har till exempel handlat om önskemål om kortare möten, vilket har lett till att verksamheten under nästa år kommer att fokusera ännu mer på förberedelser och anpassningar för deltagande barn/ungdomar under möten.

Föräldrarådgivningen har två olika föräldraenkäter (brukarfrågor vid råd och stödsamtal); en vid "första-samtal" och en vid "inte första-samtal". Av 653 svar som inkommit visar resultatet att 83 procent är och tyckte att samtalen varit till hjälp för dem i föräldraskapet.

Missbruksverksamheten har genomfört en brukarundersökning. Antalet svar är lågt, de svar som inkom till verksamheten var positiva.

Den planerade brukarundersökningen/tillitsundersökningen som skulle genomföras inom barnenheten fick inte plats i årets kalender. Enheten har haft många processer och utmaningar i igång, så den fick stå tillbaka. En brukar-/tillitsundersökning förutsätter tid och resurser för att vara meningsfull för verksamhetens utveckling och de förutsättningarna har inte funnits fullt ut.

Brukarundersökningar avdelning äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

Stadens brukarundersökningar inom avdelningens ansvarsområden redovisas och analyseras med indikatorer på förvaltningsnivå i förvaltningens verksamhetsberättelse. På grund av sammanläggning av stadsdelsnämnder vilket påverkat organisationsstrukturen är årets resultat svårt att jämföra med tidigare år. Årets resultat får istället bli utgångspunkt för Järva stadsdelsförvaltning. Utförarenheter med fler än fem svarande får resultat även på enhetsnivå. Dessa redovisas och analyseras i enheternas verksamhetsberättelser. Vissa enheter har genomfört egna brukarundersökningar under året och dessa finns redovisade i enheternas verksamhetsberättelser. Resultaten på enhetsnivå ger underlag för enheternas fortsatta utveckling av kvalitetsarbetet. Enhetsresultaten är generellt goda inom samtliga områden av

enkäterna. En bidragande orsak till detta bedöms vara de brukar- och boenderåd som enheterna genomför vilket främjar brukarnas delaktighet i verksamheten.

Brucarundersökningar inom avdelningen stadsutveckling, medborgarservice och fritid

Brucarundersökningar sker främst i de samtal som genomförs samt utvärderingar av genomförandeplaner som sker ett par gånger per år. Dessa dokumenteras i stadens sociala system, ParaSoL. Under dessa har endast tre positiva synpunkter framförts.

Andra genomförda uppföljningar och utvärderingar

För att säkerställa att verksamheterna inom Järva stadsdelsförvaltning bedrivs på ett korrekt och effektivt sätt, är det viktigt att regelbundet genomföra verksamhetsuppföljningar inom socialtjänstverksamheter. Dessa uppföljningar ska utvärdera de verksamheter som bedrivs i kommunal regi och som genomför biståndsbedömda socialtjänstinsatser där individuella genomförandeplaner upprättas.

Syftet med dessa uppföljningar är flerdelat. För det första behöver man säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de lagar, regler, riktlinjer, avtal och program som styr verksamheten. För det andra syftar uppföljningarna till att identifiera verksamheternas styrkor och utvecklingsområden. Genom att utvärdera verksamheten kan man få en bättre förståelse för vad som fungerar bra och vad som kan bli bättre. Detta ger avdelningarna inom Järva stadsdelsförvaltning en möjlighet att fokusera på förbättringsarbete och att lägga resurser på de områden som behöver utvecklas.

Under året har fyra verksamhetsuppföljningar genomförts inom individ och familj. Utifrån genomförda verksamhetsuppföljningar är förvaltningens bedömning att verksamheterna håller en god kvalitet och bedrivs i enlighet med socialförvaltningens kravspecifikation. Vissa åtgärder har noterats och kommer åtgärdas under 2024. Samtliga granskningar, både interna och externa har åtgärdats genom bland annat egenkontroller och fortlöper under nästkommande år. Utvecklingen av kvalitetsledningssystemet har påbörjats under 2023 och kommer att fortsätta under 2024.

Uppföljningar och utvärderingar inom avdelning äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Verksamhetsuppföljningar har genomförts på några av utförarenheterna utifrån äldreförvaltningens- och socialförvaltningens mallar på några av förvaltningens enheter, dagverksamhet, boendestöd, daglig verksamhet, vård- och omsorgsboende samt hemtjänst. Enheterna har fått återkoppling där brister rättats omedelbart och enheterna arbetar vidare med det förbättringsförslag som delgetts, det kan bland annat handla om att öka kundnöjdheten eller kompletteringar i kvalitetsledningssystemet.

