

Farsta stadsdelsnämnd

**Kvalitetsberättelse för socialtjänsten  
2019**

Farsta stadsdelsnämnd

## Innehållsförteckning

<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>Ansvar för kvalitetsarbetet.....</b>	<b>3</b>
<b>Beskrivning av kvalitetsarbetet.....</b>	<b>3</b>
Processledning.....	3
Förändringar i krav, mål eller lagstiftning.....	4
Dokumentstyrning och dokumentation av kvalitetsarbetet .....	4
Avvikelsehantering.....	5
<i>Sammanställning av klagomål, synpunkter och avvikelser .....</i>	<i>6</i>
Riskhantering .....	9
<i>Risikanalys.....</i>	<i>9</i>
Egenkontroll.....	19
<i>Egenkontroller 2019.....</i>	<i>20</i>
<b>Uppföljning och utvärdering.....</b>	<b>26</b>
Granskningar och revisioner .....	26
Brukarundersökningar .....	29
<b>Utveckling och förbättringar.....</b>	<b>29</b>
<b>Bedömning av det systematiska kvalitetsarbetet.....</b>	<b>30</b>
Status avseende åtgärder .....	30
Status avseende egenkontroll .....	30
<b>Utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet.....</b>	<b>30</b>

## 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.

## Ansvar för kvalitetsarbetet

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

### Förändringar i ansvar och befogenheter

Inga förändringar avseende ansvar och befogenheter för ledningssystemets roller har gjorts under 2019. En organisationsförändring har genomförts. Avdelningarna är nu organiserade efter målgrupp och verksamhetsområde: Individ- och familjeomsorg, Stöd och service till personer med funktionsnedsättning, Äldreomsorg, Förskola och Stadsutveckling.

För kvalitetsarbetet innebär detta att ansvar och ledning av processerna blir sammanhållet från initiering till avslut och processägandet blir tydligare jämfört med en beställar-utförarorganisering.

## 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

Inom den avdelning som tidigare var egen regi har enheterna arbetat med kompletteringar och utveckling av sina processer. Boendeenheterna för vård- och omsorg har kartlagt informationsbehovet och hantering av väsentlig dokumentation i sin huvudprocess.

Inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning har en kartläggning gjorts av processen för inflyttning i gruppboende där representant för LSS-hälsan deltog. Fokus i kartläggningen låg på att tydliggöra informationsflöde, ansvar och roller, för att säkerställa att nya

boende får god service, hälso- och sjukvård i hela processen. Biståndsbedömarna inom funktionsnedsättning har fortsatt sin processkartläggning, förenklat flödet och kompletterat med rutiner för moment där risker kunnat identifieras.

Inom HR-området har processer för introduktion av nyanställda kartlagts. Styr- och stöddokument för processen har inventerats och behov av utveckling för ett tydligare stöd till enhetscheferna har kartlagts. En god introduktion av nyanställda är av stor vikt för att upprätthålla kvalitet i socialtjänstens verksamheter.

Inom myndighetsutövningen avseende barn och ungdom har man kartlagt och analyserat processen för tjänsteutlåtanden avseende placeringar som ska beslutas av nämnden. Utredningsprocessen har justerats för att säkra mottagandet av nya anmälningar i existerande ärenden.

### **Processanalys**

Förvaltningens myndighetsutövning för barn och unga har under en lång period i likhet med staden i sin helhet och särskilt jämförbara stadsdelar, haft stora utmaningar. Vi har sett en hög ärendebelastning, familjer med stora och komplexa behov, hög personalomsättning, brist på erfarna utredare och en tilltagande kostnadsutveckling. Det har gjort det svårt att hitta vägar till att kunna behålla och utveckla sin personal och att utföra sitt uppdrag med hög kvalitet och en budget i balans. Med anledning av detta gjordes under våren en fördjupad processanalys som en del i ett uppdrag enligt förvaltningens "Slå Ring"-modell, där stödfunktioner inom HR, kvalitet och ekonomi på uppdrag av förvaltningsledningen undersökt verksamheten för att kunna ge enheten ett underlag som ur olika perspektiv belyser möjligheter och hinder.

Processen för att aktualisera, utreda och besluta om ärenden avseende barn och unga undersöktes i och analyserades med utgångspunkt i familjernas upplevelse, socialsekreterarnas arbetsflöde och med fokus på värdeskapande och kvalitet. I analysen framkom att brister i processen orsakade både onödigt långa väntetider för familjerna och en oförutsägbarhet i arbetsflödet för socialsekreterarna. Kritiska punkter i processen identifierades. Ett underlag med konkreta förslag för utveckling och förbättringar togs fram och arbetet med dessa åtgärder har påbörjats.

### **Förändringar i krav, mål eller lagstiftning**

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

### **Dokumentstyrning och dokumentation av kvalitetsarbetet**

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

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

### **Styr- och stöddokument**

Inom förvaltningens vård och omsorgsboenden finns ett behov av att inventera och granska sina styr- och stöddokument och skapa gemensamma rutiner för processer. Barn och unga har påbörjat en översyn av samtliga rutiner och en arbetsgrupp har utsetts. Arbete, integration och bistånd fortsätter sitt arbete med löpande justeringar i sitt sammanhållna styrdokument samt uppdateringar i rutinbanken/dokumentbiblioteket.

### **Dokumentation av kvalitetsarbetet**

Vad gäller dokumentation av kvalitetsarbetet har en stor del av årets arbete riktats mot att implementera en fullgod rapportering i ILS-webb. Det gäller särskilt riskanalys, egenkontroller och klagomåls- och avvikelshantering.

En rapportmall för planering av kvalitetsarbetet har utarbetats i ILS-webb: "Plan för systematiskt kvalitetsarbete", och enhetschefer har fått information och stöd i hur de ska använda den för att planera och följa upp sina egenkontroller och åtgärder. För att förbättra dokumentationen av kvalitetsarbetet har också patientsäkerhetsberättelsen utvecklats.

Rapportering och dokumentation av riskanalyser har förbättrats under 2019, liksom rapporteringen av klagomål och synpunkter. Arbete kvarstår med dokumentation av egenkontroller och åtgärder. Idag rapporteras och dokumenteras inte kontroller och åtgärder på ett sammanhållet och likvärdigt sätt.

