

Kvalitetsberättelse 2022

Datum: 2023-03-30

Ansvarig: Britt-Marie Pettersson

Förvaltning: Arbetsmarknads- och
socialförvaltningen



Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Uppföljning av prioriterade utvecklingsområden 2022	4
2.1 Stödstruktur för egenkontroll och riskanalys	4
2.2 Vidareutveckling av arbetet med avvikelser	4
2.3 Etablera samordnad verksamhetsutveckling	5
2.4 Brukarundersökningen	6
2.5 Öppna jämförelser.....	6
2.6 Uppföljning av ledningssystemet	7
3. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad – processer och rutiner	7
3.1 Revidering av kärnprocesser	8
4. Det systematiska förbättringsarbetet.....	8
4.1. Avvikelser	8
4.1.1 Klagomål och synpunkter till förvaltningen från utomstående.....	9
4.1.2 Klagomål och synpunkter från personal och kvalitetsavvikelser	10
4.1.3 Lex Sarah.....	11
4.1.4 Mönster i avvikelser	12
4.1.5 Utvecklingsarbete under året	14
4.2 Riskanalys	14
4.3 Egenkontroll	15
5. Prioriterat utvecklingsområde 2023	15
Bilaga 1. Riskanalyser	16
Bilaga 2. Egenkontroller	19

1. Sammanfattning

Den som bedriver socialtjänstverksamhet ska med stöd av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet¹.

Arbetsmarknads- och socialförvaltningens kvalitetsberättelse beskriver hur verktygen i det systematiska förbättringsarbetet har gett stöd till att säkra och utveckla socialtjänstverksamheten under året. Den samlade uppföljningen ger även ett underlag till utveckling inför kommande år. Allt i syfte att öka verksamhetens kvalitet till nytta för brukaren.

Förvaltningen har förberett sig på olika sätt inför att driftsätta ett nytt digitalt system för hantering av avvikelser. I samband med införandet har en översyn gjorts av processen för avvikelshantering. En av principerna som har varit i fokus i översynen har varit att det ska vara enkelt både för personal att rapportera en avvikelse och för Malmöbor att lämna ett klagomål eller en synpunkt.

Riskanalyser och egenkontroll är verktyg som kan användas förebyggande och utvärderande i det systematiska förbättringsarbetet. För att underlätta för chefer att använda verktygen har mallar tagits fram under året med syfte att vara ett stöd för att genomföra, följa upp och dokumentera.

Förvaltningen har liksom förra året genomfört en brukarundersökning kring upplevelsen av verksamhetens kvalitet. Efter genomförandet 2021 konstaterades ett behov av att utveckla organiseringen för planering och genomförande av undersökningen ur ett styr- och ledningsperspektiv.

Styrgruppen som tillsattes har formulerat mål för undersökningen och resultatet av arbetet kring dessa har fallit väl ut. Fler Malmöbor erbjöds att delta i undersökningen och fler svar kom in. Varje svar är viktigt och förvaltningen planerar nu att återkoppla till Malmöbor om hur verksamheten kommer förbättras utifrån egenkontrollen.

Avslutningsvis har en prioritering under året varit att etablera tidigare införda arbetssätt kring den förvaltningsövergripande analysen av avvikelser och hur den kan leda till förbättrande åtgärder. Genom att sammanföra uppföljningen av avvikelser med resultaten från styr- och ledningsprocesserna för mål och budget och intern kontroll har förvaltningsövergripande utvecklingsområden kunnat tas fram i syfte att säkra och förbättra verksamheten.

¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

2. Uppföljning av prioriterade utvecklingsområden 2022

I *Kvalitetsberättelse 2021* identifierades vissa utvecklingsområden och nedan presenteras en uppföljning av arbetet med dessa.

2.1 Stödstruktur för egenkontroll och riskanalys

Riskanalys och egenkontroll är verktyg som ska användas i det systematiska förbättringsarbetet inom socialtjänsten². Verktygen ger stöd för att arbeta förebyggande och utvärderande.

Det har funnits ett behov av att utveckla stödstrukturen för egenkontroller och riskanalyser i förvaltningen. Under året har därför mallar tagits fram som syftar till att ge stöd för genomförande, dokumentation och uppföljning både vid riskanalyser och vid egenkontroller.

På intranätet har en särskild sida tagits fram med beskrivning av verktygen och när och hur de kan användas i det systematiska kvalitetsarbetet. Det har även tydliggjorts hur bestämmelserna i SOSFS 2011:9 för riskanalyser skiljer sig åt jämfört med anvisningar för riskanalyser och riskbedömningar inom andra områden såsom intern kontroll och arbetsmiljö. I beskrivningen ges också exempel om hur riskanalyser kan samordnas med genomförandet av riskbedömningar inom arbetsmiljö.

2.2 Vidareutveckling av arbetet med avvikelser

Under 2021 har förvaltningen upphandlat ett nytt digitalt system att användas för avvikelshantering tillsammans med funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. Förberedelser har pågått under året inför att systemet driftsattes vid årsskiftet 2022/2023.

Som en del av förberedelserna har en översyn av avvikelseprocessen gjorts. Flera delar i den tidigare processen har upplevts fungera bra men det fanns också brister och förbättringsförslag. En arbetsgrupp har identifierat vad som var viktigt att bevara och vad som behövde förändras. Ett område har exempelvis handlat om att förbättra möjligheten till statistikuttag för att vid sammanställningar bättre kunna urskilja och analysera mönster om händelser, bakomliggande orsaker och åtgärder.

Stöd för användare har publicerats på intranätet. Där finns manualer, instruktionsfilmer och utbildningsfilmen *Systematiskt kvalitetsarbete – klagomål och synpunkter från personal, kvalitetsavvikelser och lex Sarah*. Utöver det har *Rutin för hantering av klagomål och synpunkter från personal samt kvalitetsavvikelser inom arbetsmarknads- och socialförvaltningen* och *Rutin för hantering av klagomål och synpunkter till förvaltningen från utomstående* tagits fram och *Rutin för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah* har reviderats.

² 5 kap, 1–2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

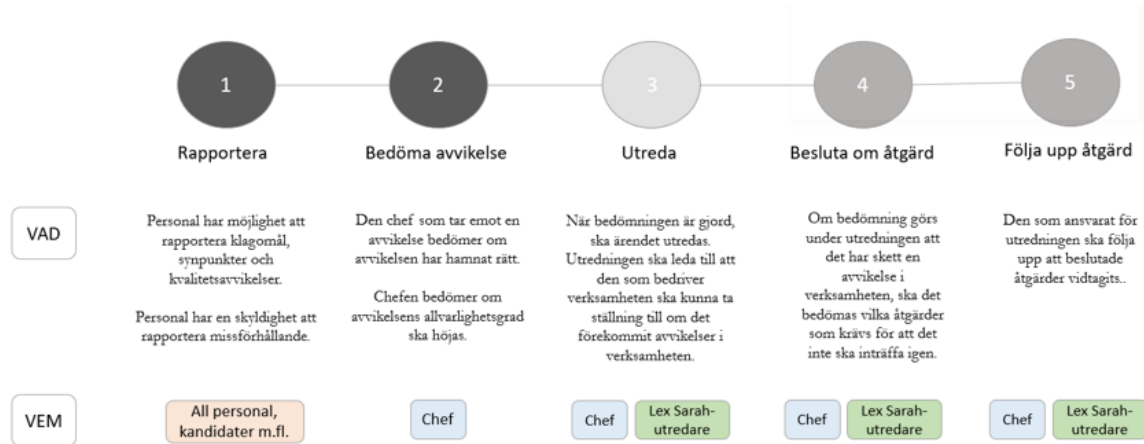


Bild. Beskrivning av arbetsmarknads- och socialförvaltningens process för avvikelser.

