



**Stockholms
stad**

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Till

Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd

Kvalitetsberättelse 2025 för Hässelby- Vällingby stadsdelsnämnd

**Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd**

start.stockholm

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	3
Kvalitetsarbete under året	4
Resultat och analys.....	6
Egenkontroll	6
Synpunkter och klagomål	8
Beröm	11
Från vem har klagomål eller synpunkt inkommit?	11
Synpunkter och klagomål - som gäller verksamhet och personal	12
Synpunkter och klagomål - ej personalrelaterade	13
Personuppgiftsincidenter	14
Avvikelser	14
Avvikelse - Lex Sarah	14
Riskanalys	16
Årlig uppföljning processer	17
Förbättringsarbete	17
Uppföljning av åtgärder	17
Förbättringsområden för kommande år	17

Inledning

Kvalitetsberättelsen för 2025 är en sammanställning av årets uppföljningar, analyser och genomförda förbättringar. Kvalitetsarbetet genomförs i enlighet med Stockholm stads kvalitetsprogram, andra styrande dokument i staden, nämndens styrande dokument, lagar och författningar.

I kvalitetsberättelsen har tomma tabeller från klagomål och synpunkter i stadens system för integrerad ledning och styrning, ILS, förts över per automatik. Förvaltningen har under hösten haft pilotverksamheter, en per avdelning, för att prova stadens nya system för klagomål och synpunkter. Efter pilotperioden har förvaltningen kommunicerat behov av vissa förbättringar med stadsledningskontoret som kommer göra vissa ändringar inför 2026. Under 2026 kommer rapporteringen av synpunkter och klagomål införas i ILS för samtliga verksamheter i syfte att lättare sammanställa, analysera och bedöma inkomna synpunkter och klagomål för vidare åtgärder.

Sammanfattning

Utveckling genom ständiga förbättringar

Under året har förvaltningen fortsatt omställningsarbetet med att utveckla socialtjänstens arbetssätt i linje med den nya socialtjänstlagen. En gemensam vision, målsättning och värdegrund har tagits fram som vägleder i det fortsatta förändringsarbetet.

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 fortsatt. Syftet är att förbättra sammanställning, analys och bedömning av inkomna synpunkter och klagomål på enhets- och områdesnivå. Förvaltningen verkar för ett aktivt medarbetarskap i kvalitetsarbetet och i utvecklingsarbetet genom att medarbetare på enhetsnivå deltar i arbetet med kvalitetsledningssystem, hanteringen av synpunkter och klagomål, hanteringen av avvikelser, väsentlighets- och riskanalyser samt i det innovativa utvecklingsarbetet. Förvaltningen samverkar och samarbetar med andra förvaltningar och bolag i staden och andra aktörer i utvecklings- och kvalitetsarbetet. Genom detta arbete verkar förvaltningen för helhetssyn och handlingsutrymme i enlighet med kvalitetsprogrammet.

Avdelningen för förskola har beskrivit det systematiska kvalitetsarbetet i rapporten *Underlag till förskolerapport*. Rapporten lämnades som bilaga i samband med tertialrapport 2. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i bilagd Patientsäkerhetsberättelse.

Utvecklingsprojekt, innovation och digitalisering

Förvaltningen har haft ett flertal utvecklingsprojekt och innovationer som slutförts under året och som närmare beskrivs under innovationer i bilaga 1 SDN 04, blankettsetet.

Inom förvaltningen har exempelvis följande utvecklingsprojekt och innovationer avslutats under 2025:

- Framtagen E-utbildning om sortering och återvinning. Andra förvaltningar har tagit

del av utbildningen.

- Svenska med baby- utveckla insatser som främjar ett jämställt föräldraskap och engagerade pappor. Spridningskonferens där även länsstyrelsen deltog.
- Q- profilverksamhet inom förskolan. Samverkan med andra förvaltningar, intresseorganisationer och civilsamhället.
- BoFast insatser för stadigvarande boende för våldsutsatta i samverkan med andra förvaltningar. Spridning inom staden.
- Samteamet- socialt investeringsprojekt med intensivt stöd till personer med samsjuklighet. Slutrapport bilagd verksamhetsberättelsen.

Kvalitetsarbete under året

Under 2025 har förvaltningen tagit fram en gemensam vision som ska vara vägledande i omställningen till den nya socialtjänstlagen. Visionen tydliggör riktningen för ett mer tillgängligt, förebyggande och samordnat socialt arbete, med fokus på tidiga insatser och ökad nytta för individer och familjer. Den utgör en gemensam utgångspunkt för utveckling av arbetssätt, prioriteringar och samverkan inom förvaltningen.