### **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.

En utmaning under året har varit att få ihop en korrekt rapportering av klagomål, synpunkter och avvikelser där antal inrapporterade händelser överensstämmer i alla system. Exempelvis visar manuell sammanställning av de hälso- och sjukvårdsavvikelser som rapporterats och hanterats i VODOK på en högre siffra än vad som rapporterats in i ILS-webb (se tabeller nedan). Framsteg har gjorts i och med att en sammanhållen rapportering nu ändå görs, och användandet av systemet har ökat för varje år. Förhoppningen är att årets arbete med implementering av gemensamma rutiner gett bättre förutsättningar inför 2020.

## Sammanställning av klagomål, synpunkter och avvikelser

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

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall T3	Totalt 2019
Brukare eller vårdnadshavare ☞	14	15	19	48
Närstående (anhörig, god man etc.) ☞	12	9	4	25
Invånare ☞	3	2	0	5
Annan (t.ex. okänd) ☞	1	3	1	5
Inkommet via IVO, Skolinspektionen eller annan tillsynsmyndighet ☞	5	3	0	8
Medarbetare ☞	7	15	0	22
Tjänsteperson/annan myndighet ☞	4	4	0	8

### Vad gällde klagomålet, synpunkten eller avvikelserna?

De vanligaste klagomålen gäller bemötande, tätt följt av brister i rutiner och utförande av verksamhet. Förvaltningens vuxenhet har inför 2020 satt upp ett mål om att inga inkomna klagomål ska avse bemötande.

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall T3	Totalt 2019
Bemötande ☞	8	8	4	20
Brister i rutiner/utförande av insats eller verksamhet ☞	8	5	6	19
Utebliven/försenad insats eller aktivitet ☞	9	5	2	16
Tillgänglighet ☞	2	3	5	10
Kontinuitet (personal) ☞	2	0	0	2
Kompetens ☞	3	1	0	4
Brister i information (utebliven info, obegriplig info, etc.) ☞	5	2	11	18
Felaktigt beslut ☞	1	2	0	3

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall T3	Totalt 2019
Mat och måltider ☞	0	0	1	1
Den fysiska miljön ☞	1	2	2	5
Annat (ange vad i rapporteringsvyn) ☞	2	23	1	26
Klagomål som gäller hälso- och sjukvård ☞	0	0	0	0






### Avvikelser och incidenter

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall T3	Totalt 2019
Avvikelse HSL ☞	130	92	86	308*)
Vårdkedjeavvikelse ☞	10	5	0	15
Rapport Lex Sarah ☞	3	1	1	4
Avvikelse mot beställning ☞	0	0	0	0
Vårdskada ("Lex Maria") ☞	0	0	0	0
Personuppgiftsincident ☞	0	2	0	2
Övrigt ☞	0	0	0	0

### \*) Avvikelser HSL

Enhet	Fall	Läkeme- dels- hantering	Spec. Omvård- nad	Spec. Rehabili- tering	Trycksår	Vårdre- laterad infektion	Summa
Ängsö	26	12					38
Veckobo	4	13					17
Edö 1	92	39	0	0	0	0	131
Edö 2	69	24	0	0	0	0	93
Postiljonen 1	53	5	3	0	0	0	61
Postiljonen 2	9	5	1	0	0	0	15
<b>Summa</b>	<b>253</b>	<b>98</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>355</b>

## Återkoppling och åtgärder

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall T3	Totalt 2019
Antal klagomål där åtgärder eller förbättringar planerats och/eller genomförts i verksamheten. (Ange antal av typ i rapportera-vyn och skriv en kommentar i textfältet) 	18	13	12	43 st
Antal klagomål där återkoppling har lämnats till beställarenhet 	1	0	2	3 st
Antal klagomål där återkoppling har lämnats till brukare/vårdnadshavare 	52	44	28	124 st
Antal klagomål behandlade på APT 	24	20	24	68 st
Andel åtgärdade/besvarade klagomål (sammanfattat) 	100 %	94 %	100 %	100 %

## Beröm

**Dagverksamhet Edö** har fått beröm både från gäster och anhöriga

### Träff, sysselsättning och boendestödsenheten

Brukare med boendestöd har varit väldigt nöjd med de sommarvikarier som brukaren har träffat.

### Arbete, integration och bistånd

Beröm från klient som är nöjd med bra stöd och bemötande.

### Edö vård- och omsorgsboende 2

Det har kommit in muntligt beröm i samband med avdelningsfika eller vid anhörigsamtal med anhörigombud. Flera tackkort har också kommit in i samband med utflytt.

Beröm för god omvårdnad och bemötande.

Uppskattning för den sill-lunch som anordnades för ett antal boende. De boende och anhöriga var mycket nöjda.

Uppskattning från anhöriga efter ommöblering i det gemensamma vardagsrummet.

Beröm från son till boende som är glad över att modern mår så bra trots sin demenssjukdom.

Beröm från sjuksköterska till omvårdnadspersonal för bra omvårdnad och vård

Anhöriga som är mycket nöjda med bemötande, omvårdnad och boende

Tacksamhet och beröm för god omvårdnad och bemötande från anhöriga.

Beröm för god omvårdnad och palliativ vård.




## Frimärket

Beröm från brukare över gott stöd i samband med uppföljning och beröm från brukare över uppskattning för personalens fina stöd.

## Lingberga

Beröm från anhörig över fint bemötande och omhändertagande.

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall T3	Ack. utfall
Antal beröm 	25	60	134	219 st

## Riskhantering

Riskanalys 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.

Riskanalysen 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.