Förvaltningen har tillsammans med funktionsstödförvaltningen och hälsa-, vård-, och omsorgsförvaltningen skapat en gemensam e-tjänst på malmo.se där exempelvis brukare, närstående eller andra myndigheter kan lämna klagomål eller synpunkter. Syftet med en gemensam e-tjänst är att förenkla för Malmöbon och andra att lämna ett klagomål eller en synpunkt. En ny folder har också tagits fram där Malmöbon både får information om, och kan lämna, sitt klagomål eller sin synpunkt till förvaltningen.

Behov har tidigare identifierats av att förstärka stödet till chefer vad gäller deras informationsskyldighet om lex Sarah. Den närmsta chefen ska ge medarbetare information om lex Sarah både vid anställning och därefter årligen. För detta vidtogs vissa åtgärder redan 2021. Genom ASF Årshjulskalender och kompletterande mejlutskick får chefen en påminnelse om den årliga informationen och stödmaterial att använda sig av vid tillfället. Förvaltningsgemensam information om avvikelser som är riktad till nyanställda chefer ska tas fram. Arbetet kommer att ingå i det nystartade projektet kring framtagandet av en samlad chefsintroduktion inom förvaltningen.

2.3 Etablera samordnad verksamhetsutveckling

Under året har förvaltningen fortsatt med att samordna uppföljningar från de tre styr- och ledningsprocesserna: mål och budget, intern kontroll och systematiskt kvalitetsarbete. Underlagen som har använts för detta var uppföljningar av verksamhetsplan, internkontrollplan och avvikelser. Syftet är att använda kunskap och verktyg från de olika styr- och ledningsprocesserna för att få en helhetsbild och prioritera utvecklingsområden.

För att ta fram ett underlag till den samordnade verksamhetsplaneringen sammanställdes avvikelser som har varit återkommande och inträffat inom alla verksamhetsområden. Avvikelserna har sammanställts och analyserats både inom verksamhetsområdena och på övergripande nivå av *Kvalitetsnätverket*³ och enhetschefer.

³ Kvalitetsnätverket består av kvalitetscontrollers och planeringssekreterare i respektive verksamhetsområde.

Utvecklingsbehoven som identifierades utifrån avvikelserna var:

- samordning – säkerställa att brukare som har kontakt med flera avdelningar ska få ett samordnat stöd,
- sekretess – säkerställa att sekretess inte röjs och
- handläggning och dokumentation – säkerställa rättssäkerhet och kvalitet i den sociala dokumentationen.

Genom den samordnade verksamhetsutvecklingen prioriterades slutligen fem gemensamma utvecklingsområden för 2023, däribland de tre ovan. Förvaltningsledningen har beslutat att områdena ska hanteras inom ramen för internkontrollplan eller verksamhetsplan.

2.4 Brukarundersökningen

Efter brukarundersökning 2021 konstaterades ett behov av att utveckla organiseringen för planering och genomförande ur ett styr- och ledningsperspektiv. En styrgrupp med berörda avdelningschefer inom förvaltningen utsågs inför genomförandet av undersökningen 2022. Styrgruppen fastställde mål för genomförandet av brukarundersökningen 2022:

- Alla brukare som omfattas av undersökningen ska erbjudas att delta.
- Förvaltningen ska ge goda förutsättningar för alla brukare att delta i undersökningen.
- Resultatet ska användas för verksamhetsutveckling.

Inom ramen för brukarundersökningen 2022 har sammanlagt 5 490 brukare erbjudits att delta vilket var 2 039 fler än under 2021 års undersökning. Förvaltningens bedömning är att det är en markant förbättring jämfört med tidigare år och att förvaltningens medarbetare har gjort en stor insats för att uppnå målet.

Antalet svar har ökat 2022 med 511 jämfört med 2021. Under genomförandet 2022 har kommunikationsinsatserna till brukarna förstärkts. Det var även möjligt att erbjuda brukarna att delta på olika sätt, att svara på en pappersenkät eller få en digital enkät skickad till sig. Samtidigt som brukarna fick större möjlighet att välja hur de önskade delta, bedömer förvaltningen att svarsfrekvensen har påverkats negativt av användandet av digitala enkäter. Den sammanlagda svarsfrekvensen i Malmö var 40 procent (2021: 49 procent).

Med nära 2 200 svar bedömer förvaltningen att det finns ett brett underlag att använda för vidare verksamhetsutveckling. Det arbetet fortsätter under 2023.

2.5 Öppna jämförelser

Förvaltningen deltar årligen i Socialstyrelsens *Öppna jämförelser* och besvarar frågor utifrån olika aspekter av kvalitet såsom exempelvis tillgänglighet, helhetssyn och samordning, kunskapsbaserad verksamhet, självbestämmande och integritet samt trygghet och säkerhet. Frågorna rör exempelvis områdena ekonomiskt bistånd, social barn- och ungdomsvård, missbruks- och beroendevård, krisberedskap och våld i nära relation. Under året har en struktur tagits fram för hur identifierade utvecklingsområden knyts samman med eventuella pågående, planerade eller genomförda utvecklingsprocesser.

2.6 Uppföljning av ledningssystemet

Nämnden är enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)* skyldiga att ha ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Nämnden beslutade 2020 att godkänna *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för arbetsmarknads- och socialnämnden* och att det ska följas upp vartannat år. Uppföljningsarbetet inleddes under 2022 och nämnden beslutade i december att ledningssystemet ska revideras. Det som särskilt behöver utvecklas handlar om att tillvägagångssättet och ansvarsfördelningen för det systematiska förbättringsarbetet behöver tydliggöras, samt att en översyn behövs av hur rutiner tas fram och implementeras i förvaltningen. Revideringsarbetet kommer pågå under 2023 och ett förslag kommer lämnas till nämnden under året för beslut.

3. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad – processer och rutiner

Verksamheten ska fastställa de processer och rutiner som är nödvändiga för att säkra verksamhetens kvalitet. Med kvalitet i detta avseende menas att verksamheten uppfyller krav och mål i lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Processer och rutiner är verktyg för en rättssäker och likvärdig verksamhet och skapar trygghet både för brukare och medarbetare.