Förvaltningen har också fortsatt sitt utvecklingsarbete genom deltagande i Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning (NUSO), som utgör ett centralt led i förberedelserna inför den nya socialtjänstlagen. Arbetet har bidragit till en fördjupad förståelse för verksamhetens nuläge och synliggjort områden som behöver prioriteras i omställningen mot en mer förebyggande, tillgänglig och kunskapsbaserad socialtjänst. De resultat som framkommit utgör ett viktigt underlag för det fortsatta kvalitets- och utvecklingsarbetet inom förvaltningen.

Inom området barn och unga har samtliga delstudier i NUSO i huvudsak slutförts. Den första delstudien genomfördes under perioden oktober 2023 till mars 2024. Den avslutande delstudien, som avser insatser efter genomförd utredning, återrapporterades i slutet av november 2025. Resultaten från studien kommer att analyseras vidare och ligga till grund för fortsatt utveckling av arbetssätt, med särskilt fokus på kvalitet, likvärdighet och rättssäkerhet. Under våren 2026 planeras workshops för området barn och unga, där förändringsledare och omställningssocionomer tillsammans med verksamheten arbetar vidare med resultaten och identifierade utvecklingsområden.

Under hösten 2025 har NUSO utvidgats till att även omfatta vuxenområdet och funktionshinderområdet. Arbetet genomförs, i likhet med NUSO barn och unga, i nära samverkan mellan deltagande kommuner, forskare och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Totalt deltar 166 kommuner och stadsdelsförvaltningar. De områden som ingår i studien är skadligt bruk och beroende, ekonomiskt bistånd, våld i nära relation, socialpsykiatri samt funktionshinder för barn och vuxna enligt SoL och LSS.

Syftet med studien är att öka kunskapen om vilka grupper socialtjänsten når samt att belysa eventuella skillnader i bedömningar, insatser och resultat utifrån exempelvis kön, ålder och bakgrund. Studien kommer även att ge viktig kunskap om i vilken utsträckning invånare tar del av icke behovsprövade insatser. Den första datainsamlingen planeras till hösten 2026 och

studien pågår till och med september 2029.

Datainsamlingen inom NUSO kommer att ske genom flera metoder, dels via överföring av redan strukturerad data från kommunernas verksamhetssystem och dels genom webbaserade enkäter. Planeringen av datainsamlingen genomförs under våren 2026 i arbetsgrupper bestående av forskare, kommunrepresentanter och SKR, och ligger till grund för ansökan till Etikprövningsmyndigheten. Analys och återkoppling till deltagande kommuner sker löpande via Vårdanalys verktyg VAVES® och utgör ett stöd i det fortsatta kvalitets- och utvecklingsarbetet.

Avdelningen individ och familj

Kvalitetsmöten med områdeschefer

Under året har ett utvecklingsarbete inletts där verksamhetscontrollers tillsammans med områdeschefer har kvalitetsmöten inför tertiärluppföljningarna. Syftet är att stärka kvaliteten i genomförandet och uppföljningen av uppdrag på områdesnivå samt att säkerställa att verksamhetsplanens mål och aktiviteter omsätts i praktiskt arbete med god kvalitet.

Kvalitetsmötena ska fungera som ett stöd i att tydliggöra ansvar, förväntningar och uppföljning samt bidra till ökad förståelse för hur kvalitetsledningssystemet och verksamhetsplanen hänger ihop. Arbetssättet bedöms på sikt stärka likvärdighet, kvalitet och måloppfyllelse inom avdelningen.

Kvalitetsledningssystem

Samtliga enheter inom Avdelningen för individ och familj har lagt in sina processer i kvalitetsledningssystemet i ILS (Stadens system för integrerad ledning och styrning). Kvalitetsledningssystemet är ett stöd för arbetet med riskanalyser, egenkontroller och åtgärder. Arbetet har bidragit till en mer strukturerad och enhetlig uppföljning av kvaliteten i verksamheterna samt skapat bättre förutsättningar för att identifiera brister, utvecklingsområden och behov av åtgärder i ett tidigt skede.

Signs of Safety

Under året har område första linjen, område barn och ungdom samt område vuxen påbörjat ett gemensamt utvecklingsarbete med inriktning mot Signs of Safety som ett stöd för ökad kvalitet och likvärdighet i arbetet med individer och familjer. Implementeringen befinner sig i ett inledande skede och arbetet har haft fokus på att skapa en gemensam förståelse för förhållningssättet samt på att introducera grundläggande begrepp och verktyg.