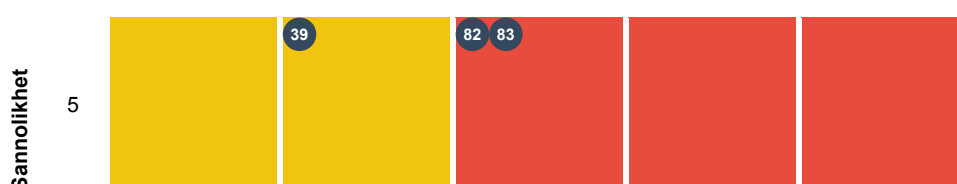
### Riskanalys

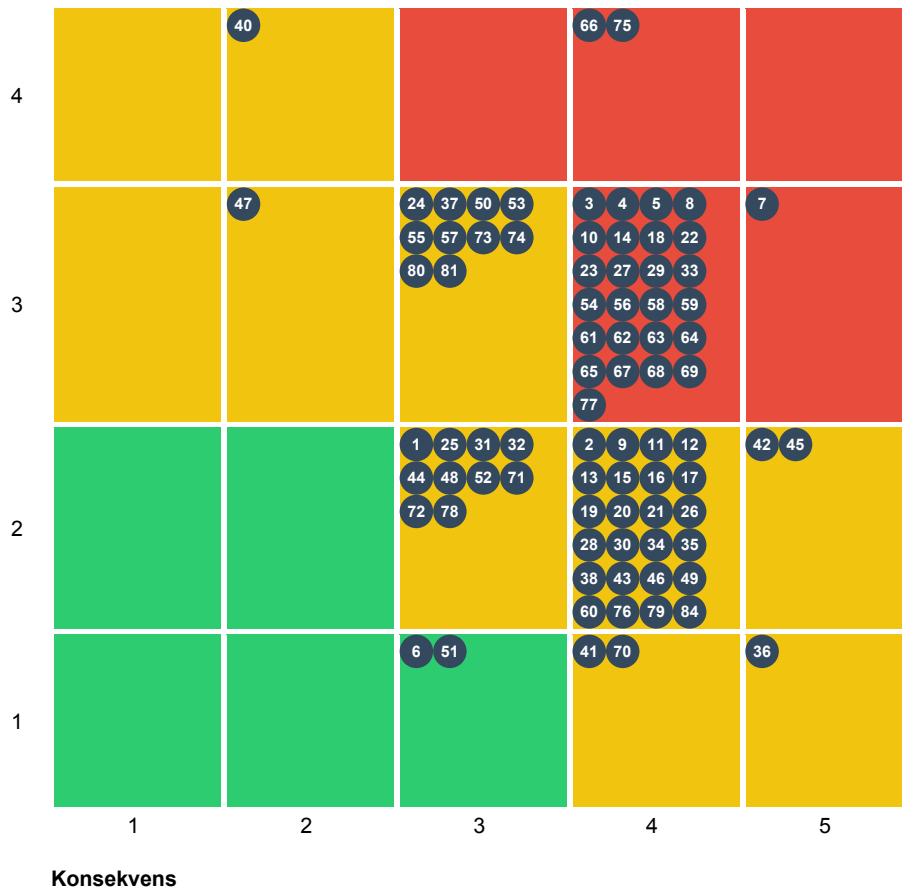
Under 2019 har alla enheter inom socialtjänsten genomfört strukturerade riskanalyser av sina huvudprocesser och väsentliga styr- och stödprocesser. Dessa riskanalyser och bedömningar har i enlighet med ledningssystemet aggregerats och sammanställts för att ligga till grund för prioritering av intern- och egenkontroller på alla nivåer.

För kvalitetsberättelsens rapportering av 2019 års riskhantering kommer detta dock inte att ge fullt utslag, eftersom de utgår från bedömningar gjorda i 2018 års kvalitetsplan, då genomförandet inte nådde upp till förväntningarna. Det innebär till exempel att alla åtgärder inte finns inrapporterade i systemet för höga risker. Alla risker med riskvärde på 12 eller över har dock hanterats och försetts med åtgärder inför kommande år.

## Riskanalys

### Riskmatris med tabell






























30 Kritisk 52 Medium 2 Låg Totalt: 84










Kritisk
Medium
Låg













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












Aktivitet	Nr	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Åtgärd
Fatta och formulera beslut i enskilda ärenden	1	■ Beslutsmotiveringar i enskilda ärenden saknas, är otillräckliga eller går inte att förstå.	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	6	
Lagra och arkivera information på ett lagligt, säkert och ändamålsenligt sätt	2	■ Dokumentation/handlingar förstörs, förvanskas, eller förloras	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	7	















	3	 <b>Personuppgiftsincident</b>	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Säkerställa behörigheter och sekretess	4	 <b>Obehöriga tar del av sekretessbelagd information</b>	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Skapa och använda register för uppföljning	5	 <b>Otillåten behandling av personuppgifter</b>	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Registrera och diarieföra information	6	 <b>Allmän handling registreras inte</b>	1. Osannolikt	3.Känbar	3	
Öppna hälso- och sjukvårdsjournal	7	 <b>Bristande journalföring inom hälso- och sjukvård</b>	3. Möjlig	4.Allvarlig	11	
Öppna utredning och journal i ärende enligt SoL och LSS	8	 <b>Bristande social dokumentation och journalföring</b>	2. Mindre sannolikt	3.Känbar	8	Finns i internkontrollplan
Använda arbetskläder och utrustning för god hygienisk standard	9	 <b>Risk för infektioner och smittspridning via kläder eller utrustning</b>	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	7	
Rengöring av arbetsytor, utrustning och hjälpmedel	9	 <b>Risk för infektioner och smittspridning via kläder eller utrustning</b>	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	7	
Säkerställa att allmänstädning görs enligt avtal	10	 <b>Oklar ansvarsfördelning kring uppföljning av avtal med extern utförare inom vård och omsorg</b>	3. Möjlig	4.Allvarlig	12	
Säkerställa medarbetares kunskap om och följsamhet till basala hygienrutiner		 <b>Risk för infektioner och smittspridning via kläder eller utrustning</b>	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	7	
Bedömning av förflyttningsstatus	11	 <b>Att förflyttningsbedömning inte görs medför risk att egna förmågor inte bibehålls</b>	2. Mindre sannolikt	3.Känbar	7	
Att ett palliativt skede bedöms	12	 <b>Utebliven bedömning medför risk för försämrat palliativt omhändertagande</b>	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	7	
Säkerställa ett värdigt slut	13	 <b>Obehag och lidande i livets slutskede</b>	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	

Att vidta förebyggande och behandlande åtgärder avseende munhälsa	14	 Brist på förebyggande eller behandlande åtgärder medför risker för ohälsa i munnen.	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	7	
Riskbedömningar munhälsa	15	 Utebliven eller brister i riskbedömning medför att den boende riskerar ohälsa i munnen	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	7	
Att följa upp vidtagna bedömningar och åtgärder	16	 Bedömningar och åtgärder för god nutrition följs inte upp	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	7	
Att vidta förebyggande och behandlande åtgärder för god nutrition	17	 Brister i måltid och måltidsmiljö gör att patienten inte äter	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	8	
	18	 Patienten utsätts för alltför lång fasta	3. Möjlig	3. Kännbar	8	
Riskbedömningar nutrition	19	 Utebliven eller bristande riskbedömning medför att den boende utsätts för risker att det individuella näringsbehovet inte tillfredsställs	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	6	
Att följa upp fallriskbedömning och åtgärder för att förebygga fall	20	 Utebliven uppföljning av fallriskbedömning	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	8	
Att förebygga fall och vidta behandlande åtgärder	21	 Brister i förebyggande eller behandlande åtgärder medför att den boende riskerar att falla	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	8	
Riskbedömningar fall	22	 Utebliven eller bristande riskbedömning medför att den boende utsätts för risker att falla	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	8	
Att följa upp vidtagna bedömningar och åtgärder avseende inkontinens/blåsdysfunktion	23	 Utebliven uppföljning av inkontinens	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	7	
Att vidta förebyggande och behandlande åtgärder mot inkontinens	24	 Förskrivning av felaktiga inkontinensskydd	3. Möjlig	3. Kännbar	8	
Utreda inkontinens	25	 Utebliven eller bristande inkontinensutredning	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	6	









