

Handläggare

Till

Järva stadsdelsnämnd

Telefon:

Kvalitetsberättelse 2024 för Järva stadsdelsnämnd

Förslag till beslut

Järva stadsdelsnämnd

start.stockholm

Innehållsförteckning

| | |
|---|----------|
| Inledning | 3 |
| Sammanfattning | 3 |
| Kvalitetsarbete under året..... | 3 |
| Resultat och analys..... | 5 |
| Egenkontroll..... | 5 |
| Synpunkter och klagomål..... | 7 |
| Avvikelser | 7 |
| Lex Sarah..... | 8 |
| Riskanalys | 8 |
| Årlig uppföljning processer..... | 9 |
| Förbättringsarbete | 9 |
| Uppföljning av åtgärder..... | 9 |
| Förbättringsområden för kommande år | 9 |

Inledning

Sammanfattning

Socialtjänstens systematiska kvalitetsarbete har fortlöpt enligt plan under 2024. Ett antal uppföljningar har genomförts såväl internt som externt vilka visat på såväl styrkor som utvecklingsbehov. Dessa utgör grund för fortsatt utveckling av kvalitetsarbetet.

Under året har ett arbete pågått tillsammans med serviceförvaltningen för att upprätta en samverkansyta för socialtjänstens alla samverkansdokument. På ytan ska rutiner och överenskommelser både för intern och extern samverkan finnas. Arbetet kommer att fortsätta 2025.

Utvecklingen av kvalitetsledningssystemet i ILS för avdelningen individ och familj har pågått under 2024 och kommer under 2025 att utvecklas och fokusera på att överföra aktiviteter, risker och egenkontroller utifrån den nya chefsstrukturen.

Kvalitetsarbete under året

Granskningar och revisioner

Under denna rubrik redovisas 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.

Avdelning individ och familj

IVO har genomfört en inspektion vid Bromstensgården. Tillsynen granskade verksamhetens arbete med att förebygga, identifiera och hantera hot, våld och övergrepp. IVO konstaterade att huvudmannen brister i kontroll av Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister inför anställning. Åtgärd har vidtagits genom revidering av rutin inför nyanställning där det nu tydligt framgår att registerutdrag från Polismyndigheten ska inkomma innan anställningsavtal skrivs. Utifrån föreslagna åtgärder för att komma till rätta med bristerna har IVO bedömt att avsluta ärendet.

Socialförvaltningen granskade under våren förhandsbedömningar avseende barn 0-12 år i ett urval av stadens stadsdelsförvaltningars mottagningsgrupper för barn och unga. Resultatet visar att förvaltningens förhandsbedömningar synliggör och gör barnen delaktiga. Vidare framgår att det finns en god intern samverkan och att förvaltningen haft flest barnsamtal. Under 2025 kommer fortsatt arbete att ske i linje med socialtjänstinspektörernas rekommendationer för att öka barns delaktighet samt ökad samverkan med andra aktörer

Stadsrevisionen har genomfört granskningen *Orosanmälningar i förskolan*. Som ett led i detta arbete har revisionerna granskat hur samverkan sett ut historiskt samt statistik om antal anmälningar från förskolan. Fortsatt arbete sker enligt revisionens rekommendationer, vilket innebär att socialtjänsten i samverkan med förskolan ska ta fram interna rutiner för hantering av orosanmälningar. Vidare ska socialtjänsten delge förskolan statistik tertialvis över orosanmälningar från samtliga förskolor i stadsdelsområdet. Statistiken ska därefter gemensamt analyseras för vidare åtgärder.

Avdelningen individ och familj har sett över arbete inom området våld i nära relation inklusive hedersrelaterat våld och förtryck. Utvecklingsarbetet fortsätter 2025 genom implementering av en struktur för förbättrad samverkan samt att verksamheterna ska se över och ta fram ändamålsenliga screeningverktyg för våld.

Avdelning äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

IVO har genomfört en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre (SÄBO) under pandemin. Granskningen omfattade fyra delar: individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation och personalkontinuitet, läkemedelshantering

samt vård i livets slutskede. Granskningen har pågått 2023-2024. Resultatet visar på brister inom SÄBO under pandemin, rapporten är allmänt hållen och redovisar främst brister på riksnivå. Synpunkter som lämnats för enheten har åtgärdats i form av uppdaterade rutiner, utbildning eller liknande vilket har redovisats till IVO innan avslutande rapport för tillsynen. Samtliga synpunkter i slutrapport har följts upp inom förvaltningens SÄBO.