Den som bedriver socialtjänst ska även identifiera processer och rutiner där samverkan behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten. Processer och rutiner ska säkerställa att samverkan sker effektivt med brukaren i fokus så att behoven tillgodoses utan att organisatoriska gränser blir ett hinder.

Förvaltningens arbete med att upprätta, revidera och förvalta kärnprocesserna beskrivs i *Rutin för hantering av kärnprocesser inom arbetsmarknads- och socialförvaltningen i Malmö stad*. I *Riktlinje för framtagande av styrdokument i arbetsmarknads- och socialförvaltningen* beskrivs hur framtagande av rutiner och andra styrdokument sker, vem som beslutar om vad och hur styrdokument implementeras, följs upp, revideras och upphävs.

Genom att arbeta systematiskt med riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering kan verksamheten identifiera processer och rutiner som behöver tas fram eller förbättras. I sammanställningar som förvaltningen har gjort av avvikelser har ett mönster kring åtgärder identifierats. Gemensamt för verksamhetsområdena har varit att flera åtgärder har handlat om att påminna eller informera om rutiner. I internkontrollplan 2023 har nämnden beslutat om att granska förvaltningens struktur för implementering och användares förutsättningar för att kunna arbeta i enlighet med processer och rutiner såsom det beskrivs i *SOSFS 2011:9*. Granskningen är avgränsad till förvaltningens struktur för att upprätthålla kunskap och information kring det som redan implementerats.

3.1 Revidering av kärnprocesser

Förvaltningens kärnprocesser beskriver gemensamma arbetssätt inom specifika områden. Under året har förvaltningen gjort omfattande revideringar av *Kärnprocess boende* och *Kärnprocess våld i nära relation*.

I nämndens *Kvalitetsberättelse 2021* beskrevs att lex Sarah utredningar som rört brister i dokumentation och handläggning om bistånd till boende hade följts upp genom en granskning. Syftet med granskningen var att identifiera behov av förändringar i arbetssätt och i *Kärnprocess boende*. Granskningen avslutades med en utvecklingsplan som i sin tur resulterade i en reviderad *Kärnprocess boende* i slutet av 2022. Nya delar har lagts till i processen och andra delar har förtydligats. Sådant som har förtydligats avser exempelvis handläggning av ansökan, barnrättsperspektiv och orosanmälan kring barn, intern och extern samverkan samt samtycke, genomförandeplaner/uppdragsplaner, process för lägenheter med kommunala kontrakt, samt avhysningar och det vråkningsförebyggande arbetet.

I april 2022 har förvaltningen startat en ny sektion med specialistfunktion inom arbetet med våld i nära relation, *Mottag 5 VINR/beder*. Sektionen har en samordnande funktion och arbetar med ett ärende från att det påbörjas och så länge det finns behov av insatser kring våld. Utifrån den nya sektionens uppdrag har arbete pågått under året för att revidera och anpassa *Kärnprocess våld i nära relation* och arbetet beräknas vara klart under första kvartalet av 2023.

4. Det systematiska förbättringsarbetet

Det systematiska förbättringsarbetet i enlighet med *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)* omfattar:

- utredning av rapporter om påtagliga risker för missförhållanden/missförhållanden, kvalitetsavvikelser samt klagomål och synpunkter (avvikelser),
- riskanalyser och egenkontroller.

Verktygen ska användas för att identifiera behov av förbättring av processer och rutiner eller andra förbättrande åtgärder.

4.1. Avvikelser

Händelser som har fört med sig, eller hade kunnat föra med sig något oönskat för brukaren rapporteras som avvikelser. Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter⁴. Genom avvikelshantering vidtas åtgärder för den brukare som har drabbats, eller hade kunnat drabbas. Avvikelsehanteringen leder också till förbättringar i verksamheten så att händelsen inte upprepas. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

⁴ Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Socialstyrelsen

I kvalitetsberättelsen används avvikelser som ett samlingsbegrepp för:

- klagomål och synpunkter som lämnas till förvaltningen från utomstående (från exempelvis brukare, medborgare och andra myndigheter),
- klagomål och synpunkter från personal samt kvalitetsavvikelser och
- missförhållande eller risk för missförhållande enligt lex Sarah.

Klagomål uttrycker missnöje kring att verksamheten inte lever upp till kvalitet. Synpunkt är ett förslag till förändring eller förbättring. Ett klagomål eller synpunkt behöver inte handla om en händelse utan möjliggör för förvaltningen att få en bred återkoppling om verksamhetens kvalitet.

En kvalitetsavvikelse innebär att något har hänt som avviker från rutin men som inte har inneburit ett hot mot eller medfört konsekvenser för brukarens liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Händelsen kan också avse att man underlåtit eller försummat att utföra något.

Ett missförhållande kan gälla såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl låtit bli att utföra, som har utgjort ett hot mot eller medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Med påtaglig risk för missförhållande menas en uppenbar och konkret risk för missförhållande. Bestämmelserna om lex Sarah regleras i socialtjänstlagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5).

I nedanstående avsnitt redogörs för hur många avvikelser som har inkommit under året jämfört med tidigare år. I avsnittet 4.1.4 Mönster i avvikelser sammanfattas vad kvalitetsavvikelser och rapporter om lex Sarah har handlat om.

4.1.1 Klagomål och synpunkter till förvaltningen från utomstående

Klagomål och synpunkter till förvaltningen från utomstående kan lämnas av exempelvis brukare, närstående och andra myndigheter. Klagomål och synpunkter utreds och åtgärdas vanligtvis av sektionschefen i den berörda verksamheten.

Förvaltningen tog 2022 emot 210 (2021:154) klagomål och synpunkter från brukare, närstående och andra.

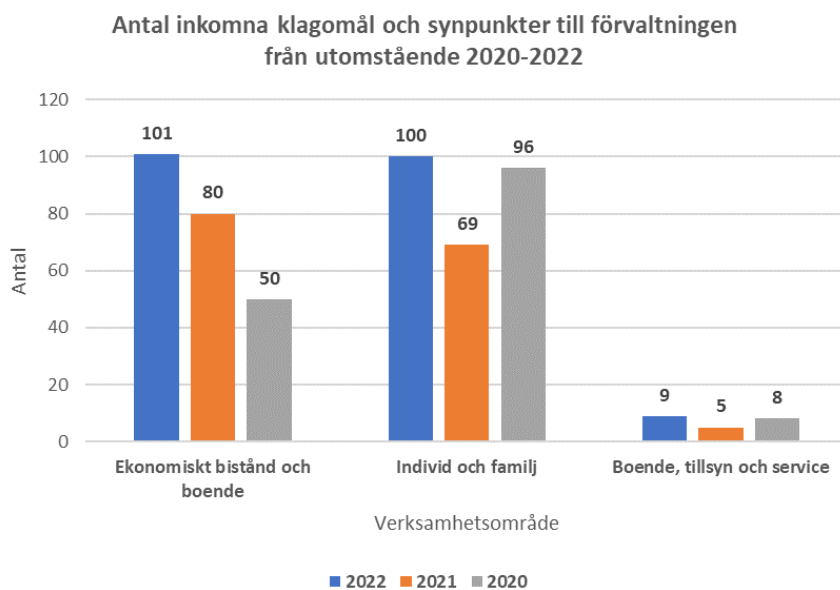


Bild: Diagram över antal inrapporterade klagomål och synpunkter till förvaltningen från utomstående 2020–2022 per verksamhetsområde. Uppgifterna är hämtade från avvikelssystemet Flexite den 27 januari 2023.