Att följa upp utförda bedömningar och åtgärder kring trycksårsprevention	26	 Utebliven uppföljning av trycksår och trycksårsbedömning	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Att vidta förebyggande och behandlande åtgärder	27	 Brister i förebyggande eller behandlande åtgärder medför risk för trycksår	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Riskbedömningar trycksår	28	 Utebliven eller bristande bedömning medför risk för trycksår	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Rapportera och dokumentera klagomål, synpunkter, avvikelser och incidenter		Avvikelse, klagomål och synpunkter rapporteras inte i tillräcklig utsträckning	3. Möjlig			 Avslutad  <b>Information om krav, processer och rutiner för rapporteringsskyldighet varje år, samt vid nyanställning</b>
						 Avslutad <b>Rapportering som stående punkt på APT</b>
	29	 Rapporteringsskyldiga enligt lex Sarah har inte tillräcklig kunskap och information	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Vidta åtgärder vid avvikelser	30	 Omedelbara åtgärder vidtas inte och risker undanröjs inte omgående	1. Osannolikt	3.Kännbar	4	
Återkoppla analys och åtgärder vid avvikelser		Bristande återkoppling gör att misstag upprepas				
Fördela ärende och förbereda besök	31	 Det dröjer mer än två veckor innan tid för nybesök är bokad.	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6	
Genomföra första kontakten	32	 Brister i tillgänglighet och kontakt	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6	
















Genomföra nybesök och ta emot ansökan	33	 Sökande kan inte tillgodogöra sig informationen eller har svårt att följa instruktionerna	3. Möjlig	4.Allvarlig	12	Finns i internkontrollplan
	34	 Tillräckligt underlag saknas för att kunna göra en bedömning	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Bedöma behov av ekonomiskt bistånd	35	 Konsekvenser för barnet av beslut beaktas inte	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Upprätta förändringsplan		 Brister i överenskommelser och planering (Förändringsplan)	3. Möjlig	4.Allvarlig		 Avslutad Genomgång av manualen med alla medarbetare
Bevaka inkommande beställningar	36	 Att medborgare inte får den insats den är beviljad inom rimlig tid.	1. Osannolikt	5.Mycket allvarlig	5	
Rekrytera personal och bemanna schema	37	 Personal (personlig assistent) finns inte på plats	3. Möjlig	3.Känbar	9	
	38	 Felaktigt eller utebliven insats vid underbemanning	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	 Avslutad Ta fram policy som tydliggör förutsättningarna för att acceptera uppdrag
Göra hembesök för att ge stöd i det egna boendet	39	 Den enskilde avbokat eller avböjer besök trots att behov av stöd finns	5. Mycket sannolikt	2.Lindrig	10	 Avslutad Planering för avbokningar och kommunikation kring besök dokumenteras i genomförandeplanen.
						 Avslutad Planering för avbokningar och kommunikation kring besök dokumenteras i genomförandeplanen.
Beställa insatser		Missad beställning				







Ta emot ansökan om stöd för att kompensera funktionshinder	Ansökan tas inte emot eller kommer bort				 Avslutad  Börja dokumentera och föra statistik över inkommande ärenden	
					 Väntläge Upprätta rutiner för den tjänst som har mottagningsfunktion.	
	40	 Avsaknad av skriftlig ansökan	4	2	8	
Bedöma behov och matcha insats	41	 Omedelbart omhändertagande görs av person utan tillräckliga grunder	1. Osannolikt	4. Allvarlig	4	
	42	 Omedelbart omhändertagande görs inte trots fara för personens liv och hälsa	2. Mindre sannolikt	5. Mycket allvarlig	10	
Informera, motivera och erbjuda stöd	43	 Risk att ansökan inte görs på grund av bristande bemötande, motivationsarbete eller bedömning.	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	8	
Kartlägga och utreda (missbruk)	44	 Utredningen innehåller otillräcklig eller felaktig information	2. Mindre sannolikt	3. Känbar	6	
Ta emot och bedöma ansökningar och information (missbruk)	45	 Utredning inleds inte vid allvarliga missbruksproblem	2. Mindre sannolikt	5. Mycket allvarlig	10	
Bedöma barnets omedelbara situation avseende risker och skydd	46	 Felaktig eller ej gjord risk- och skyddsbedömning	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	8	
Bedöma och besluta om barnavårdsutredning ska inledas	47	 Beslut fattas inte inom 14 dagar från inkommen anmälan	3. Möjlig	2. Lindrig	6	 Avslutad  Mottagningen ska under 2019 följa upp förhandsbedömningstider och eventuella orsaker till sena beslut.

	48	 <b>Väsentlig information framkommer inte i anmälningsmötet</b>	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	6	
Ta emot ansökan om stöd eller anmälan om oro för barn	49	 <b>Anmälan tas inte emot eller missas</b>	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	8	 Avslutad  Säkerställa fungerande rutiner för inkommande post och postsortering
Avsluta insats	50	 <b>Bristande dokumentation av insatsens genomförande och resultat</b>	3. Möjlig	3. Kännbar	9	 Avslutad Ta fram rutiner för dokumentation och journalföring
Fördela uppdrag till öppenvårdsinsatser.	51	 <b>Felprioriteringar, felaktiga bedömningar eller bristande resurser förvärrar familjers situation.</b>	1. Osannolikt	3. Kännbar	3	
Genomföra samtal och aktiviteter enligt plan.	52	 <b>Felaktig matchning eller kompetens</b>	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	6	 Avslutad  Ta fram rutin för dialog med utredningsheten kring barn/ungdomar med omfattande behov.
	53	 <b>Risk för sekretessbrott</b>	3. Möjlig	3. Kännbar	9	
Erbjuda lämpligt jour- eller familjehem	54	 <b>Lämpligt jour- eller familjehem kan ej erbjudas barn i behov av placering.</b>	3. Möjlig	4. Allvarlig	12	
Inhämta och hantera omsorgsnycklar	55	 <b>Personal saknar nyckel och kan inte utföra insats eller komma in vid larm</b>	3. Möjlig	3. Kännbar	9	
	56	 <b>Personal saknar nyckel och kan inte utföra insats eller komma in vid larm</b>	3. Möjlig	4. Allvarlig	9	
Uppmärksamma förändringar i kundens behov av insatser	57	 <b>Kunden får inte rätt insats vid nytt eller förändrat behov</b>	3. Möjlig	3. Kännbar	8	
Upprättande av kundschema		<b>Fel vid upprättande av kundschema</b>				
Bedöma behov av hälso- och sjukvård	58	 <b>Den boende saknar ordination eller mediciner</b>	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	9	