Arbetssättet syftar till att stärka kvaliteten i handläggning och uppföljning genom att tydligare synliggöra risker, skyddsfaktorer och mål samt genom att öka individers och nätverkets delaktighet i processen. I detta tidiga skede bedöms arbetet framför allt bidra till ökad struktur i samtal och bedömningar, snarare än till mätbara förändringar i resultat.

Implementeringen ses som ett långsiktigt kvalitetsarbete som successivt ska integreras i det ordinarie arbetssättet. Genom att stegvis utveckla gemensamma arbetssätt skapas bättre förutsättningar för enhetliga bedömningar, ökad transparens och minskad risk för brister eller missförhållanden över tid.

Arbetet kommer att följas upp och vidareutvecklas inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet i takt med att implementeringen fortskrider.

Kompassen BoU

Under året har det digitala rutinkompendiet Kompassen BoU införts, vilket samlar förvaltningens rutiner och guider för myndighetsutövningen inom barn- och ungdomsområdet och skapar bättre förutsättningar för en enhetlig och uppdaterad styrning.

Rutinerna ger en stabil bas som gör det lättare att fatta professionella och anpassade beslut. Med stöd av Kompassen kan alla handläggare, oavsett erfarenhet, arbeta mer likvärdigt, undvika onödiga fel och samtidigt utveckla sin förmåga att göra välgrundade bedömningar i varje enskilt ärende.

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Inom Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri har strateg, controllers och chefer för verksamheterna samlats i kvalitetsmöten. Kvalitetsmötena syftar till att stödja verksamheterna i måluppfyllelse och att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet. Arbetet med kvalitetsmöten planeras fortlöpa under 2026 inför tertialuppföljning två.

I syfte att säkra kvalitet och uppföljning har enheterna inom avdelningen arbetat med att dokumentera väsentliga processer i kvalitetsledningssystemet, i ILS.

Resultat och analys

Egenkontroll

Avdelningen för individ och familj

Egenkontroller har genomförts för att säkerställa att arbetet bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning, riktlinjer och lokala rutiner. Resultaten från egenkontrollerna har analyserats och följts upp av chefer på enhets- och områdesnivå och har lett till justeringar i arbetssätt, förtydliganden av ansvar samt förstärkta stödinsatser där behov identifierats.

Resultaten har, tillsammans med avvikelser och inkomna synpunkter och klagomål, utgjort ett viktigt underlag för åtgärder och prioriteringar inom det systematiska kvalitetsarbetet.

Analysen har bidragit till ökad förståelse för gemensamma utvecklingsområden och till ett mer strukturerat förebyggande arbete.

Under året har fokus även legat på att stärka kvaliteten i dokumentationen av egenkontroller, särskilt vad gäller beskrivning av resultat, analys och koppling till vidtagna eller planerade åtgärder. Arbetet har bidragit till ökad medvetenhet hos arbetsledare om kvalitetsledningssystemets roll som ett verktyg i det dagliga arbetet, snarare än enbart som ett uppföljningskrav.

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Verksamheterna inom avdelningen har arbetat med att lägga in och följa upp egenkontroller, vilka är kopplade till verksamheternas processer och delprocesser, i ILS. Verksamheterna har

dokumenterade egenkontroller i ILS vilket lett till bättre förutsättningar för uppföljning och utveckling av verksamheternas kvalitet. Arbetet fortlöper under 2026 och tätare egenkontroller planeras under det kommande året.

Revisioner och uppföljningar

Under hösten har stadens revisionskontor genomfört en granskning i syfte att bedöma den interna kontrollen i Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnds hantering av avgifter och köp inom äldreomsorg. I utkastet till slutrapport, som färdigställs under 2026, framgår att nämnden har tillräckligt intern kontroll kring fakturering, redovisning och attestering. Revisionskontoret rekommenderar nämnden att säkerställa stickprovsvis granskning av utförare för att minska risker för oegentligheter och välfärdsbrott.

Under hösten genomförde Äldreförvaltningen en kvalitetsobservation inom en av avdelningens hemtjänstenheter. Observationerna har fokuserat på hur personalen tillämpar det personcentrerade förhållningssättet och äldreomsorgens värdegrund i mötet med den äldre. Kvalitetsobservationens resultat är positiva och visar tillexempel på en närvarande arbetsledning, engagerad personalgrupp, hög personalkontinuitet och nöjdhet hos brukarna. Rapporten lyfter också utvecklingsområden inom hygienrutiner, dokumentation och informationsöverföring.

Resultaten från uppföljningarna används i det fortsatta kvalitets- och utvecklingsarbetet inom verksamheterna.

