

**Handläggare:**  
Charlotte Sundvall

**Till**  
Farsta stadsdelsnämnd

Farsta stadsdelsnämnd

## **Kvalitetsberättelse**

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>Ansvar för kvalitetsarbetet</b> .....	<b>3</b>
<b>Beskrivning av kvalitetsarbetet</b> .....	<b>4</b>
Processledning .....	4
Förändringar i krav, mål eller lagstiftning .....	4
Dokumentstyrning och dokumentation av kvalitetsarbetet .....	4
Avvikelsehantering .....	5
<i>Klagomål, synpunkter och avvikelser (inklusive Lex Sarah)</i> .....	7
Riskhantering .....	9
Egenkontroll .....	10
<b>Uppföljning och utvärdering</b> .....	<b>10</b>
Granskningar och revisioner .....	10
Brukarundersökningar .....	11
Andra genomförda uppföljningar och utvärderingar .....	13
<b>Utveckling och förbättringar</b> .....	<b>13</b>
<b>Bedömning av det systematiska kvalitetsarbetet</b> .....	<b>15</b>
Status avseende åtgärder .....	15
Status avseende egenkontroll .....	16
Sårbarheter och omständigheter som kan påverka kvalitetsarbetet .....	16
Bedömning av krav- och måluppfyllelse samt lagefterlevnad .....	16
<i>Bilaga 1 Riskanalys 2023</i> .....	18
<i>Bilaga 2 Redovisning av egenkontroll</i> .....	35

## 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**

Inga förändringar av ansvar har genomförts under året.

## **Beskrivning av kvalitetsarbetet**

### **Processledning**

Det systematiska kvalitetsarbetet ska enligt SOSFS 2011:9 utgå från verksamhetens väsentliga processer. Som väsentliga processer definierar nämnden 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 2023 har nämnden tagit in ett nytt verksamhetssystem för processkartläggning. Implementeringen har dock inte skett ute i verksamheterna ännu utan är i en process att informationsklassa innan det kan drifställas. Alla enheter har dock kartlagda och uppdaterade processer som de arbetar med.

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

I samband med kommunalvalet 2022 blev det majoritetsskifte i Stockholms stad vilket medförde en ny politisk inriktning och delvis förändrade inriktnings- och verksamhetsmål för verksamheten. Under året har det också skett lagändringar inom lagen om anställningsskydd (LAS) i syfte att minska andelen visstidsanställningar, samt införts nya regler om dygnsvila. Det är dock svårt att i dagsläget bedöma hur det påverkat kvalitetsarbetet.

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

Nämnden planerar inför en ny socialtjänstlag, SoL, som väntas beslutas under 2024 i enlighet med den tidigare statliga utredningens slutbetänkande *Hållbar socialtjänst*. Socialtjänsten ska övergå till att bevilja fler insatser utan individuell behovsprövning och måste börja identifiera vilka grupper av individer som är i störst behov av socialtjänstens tidiga insatser utan individuell behovsprövning och öka kunskap om vilka behov av tidigt stöd som identifierade grupper har, utifrån vad som är möjligt enligt förslaget till ny socialtjänstlag. Utvecklingsarbetet leds centralt av socialnämnden.

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

Styrning av dokument är att sätta upp regler och definitioner för hur dokument ska upprättas, revideras och förvaras. Dokumentstyrning är en grundförutsättning för systematiskt kvalitetsarbete och processbaserad verksamhetsutveckling. Farstas ledningssystem för systematiskt

kvalitetsarbete omfattar ett dokumentbibliotek som finns tillgängligt via intranätet för alla anställda, samt en rutin för hantering och upprättande av styr- och stöddokument. Ett aktivt användande av dokumentbiblioteket samt följsamhet mot rutinen ska säkerställa att dokument som är väsentliga för att upprätthålla arbetssätt som främjar en hög kvalitet, är aktuella, legitima och tillgängliga för alla som behöver dem.

Kvalitetsarbetet ska också dokumenteras. Det innebär att avvikelshantering, riskanalyser, egenkontroller, åtgärder och utfallet av dessa, ska göras skriftligen. Dokumentationen ska kunna hämtas in 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**

Under året har verksamheterna gått igenom och uppdaterat rutiner för att säkerställa att de är korrekta. Inom avdelningen äldreomsorg har ett flertal rutiner reviderats bland annat utifrån verksamhetsuppföljningens återkoppling.

Avdelningen individ- och familjeomsorg har infört en ny rutin för arbete med personer med hög hotbild samt en ny rutin för ökad intern samverkan mellan enheter inom socialtjänsten i gemensamma ärenden.

På förvaltningsövergripande nivå har flera nya styrdokument kommit till med fokus på framför allt informationssäkerhet. Under 2023 har intern kontroll visat på ett behov av att se över befintlig rutin för enheternas hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser. En revidering av aktuellt dokument planeras under början av 2024.

### **Dokumentation av kvalitetsarbetet**

Vad gäller dokumentation av kvalitetsarbetet har en stor del av arbetet under 2023 liksom tidigare år riktats mot att implementera en fullgod rapportering i ILS-webb avseende riskanalys, egenkontroller och klagomåls- och avvikelshanteringen. Rapportering och dokumentation av riskanalyser har förbättrats, men egenkontroller, analys av klagomål, synpunkter och avvikelser och planerade åtgärder dokumenteras inte på ett sammanhållet och likvärdigt sätt.

De flesta enheter redovisar en sammanställning av sina klagomål, synpunkter och avvikelser. Det som inte dokumenteras är analys av dessa. För att kunna använda synpunkter och avvikelser för att strategiskt förbättra arbetet behöver analysarbetet förbättras inom samtliga verksamheter. Under 2023 genomfördes en gemensam workshop om riskanalys för alla enhetschefer. Det resulterade i en förbättrad samverkan mellan enhetschefer som ledde till en ökad likvärdighet i bedömning av risker.

### **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.

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 upptäckts och påtalas av anställda i verksamheterna.

För att kunna säkerställa en god kvalitet och undvika att kvalitetsbrister uppstår måste organisationen kunna hantera signaler om risker och snabbt svara med åtgärder och processförbättringar. Utifrån årets rapportering går det att utläsa att klagomål och synpunkter systematiskt dokumenteras, utreds i nödvändig utsträckning, bedöms, åtgärdas och återkopplas till den som klagat eller haft synpunkter.

För att synpunkter och avvikelser ska kunna användas för att strategiskt förbättra arbetet behöver analysarbetet förbättras inom samtliga verksamheter, det vill säga att ett resonemang förs och dokumenteras kring orsaker, trender och mönster i inkomna avvikelser och klagomål. Inom äldreomsorgen tas avvikelser/klagomål/synpunkter upp som en stående punkt på APT.

En intern granskning som genomförts under året konstaterade att det skiljer sig mycket mellan de olika verksamheterna och hur de arbetar med redovisning och återföring av synpunkter, klagomål och avvikelser. Kontrollen visade att befintlig rutin behöver revideras i syfte att förtydliga hur det ska dokumenteras, redovisas och analyseras. Parallellt med det arbetet pågår också en översyn av nämndens rutin av Lex Sarah. Revideringen är framför allt motiverad utifrån att den inte uppdaterats på några år men också en vilja att synliggöra frågorna mer.

Äldreomsorgens enheter arbetar aktivt för en ökad förståelse bland medarbetarna för hur avvikelser på ett strukturerat sätt kan bidra till att uppmärksamma det som behöver förbättras inom verksamheten. En ökad förståelse är en förutsättning för en bättre följsamhet till fastställda rutiner gällande hantering av avvikelser. Inom vård- och omsorgsboenden finns också kvalitetsråd där synpunkter, klagomål och avvikelser månatligen tas upp för diskussion men också på rapporter och team-möten för att få spridning och använda sig av allas kunskaper.

En stående utmaning är att få ihop en korrekt rapportering av klagomål, synpunkter och avvikelser där antal inrapporterade händelser överensstämmer i alla system. Framsteg har gjorts i och med att en sammanhållen rapportering nu ändå görs, och användandet av systemet har ökat för varje år.