Förbereda lägenhet	59	 Farlig eller olämplig möblering/inredning leder till fall, brand eller stöld	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	9	
Inhämta kunskap om den boende vid inflytt	60	 Felaktig eller otillräcklig information leder till att den boende inte får rätt vård och omsorg	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
	61	 Otillräcklig information vid akutplacering/ankomst utan beställning	3. Möjlig	4.Allvarlig	9	
Säkerställa en trygg miljö	62	 Den boende går vilse/avviker från boendet och utsätts för fara	3. Möjlig	4.Allvarlig	11	✓ Avslutad Förebyggande åtgärder: arbete med Nollvision.
	63	 Den boende skadar sig själv på grund av bristande kognitiv förmåga eller psykos	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	9	✓ Avslutad Förebyggande åtgärder för att minska risken för skador
Överföra information och rapportera mellan yrkesgrupper	64	 Bristande överrapportering leder till felaktiga insatser och den boende utsätts för lidande eller fara	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
	65	 Viktig information om brukares hälsa eller händelser som påverkar behovet av vård och service lämnas inte till aktuell personal.	2,6	3,6	9,4	
		Den boende får inte de hjälpmedel eller mediciner om ordinerats				
Resa mellan hem och verksamhet	66	 Gäst på dagverksamhet blir lämnad på fel plats eller långt ifrån dörren	4. Sannolikt	4.Allvarlig	16	⏸ Väntläge Avstämningarna med biståndsheten kring transportföretagets avtalsefterlevnad

	67	 Hämtning uteblir eller sker vid fel tid	3. Möjlig	4.Allvarlig	12	
Skriva och skicka beställning	68	 Information om trygghetslarm lämnas inte vid byte av utförare	3. Möjlig	4.Allvarlig	12	✓ Avslutad  Använd checklista/rutin för utförarbyte
Uppdatera genomförandeplan	69	 Förändringar i behov och önskemål dokumenteras inte	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	8	
Fastställa förvaltningsledningens lönestrategi	70	 Förvaltningsledningens prioriteringar genomförs inte	1. Osannolikt	4.Allvarlig	4	
	71	 Osäkerhet hos chefer och osund intern konkurrens	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6	
Fastställa ritning (förvaltningsledning)	72	 Avtal följs inte	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6	
	73	 Löneökningar ryms inte inom budget	3. Möjlig	3.Kännbar	9	
Genomföra medarbetarsamtal	74	 Medarbetarsamtal genomförs inte, eller genomförs inte enligt policy	3. Möjlig	3.Kännbar	9	
Göra ritning	75	 Fullständigt underlag saknas för att genomföra strategi och beräkna utfall	4. Sannolikt	4.Allvarlig	16	
Erbjuda återanställning	76	 Fel person erbjuds företräde	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Lägga upp varsellista så den är tillgänglig för enhetschefer	77	 Varsellista uppdateras inte	3. Möjlig	4.Allvarlig	12	
Lämna varsel	78	 Varsel lämnas inte	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5	
Registrera begäran om företräde till anställning	79	 Ansökan om företräde till anställning registreras inte	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8	
Följa upp upphandlade avtal		 Gäst på dagverksamhet blir lämnad på fel plats eller långt ifrån dörren	4. Sannolikt	4.Allvarlig	16	
	80	 Leverantör/Entreprenör utför eller levererar inte enligt avtal	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	7	

	81	 <b>Leverantörer fakturerar inte enligt avtal</b>	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	7	
	10	 <b>Oklar ansvarsfördelning kring uppföljning av avtal med extern utförare inom vård och omsorg</b>	3. Möjlig	4. Allvarlig	12	
<b>Inköp med First Card</b>	82	 <b>Inköp görs utanför avtal</b>	5. Mycket sannolikt	3. Kännbar	15	
		<b>Personliga inköp görs med First Card</b>				
<b>Kontrollera avtal vid behov av vara eller tjänst</b>	83	 <b>Otillåten direktupphandling</b>	5. Mycket sannolikt	3. Kännbar	15	
<b>Åtgärda budgetavvikelser inom uppdrag</b>	84	 <b>Underskott uppstår på grund av bristande eller uteblivna åtgärder</b>	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	7	 <b>Avslutad</b>  Processkartläggning av åtgärdsplanering vid befarade ekonomiska underskott

## 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.

Egenkontrollen kan innefatta följande moment:

- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister.
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser och resultat för andra verksamheter.
- Målgruppsundersökningar.
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation.
- Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- Analys av uppgifter från patientnämnder och inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

## Planering och genomförande av egenkontroll

Följande kontroller har planerats i verksamheterna. I kolumnen ”Bedömning” kan det stå antingen ”Godkänd”, vilket innebär att kontrollen är genomförd och godkänd enligt fastställda kriterier. Om det står en siffra i kolumnen visar det på antal enheter som har fått ett godkänt resultat. Det betyder alltså att fler än en enhet har planerat, genomfört och godkänts på kontrollen. De flesta egenkontroller saknar bedömning. Det betyder inte att den inte är genomförd, men något resultat har inte rapporterats i systemet. Systemanvändandet har varit otillräckligt under 2019.