Resultat från brukarundersökningar- verksamhetsområde äldre

Inom äldreomsorgen följs kvaliteten upp genom kvalitetsuppföljningar på individnivå (KUPI) samt Socialstyrelsens brukarundersökningar. Uppföljningarna syftar till att fånga den enskildes upplevelse av hur insatserna fungerar och utgör ett underlag för det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet.

Resultaten visar överlag god kvalitet inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende, med höga värden avseende trygghet, nöjdhet och måltidssituation. Resultaten är i huvudsak jämförbara med Socialstyrelsens nationella resultat. Samtidigt framkommer vissa variationer, bland annat avseende upplevelsen av aktiviteter inom vård- och omsorgsboende.

Resultat från brukarundersökningar- verksamhetsområde funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Brucarundersökningar genomförs inom utförarverksamheter inom funktionshinderområdet och omfattar brukare i boende enligt LSS, daglig verksamhet, personlig assistans samt boende, boendestöd och sysselsättning inom socialpsykiatri. Årets resultat visar genomgående höga värden avseende trygghet, bemötande och trivsel i flertalet verksamheter och ligger i huvudsak i linje med stadens samlade resultat. Resultaten visar stabila eller förbättrade resultat över tid inom flera områden, samtidigt som variationer mellan verksamheter identifierats.

Avdelningen har kontinuerligt arbetat med att utveckla arbetssätt utifrån resultat i KUPI och Socialstyrelsens nationella brukarundersökningar. Sammantaget visar resultaten stabila trender, positiv utveckling och vissa utvecklingsområden. Underlagen har använts i

systematiskt förbättringsarbete med fokus på kvalitet, delaktighet och trygghet som kommer fortsätta under 2026.

Synpunkter och klagomål

Ärenden som inkommit via Tyck till-appen 2025. Felanmälan, klagomål, idéer och frågor har hanterats.

Kategori	Antal av
Beröm	48
Felanmälan	4628
Fråga	69
Idé	106
Klagomål	43
Totalsumma	4894

Radetiketter	Antal av Kategori
Beröm	
Badplats	5
Belysning i park	2
Blommor, blomster	11
Buskar	4
Bänk i parkmiljö	2
Cykel- och gångväg i park	1
Gräsklippning	5
Grönområde	3
Hundrastgård	1
Lekpark	1
Papperskorg i parkmiljö	4
Park, parkunderhåll	2
Skräp i parkmiljö	1
Städning i parkmiljö	2
Träd i parkmiljö	4
Felanmälan	
Badplats	88
Belysning i park	47
Belysning, lampa gångbana i park	186
Björnloka	24
Blommor, blomster	5

Radetiketter	Antal av Kategori
Brunn i parkmiljö	25
Buskar	179
Bänk i parkmiljö	90
Cykel- och gångväg i park	54
Glassplitter i parkmiljö	107
Grop, hål i parkväg	57
Gräsklippning	97
Grönområde	73
Halka i parkmiljö	8
Hinder på gångväg i park	16
Hundrastgård	7
Lekpark	81
Lekredskap i park	141
Lövstädning i parkmiljö	23
Ogräs i park	19
Papperskorg i parkmiljö	524
Park, parkunderhåll	402
Parklek	2
Plaskdamm	6
Räcke, staket i parkmiljö	28
Sandning i parkmiljö	4
Skräp i parkmiljö	866
Snöröjning i parkmiljö	10
Städning i parkmiljö	254
Trappa i parkmiljö	36
Träd i parkmiljö	1148
Utegym	5
Utegym i parkmiljö	16
Fråga	
Badplats	1
Belysning i park	1
Blommor, blomster	3
Buskar	1
Bänk i parkmiljö	3
Cykel- och gångväg i park	5
Grop, hål i parkväg	2
Gräsklippning	2
Grönområde	7

Radetiketter	Antal av Kategori
Hinder på gångväg i park	1
Lekpark	2
Lekredskap i park	1
Ogräs i park	3
Papperskorg i parkmiljö	5
Park, parkunderhåll	12
Skräp i parkmiljö	1
Snöröjning i parkmiljö	1
Städning i parkmiljö	2
Trappa i parkmiljö	1
Träd i parkmiljö	15
Idé	
Badplats	4
Belysning i park	5
Belysning, lampa gångbana i park	2
Blommor, blomster	1
Buskar	1
Bänk i parkmiljö	11
Cykel- och gångväg i park	5
Gräsklippning	1
Grönområde	6
Hinder på gångväg i park	2
Hundrastgård	8
Lekpark	11
Lekredskap i park	5
Ogräs i park	1
Papperskorg i parkmiljö	6
Park, parkunderhåll	8
Parklek	1
Plaskdamm	4
Räcke, staket i parkmiljö	3
Skräp i parkmiljö	5
Städning i parkmiljö	5
Träd i parkmiljö	6
Utegympa i parkmiljö	5
Klagomål	
Buskar	4
Gräsklippning	4