Under året har en granskning av den sociala dokumentationen i förvaltningens utförarenheter skett för att säkerställa att dokumentationen av journalanteckningar i den enskildes akt är tillräcklig, väsentlig och korrekt. Resultatet av granskningen har återförts till enheterna som har arbetat vidare med resultatet. Enheternas medarbetare har i samband med återkoppling även utbildats inom social dokumentation utifrån enhetsspecifika identifierade utvecklingsområden.

Under våren har kvalitetsobservatör från äldreförvaltningen besökt Kista servicehus och därefter påtalat flera styrkor. Verksamheten har engagerad och ansvarstagande personal med

mångårig erfarenhet inom yrket, goda rutiner för överrapporteringar och låg personalomsättning. Ledningen arbetar nära övriga medarbetare och har god insyn i det dagliga arbetet. Ledarskapet baseras på dialog och samverkan där personalens delaktighet ses som en förutsättning för en verksamhet med både god kvalitet och en god arbetsmiljö. Kontaktmannaskapet är väl förankrat i verksamheten och personalen visade stor kännedom om de äldre. Verksamheten arbetar aktivt för att kunna erbjuda de äldre en meningsfull tillvaro och för att skapa fungerande arbetsätt att förebygga och motverka ofrivillig ensamhet. Utvecklingsområden som uppmärksammades är att fortsätta utveckla det personcentrerade arbetet och ett salutogent förhållningssätt.

Förvaltningen redovisar årligen en patientsäkerhetsberättelse. I denna rapport som avser patientsäkerhetsarbetet inom förvaltningens hälso- och sjukvård redovisas det interna kvalitetsarbetet inom verksamhetsområdet samt Lex Maria och vårdavvikelser.

Avdelningen stadsutveckling, medborgarservice och fritid

Arbetsgruppen har arbetat ihop under flera år på ett flexibelt sätt och dokumentation har inte alltid förekommit. Dock har ett arbete påbörjats för att systematisera bland annat egenkontroller

Utveckling och förbättringar

Nya arbetsätt

Med anledning av sammanläggningen har samtliga enheter inom socialtjänsten under året arbetat med att revidera rutiner och arbetsätt i syfte att öka kvaliteten för invånarna och möjliggöra en sammanhållen socialtjänst. Detta har beskrivits ovan.

Intern samverkan

Ett arbete för att samla de olika samverkansrutinerna inom socialtjänsten har skett under hösten. En delad samverkansyta mellan avdelningarna individ och familj och äldreomsorgen och socialpsykiatri/funktionsnedsatta kommer att upprättas för dessa rutiner under 2024. För de olika samverkansrutinerna ansvarar berörda enheter.

Avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Ett hälsoprojekt pågår i syfte att öka välmående och motverka utveckling av kognitiv svikt hos personer över 65 år. Projektet genomförs i samverkan med äldrecentrum. Metoden kommer att fortsätta utvecklas under 2024 för att anpassas till populationen i Järva.

Under året har utbildningar genomförts för att säkra kvaliteten inom ett flertal områden bland annat palliativ vård, demens hos yngre personer, svenska inom vården och lyft teknik. I verksamhetsberättelsen återges utförligare en del av de utbildningssatsningar som genomförts under året.

Avdelningen för stadsutveckling, medborgarservice och fritid.

Verksamheten behöver hela tiden anpassa sig efter vilka ungdomar som är på plats och utvecklas utifrån tid och möjlighet. Ett digitaliserat veckoschema har införts för att förenkla och tydliggöra veckans planerade fritidsaktiviteter och ge den flexibilitet som verksamheten behöver för att driva sin verksamhet.

Bedömning av det systematiska kvalitetsarbetet

Det systematiska kvalitetsarbetet inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri utgör en omfattande del av det ordinarie arbetet för alla enheter. Arbetet genomförs enligt respektive enhets årshjul. De olika enheterna har utifrån den verksamhet som bedrivs olika ansvar att genomföra egenkontroller och granskningar samt rapportera resultatet av dessa till olika uppdragsgivare samt vidta åtgärder vid identifierade utvecklingsområden.

Status avseende åtgärder

Verksamheternas arbete inom individ och familj med att förebygga och åtgärda brister är svårt att bedöma, då rapportering i systemet inte ännu implementerats fullt ut. Årets arbete med att stödja arbetet med att göra riskanalyser och upprätta kvalitetsplanering har dock skapat bättre förutsättningar för ett dokumenterat systematiskt förbättringsarbete under 2024.

Inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri vidtas åtgärder löpande utifrån vad som framkommit i kvalitetsarbetet samt via rapporter från andra myndigheter. Under året har åtgärdena främst handlat om att i samband med sammanläggningen hitta ett gemensamt arbetssätt och rutiner för de enheter som nu blivit dubbelt så stora och som tidigare arbetat på olika sätt.

Status avseende egenkontroll

Egenkontroller har utförts inom individ och familj, men rapporteras och dokumenteras inte fullt ut enligt ledningssystemet. Det är stora skillnader mellan olika verksamheter. Egenkontroller har utförts under 2023 men inte fullt ut. Egenkontroller tas fram och genomförs i sin helhet under nästa år.

Egenkontroller inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri genomförs enligt respektive enhets årshjul. De olika enheterna har utifrån den verksamhet som bedrivs olika ansvar att genomföra egenkontroller och rapportera resultatet av dessa till olika uppdragsgivare. Man har även egenkontroller utifrån identifierade utvecklingsområden inom enheten samt aktuella politiska uppdrag. Under året har bland annat granskning av social dokumentation, beredskapslager och välfärdsbrottslighet varit prioriterade områden. Årets egenkontroller har visat på utvecklingsbehov bland annat inom social dokumentation samt brister i beställningar som leder till brister i genomförandeplanen. Egenkontroller för att motverka välfärdsbrottslighet har lett till att betalning av felaktig fakturering till förvaltningen har stoppats och åtgärder har vidtagit gentemot företag.

Sårbarheter och omständigheter som kan påverka kvalitetsarbetet

Något som förvaltningen uppmärksammat är att modulen *Kvalitetsarbete för vård och omsorg* saknar möjlighet för att visualisera processer så att det blir lättöverskådligt för samtliga medarbetare då bara ett fåtal medarbetare har tillgång till ILS. Under 2024 kommer individ och familj att fortsätta arbetet med att använda samarbetsytor som samtliga medarbetare inom avdelningen har tillgång till för att kunna visualisera processerna, exempelvis rutiner, processkartor och processdokumentation. Dock gör avdelningen bedömningen att detta kan innebära att ILS och det som finns på samarbetsytor ser olika ut eftersom användaren

behöver redigera på två ställen.

Inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri är en grundläggande utmaning att de flesta medarbetare inte har tillgång till dator i sitt dagliga arbete då de arbetar i utförarverksamheter och ett flertal befinner sig under sin arbetstid främst i enskildas hem. Detta innebär att enheternas ledningssystem och möjlighet till dokumentation behöver vara tillgängligt på ett annat sätt än för de medarbetare som arbetar i förvaltningshusen. Ett flertal av stadens it-system har brister som påverkar möjligheten att säkra en gott och effektivt kvalitetsarbete såväl kvalitativt som ekonomiskt till exempel schemas. Stadens storlek utifrån juridiskt- och säkerhetsperspektiv försenar möjligheten att komma igång med användandet av ny teknik då varje system behöver godkännas och säkerhetsklass av staden vilket ofta drar ut på tiden. Ett stadsövergripande och sammanhållet ägande av system och bevakning av produktutveckling inom området välfärdsteknik skulle skapa mer jämlika villkor för medborgare och medarbetare i Stockholms stad. Kommunen och regionen använder sig av flera olika system vilket innebär att information ofta behöver dokumenteras på flera ställen. Detta är en ineffektiv hantering som blir kostnadsdrivande ur arbetsgivarperspektiv.

Verksamhetsuppföljningarna utgår från de LOV-avtal som ingås av företag med staden. Ansvariga förvaltningar för avtalen är socialförvaltning och äldreförvaltning. Verksamhetsuppföljningar i detta hänseende är avtalsuppföljningar och samma underlag används för de kommunala utförarna vilka följs upp på samma sätt och samma kontinuitet som de privata. Uppföljningarna fördelas till samtliga stadsdelsförvaltningar utan ekonomisk kompensation från centrala förvaltningar. Inom en stadsdelsförvaltning kan flera personer genomföra dessa uppföljningar. I de insatser där det föreligger HSL-ansvar för verksamheten deltar även MAS i arbetet. Stadsdelsförvaltningarna tilldelas uppföljning av förvaltningens utförarverksamheter i egen regi vilket innebär att MAS och dennes kollega följer upp sina egna verksamheter. De centrala förvaltningarna ansvarar inte för någon utbildning av de personer som genomför uppföljningarna och ställer inga särskilda kompetenskrav för denna funktion. Ur kvalitetshänseende blir detta en osäker hantering av staden då uppföljning, rapportering och återkopplingar riskerar att ske på olika sätt både gällande privata och kommunala utförare. Detta arbetssätt innebär att avtalsuppföljarnas arbetstid och lönekostnader belastar stadsdelsförvaltningarna och därmed kan påverka möjligheten att genomföra annat kvalitetsarbete i den egna förvaltningen.