## Egenkontroller 2019

### Förvara dokument och information

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Loggkontroll - användare		
Loggkontroll - journal		

### Lämna ut dokument och information

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av handlingar enligt rutin för utlämning		

### Registrera väsentliga uppgifter för statistik och uppföljning

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Personuppgiftsbehandlingar registreras, bedöms och följs upp i Drafit registerförteckning	11	

### Upprätta handlingar och dokumentera

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Personuppgiftsbehandlingar registreras, bedöms och följs upp i Drafit registerförteckning	11	
Kontroll av kvalitet på journalernas innehåll		
Loggkontroll	Godkänd	
Granskning av social dokumentation och journalföring		

### Att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Basala hygienrutiner	6	
Hygienrond		

### Att med läkemedel lindra eller bota sjukdomar.

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering		

### Att säkerställa ett gott palliativt skede

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av gjorda bedömningar i kvalitetsregister och hälso- och sjukvårdsjournal		
Registrering i Svenska palliativregistret		

### Att säkerställa god livskvalite vid demenssjukdom

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av gjorda bedömningar i kvalitetsregistret och i hälso- och sjukvårdsjournalen		

### Att säkerställa god munhälsa

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Registrering av riskbedömning munhälsa i Senior Alert		
Riskbedömning munhälsa	Godkänd	

### Att säkerställa god nutrition

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Egenkontroll Måltidsobservation		
Egenkontroll av nattfasta		
Registrering av riskbedömning nutrition i Senior Alert		
Riskbedömning nutrition		

### Att säkerställa trygga förflyttningar och därigenom minska risken för fall

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Registrering av fallriskbedömning i Senior Alert		
Riskbedömning fall	Godkänd	



### Att säkerställa utredning av inkontinens

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Registrering av bedömning blåsdysfunktion i Senior Alert		
Riskbedömning blåsdysfunktion/inkontinens	Godkänd	

### Förebygga att trycksår uppstår

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Registrering trycksårsbedömningar i Senior Alert		
Riskbedömning trycksår		


### Hantera avvikelser

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Årlig information om Lex Sarah (enligt lag)	Godkänd	
Kontroll av balanslistan för Lex Sarah		
Årlig sammanställning av rapporter och vidtagna åtgärder		
Återkoppling av klagomål, synpunkter och avvikelser, samt bedömning och åtgärder	6	
		 Avslutad Information om krav, processer och rutiner för rapporteringsskyldighet varje år, samt vid nyanställning
		 Avslutad Rapportering som stående punkt på APT

### Ta emot och bedöma ansökan om bistånd (Förhandsbedömning)


Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av informationsmaterial	Godkänd	

### Utreda och fatta beslut om ekonomiskt bistånd

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Uppföljning av förändringsplan	Ej godkänd	
		 Avslutad

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
		Genomgång av manualen med alla medarbetare



### Ge insatser i det egna hemmet eller där kunden för tillfället befinner sig. (Personligt stöd)

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Stickprover i Parasol		Administrationen loggar in minst två gånger i veckan för att se över inkommande beställningar samt har kontinuerlig uppsikt över mailen ifall att beställning kommer den vägen.
Uppföljning av klagomål/synpunkter/avvikelser		 Avslutad Ta fram policy som tydliggör förutsättningarna för att acceptera uppdrag


### Ge insatser i gruppbostad och dagverksamhet

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av medicinlistor och delegeringar.		
Observation av rutinföljsamhet		
Kontroll av individuella rutiners aktualitet		

### Ge insatser vid psykisk funktionsnedsättning

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Uppföljning av genomförandeplan		
		 Avslutad Planering för avbokningar och kommunikation kring besök dokumenteras i genomförandeplanen.
		 Avslutad Planering för avbokningar och kommunikation kring besök dokumenteras i genomförandeplanen.

### Utreda och bedöma behov av stöd för att kompensera funktionsnedsättning

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Uppföljning av DUR-utredningar		
Kontroll av enkätfrågor och klagomål/synpunkter gällande information		
		 Avslutad

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
		Börja dokumentera och föra statistik över inkommande ärenden
		🟡 Väntläge Upprätta rutiner för den tjänst som har mottagningsfunktion.

### Ge stöd och insatser vid missbruk

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Dokumentation inkommande information/förhandsbedömning		
Hantering av klagomål och synpunkter		
Kontroll av kvalitet och kommunikation av utredning		
Formulering av beslut att inleda/inte inleda utredning		
Genomgång av inkomna anmälningar om oro		


### Göra förhandsbedömning

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av bedömning och underlag vid beslut om utredning ska inledas eller ej		
Stickprovskontroll av risk- och skyddsbedömningar i utredningar		
Kontroll av mottagningens statistik över inkomna ärenden		✅ Avslutad Mottagningen ska under 2019 följa upp förhandsbedömningstider och eventuella orsaker till sena beslut.
Granskning av förhandsbedömningar		
		✅ Avslutad Säkerställa fungerande rutiner för inkommande post och postsortering

### Utföra öppenvårdsinsatser till barn, ungdomar och familjer enligt 4 kap 1§

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av dokumentation vid insatser för barn, ungdomar och familjer		
		✅ Avslutad





Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
		Ta fram rutiner för dokumentation och journalföring
		 Avslutad Ta fram rutin för dialog med utredningsenheten kring barn/ungdomar med omfattande behov.

### Planera och ge insatser i hemtjänst

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av att rutiner följs för nyckelskåpet och användningen av Axor-systemet		
Begäran av och kontroll av larmloggar		
Kontroll av avvikelser vid mottagning av beställningar.		
Kontroll av tid och insats i kundschema		


### Planera och genomföra insats i vård- och omsorgsboende

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av antal frakturer och avvikelser månadsvis	Godkänd	
		 Avslutad Förebyggande åtgärder: arbete med Nollvision.
		 Avslutad Förebyggande åtgärder för att minska risken för skador

### Planera och genomföra insatser i serviceboende

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Följa upp avvikelser i informationsöverföring		
Dokumentationsgranskning		

### Tillgodose äldres behov av meningsfull vardag

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av transportbeställning		 Väntläge Avstämningsmöten med biståndsenheten kring transportföretagets avtalsefterlevnad


## Utreda behov av äldreomsorg

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av synpunkter, klagomål och avvikelser gällande prioriteringar.		
Kontroll av synpunkter, klagomål och avvikelser gällande prioriteringar.		
Kontroll av avvikelser, klagomål, synpunkter		
Kontroll av avvikelser, klagomål, synpunkter		
		 Avslutad Använd checklista/rutin för utförarbyte

## Göra inköp och upphandlingar

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Dokumentation och hantering av avvikelser hos externa leverantörer/utförare		
Kontroll av avtal vid godkännande av faktura	Godkänd	
Kontroll av leverantörsfakturor inom avtalsområden		

## Identifiera och åtgärda ekonomiska avvikelser

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Åtgärdsplan vid befarat budgetunderskott	Godkänd	
		 Avslutad Processkartläggning av åtgärdsplanering vid befarade ekonomiska underskott

## 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

### Granskning av missbruksvården - IVO

I september 2018 inledde Inspektionen för vård och omsorg, IVO, en tillsyn av arbetet vid

Farsta stadsdelsförvaltnings vuxenhet med att ge stöd och hjälp till personer med alkohol- och drogmissbruk. Skälet till tillsynen var att IVO fått klagomål om att insatser avslutats utan att personen fått något fortsatt stöd samt att IVO vid tidigare tillsyn konstaterat brister i dokumentationen och planering av vården i samförstånd med den enskilde i ärenden rörande missbruk.