Radetiketter	Antal av Kategori
Grönområde	1
Lekpark	5
Ogräs i park	1
Papperskorg i parkmiljö	2
Park, parkunderhåll	17
Städning i parkmiljö	1
Träd i parkmiljö	8
Totalsumma	4894

Beröm

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Till Området särskilt boende har beröm för bemötande och god omvårdnad av närstående inkommit vid åtta tillfällen. Samma område har fått beröm för verksamheten Träffens aktiviteter för de boende, vid 50 tillfällen. Beställarenheten äldreomsorg Vällingby har fått beröm vid ett tillfälle för gott bemötande kopplat till ett ärende. Till Område boende, daglig verksamhet och personlig assistans har beröm inkommit vid fem tillfällen, från anhöriga kring medarbetarnas engagemang och goda bemötande.

Klagomål/synpunkter/kategorier	Utfall T1	Utfall T2	Utfall VB	Ack. utfall
Beröm				

Från vem har klagomål eller synpunkt inkommit?

Avdelningen för individ och familj

Klagomålen/synpunkterna till avdelningen har framför allt framförts av vårdnadshavare, och därefter av brukare själva följt av närstående. Även samverkansparter och invånare har framfört klagomål/synpunkter i enstaka fall.

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Majoriteten av klagomål och synpunkter har inkommit från anhöriga och brukare. Klagomål och synpunkter har även inkommit från samverkansparter.

Klagomål/synpunkter/kategorier	Utfall T1	Utfall T2	Utfall VB	Ack. utfall
Brukare/patient				
Besökare				
Förening/organisation				
Invånare				
Legal företrädare				

Klagomål/synpunkter/kategorier	Utfall T1	Utfall T2	Utfall VB	Ack. utfall
Närstående (anhörig, god man etc.)				
Samverkanspart (ex annan förvaltning, Region Stockholm, Polis)				
Tillsynsmyndighet (t.ex. IVO, Skolinspektionen)			1	1
Vårdnadshavare				
Annan instans (t ex Patientnämnden)				
Anonym				

Synpunkter och klagomål - som gäller verksamhet och personal

Avdelningen för förskola

Avdelningen för förskola och underliggande områden har under året mottagit 12 synpunkter och klagomål. Majoriteten av synpunkterna avsåg avveckling av förskolor samt frågor kring verksamhetens kvalitet. Övriga synpunkter gällde ärendehantering samt köhandläggning. Samtliga klagomål och synpunkter har utretts av ansvarig rektor eller avdelningschef och är avslutade.

Avdelningen för individ och familj

25 klagomål och synpunkter har inkommit till Avdelningen för individ och familj. Nio klagomål och synpunkter har gällt brister i bemötande och sju har gällt brister i utförande av insats. Fyra har gällt klagomål/synpunkter på rättssäkerhet. Övriga ärenden har gällt tillgänglighet hos handläggare.

Bemötandefrågor är den mest återkommande kategorin och handlar exempelvis om upplevelser av bristande tillgänglighet, svårigheter att nå handläggare, otillräcklig återkoppling samt upplevelser av att inte bli lyssnad på eller tagen på allvar. I placeringsärenden förekommer klagomål kopplade till kontaktvägar och kontinuitet, där både placerade barn och vårdnadshavare upplever svårigheter i dialogen med ansvarig handläggare.

Klagomål som rör brister i utförandet av insatser handlar bland annat om upplevelser av exkludering från verksamhet eller insats, eller att insatsen inte genomförts på det sätt som den enskilde förväntat sig eller informerats om. I vissa fall framgår att det finns otydlighet kring ramar, kriterier eller syfte med insatsen, vilket bidragit till missnöje.

De bakomliggande orsakerna som kan utläsas ur ärendena handlar i stor utsträckning om kommunikation och tydlighet. Brister i information, uppföljning och förväntanshantering återkommer som gemensamma nämnare. I vissa fall kan även hög arbetsbelastning och sårbarhet i organisationen ha påverkat tillgänglighet och kontinuitet, vilket i sin tur fått konsekvenser för upplevelsen av bemötande.