IVO har under året beslutat om vite i två fall för ej verkställt beslut på beställarenheten äldreomsorg. Dessa beslut är fattade i före detta Spånga-Tensta stadsdelsnämnd och är ett par år gamla. Vid sammanläggning av stadsdelsnämnder överförs ärenden till den nya stadsdelsnämnden vilket har skett med dessa ärenden. Ej verkställda beslut rapporteras till IVO fyra gånger per år. Rutiner för att säkerställa att bifallsbeslut verkställs inom beställarenheterna äldreomsorg samt beställarenhet funktionsnedsättning och socialpsykiatri har setts över under året. Arbetet kommer att följas upp inom enheterna under 2025.

Under året har brandskyddsinspektion genomförts av brandmyndigheten och inspektion av verksamheternas egenkontroll avseende hälsoskydd har genomförts av miljöförvaltningen, inom utförarverksamheter LSS. Anmärkningar gällande brandskydd kommer att slutföras 2025 då en lokal vilken används av daglig verksamhet kräver mer omfattande åtgärder efter att tidigare godkänd brandcell ej bedömts som tillräcklig för verksamheten.

Miljöförvaltningens anmärkningar har åtgärdats. Dessa omfattade främst avsaknad av rutin för inhämtande av protokoll av kontroller som hyresvärden ansvarar för att genomföra. Det saknades även i några gruppboende rutiner att regelbundet mäta temperatur i inomhusmiljö samt personbelastningskarta vilken ska innehålla uppgifter om totala luftflöden, luftflöden per rum, total yta, yta per rum, maxantal personer i både lokalen samt i varje enskilt rum.

Våren 2024 genomförde stadens funktionshinderinspektörer en kvalitetsgranskning av bostad med särskild service inom verksamhetsområdet socialpsykiatri. Granskningen inkluderade Elinsborgsbacken vilken drivs på entreprenad av företaget Novelia omsorg för Järva stadsdelsnämnds räkning. Granskningen inkluderade även tre boenden i kommunal regi av olika stadsdelsnämnder. Resultatet visar en variation i innehåll och struktur i beställningar från handläggare. I de fall beställningarna innehåller gamla och inaktuella uppgifter eller om uppdrag och aktiviteter saknas är det av vikt att utföraren påtalar det för handläggaren. Dokumentation ett gemensamt utvecklingsområde även om det är skillnader mellan de granskade enheterna i hur dokumentationen fungerar. Även att upprätta genomförandeplaner baserade på beställningarna och där innehållet inte ändras är ett gemensamt utvecklingsområde. Systematisk, löpande och mer enhetlig dokumentation är något som flera av verksamheterna behöver arbeta med. Det är skillnader såväl i utbud av aktiviteter som erbjuds boende som boendes deltagande i biståndsbedömd sysselsättning. Det finns ett engagemang och en vilja i verksamheterna att utveckla utbudet av aktiviteter och innehåll. Brukarrevision, där personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning granskar verksamheter utifrån sina perspektiv, skulle vara lämpligt att genomföra vid bostad med särskild service. Granskningen utgör underlag även för kvalitetsutveckling av motsvarande verksamhet som drivs i regi av Järva stadsdelsnämnd.

Under hösten 2024 var Järva en av fyra stadsdelsnämnder som granskades av funktionshinderinspektörerna. Granskningen avsåg beställarenheten funktionsnedsättning och gällde barn och unga vuxna upp till 21 år där beslut fattats gällande insatsen ledsagning eller ledsagarservice under perioden 1 januari till 30 juni 2024. Totalt för de fyra enheterna omfattar granskningen 95 ärenden. Majoriteten av personerna är beviljade insats enligt LSS. En aktuell DUR-utredning som underlag till beslut finns i nästan alla ärenden. Det utvecklingsarbete som pågår i verksamheterna kring att stärka barnrättsperspektivet inklusive barns delaktighet syns i ärendena. Dokumenterad uppföljning saknas i en knapp femtedel och arbetet med systematisk uppföljning är ett generellt utvecklingsområde. Rutin för framtidsplanering och information till barn och vårdnadshavare inför 18-årsdagen utgör ett säkerställande av att inget missas inför vuxenlivet och att socialtjänsten också kan gå in och

ge stöd i de delar som eventuellt behövs stöttas upp. Att samordna och förstärka samarbetet mellan barn- och ungdomsenheter (IoF) är något som skulle gynna både barn med funktionsnedsättningar och familjerna som helhet. Informationsutbytet kring vad som händer i ett ärende behöver bli bättre för att kunna arbeta mot ett samordnat stöd och en så bra situation som möjligt för enskilda.