## **Lex Sarah och Lex Maria**

### **Lex Sarah**

Under året har sammanlagt sju lex Sarah-rapporter inkommit och utretts. Rapporterna har inkommit från beställarenhet äldre, enheterna barn och ungdom samt från utförarenheter inom LSS och SoL. Anmälningarna har berört följande områden: brister i kommunikation och informationsöverföring, brister i bemötande, brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande samt beslut som inte har fattats inom skälig tid. Ingen av utredningarna bedömdes vara ett allvarligt missförhållande.

### **Lex Maria**

En händelse som inträffade i november 2022 har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria under 2023. Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR bedömde att de åtgärder som enheten och sjuksköterskejouren planerade och genomförde i samband med utredningen var adekvata och minskade risken för upprepning. IVO delar uppfattningen och har avslutat ärendet.

## Övrigt avseende avvikelshantering

Arbetet med en välfungerande avvikelseprocess har fortlöpt, och den förbättring i analyserna som kunde ses föregående år kvarstår. Verksamhetschefer hälso- och sjukvård (HSL) bedöms ha mycket god kunskap om sina enheters hälso- och sjukvårdsavvikelser, och avvikelserna analyseras generellt sett snabbare än föregående år, särskilt tydligt är det vid fall som sker på jourtid. Även i år har nämnden bjudit in medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, för en genomgång, denna gång med fokus på avvikelseprocessens delar och nämndens ansvar.

## Klagomål, synpunkter och avvikelser (inklusive Lex Sarah)

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

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall VB	Ack. utfall
<b>Brukare eller vårdnadshavare</b>	91	71	71	228 st
<b>Närstående (anhörig, god man etc.)</b>	12	30	18	55 st
<b>Invånare</b>	6	1	3	10 st
<b>Annan (t.ex. okänd)</b>	0	3	3	6 st
<b>Inkommet via IVO eller annan tillsynsmyndighet</b>	2	1	0	3 st
<b>Medarbetare</b>	33	31	23	87 st
<b>Tjänsteperson/annan myndighet</b>				

## Vad gällde klagomålet, synpunkten eller avvikelserna?

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall VB	Ack. utfall
Bemötande	28	36	20	79 st
Brister i rutiner/utförande av insats eller verksamhet	36	29	18	83 st
Utebliven/förseiad insats eller aktivitet	6	4	5	15 st
Tillgänglighet	5	22	10	37 st
Kontinuitet (personal)	7	10	12	29 st
Bemanning	10	11	16	37 st
Kompetens	14	1	9	24 st
Brister i information (utebliven info, obegriplig info, etc.)	13	16	14	43 st
Felaktigt beslut	0	4	6	10 st
Mat och måltider	11	4	0	15 st
Den fysiska miljön	10	12	0	22 st
Annat (ange vad i rapporteringssyn)	8	6	8	22 st
Klagomål som gäller hälso- och sjukvård	1	2		3 st
Teknik, verksamhetssystem och IT-relaterade frågor	9	7	5	21 st

## Avvikelse och incidenter

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall VB	Ack. utfall
Avvikelse HSL	170	146	162	478 st
Vårdkedjeavvikelse	12	3	6	21 st
Rapport Lex Sarah	1	1	1	3 st
Antal anmälningar Lex Sarah	2	0	0	2 st
Incident barn i förskoleverksamhet	27	16	22	65 st
Avvikelse mot beställning	3	2	5	10 st
Vårdskada	1	3	0	4 st
Personuppgiftsincident	4	1	3	8 st
Övrigt	19	18	7	44 st
Lex Maria	0	0	0	0 st

## Vilken återkoppling och vilka åtgärder har gjorts?

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall VB	Ack. utfall
--------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	-------------





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)	200	112	46	358 st
Antal klagomål där återkoppling har lämnats till beställarenhet	1	13	22	36 st
Antal klagomål där återkoppling har lämnats till brukare/vårdnadshavare	83	127	75	285 st
Antal klagomål behandlade på APT	73	76	53	202 st
Andel åtgärdade/besvarade klagomål (sammanfatta tertialvis)	26%	25%	100%	100%

## Beröm

Klagomål/synpunkter/kategorier	Periodens Utfall T1	Periodens Utfall T2	Periodens Utfall VB	Ack. utfall
Antal beröm	83	97	71	250 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 processkartläggningsarbetet. För varje aktivitet görs en bedömning om det finns risk att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra kvalitetsbrister. För varje sådan händelse görs en uppskattning av sannolikheten att den skulle inträffa och en bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden. Ett viktigt underlag för bedömningen är analys av avvikelser och klagomål.

Riskanalysen sammanställs i en matris med tillhörande processlista, se bilaga 1 (sid 18 i detta dokument)

### Riskanalys

De största riskerna som identifierats 2023 är:

#### Avdelningen för individ- och familjeomsorg

- Bristande eller ej gjord risk- och skyddsbedömning
- Bristande dokumentation av insatsens genomförande och resultat
- Insats misslyckas, avbryts eller ger otillräckliga resultat
- Bristande motivationsarbete med familjen

#### Avdelningen för äldreomsorg

- Brukare får inte rätt insats eller beslutad insats uteblir
- Saknade eller inkorrekta uppgifter i beställningen

- Våld i nära relation upptäckts inte

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

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

I bilaga 2 (sid 35 i detta dokument) finns en förteckning över de egenkontroller som genomförts under 2023.

## 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

### IVO-tillsyn

I månadsskiftet januari-februari 2023 genomförde Inspektionen för vård och omsorg, IVO, en inspektion vid stadsdelsnämndens tre boenden. Inspektionen var en del av den nationella tillsynen av medicinsk vård och behandling på särskilt boende för äldre, SÄBO, detta mot bakgrund av att IVO under covid-19-pandemin fick indikationer på ökade patientsäkerhetsrisker i SÄBO.

I tillsynen ingick SÄBO i 283 kommuner och ett antal stadsdelar. Tillsynen visar att samtliga granskade kommuner i ett eller fler avseenden har brister och IVO har i tillsynsbesluten krävt att huvudmännen ska återredovisa hur man avser åtgärda dessa. Nämnden har under hela tillsynen nogga följt delresultat på nationell nivå och baserat på dem genomfört egenkontroller och i vissa fall åtgärder.

De brister som IVO lyfte i samband med inspektionen av nämndens verksamheter var redan identifierade, och hade pågående eller planerade åtgärder. Efter nämndens återredovisning beslutade IVO att avsluta ärendet, med hänvisning till att nämnden har genomfört tillfredställande åtgärder.

Under 2022 och 2023 genomförde stadens funktionshinders- respektive socialtjänstinspektörer granskningar inom socialtjänsten med fokus på bland annat ledsagning och våld i nära relationer. Resultaten av granskningarna har under januari presenterats för förvaltningen och i kvalitetsgranskningen av våld i nära relationer lyftes samverkan som ett utvecklingsområde.

Det är ett arbete som redan påbörjat och under hösten 2023 togs en avdelningsövergripande rutin fram gemensamt om intern samverkan. Granskningen av ledsagning lyfte flera goda exempel från Farstas stadsdelsnämnds arbete. I syfte att berätta om hur enheten gör individuella bedömningar och hur man kommer fram till, samt motiverar tidsomfattning, beslut så blev representanter från beställarenheten för funktionsnedsättning under våren inbjudna till funktionshinderinspektörernas spridningskonferens. Enheten har under året byggt vidare på granskningen och påbörjat ett eget arbete med att granska samtliga ledsagningsbeslut.

## **Brukarundersökningar**

Stockholms stad utvärderar regelbundet insatser och service till invånarna genom brukarenkäter.

Socialstyrelsen genomför den årliga undersökningen ”*Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*” i hela landet som ligger till grund för äldreomsorgens brukarundersökningar.

### **Vård- och omsorgsboende**

Nationellt svarade totalt 32 963 personer på årets enkät för äldre inom särskilt boende, enligt Socialstyrelsens uppgifter, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 45,3 procent. Enligt Socialstyrelsens uppgifter var undersökningens svarsfrekvens mellan 40-60 procent för Postiljonen och Edö, och 60-80 procent för Ängsö. Sammantaget var 76 procent av de svarande kvinnor och 24 procent män. Av andelen respondenter som är 80 år och uppåt är kvinnorna i majoritet. Däremot är männen i majoritet bland respondenterna som är mellan 65 och 79 år.