I flera ärenden har åtgärder vidtagits med anledning av inkomna klagomål. Åtgärderna har främst bestått av att ansvarig chef eller medarbetare tagit kontakt med den enskilde för att

följa upp klagomålet, ge återkoppling och reda ut eventuella missförstånd. I vissa fall har arbetssätt justerats, exempelvis genom tätare avstämningar eller tydligare struktur för kontakten framåt. Det förekommer även ärenden där ingen åtgärd dokumenterats, vilket kan tyda på att klagomålet bedömts som avslutat efter mottagande eller att återkoppling skett muntligt utan ytterligare behov av åtgärd.

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Inom äldreomsorg har klagomål och synpunkter inkommit vid 14 tillfällen. Vid fyra tillfällen har klagomålen rört ärendehantering, i tre fall har klagomålen gällt ej genomförda insatser. Tre klagomål har rört tillgänglighet/information och handläggning av färdtjänst. Ett ärende rör personuppgifter. Återstående inkomna synpunkter har rört bemötande, bemanning och mat.

Inom funktionsnedsättning och socialpsykiatri har klagomål och synpunkter inkommit vid 12 tillfällen. Sju av dessa har gällt handläggning av färdtjänst. Resterande klagomål och synpunkter har gällt information, kontakt och ärendehantering.

Klagomål/synpunkter/kategorier	Utfall T1	Utfall T2	Utfall VB	Ack. utfall
Bemanning				
Bemötande				
Beslut (avsaknad av, missnöje med etc)				
Fråga/idé				
Information (utebliven info, obegriplig etc)				
Klagomål enligt skollagen				
Kompetens				
Kränkningar/övergrepp				
Rättssäkerhet				
Samverkan				
Tillgänglighet (öppettider, telefontider)				
Utebliven/försenad insats				
Utförande av insats eller verksamhet				

Synpunkter och klagomål - ej personalrelaterade

En inkommen synpunkt har rört kvalitet på mat på vård- och omsorgsboende, två klagomål har rört städning.

Klagomål/synpunkter/kategorier	Utfall T1	Utfall T2	Utfall VB	Ack. utfall
Fysisk miljö inne eller ute (ej städad, avsaknad av material etc.)				
Mat och måltider			1	1 st

Personuppgiftsincidenter

Vid ett tillfälle har en personuppgiftsincident rapporterats, rörande uppgifter som sänts till fel person.

Klagomål/synpunkter/kategorier	Utfall T1	Utfall T2	Utfall VB	Ack. utfall
Hantering av personuppgifter				

Avvikelser

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Inom hemtjänsten verksamheter har 91 avvikelser rapporterats. Dessa gällde framförallt tid för insats, uteblivna insatser och matlådeinsatser. Inom Området särskilt boende har två avvikelser inträffat, som rörde boende som var utåtagerande mot andra boende. Inom Området boende, daglig verksamhet och personlig assistans har två avvikelser rört genomförandeplaner, där beställningar inte uppdaterats med brukares förändrade behov. Inom Beställarenheten funktionsnedsättning har 16 avvikelser rapporterats, varav 13 är egenrapporterade avvikelser. Avvikelserna rör handläggningsrutiner, dokumentation, informationsöverföring och verkställighet i beslut.

Avvikelser, inklusive arbete med inkomna synpunkter och klagomål, har legat till grund för översyn av rutiner och arbetssätt, för att säkerställa att insatser utförts utifrån brukarens behov, trygghet och nöjdhet.

Beslut från Justitieombudsmannen

Under året inkom kritik från justitieombudsmannen (JO) i tre beslut. I det ena fallet fick nämnden kritik för bristande hantering av två domar i mål enligt LSS. JO:s kritik handlar om att handläggningen av ärendena och hanteringen av domarna har präglats av brister. I det andra fallet fick nämnden kritik för brister i verkställigheten av en insats enligt LSS samt för att ha brustit i service och tillgänglighet. I det tredje fallet rörde kritiken för långsam handläggning i ett ärende om personlig assistans enligt LSS.

Avdelningen för äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri har tagit till sig av kritiken, som rörde handläggning under åren 2023 och 2024, och arbetar aktivt med åtgärder och intern kontroll.

Avvikelse - Lex Sarah

Totalt har 19 rapporter om missförhållande/påtaglig risk för missförhållande inkommit under året. 13 utredningar har avslutats och sex utredningar pågår fortfarande vid årets slut.