Kvalitetsobservation genomfördes i augusti av äldreförvaltningen på Rinkeby vård- och omsorgsboende. Fokus på observationerna var hur personalen tillämpar det personcentrerade förhållningssättet och äldreomsorgens värdegrund i mötet med den äldre. Dels observerades hur personalen samverkar med och stödjer den äldre i stunden, dels observerades de tekniska färdigheterna. Den äldre ska kunna känna välbefinnande och trygghet samt ha möjlighet att påverka sin egen vardag och uppleva att livet är meningsfullt. Flera styrkor och utvecklingsområden rapporterades vilket har legat till underlag för fortsatt utveckling av verksamheten under hösten. Under 2024 genomfördes en avdelningsövergripande utbildningsinsats i salutogent förhållningssätt för medarbetare inom äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

En inspektion genomfördes på beställarenheten för äldre i september 2024 av äldreförvaltningen. Syftet med äldreförvaltningens inspektioner på beställarenheterna som genomförts 2023 och 2024 är att följa upp enheternas arbete med de äldres välbefinnande och livskvalitet. Syftet är även att medverka till beställarenhetens utvecklings- och kvalitetsarbete. Fokus är beställarenheternas arbete med att bryta ofrivillig ensamhet och social isolering. Inspektörerna granskade även handläggning och dokumentation av insatsen dagverksamhet med social inriktning. I juni 2024 var 1037 personer över 65 år beviljad insatsen hemtjänst i ordinärt boende av nämnden. Ingen var beviljad dagverksamhet med social inriktning. En inspektionsrapport har överlämnats till beställarenheten för äldre vilken ska användas som underlag i enhetens fortsatta kvalitetsutvecklingsarbete. I rapporten lyfts ett flertal styrkor och utvecklingsområden. Ett utvecklingsområde är att kunna följa den röda tråden mellan kartläggning och bedömning. Dokumentationsgranskningen visar att det i utredningarna finns information om äldre som är ensamma och isolerade men där den informationen saknas under rubriken Bedömning samt i beställning av insats. För att öka utförarens möjligheter att medverka till att bryta ofrivillig ensamhet och social isolering behöver den äldres behov tydligt framgå av beställningen. Det är även viktigt att insatsernas syfte beskrivs. Resultatet av inspektionen indikerar att enheten kan arbeta för att öka handläggarnas kunskaper om träffpunkter, öppna mötesplatser och aktivitetscenter.

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

Resultat och analys

Avvikelsehantering inom socialtjänsten omfattar synpunkter och klagomål, rapporter enligt lex Sarah samt avvikelser som kan inkomma från samverkanspartners eller upprättas inom den egna verksamheten. Alla avvikelser utreds och åtgärder vidtas skyndsamt om sådant behov framkommit. Resultatet av utredning analyseras och utgör underlag för fortsatt verksamhetsutveckling.

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

Egenkontroll

Socialtjänstverksamheter ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter kontinuerligt genomföra

egenkontroller. Egenkontroll avser en regelbunden och systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder. Detta är en viktig del av kvalitetsarbetet för att säkerställa att verksamheten uppfyller fastställda krav och följa verksamhetens utveckling. Egenkontroller sker bland annat utifrån avvikelser, inträffade incidenter, identifierade riskområden, lagstiftning eller på uppdrag från andra myndigheter. Resultaten dokumenteras och följs upp i enheternas ledningssystem. Kontroll av arbetet med uppföljning genomförs av stödfunktioner på avdelningsnivå för att säkerställa att kvalitetsarbetet säkerställs, fortlöper och utvecklas inom olika prioriterade områden.