Resultatet av 2023 års undersökning avseende vård- och omsorgsboenden i egen regi visar att visar att en hög andel av de svarande är nöjda och trygga med sitt boende samt att de har stort förtroende för personalen. Identifierade utvecklingsområden för samtliga vård- och omsorgsboenden är måltidssituationen, aktiviteter samt vart man ska vända sig med synpunkter och klagomål. Vidare skiljer sig resultatet åt i vissa frågor mellan enheterna vilket medfört att de i sina åtgärds- och handlingsplaner delvis fokuserar på olika områden. Resultatet används som en del i nämndens systematiska kvalitetsarbete och handlings- och åtgärdsplaner utarbetas.

En stor andel av de svarande uppger att de är nöjda och trygga med sitt boende samt att de har stort förtroende för personalen. Brukarundersökningens resultat används som en del i nämndens systematiska kvalitetsarbete och enheterna utarbetar handlings- och åtgärdsplaner. Utvecklingsområden som identifierats av samtliga vård- och omsorgsboenden och kommer att följas upp av enheterna separat är aktiviteter, måltidssituationen samt vart man vänder sig med synpunkter och klagomål. Liksom i föregående års undersökning visar årets resultat vissa skillnader mellan män och kvinnor vad gäller den generella nöjdheten. Män är generellt sett mindre nöjda än kvinnor. Enheternas åtgärdsplaner kommer att fokusera på att identifiera vad dessa skillnader beror på och hur de kan åtgärdas. Identifierade jämställdhetsutmaningar är också att andra principer än majoritetsprinciper behöver användas för att garantera ett inkluderande och jämställt perspektiv.

### **Hemtjänst**

Nationellt svarade totalt 83 150 personer på årets enkät för äldre med hemtjänst, enligt Socialstyrelsens uppgifter, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 57,8 procent.

Undersökningens resultat för hemtjänst i egen regi visar att kunderna i hög utsträckning känner förtroende för den kommunala hemtjänstens personal och tycker att de blir bemötta på ett

bra sätt. I flera frågor skiljer sig resultatet åt mellan enheterna vilket gör att de i sina åtgärds- och handlingsplaner kommer att fokusera på olika områden. Undersökningen för år 2023 visar sammantaget att kunderna har ett stort förtroende för och blir bemötta på ett bra sätt av den kommunala hemtjänsten. I årets brukarundersökning skiljer sig resultatet åt inom flera områden mellan de två hemtjänstenheterna. För enheten Farsta hemtjänst Centrum är kunderna genomgående mer nöjda inom alla områden än genomsnittet av stadens hemtjänstkunder. Inom enheten Farsta hemtjänst Norra finns däremot flera utvecklingsområden där resultatet inte når upp till genomsnittet i staden. Enheterna analyserar sina resultat var för sig men har ett nära samarbete för att gemensamt utveckla den kommunala hemtjänsten i Farsta. Resultatet redovisas för män respektive kvinnor. Inga nämnvärda skillnader har identifierats på en övergripande nivå. Varje hemtjänstenhet analyserar det enhetsspecifika resultatet och eventuella åtgärder ingår som en del i den handlingsplan som tas fram.

### **Dagverksamhet**

Årets undersökning visar liksom tidigare år att Edö dagverksamhet driver en verksamhet som brukarna är nöjda och trygga med. Även i år har verksamheten, i princip genomgående, ett bättre

resultat jämfört med stadens övergripande resultat. Allra bäst resultat ses inom kategorin personal och förhållningssätt där samtliga svarande upplever att personalens förhållningssätt är bra och att de får ett gott bemötande.

### **Socialpsykiatri och funktionsnedsättning**

Stadsdelsövergripande brukarundersökningar genomfördes inom området socialpsykiatri och funktionsnedsättning under 2023. Utfallet kom sent på året och berörda verksamheter har börjat analyserat resultaten för att identifiera områden som behöver utvecklas, ett arbete som sker i dialog med brukarna.

## **Andra genomförda uppföljningar och utvärderingar**

Verksamhetsuppföljningar

### **Uppföljning av boendestödsenheten**

Avdelningen för individ- och familjeomsorg har genomfört en uppföljning av boendestödsenheten som riktar sig till personer med psykisk ohälsa, neuropsykiatriska diagnoser och missbruk. Uppföljning har även gjorts av de dagliga sysselsättningarna IKIGAJ, STUDIO.it, Kryddgården och Peppargården, som riktar sig främst till personer med psykiatrisk och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Bedömningen är att verksamheterna uppfyller de krav som ställs för att kunna ge stöd, service och omvårdnad av god kvalitet. Den sammantagna bedömningen är att enheterna bedriver en trygg och säker verksamhet, där brukarna är delaktiga och har inflytande.

### **Beställarenhetens enkät**

En brukarenkät har genomförts under året för målgrupp seniorer som hade hembesök av biståndshandläggaren under mars, maj, september och oktober månad. Totalt fick 509 seniorer enkäten, varav 320 kvinnor och 189 män. Sammantaget visar resultatet på att de svarande är mer nöjda med biståndshandläggarnas bemötande än tidigare år. De allra flesta anser att: de blir lyssnad på, de får information och vägledning från biståndshandläggare, biståndsbeslutet är anpassat utifrån deras behov samt att de känner sig trygga.

### **Kvalitetsobservation**

Äldreförvaltningen ansvarar för att årligen genomföra ett antal kvalitetsobservationer. Under 2023 har en observation genomförts på Farsta hemtjänst centrums verksamheter. Kvalitetsobservationen följer upp processkvalitet, det vill säga hur verksamheterna tillämpar personcentring och äldreomsorgens nationella värdegrund i det dagliga arbetet. Metoden utgår ifrån det faktiska mötet mellan den äldre och personalen.

### **Verksamhetsuppföljningar vård- och omsorgsboenden samt dagverksamhet**

Äldreförvaltningen samordnar stadens uppföljning så att den sker på ett likvärdigt sätt inom staden.

Verksamhetsuppföljningarna följer en stadsgemensam uppföljningsmall och genomförs av respektive stadsdelsförvaltning utsedda tjänstemän. Uppföljningsfrågorna i mallarna utgår från de krav som ställs i förfrågningsunderlag enligt Lagen om valfrihet (LOV) respektive Uppdragsbeskrivning för kommunala utförare.

Under 2023 har verksamhetsuppföljningar genomförts vid Edö, Ängsö och Postiljonen vård- och omsorgsboende samt Edö dagverksamhet.

## **Utveckling och förbättringar**

### **Kvalitetsutmärkelsen**

Familjestödsenheten i Farsta har under året fått Kvalitetsutmärkelsen för att enheten visar på ett tydligt systematiskt kvalitetsarbete. De har sina målgruppers fokus när de identifierar behov, sätter upp mål, väljer relevanta arbetssätt och utvärderar dem. Verksamheten har ett mycket starkt fokus på målgruppen, både i planering och praktiskt genomförande av insatser och uppdrag. Intern och extern samverkan ses som viktig för att möta behoven från en bred målgrupp. Arbetsplatskulturen genomsyras av stort gemensamt ansvarstagande för utveckling som skapas av tillitsbaserat och närvarande ledarskap samt medarbetarnas stora delaktighet och engagemang.

### **Processer och arbetssätt för kvalitetsutveckling**

#### **Analysverktyg patientsäkerhet**

Under 2022 inleddes arbetet med att implementera nationella analysverktyget Agera för säker vård, som tagits fram av Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att stötta arbetet med att bland annat genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet och att identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget. Under 2023 har nämndens vård- och omsorgsboenden använt hela eller delar av analysverktyget. Resultatet visar att enheterna har generellt god kontroll på verksamheten.

#### **Digital signering av läkemedelshantering, Appva**

Under året har alla berörda verksamheter börjat använda Appva, ett system för digital signering av läkemedelshantering och vissa åtgärder som inte kräver delegering. Syftet är en säkrare läkemedelshantering för den enskilda patienten. Införandet har upplevts som positivt av såväl brukare som medarbetare.