Mer än hälften av klagomålen som har inkommit till förvaltningen 2022 handlar om missnöje kring handläggning eller beslut i enskilda ärenden. Inom avdelningen IFO utredning rör flertalet av dessa barnärenden. Flera av klagomålen rör även bristande tillgänglighet eller bemötande från personal. Ett fåtal klagomål har handlat om missnöje kring det stöd som brukaren har fått, bristande samordning, sekretess eller om oro i miljön runt förvaltningens boende.

För ett mindre antal av de klagomål och synpunkter som har inkommit till förvaltningen är andra myndigheter eller verksamheter avsändare. Några klagomål har under året skickats till förvaltningen via *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)*.

För de klagomål som har bedömts vara en avvikelse har åtgärder vidtagits främst i det enskilda ärendet.

4.1.2 Klagomål och synpunkter från personal och kvalitetsavvikelser

Klagomål och synpunkter från personal samt kvalitetsavvikelser kan lämnas av medarbetare inom förvaltningen. Klagomål och synpunkter från personal och kvalitetsavvikelser utreds och åtgärdas vanligtvis av sektionschefen i den berörda verksamheten.

Under 2022 rapporterades 74 klagomål och synpunkter från personal i förvaltningen, under 2021 var antalet 51.

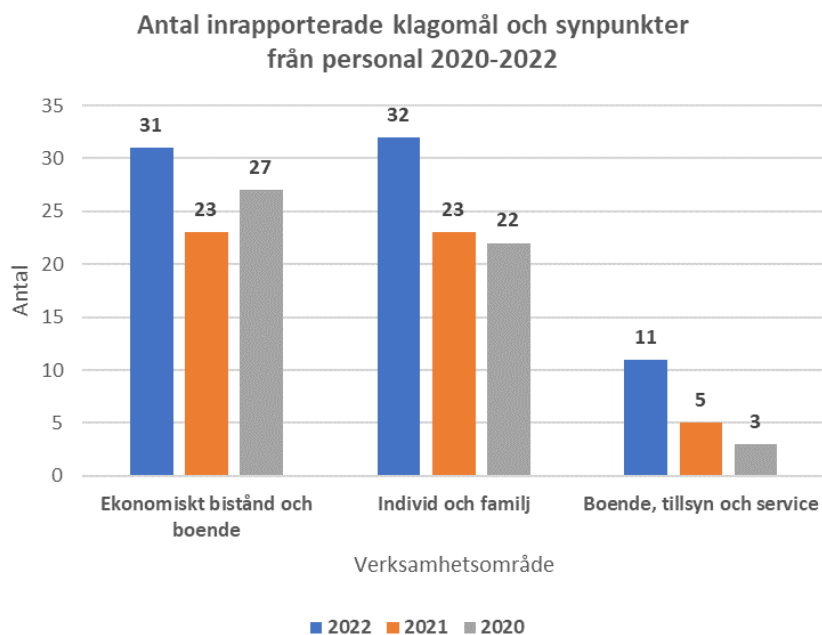


Bild: Diagram över antal inrapporterade klagomål och synpunkter till förvaltningen från personal 2020–2022 per verksamhetsområde. Uppgifterna är hämtade från avvikelssystemet Flexite den 27 januari 2023.

Antalet kvalitetsavvikelser som rapporterades 2022 var fler än 2021, 1071 jämfört med 784.

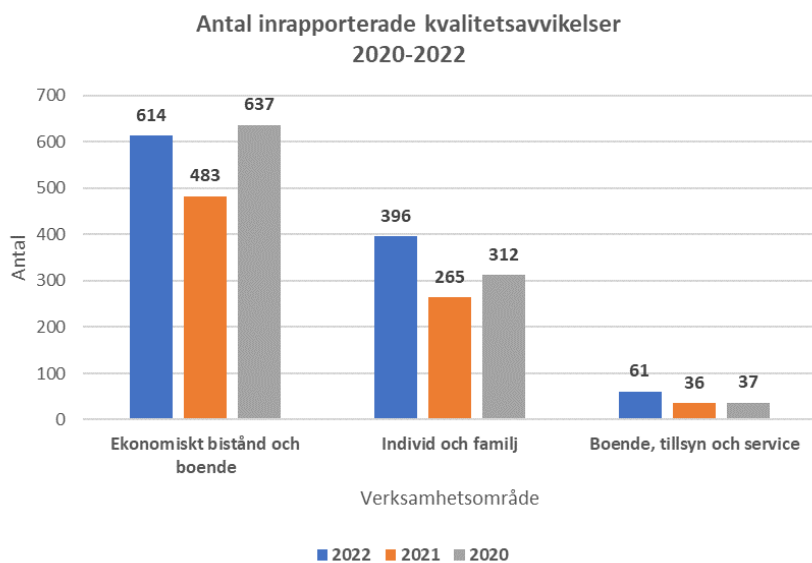


Bild: Diagram över antal inrapporterade kvalitetsavvikelser 2020–2022 per verksamhetsområde. Uppgifterna är hämtade från avvikelssystemet Flexite den 27 januari 2023.

4.1.3 Lex Sarah

Enligt bestämmelser i socialtjänstlagen är personal inom socialtjänsten skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållande. Då en rapport har inkommit ansvarar chef för att vidta omedelbara åtgärder. Därefter utreds ärendet av en lex Sarah utredare som föreslår åtgärder, vilka sedan arbetsmarknads- och socialnämndens arbetsutskott fattar beslut om.

Under 2022 gjordes 124 rapporter om missförhållanden och risker för missförhållande vilket var något färre än under 2021 då det inkom 129 rapporter. En del av de rapporter som har inkommit under 2022, kommer att vara färdigutredda med en bedömning först under 2023.