Inom avdelningen individ och familj har bland annat delar inom handläggningsprocessen, förebyggande arbete, delaktighet vid placeringar och bemanning granskats. Resultaten visar att verksamheterna uppfyller kraven på handläggning. Fortsatt utvecklingsarbete ska bedrivas i syfte att bedömningar och skyddsbedömningar blir tydligare för den enskilde. Rutiner har reviderats och nya skapats för samverkan med interna och externa aktörer som även kommer att fortgå under nästa år. En annan granskning som genomförts är delaktighet för unga vid placeringar. Resultaten visar att i merparten av ärendena har ungdomarna fått information om anledning till att en placering eller att hemflytt ska ske. I hög grad av ärendena har ungdomen förstått varför hen blir placerad eller ska flytta hem. Granskningen visade även att ungdomarna, i stor utsträckning, har givits möjlighet att framföra sin inställning till placering samt att inställningen har beaktats vid beslut om placering eller hemflytt.

Vidare har en granskning om vårdnadshavare tillfrågats om lämplighet med barnsamtal samt om det funnits kvarstående oro när förhandsbedömningen avslutats med beslut om att ej inleda utredning. Här framkom att inga förhandsbedömningar avslutats med hög oro under kontrollperioden.

Granskningar har även genomförts för att säkerställa personal med lämplig utbildning och erfarenhet i verksamheterna. Resultatet visar att verksamheterna har egna introduktionsplaner för nyanställda som revideras vid behov. En viktig del i arbetet är att skapa en god arbetsmiljö vilket sker genom att verksamheterna håller enhets/gruppmöten samt genomför regelbundna avstämningar med anställda. Varje person som slutar erbjuds avslutssamtal och uppmanas fylla i Järvas personalenkät.

Ett omfattande antal olika egenkontroller genomförs inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri enligt respektive enhets årshjul. Omfattning och variation beror på skillnaderna i enheternas uppdrag och innehåll vilket påverkar vilka olika lagstiftningar och regelverk som enheterna verkar under. De olika enheterna har utifrån den verksamhet som bedrivs olika ansvar att genomföra egenkontroller och rapportera resultatet av dessa till olika uppdragsgivare/myndigheter/förvaltningar. Exempel på olika kontroller som genomförts regelbundet är temperaturkontroller av kranvatten, kontroll av signeringslistor av medicin samt innehåll i inkomna genomförandeplaner från samtliga utförare av beställd insats. Under året har bland annat granskning av social dokumentation, beredskapslager och välfärdsbrottslighet varit prioriterade områden för intern egenkontroll. Resultatet visar på såväl styrkor som svagheter och ger underlag för fortsatt utveckling på såväl enhets- som avdelningsnivå. Bland annat kommer inledda utbildningssatsningar på språklyftet för utbildning i yrkessvenska samt i geriatrik, att fortsätta under 2025. Löpande dokumentation samt avvikelshantering är annat som identifierats som utvecklingsområden.

Verksamhetsuppföljning

Under året har verksamhetsuppföljningar genomförts i fyra verksamheter inom IoF; Bromstensgården, Familjestödsenheten, Relationsvåldscentrum Väst och Järva stöd och behandling. Utifrån genomförda verksamhetsuppföljningar är förvaltningens bedömning att verksamheterna håller en god kvalitet och bedrivs i enlighet med socialförvaltningens kravspecifikationer. Åtgärd i form av information om verksamheten och insatser som erbjuds saknas på Stockholms stads webbplats har noterats och kommer åtgärdas under 2025.

Samtliga granskningar, både interna och externa har åtgärdats genom bland annat egenkontroller och fortlöper under nästkommande år.

Verksamhetsuppföljning av utförarverksamhet

Ansvärliga förvaltningar för stadens LOV-avtal är socialförvaltning och äldreförvaltning. Verksamhetsuppföljningar sker regelbundet och utgår från SOSFS 2011:9 och de LOV-avtal som ingås av privata företag med staden. Verksamhetsuppföljningar i detta hänseende är avtalsuppföljningar men de kommunala utförarna av motsvarande verksamhet, följs upp på samma sätt och med samma kontinuitet som de privata företagen. Uppföljningarna fördelas till samtliga stadsdelsförvaltningar och genomförs inom ordinarie budget. Inom en stadsdelsförvaltning kan flera olika personer genomföra dessa uppföljningar. I de insatser där det föreligger HSL-ansvar för verksamheten deltar även MAS i arbetet. Stadsdelsförvaltningarna tilldelas uppföljning av förvaltningens utförarverksamheter i egen regi vilket innebär att MAS och dennes kollega följer upp sina egna verksamheter.