### **Ombudsroller**

Arbetet med att stärka och tydliggöra ombudsroller har fortsatt under året inom äldreomsorgens enheter. Ombudsroller utgör en betydande del i den systematiska kvalitetsutvecklingen. Medarbetarnas kontinuerliga lärande är en viktig del av och en förutsättning för att hela verk-

samheten ska kunna utvecklas.

### **Intern samverkan**

Olika mötesformer möjliggör tvärprofessionell samverkan inom avdelningen äldreomsorg. Enheterna genomför regelbundna kvalitetsråd, team-möten, arbetsplatsträffar (APT) och andra mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor särskilt beaktas. Enheterna samverkar även regelbundet med medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS, och dietist kring patientsäkerhetsarbetet och hälso- och sjukvårdsrutiner.

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

Under våren gjordes en sammanläggning av avdelningarna individ- och familjeomsorg och avdelningen för personer med funktionsnedsättning. Denna sammanläggning bidrog till en förstärkt samverkan och effektivare arbetsprocesser i arbetet med en sammanhållen socialtjänst.

Nämnden vidareutvecklade under året goda samverkansformer inom socialtjänsten genom förbättrade samverkansrutiner, gemensamma forum och en avdelningsövergripande introduktion för nya medarbetare. Nämndens utförarverksamheter inom funktionsnedsättning har även haft gemensam introduktion för sommarvikarier.

Avdelning individ-och familjeomsorg har haft en *Goda exempel-mässa* för alla medarbetare inom avdelningen. Mässan bidrog till en ökad samverkan och en bredare kunskap hos medarbetare om varandras arbete och uppdrag.

Ett samsjuklighetsforum för personer med både psykisk ohälsa och missbruk har etablerats där medarbetare och biträdande enhetschefer har ärendedragning. Projektet förstärkt samverkan har lett till ett arbete där sex personer i målgruppen samsjukliga har beviljats insatser.

Inom avdelningen individ- och familjeomsorg har också en ny rutin med fokus på intern samverkan tagits fram.

### **Extern samverkan**

Flera externa samarbeten finns i syfte att öka kvalitén i verksamheten, bland annat

*Akademisk socialtjänst* som genomförts i samarbete med socialförvaltningen och forskare vid Marie Cederschiölds högskola. Piloten fokuserade på temat våld och har lett till att socialtjänst och forskning förts närmare. I ett fortsatt samarbete med forskning och Marie Cederschiölds högskola startade under årets forskningsstudien *Samordning av insatser för unga som är utsatta för våld i nära relationer respektive själva utövar våld 2023- 2025*. Vidare har ärenden där våld i nära relationer förekommer granskats för att bidra till studien *Support and protection against violence on equal terms for all children (SAVE)* som bedrivs inom Karlstads universitet.

Trefas är en förstärkt samverkan mellan socialtjänst, kriminalvård och polis gällande dödligt skjutvapenvåld. Trefas har lett till goda förutsättningar för gemensam planering kring varje person utifrån olika myndigheternas uppdrag. Samverkan har medfört ökat antal skyddsplacementer för barn och unga och har bidragit till en ökad motivation bland vuxna till avhopp.

Socialsekreterare har under året befunnit sig hos polisen en dag per vecka för konsultation samt generell ökad samverkan. Utsättning hos polisen har skett en gång per månad och där även samordnare för sociala insatsgrupper (SIG-samordnare) samt fältassistenter deltagit för att dela lägesbild. Polis och socialsekreterare har kontinuerlig kontakt för konsultation i ärenden där polis och socialtjänst samverkar. Under april månad genomfördes ett samverkansmöte där polis deltog i syfte att öka samverkan mellan polis och socialtjänst samt för att ge information kring polisens olika funktioner. Under juni månad deltog socialsekreterare hos polis på informationsmöte för Bedrägerisektionen gällande orosanmälningar samt stadsdelens temakväll för allmänheten gällande nämndens brottsförebyggande och trygghetsfrämjande arbete. Socialsekreterare hos polis har följts upp och utvärderats under året tillsammans med representant från lokalpolisområdet.

## **Bedömning av det systematiska kvalitetsarbetet**

### **Status avseende åtgärder**

Åtgärder för att förbättra processer eller ställa till rätta fel och brister görs i alla verksamheter. Klagomål och avvikelser leder i hög grad till åtgärder i verksamheterna. Planerade åtgärder som respons på risker och utfall av kontroller är grunden för systematiskt förbättringsarbete, och åtgärder ska planeras för varje risk där riskkvoten överstiger 12, eller där konsekvens/väsentligheten klassats som "mycket allvarlig". Det har ofta inte gjorts och de åtgärder som planerats har ofta inte avslutats i systemet, vilket innebär att det inte går att avgöra om de genomförts.

Under 2023 har gemensam workshop i riskanalys genomförts för alla enhetschefer. I samband med det informerades om hur risker med värden på över 12 eller med mycket allvarliga konsekvenser ska kopplas åtgärder. Inför 2024 planerar nämnden för en mer omfattande insats med att se över risker och åtgärder inom alla nämndens verksamheter.

### **Status avseende egenkontroll**

Egenkontroller ska utföras av varje verksamhet med kontroller planerade och prioriterade för varje år, vilket görs i allt högre grad - men inte konsekvent i hela socialtjänsten. Det är stor skillnad mellan olika verksamheter och även inom verksamhetsområdena. Många egenkontroller är genomförda och godkända men det är en del som inte är genomförda enligt plan.

### **Sårbarheter och omständigheter som kan påverka kvalitetsarbetet**

I Farsta stadsdelsförvaltning har ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete tagits fram och utvecklats under flera år för att vara processbaserat och integrerat i ordinarie verksamhetsplanering och -uppföljning. Det har inneburit ett omfattande arbete med att dokumentera och kartlägga processer, att implementera processbaserade riskanalyser och egenkontroller och att utveckla arbetet med hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter för att säkra och stödja processerna. Visualiseringen av processerna är en fundamental kvalitetsaspekt i detta arbete. Det är när processerna och flödet visualiseras som slutanvändaren, det vill säga den enskilde medarbetaren eller chefen inom socialtjänsten eller omsorgen "får syn" på sitt arbete. Det gör arbetet med verksamhetsutveckling både mer effektivt och mer motiverande. I avsedd modul i ILS-webb saknas dock ett verktyg för att visualisera processer så att dessa kan

görs lättöverskådliga för användaren. För processkartor och annan processdokumentation behöver vi därför använda andra program och andra ytor för visualisering och lagring. Det har inte fungerat optimalt. Dels innebär det dubbelregistrering att försöka återskapa visualiserade och dokumenterade processer från andra program till formatet i ILS-webb. Dels har det gjort att verksamheterna dels inte alltid känt igen den process de tagit fram när de senare sett den i ILS-webb.