Avdelningen för individ och familj

Under 2025 inkom elva rapporter där tre utredningar fortfarande pågår. Flertalet av rapporterna gällde barn och ungdom. En rapport gällde ett ärende som var gemensamt för Avdelningen för individ och familj och Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

Utredningarna visar att rapporterna avser olika kategorier av missförhållanden. Två ärenden som gällde rättssäkerhet vid handläggning samt det gemensamma ärendet med Avdelningen för äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri gällande brister i utförande av insats bedömdes efter utredning som allvarliga och anmälades av stadsdelsnämnden till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. I tre utredningar var bedömningen att det fanns en påtaglig risk för missförhållande, medan det i två utredningar bedömdes att inget missförhållande förelåg, men att förebyggande åtgärder ändå var nödvändiga för att säkerställa kvalitet och rättssäkerhet. I ett ärende var bedömningen efter utredning att inget missförhållande förelåg och att det inte fanns behov av åtgärder.

I utredningarna framkom att bakomliggande orsaker till missförhållande/påtaglig risk för missförhållande var brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande. Återkommande orsaker var bristande efterlevnad eller otydlighet i rutiner, exempelvis kring uppföljning, dokumentation och ansvarsfördelning. I flera ärenden framkom även behov av stärkt kompetens hos medarbetare, bland annat inom suicidprevention, handlägningsprocesser och tillämpning av befintliga riktlinjer. I vissa fall har det framkommit brister i intern samordning eller att arbetssätt inte varit tillräckligt etablerade eller kända i organisationen.

Under året har flertalet åtgärder vidtagits. Åtgärderna omfattar bland annat genomgång och förtydligande av befintliga rutiner, revidering av checklistor och stödmaterial samt riktade utbildnings- och kompetenshöjande insatser. I flera processer har egenkontroller genomförts eller planerats för att säkerställa att vidtagna åtgärder får avsedd effekt. Det förekommer även åtgärder kopplade till ledning och styrning, exempelvis tydliggörande av chefsansvar och beslutsordning.

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Under året har nio Lex Sarahutredningar inletts. Av dessa utredningar är sju avslutade och två är pågående.

Lex Sarahrapporteringarna inom verksamhetsområdet äldre rörde brister i utförande av insats (4) och brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande (1). Inom verksamhetsområdena funktionsnedsättning och socialpsykiatri utreddes rapporteringar gällande brister i bemötande (1), brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande (1), brister i hantering av uppgifter i ärende med sekretessmarkering (1) samt brister i handläggning vid myndighetsutövning (1). Ett av ärendena har anmälts till IVO.

Ytterligare en rapportering kring brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande har föranlett en utredning som involverar båda socialtjänstens avdelningar.

Klagomål/synpunkter/kategorier	Utfall T1	Utfall T2	Utfall VB	Ack. utfall
Antal inkomna rapporter				
Antal inkomna rapporter som påvisat risk för missförhållande - ej anmält till IVO				
Antal anmälningar till IVO (Antal rapporter som bedömts som allvarligt missförhållande eller				

Klagomål/synpunkter/kategorier	Utfall T1	Utfall T2	Utfall VB	Ack. utfall
påtaglig risk för missförhållande och anmälts till IVO)				
Inkomna rapporter från enskild utförare				
Inkommen information om anmälan till IVO från enskild utförare				
Bemötande				
Fysisk miljö eller teknik				
Rättssäkerhet				
Utförandet				
Ekonomiska övergrepp				
Psykiska övergrepp				
Sexuella övergrepp				
Fysiska övergrepp				
Annat				

Risikanalys

Avdelning för individ och familj

Under 2025 har Avdelningen för individ och familj bedrivit ett systematiskt arbete med riskanalys i syfte att stärka kvalitet, rättssäkerhet och likvärdighet i verksamheten. Arbetet har utgått från verksamheternas väsentliga processer och har bidragit till att tydliggöra ett antal prioriterade riskområden.

En risk har under året bedömts som så hög att den överfördes till internkontrollplanen. Risken avser bristande avtalstrohet vid inköp, det vill säga att inköp av insatser eller vård i vissa fall sker utanför gällande ramavtal. Riskanalysen har visat att bristande avtalstrohet kan få konsekvenser i form av avsteg från upphandlingsregler och stadens styrdokument samt medföra ökade kostnader, minskad likvärdighet och bristande transparens i inköpsprocessen. Arbetet med att hantera risken har lett till ett ökat fokus på uppföljning av inköp och tydliggjort ansvarsfördelningen i samband med köp av vård och insatser. Genom detta har avdelningen stärkt förutsättningarna för en mer rättssäker, kostnadseffektiv och likvärdig hantering av inköp.