Under 2024 har totalt sju verksamhetsuppföljningar genomförts inom LSS. Fem var för insatsen korttidsvistelse varav det för två verksamheter samtidigt även genomfördes uppföljning av insatsen korttidsstillsyn för barn över 12 år. Ingen av dessa var utförare i regi av Järva stadsdelsnämnd. Nio hemtjänstföretag har följts upp och fem hemtjänstföretag som skulle ha följts upp har under året blivit av med tillstånd från IVO eller avtal med staden att bedriva hemtjänst på stadens uppdrag. Två av de verksamheter som följts upp är hemtjänst i nämndens regi. Uppföljning av Kista servicehus har flyttats till 2025.

Synpunkter och klagomål

För utveckling av kvaliteten inom socialtjänsten är det viktigt att få reda på vad medborgarna anser fungerar bra och framför allt, vad som kan förbättras. Att uppmuntra till och underlätta för brukare, klienter och deras närstående att framföra sina åsikter är därför en viktig del i att utveckla kvaliteten i socialtjänstens verksamheter. Genom att vara öppen för feedback och kritik kan socialtjänsten anpassa sitt arbete och sina metoder för att bättre möta medborgarnas behov och önskemål.

Totalt har 33 synpunkter/klagomål inkommit till avdelningen Individ och familj och har främst berört handläggning och bemötande. De flesta klagomålen har inkommit från brukare, vårdnadshavare och närstående. Avseende synpunkter på handläggning och bemötande så är det ofta brukare som är missnöjda med avslagsbeslut. Avdelningen hanterar alla klagomål med stor noggrannhet och återkopplar alltid till den som lämnat in klagomålet. Utifrån inkomna klagomål har ingen tydlig trend kunnat identifieras och inte heller behov av åtgärder eller förbättringar i verksamheten. Avdelningen arbetar kontinuerligt med utbildning i bemötande och kommunikation i syfte att ge god service.

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

Avvikelser

Avvikelse är de fel och brister som upptäcks och påtalas av anställda i verksamheterna. Avdelningen individ och familj har identifierat en avvikelse som handlade om specifika journaler i ett ärende som ej var korrekt dokumenterade. Åtgärder i form av egenkontroller i ledningssystemet avseende dokumentation har upprättats.

Systematisering av avvikelser är ett utvecklingsområde inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri för 2025. Ingen avvikelse har identifierats som genomgående gällt avdelningens enheter. Avvikelse inom enheterna har under 2024 hanterats inom de olika verksamheterna. Dessa har främst gällt avsteg från gällande rutiner, problem med posthantering inom förvaltningen och liknande. Gränsdragning mellan avvikelse och lex Sarah utgör ett utbildningsområde och område för utveckling av samsyn för beställarenheterna 2025.

Lex Sarah

Syftet med lex Sarah är att bidra till att den enskilde får insatser av god kvalitet och att förebygga att enskilda inte drabbas av missförhållanden. Utifrån vad som framkommer i utredning vidtar enheterna åtgärder för att undvika fortsatta eller nya missförhållanden. Genom att systematisera inkomna lex Sarahrapporter kan enheter och förvaltning identifiera behov av exempelvis utbildning eller kvalitetsutveckling inom olika områden både på enhets- och förvaltningsövergripande nivå.

Totalt har nio lex Sarah rapporter upprättats inom avdelningen individ och familj varav en har rapporterats som en kvalitetsavvikelse och hanteras inom det systematiska förbättringsarbetet. Ingen lex Sarah har rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg då utredningen inte visat att det inneburit allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskildas liv, säkerhet eller fysiska/psykiska hälsa. Missförhållandena som rapporterats handlar främst om brister i rättssäkerhet och genomförande. Åtgärder har tagits fram som följs upp genom egenkontroller i kvalitetsledningssystemet, bland annat genom uppföljning av att rutin för matrekvisition följs i syfte att säkerställa att beslut verkställs.

Inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri har 27 lex Sarah rapporter upprättats under året. Av dessa har två anmälts till Inspektionen för vård och omsorg. Beslut har meddelats av IVO i båda fallen och förvaltningens hantering har bedömts tillräcklig varpå dessa ärenden avslutats. Missförhållandena som rapporterats har främst avsett brister i nyckelhantering och att följa gällande arbetsrutiner inom hemtjänst samt att följa gällande handlägningsrutiner på beställarenheten äldreomsorg. För samtliga identifierade brister har åtgärder vidtagits vilka följs upp av enhetschef.

Två ärenden har rapporterats under året där både enhet inom individ och familj samt funktionsnedsättning och socialpsykiatri varit inne i ärendet. Dessa har i båda fallen handlat om brister i kommunikation och samverkan där förvaltningens rutin ej följts att lyfta till högre chef vid tveksamheter.