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

## **Bedömning av krav- och måluppfyllelse samt lagefterlevnad**

### **Ledningssystemet**

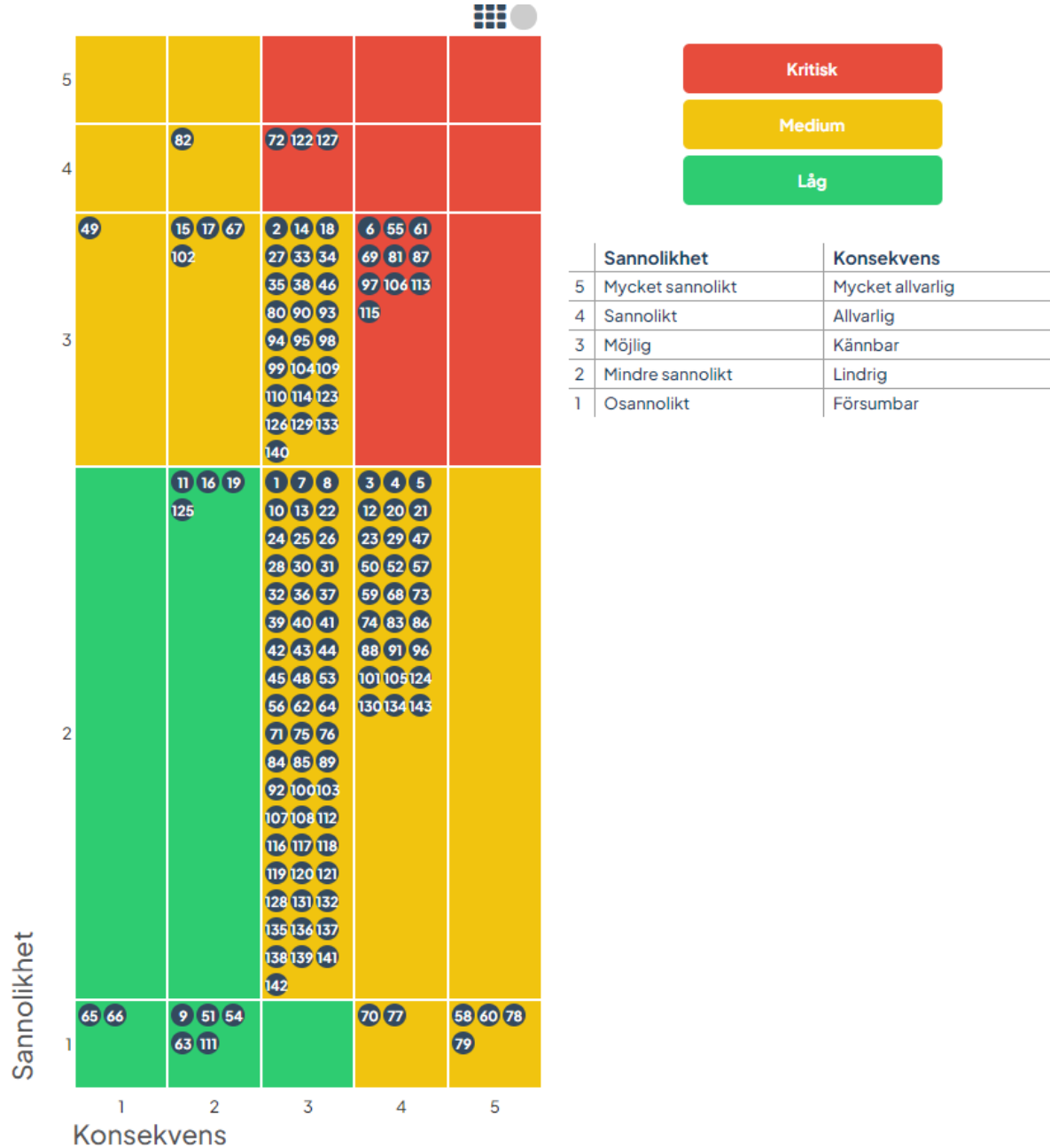
Tillsynsmyndigheternas föreskrifter kräver, och stadens övergripande styrmodeller för kvalitetsledning förutsätter ett processbaserat kvalitetsarbete, vilket nämnden uppfyller. Processorienteringen har kommit mycket långt i jämförelse med andra förvaltningar i staden. Riskanalyser är genomförda enligt plan, och 2023 har riskanalysens genomförande varit i det närmaste komplett utifrån de väsentliga processerna. Egenkontroller görs och dokumenteras i tillräcklig utsträckning i större delen av socialtjänsten. Några verksamheter behöver mer stöd i att upprätta och följa sin plan för systematiskt kvalitetsarbete för att efterleva lagar, mål och krav. Om åtgärder och egenkontroller utförs utan att dokumenteras i ledningssystemet, innebär även detta risker för lagefterlevnad och uppfyllelse av de krav och mål som finns för socialtjänstens kvalitetsarbete.

Enheterna har kartlagda verksamhetsprocesser. Risker har identifierats, riskanalyser är gjorda och plan för egenkontroller finns upprättade i stadens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ILS. Genom egenkontroll har verksamheterna regelbundet och systematiskt följt upp att arbetet genomförts enligt kartlagda processer och fastställda rutiner, vilka resultat som har kunnat ses samt förbättringsåtgärder.