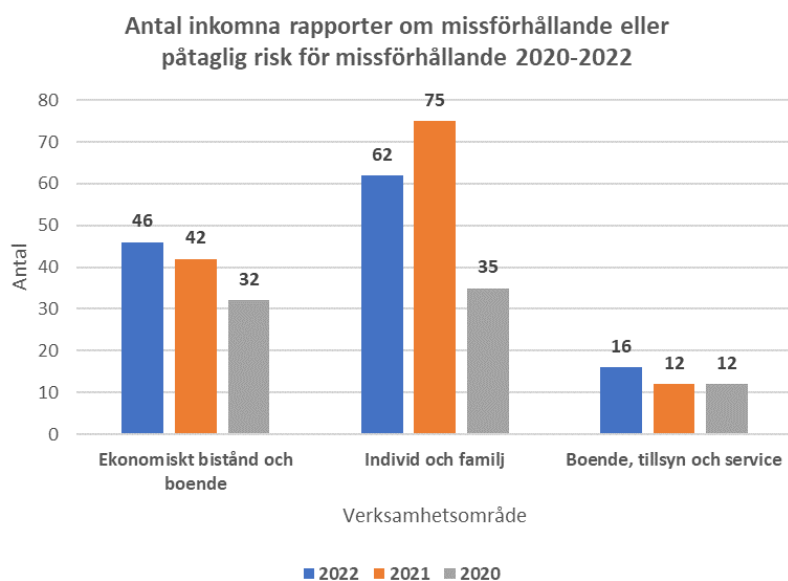


Bild: Diagram över antal inkomna rapporter om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah, 2020–2022 per verksamhetsområde. Uppgifterna är hämtade från avvikelssystemet Flexcite den 27 januari 2023.

Arbetsutskottet har under 2022 behandlat 34 lex Sarah utredningar där förvaltningen efter utredning har bedömt att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelåg. Det är färre än under 2021, då 40 utredningar färdigställdes med en sådan bedömning (2020:39).

I det fall det bedöms vara ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, är nämnden skyldig att anmäla händelsen till *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)*. Under 2022 beslutade arbetsutskottet att göra anmälan till IVO i fem fall av de 34 ärenden som behandlades. I ytterligare tre ärenden beslutades om anmälan till IVO men i dessa fall innan utredningen var färdigställd. Arbetsutskottets sammanträde kunde inte avvaktas och beslut fattades därför av ordförande i nämnden. Sammanfattningsvis anmäldes åtta ärenden till IVO under 2022, vilket var lika många som under 2021. I fem av dessa har IVO beslutat att avsluta ärendet utan ytterligare åtgärder. För övriga tre väntar IVO på färdigställande av nämndens utredning.

4.1.4 Mönster i avvikelser

I enlighet med SOSFS 2011:9 sammanställer förvaltningen avvikelser i syfte att identifiera mönster. Sammanställningarna görs varje tertiäl. I kvalitetsberättelsen presenteras främst mönster på förvaltningsövergripande nivå.

I de avvikelser som har avslutats under 2022 har förvaltningen identifierat ett förvaltningsövergripande mönster om tre områden. Dessa rör brister inom dokumentation och handläggning, samordning och sekretess. Samma mönster känns igen från 2021 och förekommer både i kvalitetsavvikelser och rapporter om lex Sarah.

Det finns även mönster kring vilka åtgärder som har vidtagits. Flera åtgärder handlar om rutiner på olika sätt, exempelvis att justera dem, ta fram nya eller påminna och informera om dem. Andra åtgärder har berört arbetsledning, arbetsfördelning, fortbildning, förstärkning av resurser, förtydligande av ansvarsområden och förändrade strukturer för uppföljning av ärenden.

Dokumentation och handläggning

Gemensamt för samtliga verksamhetsområden är att majoriteten av kvalitetsavvikelserna under året avser brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande eller brister i utförande av insats. Det kan exempelvis vara att steg i handlägningsprocessen har missats eller att dokumentationen av genomförd handläggning brister. Andra exempel är att ansökningar eller anmälningar inte har tagits emot och hanterats rätt. Inom avdelningen för individ och familjeomsorg finns ett mönster av att lagstadgade tider för barnavårdsutredningar och förhandsbedömningar har överskridits. Inom avdelningen för ekonomiskt bistånd och boende återkommer avvikelser som rör felaktiga beräkningar och utbetalningar. Flera händelser har uppstått eller upptäckts vid en medarbetares frånvaro eller vid överlämning av ärenden.

Några av de lex Sarah ärenden som arbetsutskottet har behandlat under året har handlat om brister i handläggning. En del av dessa avser handläggning enligt *lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)* och bristerna rör bland annat att beslutsunderlag inte har kommunicerats till berörda inför beslut, att omprövningsbeslut har saknats i ett ärende samt att ett beslut om omedelbart omhändertagande har fattats utan grund. Även inom avdelningen för ekonomiskt bistånd och boende finns exempel på lex Sarah ärenden där händelsen rört handläggning, exempelvis att skriftligt avslagsbeslut avseende ansökan om bistånd till boende har försenats.

Under året har förvaltningen tagit fram ett stödmaterial för egenkontroller av den sociala dokumentationen. Åtgärden var en följd av att samma mönster i avvikelser hade identifierats 2021. Materialet består av tre guider som ger stöd för egenkontroll av dokumentation utifrån *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)*.

Samordning

Avvikelser som har rapporterats inom flera avdelningar rör samordning inom förvaltningen. Brister i samordningen riskerar att brukare inte får det stöd som de har rätt till, när olika enheter inom förvaltningen inte lyckas samordna planeringen för den enskilde. Några lex Sarah ärenden handlar om att förvaltningen har gjort olika bedömningar vad gäller en persons behov av skydd mot våld i nära relation vid ansökan om bistånd till boende. Som nämns ovan har det under året skapats en ny sektion i förvaltningen (*Mottag 5 VINR/heder*) med specialistfunktion avseende arbetet med våld i nära relation. Det har konstaterats att det finns behov av tydliggörande av gränssnitt och rutiner för överlämning av ärenden mellan denna sektion och andra. Kompetensutvecklingsinsatser är också inplanerade.

Det finns även andra exempel på brister i samordningen i lex Sarah ärenden där kommunikationen mellan avdelningar har brustit vilket bland annat har resulterat i att orosanmälningar inte har gjorts eller har hanterats rätt.

Förvaltningen beslutade 2021 om *Rutin för samordning och samarbete kring individer och familjer inom*

Arbetsmarknads- och socialförvaltningen. Rutinen belyser förvaltningens inriktning om att arbeta utifrån en helhetssyn av brukarens behov och genom det uppnå en god kvalitet och effektivt stöd. Inom ramen för internkontrollplan 2022 genomförde förvaltningen en granskning i syfte att säkerställa en fungerande samverkan och samordning. Granskningen omfattade inkomna avvikelser som visade på brister i samordning, personalens upplevelse av samarbete samt kännedom om den nya rutinen. Granskningen har visat att rutinen inte möter de utmaningar som finns kring samordning och därför har det beslutats att den ska revideras och implementeras.