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

Risکاناليس

Risکاناليس i förvaltningens kvalitetsarbete innebär att bedöma om händelser kan uppstå som avviker från god kvalitet, vilka konsekvenserna kan bli av sådana händelser och hur allvarliga de är. Riskanalysen i förvaltningens verksamhetsplanering utgår från identifierade oönskade händelser som om det skulle inträffa utgör en allvarligare kvalitetsbrist i verksamheten. För varje händelse görs en skattning av sannolikhet och negativa konsekvenser samt plan för åtgärd vilken följs upp under året.

Risکاناليسerna som genomförs utgår från att verksamheterna arbetar enligt lagar och riktlinjer som finns men också för att se att kvaliteten i arbetet fortsatt är hög. I förbättringsarbetet har avdelningen individ och familj fokuserat på det förebyggande arbetet genom att identifiera risker, bland annat inom området handläggning och dokumentation. Exempel på risker som har identifierats med ett högt riskvärde är att skyddsbedömningar inte sker omedelbart,

anmälan eller ansökan hanteras inte, samverkan bedrivs inte och hög personalomsättning. Ett utvecklingsområde är att fortsätta involvera fler barn i förhandsbedömningarna. Även om detta är en av punkterna som stadens revision fann att just Järva var bra på, att ha barnsamtal, så är det ett område som verksamheten fortsatt behöver utveckla.

Inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri har arbetet med att säkerställa att stöd erbjuds de klienter som identifierats som våldsutsatta fortlöpt enligt plan under året. Rutinerna hade inte uppdaterats i sammanläggningen av stadsdelar 1 juli 2023 varpå arbetet skett löpande men utifrån olika rutiner och systematiseringen hade fallit i glömska. Detta är nu åtgärdat då rutinen fastställdes och implementerades i arbetsgrupperna redan under våren.

Risکانalyser görs även löpande inom olika delar av socialtjänsten utifrån insatser, händelser, individer i förvaltningens verksamheter och utifrån arbetsmiljö. Riskanalyser ingår i det ordinarie arbetet både på enhets- och avdelningsnivå. På individnivå görs riskanalyser både inför möten med klienter samt vid mottagande av nya individer i utförarverksamheterna. Riskanalyser uppdateras regelbundet. Detta ska säkerställa att den enskildes behov tillgodoses i verksamheten men även en trygg arbetsmiljö för förvaltningens medarbetare.

Riskbedömning sker även i de verksamheter som arbetar med grupper utifrån kännedom om gruppsammansättning. Även dessa riskbedömningar sker utifrån brukarnas behov och förutsättningar samt arbetsmiljö för medarbetare. Det sker riskbedömningar inför varje hembesök för att säkerställa en trygg arbetsmiljö för medarbetarna. Om osäkerhet föreligger att hembesök inte kan ske utan risk för medarbetaren så genomförs besöket av två personer eller så flyttas mötet till annan plats t.ex. förvaltningskontor. Vid hembesök är rutinen att använda personlarm samt alltid meddela kollegor vart man befinner sig och när man lämnar adressen.

I utförarverksamheter inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri har åtgärder som vidtagits i under året utifrån bedömda risker bland annat varit dubbelbemanning, bemanning av väktare, utrustning med personlarm och tillfällig stängning av verksamhet. Under året har ett par incidenter inträffat av mindre allvarlig karaktär och som inte kunnat förutses, dessa har rapporterats i IA.

RSA

Förvaltningen följer stadens planering för arbetet med RSA. I arbetet med kris och beredskap sammanställs identifierade riskområden för varje enhet och dess verksamhet vilket inkluderar en mängd olika områden. För var och en av dessa identifierade risker vidtas på enhets- eller avdelningsnivå åtgärder och upprättas planer för att klara en krissituation. Detta arbete inkluderar bland annat brist på el, vatten och matleveranser. Arbetet har fortlöpt under 2024 och berör särskilt verksamheter med heldygnsomsorg samt beredskapsverksamheter.

Årlig uppföljning processer

Förbättringsarbete

Uppföljning av åtgärder

Förbättringsområden för kommande år

Inom avdelningen individ och familj har fokus under året varit att skapa nya samverkansrutiner och arbetssätt mellan olika enheter och arbetsgrupper. Vidare har fokus legat på att skapa goda relationer och samverka för att möjliggöra ett gott arbete och ge god service till invånare och brukare.