## Bilaga 1 Riskanalys 2023

### Riskmatris med processtabell



13 Kritisk 119 Medium 11 Låg | Totalt: 150

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Risikvärde
Aktualisera	Bedöma angelägenhetsgrad och brådska vid inkommen information (bistånd äldre)	1	■	Felprioritering av behov	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Bedöma barnets omedelbara situation avseende risker och skydd	2	■	Bristande eller ej gjord risk- och skyddsbedömning	3. Möjlig	4.Allvarlig	12
	Bedöma och besluta om barnavårdsutredning ska inledas	3	■	Beslut fattas inte inom 14 dagar från inkommen anmälan	3. Möjlig	2.Lindrig	6
		4	■	Utredning inleds inte trots att behov av stöd och/eller skydd finns.	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8
	Fördela ärende och förbereda besök (ekonomiskt bistånd)	5	■	Det dröjer mer än två veckor innan tid för nybesök är bokat.	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Förhandsbedöma ärende om våld i nära relation	6	■	En våldsutsatt person kontaktas inte inom 24 timmar	1. Osannolikt	2.Lindrig	2
	Genomföra anmälningmöte kring oro för barn/ungdom	7	■	Anmälningmöte kan inte genomföras i tid	1. Osannolikt	1.Försumbar	1
		8	■	Väsentlig information framkommer inte i anmälningmötet	1. Osannolikt	1.Försumbar	1
	Genomföra första kontakten vid ansökan om ekonomiskt bistånd	9	■	Brister i tillgänglighet och kontakt	1. Osannolikt	2.Lindrig	2
	Identifiera förekomst av våld i nära relation	10	■	Våld i nära relation upptäcks inte	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	7
	Informera, motivera och erbjuda stöd till vuxna med missbruk	11	■	Ansökan om stöd försenas eller uteblir pga av bristande information	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
		12	■	Risk att ansökan inte görs på grund av bristande bemötande, motivationsarbete eller bedömning.	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
	Kontakta parter och eventuell anmälare i barn-/ungdomsärende	13	■	Parter kan inte nås och information om deras inställning saknas.	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Ta emot ansökan om stöd eller anmälan om oro för barn och ungdomar	14	■	Anmälan tas inte emot eller missas	1. Osannolikt	5.Mycket allvarlig	5
	Ta emot ansökan om stöd för att kompensera funktionshinder	144		Ansökan tas inte emot eller kommer bort			
		145		Avsaknad av skriftlig ansökan			
	Ta emot och bedöma ansökningar och information (missbruk)	15	■	Bedömningar görs inte på likvärdiga, rättsäkra grunder	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8
		16	■	Utredning inleds inte vid allvarliga missbruksproblem	1. Osannolikt	5.Mycket allvarlig	5
Att förebygga och behandla inkontinensrelaterade problem	Att följa upp vidtagna bedömningar och åtgärder avseende inkontinens/blåsdysfunktion	17	■	Utebliven uppföljning av inkontinens	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	4
	Att vidta förebyggande och behandlande åtgärder mot inkontinens	18	■	Förskrivning av felaktiga inkontinensskydd	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	4
	Utreda inkontinens	19	■	Utebliven eller bristande inkontinensutredning	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	5
Att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner	Använda arbetskläder och utrustning för god hygienisk standard	20	■	Risk för infektioner och smittspridning via kläder eller utrustning	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Rengöring av arbetsytor, utrustning och hjälpmedel	20	■	Risk för infektioner och smittspridning via kläder eller utrustning	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Säkerställa att allmän städning görs enligt avtal	21	■	Oklar ansvarsfördelning kring uppföljning av avtal med extern utförare inom vård och omsorg	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	3
	Säkerställa medarbetares kunskap om och följsamhet till basala hygienrutiner	20	■	Risk för infektioner och smittspridning via kläder eller utrustning	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Att med läkemedel lindra eller bota sjukdomar.	lordningställa och administrera läkemedel	22	■	Feldoseringar	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Säkerställa ordination	23	■	Patient får fel läkemedel	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8
	Utfärda delegeringsbeslut	24	■	Läkemedel ges ut av personal som inte har delegering/kompetens	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
		25	■	Läkemedel kan inte ges när behov uppstår	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	7
Att säkerställa aktivitet och delaktighet	Att följa upp vidtagna bedömningar och åtgärder	146		Utebliven uppföljning av aktivitet och delaktighet			
	Att förskriva hjälpmedel	26	■	Att förskrivning av hjälpmedel inte görs medför risk att egna förmågor inte kompenseras	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Att träna funktion, själv eller med stöd av vårdpersonal/fysioterapeut eller arbetsterapeut	27	■	Att träning av funktioner inte görs medför risk att egna förmågor inte upprätthålls.	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Bedömning av ADL	28	■	Att ADL-bedömning inte görs medför risk att egna förmågor inte bibehålls	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Bedömning av förflytningsstatus	29	■	Att förflytningsbedömning inte görs medför risk att egna förmågor inte bibehålls	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
Att säkerställa ett gott palliativt skede	Att ett palliativt skede bedöms	30	■	Utebliven bedömning medför risk för försämrat palliativt omhändertagande	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Omhändertagande, förvaring och transport av avlidna	31	■	Risk att avlidna person inte tas om hand på ett korrekt och värdigt sätt	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	4
	Säkerställa ett värdigt slut	32	■	Obehag och lidande i livets slutskede	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Risikvärde
Att säkerställa god livskvalitet vid demenssjukdom	Att bedöma livskvalitet	33	■	Utebliven bedömning medför risker för försämrad livskvalitet för den demenssjuke	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Att följa upp vidtagna bedömningar och åtgärder	147		Utebliven uppföljning			
	Att vidta åtgärder utifrån bedömning av livskvalitet vid demens	34	■	Uteblivna åtgärder vid demens medför risk för försämrad livskvalitet	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
Att säkerställa god munhälsa	Att följa upp bedömningar och åtgärder avseende munhälsa	35	■	Utebliven uppföljning av munhälsa	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	6
	Att vidta förebyggande och behandlande åtgärder avseende munhälsa	36	■	Brist på förebyggande eller behandlande åtgärder medför risker för ohälsa i munnen.	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	7
	Riskbedömningar munhälsa	37	■	Utebliven eller brister i riskbedömning medför att den boende riskerar ohälsa i munnen	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	7
Att säkerställa god nutrition	Att följa upp vidtagna bedömningar och åtgärder för god nutrition	38	■	Bedömningar och åtgärder för god nutrition följs inte upp	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Att vidta förebyggande och behandlande åtgärder för god nutrition	39	■	Brister i måltid och måltidsmiljö gör att patienten inte äter	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
		40	■	Patienten utsätts för alltför lång fasta	3. Möjlig	3.Kännbar	7
	Riskbedömningar nutrition	41	■	Utebliven eller bristande riskbedömning medför att den boende utsätts för risker att det individuella näringsbehovet inte tillfredsställs	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
Att säkerställa trygga förflytt-	Att följa upp fallriskbedömning och åtgärder för att förebygga fall	42	■	Utebliven uppföljning av fallriskbedömning	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Risikvärde
ningar och därigenom minska risken för fall	Att förebygga fall och vidta behandlande åtgärder	43	■	Brister i förebyggande eller behandlande åtgärder medför att den boende riskerar att falla	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Riskbedömningar fall	44	■	Utebliven eller bristande riskbedömning medför att den boende utsätts för risker att falla	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
Avsluta anställning	Avsluta behörigheter till verksamhetssystem	45	■	Obehöriga har tillgång till verksamhetssystem	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
Avsluta insats	Avsluta insats för missbruksproblematik	46	■	Insats avslutas på felaktiga eller otillräckliga grunder	1. Osannolikt	4.Allvarlig	4
		47	■	Insats avslutas utan behövlig vidare planering	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
		48	■	Klient avbryter insats / behandling trots kvarstående stödbehov	4. Sannolikt	3.Kännbar	12
	Utvärdera och dokumentera insats	49	■	Bristande dokumentation av insatsens genomförande och resultat	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	8
Bedöma och besluta	Fatta beslut som kan laglighetsprövas	50	■	Beslut som kan laglighetsprövas fattas inte av delegat på rätt nivå	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Fatta och formulera beslut i enskilda ärenden	51	■	Beslutsmotiveringar i enskilda ärenden saknas, är otillräckliga eller går inte att förstå.	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	5
Bedöma och besluta	Analysera underlag och bedöma behov	148		Brukare/kund får inte rätt insats vid nytt eller förändrat behov			
		52	■	Konsekvenser för barnet av beslut beaktas inte	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Risikvärde
		53	■	Mäns och kvinnors, flickors och pojkars behov bedöms olika på osaklig grund	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
		54	■	Strukturerad riskbedömning görs inte vid våld i nära relation	1. Osannolikt	4.Allvarlig	4
	Bedöma behov av hälso- och sjukvård	55	■	Bristande medicinsk kompetens leder till felbedömningar	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
		56	■	Den boende saknar ordination eller mediciner	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Bedöma behov och matcha insats (vuxen)	57	■	Omedelbart omhändertagande görs av person utan tillräckliga grunder	1. Osannolikt	5.Mycket allvarlig	5
		58	■	Omedelbart omhändertagande görs inte trots fara för personens liv och hälsa	1. Osannolikt	5.Mycket allvarlig	5
Delegera	Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård	59	■	Delegering är inte längre förenlig med en patientsäker vård.	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8
	Rapportera och följa upp incidenter i KIA	64	■	Incidenter hanteras inte enligt krav och rutiner	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	4
Följa upp insats	Kommunikation och samarbete kring insatsens mål och resultat	65	■	Insats misslyckas, avbryts eller ger otillräckliga resultat	3. Möjlig	4.Allvarlig	10
	Uppdatera genomförandeplan	66	■	Förändringar i behov och önskemål dokumenteras inte	3. Möjlig	3.Kännbar	6
Förebygga att trycksår uppstår	Att följa upp utförda bedömningar och åtgärder kring trycksårsprevention	67	■	Utebliven uppföljning av trycksår och trycksårsbedömning	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Förebygga och behandla trycksår	68	■	Brister i förebyggande eller behandlande åtgärder medför risk för trycksår	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
	Riskbedömningar trycksår	69	■	Utebliven eller bristande bedömning medför risk för trycksår	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
Förvara dokument och information	Lagra och arkivera information på ett lagligt, säkert och ändamålsenligt sätt	70	■	Dokumentation, handlingar eller annan väsentlig information förstörs, förvanskas, eller förloras	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
		71	■	Personuppgiftsincident	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	7
	Säkerställa behörigheter och sekretess	72	■	Obehöriga tar del av sekretessbelagd information	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
Ge insatser i det egna hemmet eller där kunden för tillfället befinner sig. (Personligt stöd)	Delegering till personlig assistent	153		Medicinska arbetsuppgifter kan inte genomföras på grund av att medarbetare ej har delegering.			
Genomföra insatser	Fördela och planera arbetsuppgifter/ uppdrag i egna öppenvårdsinsatser	154		Felprioriteringar, felaktiga bedömningar eller bristande resurser förvärrar familjers situation.			
	Ge medicin enligt delegering	155		Brukaren får inte medicin eller får felaktig medicinering			
	Genomföra stöd-, behandlings-, och omsorgsaktiviteter	73	■	Bristande kontinuitet för familjen/den enskilde	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
		156		Felaktig matchning eller kompetens			
	Göra hembesök för att ge stöd i det egna boendet	74	■	Den enskilde avbokar eller avböjer besök trots att behov av stöd finns	4. Sannolikt	2.Lindrig	8
	Inhämta kunskap om den boende vid inflytt	75	■	Felaktig eller otillräcklig information leder till att den	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6



Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
				boende inte får rätt vård och omsorg			
		157		Otillräcklig information vid akutplacering/ankomst utan beställning			
	Planera och starta upp insats tillsammans med familjen/den enskilde.	76	■	Bristande motivationsarbete med familjen	3. Möjlig	3.Kännbar	9
		77	■	Målkonflikter identifieras inte	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	7
		158		Risk för sekretessbrott			
	Resa mellan hem och verksamhet	78	■	Gäst på dagverksamhet/daglig verksamhet blir lämnad på fel plats eller långt ifrån dörren	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8
		79	■	Hämtning uteblir eller sker vid fel tid	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Upprätta och följa individuella rutiner	159		Brukaren får fel omsorg på grund av att medarbetare inte följer individuella rutiner.			
		160		Brukarens individuella rutiner följs inte upp eller uppdateras			
	Överföra information och samordna mellan utredare och behandlare/utförare.	80	■	Brister i informationsunderlag utsätter familjen för risker eller obehag eller äventyrar insatsen	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	7
	Genomföra löneöversyn	Fastställa förvaltningsledningens lönestrategi	161		Förvaltningsledningens prioriteringar genomförs inte		
162				Osäkerhet hos chefer och osund intern konkurrens			
Fastställa ritning (förvaltningsledning)		163		Avtal följs inte			