Sekretess

Inom alla verksamhetsområden återkommer avvikelser som rör hanteringen av handlingar som innehåller sekretess. Det har främst handlat om att handlingar som innehåller uppgifter som omfattas av sekretess har hanterats på ett felaktigt sätt, till exempel att de har skickats till fel mottagare. Det finns ett lex Sarah ärende där muntlig information felaktigt har lämnats till en person och ett lex Sarah ärende som rör stöld av utrustning som innehåller information som omfattas av sekretess. Åtgärder som har vidtagits handlar om översyn av arbetssätt, dialog på arbetsplatsen om vikten av att säkerställa att rätt uppgift lämnas till rätt person och revidering av rutiner.

Kommunstyrelsen i Malmö stad har fastställt *Riktlinjer och anvisningar för informationssäkerhet i Malmö stad* som är ett kommunövergripande styrdokument. Inom ramen för internkontroll plan 2022 beslutades att undersöka behovet av förvaltningsspecifika rutiner om informationssäkerhet och utifrån resultatet upprätta de rutiner som behövs för området. Översynen har inte genomförts som planerat då förvaltningen har inväntat revideringen av den kommunövergripande riktlinjen. Nämnden har därför beslutat att genomföra direktåtgärden 2023 inom ramen för intern kontroll.

4.1.5 Utvecklingsarbete under året

Förvaltningen har under året genomfört kompetenshöjande insatser för samtliga lex Sarah utredare. Satsningen som har inletts 2022 fortsätter under 2023. Förvaltningsjurister genomför workshops var sjätte månad i syfte att öka stödet för utredarna och skapa en samsyn kring bedömningar och arbetet i stort.

4.2 Riskanalys

Den som bedriver socialtjänst ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att en händelse skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och därmed få negativa konsekvenser för brukarna.

Riskanalyser är ett förbyggande arbete som ska omfatta verksamhetens samtliga delar.

Riskanalyser kan till exempel behöva genomföras innan förändringar av en verksamhet eller innan införandet av nya arbetssätt och metoder.

Riskbedömningar med koppling till det systematiska arbetsmiljöarbetet och riskanalyser inom intern kontroll redovisas inte i kvalitetsberättelsen. I internkontrollprocessen identifierar alla avdelningar, förvaltningsledningen samt nämndens arbetsutskott risker, värderar sannolikhet och konsekvens samt planerar för direktåtgärder och granskningar. Under 2022 har åtta direktåtgärder och 14 granskningar genomförts, några exempel på riskområden var:

- förvaltningens samordning i gemensamma ärenden,
- utredningstider i barnavårdsutredningar,
- barnrätt,
- systematisk logguppföljning och
- klarspråk i beslut och dokument.

Avseende riskanalyser enligt *SOSFS 2011:9* har varje avdelning utifrån sina behov ansvarat för planering, genomförande och uppföljning. Genomförda riskanalyser presenteras i Bilaga 1.

4.3 Egenkontroll

Egenkontroller görs för att i efterhand följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat och att kontrollera att den bedrivs enligt gällande processer och rutiner. Egenkontroller ska göras i den omfattning och frekvens som krävs för att verksamhetens kvalitet ska kunna säkras.

Varje avdelning har utifrån sina behov ansvarat för planering, genomförande och uppföljning av egenkontroller. Genomförda egenkontroller presenteras i Bilaga 2.

5. Prioriterat utvecklingsområde 2023

Nämnden beslutade i december 2022 att ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet ska revideras under 2023. Under våren kommer ett kartläggningsarbete att pågå vad gäller ledningssystemets grundläggande delar: processer och rutiner. Frågeställningen som ligger till grund för kartläggningsarbetet är hur förvaltningen säkerställer att processer och rutiner finns, är ändamålsenliga och tillgängliga.

Parallellt kommer ett kartläggningsarbete avseende det systematiska förbättringsarbetet att genomföras. Fokus kommer att vara på hur ansvars- och rollfördelningen kan beskrivas på ett tydligare sätt utifrån uppgifter som görs på olika nivåer.

Revideringsarbetet kommer involvera många funktioner inom förvaltningen och utifrån resultatet av kartläggningsarbetet kommer ett förslag till reviderat ledningssystem att tas fram under hösten för nämnden att fatta beslut om innan året är slut.

Att säkerställa att nämnden har ett ledningssystem som är ett stöd för att leda verksamheten i önskad riktning, säkra verksamhetens kvalitet och vara ett stöd för medarbetare i det dagliga arbetet kommer vara det prioriterade utvecklingsområdet för 2023.

Bilaga 1. Riskanalyser

I tabellen nedan redovisas genomförda riskanalyser 2022. För respektive riskanalys framgår det inom vilket verksamhetsområde som den har genomförts.

VERKSAMHETSOMRÅDE INDIVID OCH FAMILJEOMSORG			
Genomförd riskanalys	Verksamhet där den genomfördes	Förbättrande åtgärder som vidtagits utifrån riskanalysen	Processer och rutiner som förbättrats utifrån riskanalysen
Riskanalys inför omställning av HVB Eja till Klivet (intensiv öppenvård och stödboende).	Enhet HVB och stödboende unga: HVB Eja/Klivet	Inga åtgärder. Omställningen möter målgruppens behov på ett bättre sätt.	
Riskanalys inför schemaändring för nattarbete.	Enhet HVB och stödboende unga	Inga åtgärder. Utifrån ett brukarperspektiv innebär det ingen ändring.	
Riskanalys inför flytt av verksamheten Klivet.	Enhet HVB och stödboende unga: Klivet	Inga åtgärder. Den nya lokalen möter behovet på bättre sätt.	
Individuella riskanalyser för placerade ungdomar. Riskanalyserna handlar till exempel om matchning vid inskrivning, vid tillsyn av olika slag, vid självskadebeteende, dåligt mående eller/och hotbild, vid bilåkning och utflykter/aktiviteter utomhus.	Enhet HVB och stödboende unga	Åtgärder i enskilda ärenden.	Vissa rutiner har uppdaterats.
Riskanalys inför nytt arbetssätt, s.k. Sveg. I det LVM-förebyggande arbetet ges insatser i hemmiljö i motiverande och stödjande syfte.	Enhet Stöd och behandling vuxna: Öppenvård vuxna Mobilia.	Framtagande av system för arbetssättet. Ett flertal hembesök görs under en viss tidsram med en viss frekvens i syfte att fånga upp och inte missa enskilda ärenden.	
Riskanalys inför flytt till nya lokaler i samband med omlokaliseringen av socialtjänstkontor inom ASF.	Samtliga enheter inom IFO utredning.	Publicerat information på malmo.se. Framtagande av informationsmaterial att dela ut. Erbjudit brukare möjlighet att mötas digitalt eller på andra platser än på socialtjänstkontoret.	
Riskanalys av att befintliga insatser inte är tillräckliga till föräldrar med placerade barn.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Föräldrastöttn.	Fortsatt utveckling av Föräldrastöttn och hur verksamheten ska nå ut till föräldrar.	