Bedömning av krav- och måluppfyllelse samt lagefterlevnad

En viktig del av stadens övergripande styrmodeller för kvalitetsledning är att inrätta och genomföra ett processbaserat kvalitetsarbete. Detta innebär att förvaltningen strukturerar sin verksamhet och arbetar utifrån olika processer, där varje process har en specifik uppgift och är en del av en övergripande helhet. Genom att arbeta processbaserat kan förvaltningen identifiera och förbättra sina arbetsflöden och processer för att uppnå ökad effektivitet och kvalitet. Förvaltningens bedömning är att detta är uppfyllt men att arbetet under 2024 kommer att fokuseras på att åskådliggöra det i ILS-webb samt på samarbetsytor. Vidare ska arbetet inom Individ och familj fokuseras på att möjliggöra för omställningen till första linjens socialtjänst för att invånare ska kunna få stöd i ett tidigt skede och förebygga långvarig kontakt med socialtjänsten.

Riskanalyser och egenkontroller är genomförda inom individ och familj, dock inte fullt ut utifrån att avdelningen påbörjade arbetet i ILS-webb i oktober 2023. Det är stora skillnader

mellan olika verksamheter. Samtliga verksamheter måste upprätta och följa sin plan för systematiskt kvalitetsarbete för att efterleva lagar, mål och krav vilket kommer att vara fokusområde under 2024.

Utveckling av kvalitetsarbetet

Nämnden har 2023-07-01 antagit *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialtjänstens verksamheter* där det framgår att Stockholms stad ska tillhandahålla service och tjänster som håller hög kvalitet, för så väl dagens som morgondagens stockholmare. För att nå dit krävs ett systematiskt kvalitetsarbete, som omfattar ständiga förbättringar, innovation och digitalisering.

Individ och familj

Under året har avdelningen för Individ och familj påbörjat en gemensam inventering och kvalitetssäkring av kvalitetsledningssystemet med fokus på styr och stöddokument samt rutiner. Vidare har avdelningen och samtliga enheter digitaliserat ledningssystemet i ILS samt på samverkansytor.

Prioriterade områden för utveckling av kvalitetsarbetet inom individ och familj under 2024 är

- Fokus på implementering av rutiner för genomförande, rapportering och uppföljning av egenkontroller samt planering av åtgärder.
- Förståelsen för värdet av klagomål och synpunkter behöver öka både bland medarbetare och chefer inom en verksamhet. Att se avvikelser som en resurs kan bidra till att förbättra kvaliteten och effektiviteten.
- Chefer och medarbetare behöver kontinuerligt stöd och hjälp i att analysera och följa upp risker, klagomål och avvikelser.
- 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.

Avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Under året har enheterna utifrån sammanläggningen fokuserat på att säkerställa samsyn i kvalitetsarbetet bland sina medarbetare. Det omfattande arbetet för översyn och uppdatering av rutiner och arbetssätt har inletts. Detta arbete kommer att behöva fortgå under en längre tid innan det kan anses vara helt implementerat i det ordinarie arbetet.

Under 2024 planerar avdelningen att de två beställarenheterna ska börja införa ett sammanfattat kvalitetsledningssystem i ILS för enheterna. ILS är dock endast tillgängligt för chefer varpå detta system inte är möjligt att använda som enheternas huvudsakliga kvalitetsledningssystem. För de åtta utförarenheterna planeras att de även fortsättningsvis har sina kvalitetsledningssystem i nuvarande form som är tillgängligt för medarbetarna vilket behöver ha snabb tillgång till detta i det dagliga arbetet. En särskild komplexitet med tillgänglighet för utförarverksamheternas kvalitetsledningssystem är att många av dessa verksamheter bedrivs dygnet runt där en övervägande del av arbetet sker när ett begränsat antal medarbetare och inga stödfunktioner är i tjänst.

Under 2024 kommer även ett omfattande kvalitetsarbete på avdelnings- samt enhetsnivå att genomföras gällande samtliga rutiner kopplade till arbetet med RSA.