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
		164		Löneökningar ryms inte inom budget			
	Genomföra löneanalys	165		Bristande kunskap om lönespridning			
		166		Felaktiga ställningstaganden och prioriteringar efter löneanalys			
		167		Löneglidning			
	Genomföra lönesamtal	81	■	Medarbetaren förlorar förtroende för arbetsgivaren och tappar motivation	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Genomföra medarbetarsamtal	82	■	Medarbetarsamtal genomförs inte, eller genomförs inte enligt policy	1. Osannolikt	2.Lindrig	3
	Genomförandeplanering med facken (löneöversyn)	168		Konflikter och skilda uppfattningar kring regler och principer för löneöversyn			
	Göra ritning	169		Fullständigt underlag saknas för att genomföra strategi och beräkna utfall			
	Informera chefer om strategi och förutsättningar	170		Bristande information till enhetschefer vid löneöversyn			
	Lönesättande samtal	83	■	Förtroende för lönepolicyn skadas, bristande följsamhet mot avtal	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Rapportera in ny lön	171		Förseningar och felaktigheter i medarbetares lön			
Göra inköp och upphandlingar	Följa upp upphandlade avtal	78	■	Gäst på dagverksamhet/daglig verksamhet blir lämnad på fel plats eller långt ifrån dörren	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8












Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
		84	■	Leverantör/Entreprenör utför eller levererar inte enligt avtal	4. Sannolikt	3.Kännbar	10
		85	■	Leverantörer fakturerar inte enligt avtal	3. Möjlig	3.Kännbar	7
		21	■	Oklar ansvarsfördelning kring uppföljning av avtal med extern utförare inom vård och omsorg	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	3
	Göra inköp eller upphandling	86	■	Inköp görs utanför avtal	2. Mindre sannolikt	2. Lindrig	4,6
		87	■	Jäv, mutor eller andra förtroendeskadande oegentligheter förekommer	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Inköp med First Card	88	■	Personliga inköp görs med First Card	1. Osannolikt	2.Lindrig	3
	Kontrollera avtal vid behov av vara eller tjänst	89	■	Otillåten direktupphandling	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	4
Hantera avvikelser	Informera nämnd om avvikelser, incidenter och brister	90	■	Nämnden informeras inte om avvikelser, incidenter och brister i verksamheten	1. Osannolikt	2.Lindrig	2
	Rapportera och dokumentera klagomål, synpunkter, avvikelser och incidenter	91	■	Avvikelser, klagomål och synpunkter rapporteras inte i tillräcklig utsträckning	2. Mindre sannolikt	3. Kännbar	6
		92	■	Rapporteringskyldiga enligt lex Sarah har inte tillräcklig kunskap och information	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Ta emot och fördela rapport	172		Lex Sarah-rapporter fördelas inte i tid			
	Utreda, bedöma och analysera klagomål, synpunkter och avvikelser	93	■	Klagomål, synpunkter och avvikelser används inte för	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Risikvärde
				att säkra och utveckla verksamheten			
		94	■	Återkommande brister i processer upptäcks inte på grund av bristande systematisk analys	3. Möjlig	1.Försumbar	3
	Vidta åtgärder vid avvikelser, fel och brister	95	■	Åtgärder vidtas inte och risker undanröjs inte	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Återkoppla avvikelser, klagomål och synpunkter	96	■	Misstag upprepas och brister i arbetssätt fortsätter	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
Identifiera och åtgärda ekonomiska avvikelser	Åtgärda budgetavvikelser inom uppdrag	97	■	Underskott uppstår eller kvarstår på grund av bristande eller uteblivna åtgärder	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
Introducera och orientera nyanställd	Introducera nyanställd i rutiner och arbetsprocesser	98	■	Bristande introduktion i arbetsprocesser och rutiner	1. Osannolikt	2.Lindrig	2
Kompetensförsörjning	Behålla personal med rätt kompetens	99	■	Personal med nödvändig kompetens slutar	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	8
	Rekrytera rätt kompetens	100	■	Diskriminering i rekryteringsprocessen	1. Osannolikt	3.Kännbar	4
		173		Diskriminering vid rekrytering			
		101	■	Felrekryteringar	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8
		102	■	Skadat förtroende och anseende som arbetsgivare	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
Lämna ut dokument och information	Lämna ut handlingar till enskild person, media eller annan myndighet	72	■	Obehöriga tar del av sekretessbelagd information	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Offentliggöra eller publicera handlingar/information	103	■	Sekretessbelagd information eller personuppgifter publiceras	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Planera insats	Beställa insatser	174		Missad beställning			
	Bevaka inkommande beställningar	175		Att medborgare inte får den insats den är beviljad inom rimlig tid.			
		174		Missad beställning			
	Erbjuda lämpligt jour- eller familjehem	104	■	Lämpligt jour- eller familjehem kan ej erbjudas barn i behov av placering.	3. Möjlig	3.Kännbar	9
	Formulera uppdrag vid insats för barn/ungdom	105	■	Uppdrag saknar tydliga mål, delmål eller resultatförväntningar	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	7
	Genomföra uppdrags- och uppstartsmöten	73	■	Bristande kontinuitet för familjen/den enskilde	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Rekrytera personal och bemanna schema (Personligt stöd)	176		Enheten lyckas inte rekrytera efter kundens önskemål			
		177		Personal (personlig assistent) finns inte på plats			
	Ta emot beställning (vård- och omsorgsboende)	106	■	Hjälpmedel beställs inte i tid och den boende utsätts för hinder eller lidande	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	
	Upprätta förändringsplan	107	■	Brister i överenskommelser och planering (Förändringsplan)	3. Möjlig	3.Kännbar	9
	Upprätta genomförandeplan	108	■	Brukare får inte rätt insats eller beslutad insats uteblir	3. Möjlig	3.Kännbar	
		109	■	Brukaren får inte genomförandeplan upprättad i tid	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	6
		160		Brukarens individuella rutiner följs inte upp eller uppdateras			

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Risikvärde
		178		Felaktigt eller utebliven insats vid underbemanning			
Planera och ge insatser i hemtjänst	Inhämta och hantera omsorgsnycklar	179		Personal saknar nyckel och kan inte utföra insats eller komma in vid larm			
		110	■	Personal saknar nyckel och kan inte utföra insats eller komma in vid larm	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Svara på larm	111	■	Hjälp försenas eller uteblir vid larm	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Ta emot beställning av hemtjänstinsatser	180		Beställning uppmärksammas inte			
	Upprättande av kundschema	181		Fel vid upprättande av kundschema			
Planera och genomföra insats i service-, vård- och omsorgsboende	Förbereda lägenhet	112	■	Farlig eller olämplig möblering/inredning leder till fall, brand eller stöld	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Planera måltider	113	■	Den boende får fel eller skadlig kost	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Säkerställa en trygg miljö	114	■	Den boende går vilse/avviker från boendet och utsätts för fara	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
		115	■	Den boende skadar sig själv på grund av bristande kognitiv förmåga eller psykos	3. Möjlig	3.Kännbar	9
	Överföra information och rapportera mellan yrkesgrupper	116	■	Bristande överrapportering leder till felaktiga insatser och den boende utsätts för lidande eller fara	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
		117	■	Viktig information om brukares hälsa eller händelser som påverkar behovet av	2. Mindre sannolikt	4. Allvarlig	8