VERKSAMHETSOMRÅDE INDIVID OCH FAMILJEOMSORG			
Risk för bristande avvikelshantering och att brister och systemfel inte uppmärksammas och åtgärdas.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Familjestödsverksamheten och Familjerådgivningen.	Återkommande information och genomgång av avvikelshanteringssystem.	
Risk för att familjer inte får det stöd de behöver då de inte känner till Familjestödsverksamheten.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Familjestödsverksamheten.	Kommunikations- och informationsinsatser för att göra verksamheten mer känd.	
Risk för dokumentation i system som inte uppfyller säkerhetskrav.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Familjestödsverksamheten.	Infört verksamhetssystem Journal Digital.	
Risk för att medarbetares skyldighet att underrätta myndigheter inte är känd.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Familjerådgivningen.	Informerar återkommande om familjerådgivares underrättelseskyldighet om bidragsfusk och felaktiga folkbokföringsuppgifter.	

VERKSAMHETSOMRÅDE EKONOMISKT BISTÅND OCH BOENDE			
Genomförd riskanalys	Verksamhet där den genomfördes	Förbättrande åtgärder som vidtagits utifrån riskanalysen	Processer och rutiner som förbättrats utifrån riskanalysen
Riskanalys inför pilotprojekt av ett integrerat arbetssätt där två socialsekreterare arbetar med både ekonomiskt bistånd och boende, i ärenden där brukare har behov av båda delarna.	Enhet Ekonomiskt bistånd och boende Väster.		
Riskanalys genomfördes utifrån att telefontiderna för boendemottag och ekonomimottag stängdes en förmiddag pga. flytt.	Enhet Mottag ekonomiskt bistånd och boende.	Information lämnades till Kontaktcenter.	
Riskanalys inför flytt till nya lokaler i samband med omlokaliseringen av socialtjänstkontor inom ASF.	Samtliga enheter inom avdelning Ekonomiskt bistånd och boende.	Information har publicerats på malmo.se. Framtagande av informationsmaterial att dela ut. Erbjudit brukare möjlighet att mötas digitalt eller på andra platser än på socialtjänstkontoret.	

VERKSAMHETSOMRÅDE BOENDE, TILLSYN OCH SERVICE			
Genomförd riskanalys	Verksamhet där den genomfördes	Förbättrande åtgärder som vidtagits utifrån riskanalysen	Processer och rutiner som förbättrats utifrån riskanalysen
Riskanalys avseende hur verksamheten kan möta Malmöbornas behov utifrån förväntat ökat inflöde p.g.a. höjda elpriser, inflation och höjda bolåneräntor. I syfte att förebygga långa väntetider och säkerställa det förebyggande arbetet.	Budget- och skuldrådgivningen (BUS).	Förstärkt bemanning. Planerat för kommunikationsinsatser.	
Risk för att Malmöbon inte kan ta del av Bostadsrådgivningens (BOR) stöd eftersom de inte känner till att den finns. Analysen visar på lågt inflöde främst på den öppna mottagningen men även på kurser.	Bostadsrådgivningen (BOR.)	Kommunikationsinsatser. Samverkan inom förvaltningen. Anpassning av rådgivning och kurser utifrån identifierade behov, till exempel genom ökat uppsökande arbete.	

FÖRVALTNINGSÖVERGRIPANDE			
Genomförd riskanalys	Verksamhet där den genomfördes	Förbättrande åtgärder som vidtagits utifrån riskanalysen	Processer och rutiner som förbättrats utifrån riskanalysen
Riskanalys inför införande av nytt avvikelshanteringssystem i socialtjänstverksamheten i förvaltningen.	Förvaltningsövergripande.	Framtagande av informationsmaterial till medarbetare och chefer för att säkerställa en god kvalitet i avvikelshantering. Åtgärder för en säker personuppgiftshantering. Åtgärder för att möjliggöra uttag av allmänna handlingar från systemet. Framtagande av sökmöjligheter av data för att möjliggöra analys av mönster av utredda avvikelser.	Förbättrad process för avvikelshantering. Framtagande av Rutin för hantering av klagomål och synpunkter från personal samt kvalitetsavvikelser. Framtagande av Rutin för hantering av klagomål och synpunkter till förvaltningen från utomstående. Reviderad rutin för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah.

Bilaga 2. Egenkontroller

I tabellen nedan redovisas genomförda egenkontroller 2022. För respektive egenkontroll framgår det inom vilket verksamhetsområde som den har genomförts.

VERKSAMHETSOMRÅDE INDIVID OCH FAMILJEOMSORG				
Genomförd egenkontroll	Verksamhet där den genomfördes	Resultat av egenkontrollen	Förbättrande åtgärder som vidtagits utifrån egenkontrollen	Processer och rutiner som förbättrats utifrån egenkontrollen
Logguppföljning i Journal Digital enligt rutin.	Enhet Kriscentrum stöd och behandling: Resursteam Heder, Kriscentrum Heder, Kriscentrum Boende, Barnahus och samtliga sektionschefer på enheten.	Inga anmärkningar.		
Logguppföljning i Journal Digital enligt rutin.	Enhet Stöd och behandling vuxna: samtliga sektioner.	Inga anmärkningar.	Kompetensutveckling för enskilda medarbetare. Strukturerad uppföljning av dokumentation inom vissa verksamheter under kommande år.	
Logguppföljning i Journal Digital enligt rutin.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Enebacken, Malmö spädbarnsteam, Umgåsen och Familjepedagogerna.	Inga anmärkningar.		
Logguppföljning i Journal Digital enligt rutin.	Enhet Öppenvård barn och familj.	Inga anmärkningar.		
Logguppföljning i Lifecare enligt rutin.	Enhet Barn och familj Väster Innerstaden.	Inga anmärkningar.		
Logguppföljning i Lifecare enligt rutin.	Enhet Unga och vuxna.	Inga anmärkningar.		
Logguppföljning i Lifecare enligt rutin.	Enhet Familjehem Norr Söder och Skolfam och enhet Familjehem Väster Öster Innerstaden: samtliga sektioner förutom en.	Inga anmärkningar.		
Logguppföljning i Lifecare enligt rutin.	Enhet Ungdom	Inga anmärkningar.		