IVO ansåg utifrån tillsynen att nämnden behöver åtgärda vissa brister inom ett antal områden:

- Det uppsökande arbetet är otillräckligt.
- Klienter saknar kännedom om sin planering
- Socialsekreterarna saknar extern handledning
- Det pågår inget systematiskt värdegrundsarbete
- Det saknas aktuell överenskommelser om samverkan med andra myndigheter
- Det saknas analyser om varför antalet klienter minskat
- Det finns en underrapportering av klagomål
- Stockholms stads kvalitetsgaranti följs inte upp
- Nämndens mål om att öka andelen kvinnor som fullföljt insatser är inte kända av socialsekreterarna

Under 2019 har vuxenheten tagit fram och arbetat med en omfattande handlingsplan för att systematiskt åtgärda de identifierade bristerna. Genomförda åtgärder är:

- Extern professionell handledning är nu obligatoriskt för samtliga socialsekreterare.
- Enheten anlidade en extern utbildare inom professionellt medberoende för en heldags workshop.
- I enlighet med IVO's nya rekommendationer genomförs nu alltid en bedömning av behovet av uppsökande åtgärder vid samtliga oros- och LVM anmälningar.
- Enheten har tillgång till stadens uppsökarteam och enheten använder dem och skickar uppdrag vid behov.
- Enheten har tillgång till stadsdelens egna uppsökande funktion på offentliga platser inom stadsdelen.
- Enhetens sociala insatsgrupp (SIG) bedriver uppsökande verksamhet för unga vuxna.
- Samtliga klagomål som har inkommit till enheten är registrerade och hanterade enligt förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Förvaltningens kvalitetsstrateg har på enhetens APT informerat om syfte, mål och rutiner för klagomålshantering.
- Kvalitetsstrateg har tagit fram och spridit en ny folder till besökare och handläggare för att göra det enklare att lämna klagomål.
- Vuxenheten har tagit fram en värdegrund för sitt arbete och denna värdegrund har arbetats in i verksamhetsplanen för 2020.
- Enheten har analyserat varför antalet brukare minskade drastiskt.
- Enheten har genomgång vid ärendedragning på gruppnivå avseende kvinnors utsatthet och behov.
- Uppföljning av avslutade insatser sker dels genom att berörd brukare får lämna sina synpunkter på den beviljade insatsen när den avslutas, och dessa synpunkter journalförs. Brukaren tillfrågas även om förvaltningen får ta kontakt sex månader efter avslutad kontakt för att kunna följa upp eventuellt vidare behov.

## **Granskning av systematiskt kvalitetsarbete på Barn och ungdomsenheten - stadens revisorer**

Syftet med granskningen var att bedöma om ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. I granskningen framkom att enheten har en dokumenterad plan för egenkontroll, att rutiner för Lex Sarah, avvikelser, klagomål och synpunkter har fastställts av nämnd och att enheten vidtar åtgärder för att säkra kvaliteten utifrån inrapporterade avvikelser. Brister som identifierades var att granskning av personakter har inte gjorts under de senaste åren vid enheten trots att personaktsgranskning fanns i egenkontrollplanen, att rutiner för rapportering av incidenter och avvikelser inte är helt kända på enheten, samt att sammanställning och analys av avvikelser saknas. Man noterade också brister i information till nyanställda om lex Sarah, samt brister i delaktighet främst avseende återkoppling av kvalitetsarbetet.

Revisorerna lämnade följande rekommendationer:

- Utveckla hanteringen av avvikelser i syfte att säkerställa att alla avvikelser rapporteras och hanteras.
- Säkerställ att egenkontroll, i form av granskning av personakter, genomförs systematiskt.
- Säkerställ att personalen informeras om deras rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter och kommunfullmäktiges riktlinjer.
- Säkerställ att en dokumenterad analys av verksamhetens kvalitet, utifrån en sammanställning av riskanalys, samtliga avvikelser och egenkontroller, redovisas för nämnden.

Samtliga rekommendationer kommer att iakttas. Förbättringsarbete gällande avvikelshantering och systematisk egenkontroll är redan pågående. Enheten har säkerställt att lex Sarah-information lämnats. Kvalitetsberättelse för socialtjänsten kommer att lämnas som bilaga till verksamhetsberättelsen.

## **Granskning av stöd till enskild – Funktionsinspektörerna**

Inom myndighetsutövningen för socialpsykiatri gjordes en granskning gällande Helhetssyn och samordning av stödet till enskilda 18-30 år. Följande brister och utvecklingsområden identifierades:

- Få aktuella utredningar, aktuell DUR-utredning fanns bara i 28% av de granskade ärendena.
- Långsiktig planering saknas. Beslutstiderna är korta vilket innebär ökad administration och ökad oro och osäkerhet för brukaren. För försöks- och träningslägenhet fattas beslut varje månad.
- Barnrättsperspektiv och barnkonsekvensanalyser behöver utvecklas.
- Brister i dokumentation om SIP
- Den enskildes önskemål om sysselsättning behöver tillvaratas på ett bättre sätt
- Anhörigperspektiv och information om anhörigstöd behöver utvecklas
- Bevaka LSS-tillhörighet och rättigheter
- Korrekt dokumentation, tex korrekta beslutsdatum

Utifrån granskningen har verksamheten arbetat fram en handlingsplan för att på ett strukturerat sätt åtgärda identifierade brister och utvecklingsområden. Varje åtgärd har datum för uppföljning och ansvarig utsedd. Enheten har upprättat rutiner för barnkonsekvensanalys och implementering av arbetet är påbörjat med två utsedda medarbetare som har utökat ansvar för arbetsprocessen. Uppdatering av utredningar i pågående ärenden har påbörjats. Vid varje ny ansökan och vid uppföljning av pågående insats ska DUR-utredningen uppdateras.