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
				vård och service lämnas inte till aktuell personal.			
Planera och genomföra insatser i serviceboende	Ta emot beställning och förbereda inflytt	182		Beställning kommer inte i tid			
		183		Bristande kommunikation och information gör att den boende inte får nödvändig vård och omsorg			
		184		Brister i dokumentation gör att den boende inte får rätt behandling och omsorg			
		185		Den boende får inte de hjälpmedel eller mediciner som ordinerats			
Registrera väsentliga uppgifter för statistik och uppföljning	Skapa och använda register för uppföljning	118	■	Otillåten behandling av personuppgifter	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
Säkra företrädesrätt till anställning	Erbjuda återanställning	188		Fel person erbjuds företräde			
	Kontrollera företrädesrättslista vid rekrytering	123	■	Nyanställning av person när annan har företräde	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	5
	Lägga upp varsellista så den är tillgänglig för enhetschefer	189		Varsellista uppdateras inte			
	Lämna varsel	124	■	Varsel lämnas inte	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Registrera begäran	190		Ansökan om företräde till anställning registreras inte			
Ta emot dokument och information	Erbjuda invånare säkra och fungerande kontaktvägar för att lämna och få information	125	■	Osäkra system används för kommunikation	1. Osannolikt	2.Lindrig	2
	Registrera och diarieföra information	126	■	Allmän handling registreras/diarieförs inte	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	5

Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Tillhandahålla säkra system för informationshantering	Informationssäkerhetsklassa	131		Information lagras i osäkra system	2. Mindre sannolikt	2.Lindrig	4
Upprätta handlingar och dokumentera	Dokumentera väsentlig information och bedömningar	132		Felaktig eller missvisande information dokumenteras	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
		118		Otillåten behandling av personuppgifter	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	5
	Öppna hälso- och sjukvårdsjournal	133		Bristande journalföring inom hälso- och sjukvård	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Öppna utredning och journal i ärende enligt SoL och/eller LSS	134		Bristande social dokumentation och journalföring	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
Upprätta interramar	Bedöma rimlighet och genomförbarhet	191		Underfinansiering identifieras inte eller åtgärdas inte			
Utreda	Dokumentera berördas inställning och uppfattning om utredning och insats	135		Bristande delaktighet	3. Möjlig	3.Kännbar	7
	Genomföra nybesök och ta emot ansökan	136		Sökande kan inte tillgoda-göra sig informationen eller har svårt att följa instruktionerna	3. Möjlig	3.Kännbar	9
		137		Tillräckligt underlag saknas för att kunna göra en bedömning	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
	Kartlägga och utreda (missbruk)	138		Utredningen innehåller otillräcklig eller felaktig information	2. Mindre sannolikt	4.Allvarlig	8
	Prioritera och fördela ärenden till utredande handläggare/biståndsbedömare	139		Familjer får vänta länge på att träffa utredare	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	7
		140		Utsedd handläggare har inte tid att påbörja ny utredning	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	7
	Utreda och bedöma behov av insatser för att kompensera funktionsnedsättning	192		Bristar i information till sökande			



Delprocess	Aktivitet	Nr		Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde
Utreda behov av äldreomsorg	Skriva och skicka beställning	141	■	Information om trygghetslarm lämnas inte vid byte av utförare	2. Mindre sannolikt	3.Kännbar	6
		142	■	Saknade eller inkorrekta uppgifter i beställningen	3. Möjlig	3.Kännbar	9
	Utreda och bedöma ansökan om stöd och omsorg (äldreomsorg)	143	■	Information misstolkas och beslutsunderlaget blir fel.	3. Möjlig	2.Lindrig	6



## Bilaga 2 Redovisning av egenkontroll

Nedanstående förteckning visar de egenkontroller som genomförts i socialtjänsten under 2023. En siffra i kolumnen Bedömning visar på antalet enheter som genomfört en godkänd kontroll, när flera enheter kan vara aktuella för kontrollen. Alla enheter genomför inte alla kontroller varje år, utan prioriterar kontroller efter aktuella krav, identifierade risker och behov.

### Aktualisera

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Användning av FREDA kortfrågor	3	
Dokumentation inkommande information/förhandsbedömning		
Formulering av beslut att inleda/inte inleda utredning		
Genomgång av inkomna anmälningar om oro		
Granskning av förhandsbedömningar	Godkänd	
Hantering av klagomål och synpunkter		
Kontroll av bedömning och underlag vid beslut om utredning ska inledas eller ej	2	
Kontroll av mottagningens statistik över inkomna ärenden	Godkänd	
Kontroll av synpunkter, klagomål och avvikelser gällande prioriteringar.	Godkänd	
Kontroll av synpunkter, klagomål och avvikelser gällande prioriteringar.	Godkänd	
Stickprovskontroll av risk- och skyddsbedömningar i utredningar	1	
Uppföljning av DUR-utredningar		
		🔔 Upprätta rutiner för den tjänst som har mottagningsfunktion.

### Att förebygga och behandla inkontinensrelaterade problem

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

### Att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Basala hygienrutiner	7	
Hygienrond	2	

### Att med läkemedel lindra eller bota sjukdomar.

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshandling	Godkänd	

### Att säkerställa ett gott palliativt skede

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av gjorda palliativa bedömningar i kvalitetsregister och hälso- och sjukvårdsjournal	1	
Registrering i Svenska palliativregistret	4	

### Att säkerställa god munhälsa

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

### Att säkerställa god nutrition

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Egenkontroll av nattfasta	Godkänd	
Egenkontroll Måltidsobservation	4	
Registrering av riskbedömning nutrition i Senior Alert	Godkänd	
Riskbedömning nutrition	Godkänd	

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

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



## Avsluta insats

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av dokumentation vid insatser för barn, ungdomar och familjer	2	

## Bedöma och besluta

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av beslut som kan laglighetsprövas.		

## Delegera

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård		

## Följa upp insats

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av genomförandeplaner		

## Förebygga att trycksår uppstår

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Registrering trycksårsbedömningar i Senior Alert	Godkänd	
Riskbedömning trycksår	Godkänd	

## Förvara dokument och information

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av avslutade behörigheter vid förändrad eller upphörd anställning	19	
Loggkontroll - användare		
Loggkontroll - journal		

## Genomföra insats

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



Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av transportbeställning	Godkänd	
Observeration av rutinfölsamhet		
Uppföljning av genomförandeplan avseende överenskommelse för avbokat/avböjt besök		

## Genomföra löneöversyn

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Genomgång med PAS inför genomförandeplanering		
Kontroll av chefernas ritningar för löneöversyn		
Medarbetarenkät		
Obligatorisk utbildning/information		

## Göra inköp och upphandlingar

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av avtal vid godkännande av faktura	Godkänd	
Kontroll av leverantörsfakturer inom avtalsområden		

## Hantera avvikelser

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

## Identifiera och åtgärda ekonomiska avvikelser

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Åtgärdsplan vid befarat budgetunderskott	Godkänd	



## Lämna ut dokument och information

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av handlingar enligt rutin för utlämning		

## Planera insats

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Administrationn loggar in i paraplyt minst två gånger i veckan för att se över inkommande beställningar samt har kontinuerlig uppsikt över mailen ifall att beställning kommer den vägen.		
Stickprover i Parasol		
Uppföljning av förändringsplan	Ej godkänd	
Uppföljning av klagomål/synpunkter/avvikelser		

## Planera och ge insatser i hemtjänst

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

## Planera och genomföra insatser i serviceboende

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Dokumentationsgranskning		
Följa upp avvikelser i informationsöverföring		

## Registrera data i ekonomiska system

### Registrera väsentliga uppgifter för statistik och uppföljning

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Personuppgiftsbehandlingar registreras, bedöms och följs upp i Drafit registerförteckning	16	



## Stödja barnets övergång till förskoleklass

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Barnkonferens tillsammans med skola		

## Säkra företrädesrätt till anställning

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Göra stickprov		
Kontroll av att varselista uppdaterats		
Stickprov		

## Upprätta handlingar och dokumentera

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Granskning av social dokumentation och journalföring	11	
Kontroll av kvalitet på journalernas innehåll		
Loggkontroll	Godkänd	
Personuppgiftsbehandlingar registreras, bedöms och följs upp i Draftit registerförteckning	16	

## Utreda

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av enkätfrågor och klagomål/synpunkter gällande information		
Kontroll av informationsmaterial	Godkänd	
Kontroll av kvalitet och kommunikation av utredning		

## Utreda behov av äldreomsorg

Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Kontroll av avvikelser, klagomål, synpunkter avseende beställningar	1	
Kontroll av avvikelser, klagomål, synpunkter avseende beställningar	Godkänd	