Andra riskområden som uppmärksammats under året rör dokumentation i utredningar och insatser som rör barn och unga avseende hur barnets bästa samt risk- och skyddsfaktorer tydliggörs i beslutsunderlag. Brister inom detta område kan leda till minskad rättssäkerhet och svårigheter i uppföljning av insatser. Enhetschefer genomför stickprov av beslutsunderlag och ett aktivt arbete pågår på enheterna för att förbättra och höja kvaliteten i dokumentationen. Vidare har risker kopplade till screening av våld i nära relationer identifierats, särskilt avseende att våldsutsatta personer med långvarig kontakt med socialtjänsten riskerar att inte uppmärksammas. Även det vräkningsförebyggande arbetet har varit föremål för riskanalys, med fokus på att minska risken för att vräkningar som hade kunnat förebyggas ändå

verkställs.

I arbetet med att identifiera och värdera risker inför 2026 framgår sammantaget att bristfällig dokumentation fortsatt är ett återkommande riskområde inom flera delar av avdelningens verksamhet. Mot denna bakgrund kommer utveckling av dokumentation och ökad likvärdighet i arbetssätt att vara ett prioriterat område i det fortsatta kvalitets- och riskarbetet.

Avdelningen för äldre, 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 har under året arbetat med väsentlighets- och riskanalyser. Processer och oönskade händelser har identifierats, värderats och följts upp.

I de fall där oönskade händelser har haft ett högt riskvärde har processen överförs till internkontrollplan. Detta har skett inom två hemtjänstenheter under 2025, där riskerna har handlat om trygghetslarm, planering och arbetskort. Upprättade åtgärder har varit utökade och strukturerade uppföljningar och analys av verksamhetens kvalitet, ökad tydlighet i ansvar och rutiner samt åtgärder för en bättre förmåga att förebygga risker.

Årlig uppföljning processer

Förbättringsarbete

Uppföljning av åtgärder

Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

Åtgärder som gäller de egna verksamheterna och verksamhet som lämnats över till annan att bedriva har följts upp och till viss del dokumenterats i ILS.

Under året har det systematiska förbättringsarbetet med att identifiera, åtgärda samt att följa upp egenkontroller och synpunkter och klagomål samt andra avvikelser gett en bättre överblick med samlad dokumentation i ILS.

Förbättringsområden för kommande år

Individbaserad systematisk uppföljning (ISU)

Som en del av förbättringsarbetet under kommande år kommer Avdelningen för individ och familj och Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri att vidareutveckla arbetet med individbaserad systematisk uppföljning, ISU. ISU används för att följa upp individers problem, behov, insatser och resultat och sammanställa informationen på gruppnivå för att skapa kunskapsunderlag till verksamhetsutveckling. Genom ISU kan verksamheten få bättre insikt i vilka behov som finns, vilka insatser som ges och i vilken utsträckning insatserna leder till önskade resultat.

Under året har flera medarbetare och chefer genomgått utbildning i ISU, vilket skapat ökade förutsättningar för att arbeta mer strukturerat och kunskapsbaserat med uppföljning. Arbetet

med ISU förväntas på sikt bidra till ett mer systematiskt kvalitetsarbete genom att ge ett bättre faktaunderlag för utveckling av arbetssätt, stärka likvärdigheten i insatserna och säkerställa att verksamhetens insatser i högre grad utgår från brukarnas faktiska behov och upplevda nytta.

Avdelningen för individ och familj

För att tydliggöra vilka systematiska kvalitetsförbättringar som finns behov av har enheterna inom Avdelningen för individ och familj arbetat med att kartlägga och dokumentera sina processer i kvalitetsledningssystemet. Arbetet har inneburit att metoder för bedömning av egenkontroller, analys av resultat samt dokumentation och uppföljning av åtgärder har synliggjorts. Genom detta har förvaltningen fått en bättre överblick över verksamheternas arbetssätt och kunnat identifiera både förbättringsbehov och processer där ytterligare utveckling, innovation eller då egenkontroller visat risker i väsentliga processer som behöver föras över till väsentlighets- och riskanalys.

Avdelningen för äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

För att det ska bli tydligt vilka systematiska kvalitetsförbättringar som det finns behov av har alla enheter inom Avdelningen för äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri dokumenterat metod för bedömning av egenkontroller, resultat, åtgärder samt analys med efterföljande uppföljning i kvalitetsledningssystemet. Arbetet fortsätter med att förtydliga processer där det finns behov av nytänkande i enlighet med kvalitetsprogrammet. Det fortsatta arbetet följs upp i kvalitetsmöten tillsammans med strateg, verksamhetscontroller och chefer samt med täta uppföljningar i tertiärrapporter.