Inom verksamheterna för barn- och ungdomsområdet har kvalitetshöjning i

handläggningsprocessen skett genom att nya medarbetare genomgått grundutbildning i både BBiC samt Signs of Safety. Flertalet medarbetare har även påbörjat utbildning i barnsamtal i syfte att fortsätta hålla en hög nivå av att delaktiggöra barn och unga vilket möjliggör att de får göra sin röst hörd.

Förvaltningen har två rekryterare som fokuserar på att hitta och rekrytera egna familjehem. Fler familjehem i egen regi bidrar till att tiden i jourhem för placerade barn minskar och att de snabbare kommer till ett stadigvarande boende samt att förvaltningen på ett tillgängligt sätt kan handledning och vägledning utifrån barns behov.

Bromstengården har under 2023 och under 2024 implementerat ett nytt dokumentationssystem för att tillhandahålla en mer rättssäker handläggning. Verksamheten lämnade under året in ett bidrag till Kvalitetsutmärkelsen. Återkoppling på bidraget genomfördes i början av december. Examinatorerna nominerade enheten till ett hedersomnämmande, då bidraget har en god systematik och en röd tråd avseende målgrupp, medarbetarskap och ledarskap. Verksamheten ska använda återkopplingen till utveckling av verksamheten.

Inom avdelningen äldre, funktionsnedsättning och socialpsykiatri är en grundläggande utmaning tillgången till enheternas ledningssystem och möjlighet till dokumentation. De flesta medarbetare har inte tillgång till dator i sitt dagliga arbete då de arbetar i utförarverksamheter och ett flertal befinner sig under sin arbetstid främst i enskildas hem. I kombination med bristande kunskap i skriven svenska blir det särskilt svårt att hantera detta på en telefon.

Ett flertal av stadens IT-system har brister som påverkar möjligheten att säkra ett gott och effektivt kvalitetsarbete såväl kvalitativt som ekonomiskt t.ex. schemas. Stadens storlek utifrån juridiskt- och säkerhetsperspektiv försenar möjligheten att komma igång med användandet av ny teknik då varje system behöver godkännas och säkerhetsklass vilket ofta drar ut på tiden. En sammanhållen bevakning av produktutveckling inom området välfärdsteknik med etablerade testmiljöer skulle skapa mer jämlika villkor för medborgare och medarbetare i Stockholms stad. Ett stadsövergripande och sammanhållet ägande av system samt serviceavtal utifrån gemensamma upphandlingar torde vara mer kostnadseffektivt. En ytterligare komplikation är att kommunen och regionen använder sig av flera olika IT-system vilket innebär att information ofta behöver dokumenteras på flera ställen. Detta är en ineffektiv hantering som blir kostnadsdrivande ur arbetsgivarperspektiv.

Socialförvaltning och äldreförvaltning ansvarar inte för någon fortbildning av de personer som genomför LOV-uppföljningar och ställer inga särskilda kompetenskrav för denna funktion. Nämnderna ansvarar för uppföljning av verksamhet i egen regi. Ur kvalitetshänseende blir detta en osäker hantering av staden då processen med förberedelse och inläsning, uppföljning, inhämtande av kompletteringar och åtgärdsplaner, rapportering och återkoppling riskerar att ske på olika sätt i de olika stadsdelsförvaltningarna både gällande privata och kommunala utförare. Dagens arbetssätt innebär att avtalsuppföljarnas lönekostnader belastar stadsdelsförvaltningarna vilket både kan påverka möjligheten att genomföra annat kvalitetsarbete i den egna förvaltningen såväl som den arbetstid vilken läggs på respektive verksamhetsuppföljning. Ytterligare en osäkerhetsaspekt i stadens kvalitetsarbete är att LOV-uppföljningar sker helt fristående från det arbete som pågår i staden och stadsdelsförvaltningarna gällande att motverka välfärdsbrottslighet. Att säkerställa denna hantering i staden är ett viktigt utvecklingsområde för att nå god kvalitet.

Hur snabbt den nya organisationen utifrån chefsstrukturen som träder i kraft 1 januari 2025 sätter sig och vilket uttryck införandet av nya socialtjänstlagen som träder i kraft den 1 juli 2025 ger, är avgörande för med vilket fokus utveckling och kvalitetsarbete ska och kan, bedrivas kommande år.