Verksamheten planerar dock inte att göra beslut för längre perioder utan gör bedömningen att korta beslutstider kräver tätare uppföljning vilket då leder till högre kvalitet i insatserna och en rättsäker handläggning. Trots att beslutsperioderna ibland är av kortare karaktär ska det finnas en långsiktighet i planeringen. De korta beslutstiderna för tränings- och försökslägenheter syftar enligt handlingsplanen till att säkerställa att insatsen är rätt och vid behov kunna erbjuda annat stöd eller annan lämplig boendeform.

## **Brukarundersökningar**

Inom enheten Arbete, integration och bistånd har djupintervjuer med brukare genomförts för att få en bättre förståelse för hur kontakten med förvaltningen upplevs. Analys av dessa intervjuer pågår.

## **Utveckling och förbättringar**

Enheten för Arbete, integration och bistånd har under året fortsatt arbeta utifrån den befintliga strukturen för systematisk kvalitetsutveckling genom processråd och förbättringsförslag. Enheten tar på så sätt tillvara på innovativa idéer från enhetens medarbetare som fortlöpande skickar in förbättringsförslag. Under 2019 har 91 st förbättringsförslag skickats in av enhetens medarbetare och 79 av dessa föreslagna förbättringar är genomförda. Arbetet med processråd och förbättringsförslag har skapat ett engagemang och ansvarstagande hos enhetens medarbetare som är med och bidrar till verksamhetens utveckling.

Enheten har även under året använt den återkoppling som gavs av examinatorerna i förra årets kvalitetsutmärkelse kring analysarbete i syfte att utveckla enhetens bidrag inför nästa år då enheten återigen är med och tävlar i stadens kvalitetsutmärkelse.

Inom äldreomsorgen har demensvården utvecklats genom utbildningen Stjärnmärkt.

Barn och ungdomsenheten har utifrån den fördjupade process- och verksamhetsanalysen arbetat med att förenkla sina mål, definiera sitt uppdrag och skapa en tydlig röd tråd från övergripande mål till vad man konkret ska åstadkomma för barnen och ungdomarna. Detta avspeglas i verksamhetsplanen för 2020. Man har identifierat uppföljningsbara nyckeltal och resultat som visar på om värde skapas utifrån de övergripande målen (som tex ökad föräldraförmåga, trygga unga och en positiv förändring i familjen).

Inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning har man arbetat med att utveckla tillgänglighet och delaktighet för brukarna genom nya och bättre sätt att kommunicera. Metoden AKK (alternativ kompletterande kommunikation) har införts på biståndsenheten, vilket innebär att kunna använda verktyg som samtalsmattor, bildstöd, smartphones och I pads i kommunikationen med den enskilde. Även medarbetare på Farstas grupp- och servicebostäder

har utvecklat sin kompetens inom denna metod.

Inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning har ett arbete påbörjats med att införa det pedagogiska ramverket, vilket alla verksamheter kommer att börja arbeta med.

Vuxenheten har upprättat en värdegrund för sitt arbete och integrerat den i verksamhetsplan för 2020. De har också satt ett mål om att inga klagomål som inkommer ska avse bemötande. Deras arbetssätt kommer att följas upp för att se om de är framgångsrika och kan spridas.

## **Bedömning av det systematiska kvalitetsarbetet**

### **Status avseende åtgärder**

Verksamheternas arbete med att förebygga och åtgärda brister är svårt att bedöma, då rapportering i systemet inte ännu implementerats fullt ut. Årets arbete med att stödja cheferna i att göra riskanalyser och upprätta kvalitetsplanering har dock skapat bättre förutsättningar för ett dokumenterat systematiskt förbättringsarbete under 2020.

### **Status avseende egenkontroll**

Egenkontroller utförs, men rapporteras och dokumenteras inte fullt ut enligt ledningssystemet. Det är stora skillnader mellan olika verksamheter. Inom tidigare avdelning för egen regi har ett strukturerat arbete genomförts med tydligt stöd och uppföljning, och implementeringen av systemet har kommit längst inom dessa enheter.

## **Utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet**

Inför 2019 föreslogs åtgärder och utveckling bland annat för:

- Uppföljning och stöd till enhetscheferna i risk- och händelseanalyser.
- Utveckling av ett systematiskt genomförande av egenkontrollsplaner.
- Implementera kvalitetsledningssystemets former för att systematiskt använda avvikelser i det övergripande förbättringsarbetet och verksamhetsplaneringen.

Dessa åtgärder kan sägas vara genomförda och ha fått resultat. Implementeringen av systematisk riskanalys, åtgärdsplanering och egenkontroll har gjort stora framsteg under 2019. Inför 2020 hade samtliga enheter inom socialtjänsten analyserat och bedömt riskerna i sin verksamhet, planerat egenkontroller och även åtgärder för de områden där riskerna var störst.

Klagomål och synpunkter rapporteras och redovisas i betydligt högre utsträckning idag än tidigare år och redovisningen sker strukturerat. Fokus ligger dock fortfarande på den omedelbara hanteringen, där man besvarar klagomål och åtgärdar fel med ett kortsiktigt perspektiv. En fortsatt utveckling av strategisk klagomåls- och synpunktshantering behövs.

Kvalitetsledning ska vara proaktiv, och för att kunna säkerställa en god kvalitet och undvika att kvalitetsbrister uppstår måste systemet och organisationen kunna hantera signaler om risker och snabbt svara med åtgärder och processförbättringar. Organisationen kring kvalitetsarbetet har utvecklats under 2019. Intern- och egenkontroller sammanställs, följs upp och redovisas på avdelnings- eller förvaltningsledning. Cheferna för de nybildade avdelningarna för äldreomsorg, funktionsnedsättning och individ- och familjeomsorg har varit tydligare med att

efterfråga resultat och underlag från enheterna. Stödfunktionernas uppdrag att följa upp har tydliggjorts. Detta har gjort att sannolikheten för att risker kan ha påtalats både i granskningar och i enheternas riskanalyser, för att sedan komma in som en faktisk händelse i en lex Sarah-rapport, bedöms ha sjunkit.

Systemanvändandet har ökat avsevärt under 2019, men behöver fortfarande stödjas.

**Förslag på åtgärder och utvecklingsområden:**

Fokus under 2020 bör ligga på implementering av rutiner för genomförande och rapportering av egenkontroller och planering av åtgärder.

En gemensam mall/blankett för dokumentation av egenkontroller skulle underlätta dokumentation och uppföljning.

Öka systemanvändandet genom regelbunden information och uppföljning i respektive ledningsgrupp.

Samordna en gemensam inventering och kvalitetssäkring av styr och stöddokument för verksamhetsområden som arbetar med samma processer. Ett prioriterat område är förvaltningens vård- och omsorgsboenden.