Logguppföljning i Lifecare enligt rutin.	Enhet Barn och familj Norr Öster	Inga anmärkningar.		
Regelbunden uppföljning av antal barnavårdsutredningar som överskridit lagstadgad tid.	Enhet Barn och familj Norr Öster	Brister har konstaterats.	Extra resurser för dokumentation, omdisponering på tjänst, prioritering.	
Regelbunden uppföljning av antal barnavårdsutredningar som överskridit lagstadgad tid.	Enhet Barn och familj Väster Innerstaden	Brister har konstaterats.	Skrivhjälp, omdisponering på tjänst, prioriteringar, andra sektioner hjälper till i mån av tid.	
Regelbunden uppföljning av antal barnavårdsutredningar som överskridit lagstadgad tid.	Enhet Barn och familj Söder	Vissa brister har konstaterats.	Månatlig kontroll där enhetschef påminner sektionschef om att avsluta utredningar som borde varit stängda.	Upprättad rutin
Regelbunden uppföljning av antal barnavårdsutredningar som överskridit lagstadgad tid.	Enhet Ungdom	Brister har konstaterats.	Ökad bemanning samt ändrade arbetsprocesser.	Ändrade rutiner vid ärendegenomgång samt skrivdagar.
Tjänstegenomgång. Förste socialsekreterare håller tjänstegenomgångar regelbundet. Genomgång av dokumentation, ärende och planering.	Enhet Unga och vuxna	Inga anmärkningar.	Mer regelbundna metodstunder utifrån specifika ämnen. Metodträffar för kompetensutveckling.	
Tjänstegenomgång. Sektionschefer/ förste socialsekreterare håller tjänstegenomgångar regelbundet. Genomgång av utredningar och insatser, kontroll av utredningstider, struktur med mera.	Enhet Barn och familj Väster Innerstaden	Inga anmärkningar.		
Tjänstegenomgång. Sektionschefer håller tjänstegenomgångar regelbundet med samtliga medarbetare i syfte att ge individuellt stöd och följa upp behandlingsprocesser samt kontrollera att krav på dokumentation och rättssäkerhet följs.	Enhet Öppenvård barn och familj	Har ej sammanställts på övergripande nivå.		

Tjänstegenomgång. Sektionschefer/ förste socialsekreterare håller tjänstegenomgångar regelbundet. Genomgång av utredningar, insatser, struktur, uppföljning av genomförandeplaner, barnperspektiv, bedömningar med mera.	Enhet Familjehem Norr Söder och Skolfam och Enhet Familjehem Öster Väster Innerstaden	Brister som konstaterats handlar exempelvis om bedömningar som inte har noterats i journalen, genomförande planer som behöver utvecklas, barnperspektiv som inte är tillräckligt synligt, otydligt när och hur barnet uttalat synpunkt.	Metodutveckling vid personalmöten. Individuella genomgångar som sektionschef eller förste socialsekreterare håller med medarbetare.	
Ärendegenomgång. Sektionschefer har ärendegenomgång med samtliga medarbetare.	Enhet Stöd och behandling vuxna: Öppenvård vuxna Mobilia, Öppenvårdshuset Gustav, Öppenvård boende sektion 1 och 2	Brister i dokumentation och kompetens hos den enskilda medarbetaren.	Löpande kvalitetsutveckling utifrån individärendet. Intern handledning.	
Uppföljning av dokumentation i samband med ärendegenomgång.	Enhet Stöd och behandling vuxna: Öppenvård vuxna Mobilia, Öppenvårdshuset Gustav och Öppenvård boende sektion 1 och 2.	Inga anmärkningar.	Det finns behov av att följa upp dokumentationen på ett mer strukturerat sätt eftersom dokumentationen är av olika form och kvalitet.	
Mätning av antal genomförandeplaner i pågående insatser.	Enhet Stöd och behandling vuxna: Öppenvård boende sektion 1 och 2 och Öppenvård vuxna Mobilia.	Genomförandeplaner finns i 30% - 70% av insatserna.	Åtgärder för att förbättra kvalitet i genomförandeplaner. 2023 planeras arbete för att öka andelen genomförandeplaner.	
Månatlig genomgång av antal genomförandeplaner i pågående ärenden.	Enhet Kriscentrum stöd och behandling: Kriscentrum Heder.	Inga anmärkningar. Alla har haft genomförandeplaner.	Behov av att fokusera mer på innehållet. Heldag för dokumentation och genomförandeplan är inbokad.	

Systematisk utvärdering av de utbildningar sektionen har genomfört.	Enhet Kriscentrum stöd och behandling: Kompetenscentrum och Resursteam Heder.	Inga anmärkningar. Mycket goda resultat.	Mindre justeringar av utbildningen.	
Utvärdering av samarbete i syfte att säkra gott samarbete. Samarbetspartners erbjuds fylla i utvärderingsblankett.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Familjestödsverksamheten	Inga anmärkningar. Hög nöjdhet.		Förbättrade samarbetsrutiner.
Regelbunden utvärdering med vårdansvarig socialsekreterare i syfte att säkra samarbete och behandlingsresultat.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Hemmabaserad familjebehandling	Har ännu inte följts upp.		
Utvärdering av användandet av ÅP-grupp. ÅP står för återfallsprevention och är en evidensbaserad metod för att minska risk för återfall i missbruk. Insatsen genomförs i grupp.	Enhet Stöd och behandling vuxna: Öppenvård vuxna Mobilia och Öppenvårdshuset Gustav.	Risk att brukare inte kan erbjudas insatsen om grupperna inte kan fyllas.	Löpande intag av deltagare för att säkerställa underlag.	Rutin avseende överintag utifrån bortfallsfrekvens.
Utvärdering av användande av metoden CRA med fokus på innehåll. CRA står för Community reinforcement approach och är en evidensbaserad metod inom missbruksvården. Infördes i januari 2020. Syftet är att skapa strategier för den enskilde att minska sitt missbruk.	Enhet Stöd och behandling vuxna: Avenbokens behandlingshem.	Identifierats att den inte täcker alla relevanta livsområden varav egna kompletteringar har gjorts.	Kompletterat med behandlingsdelar som metoden saknar.	
Systematisk inhämtning av synpunkter i syfte att undersöka hur enskilda som är placerade upplever verksamhetens arbetssätt både under placering och i samband med avslut.	Enhet Kriscentrum stöd och behandling: Kriscentrum Heder.	Inga anmärkningar. Mycket goda resultat.	Mindre justeringar.	
Nöjdhetsundersökning (efter avslutad insats).	Enhet Stöd och behandling vuxna: Öppenvårdshuset Gustav, SÖM (Strukturerad öppenvård Malmö), Rebo och Avenbokens behandlingshem.	Syftet med insatsen är ibland otydligt för brukaren.	Tydliggörande av mål med insatsen.	SÖM inför uppföljningskontakt tre månader efter avslutad behandling, efter samtycke från den enskilde.
Utvärdering från brukare efter avslutad insats.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Familjestödsverksamheten	Inga anmärkningar. Hög brukarnöjdhet.	Förbättrad information i infoblad om insatsen samt planering för verksamhetsbesök.	

Utvärdering från brukare efter avslutad insats.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Hemmabaserad familjebehandling.	Har ännu inte följts upp.	Utvärdering från brukare efter avslutad insats.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Hemmabaserad familjebehandling.
Utvärdering från brukare efter avslutad placering. Föräldrar och barn (utifrån ålder och mognad) fyller i en enkät efter avslutad placering i syfte att mäta brukarnöjdhet.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Enebacken.	Vissa brister och önskemål har framkommit.	Vidtar åtgärder utifrån regelbunden uppföljning av resultat.	Interna processer har förtydligats.
Behandlingskonferens. Genomgång av enskilda ärenden för verksamheter som har arbetar med grupper. Syftar till att höja kvaliteten i behandlingsarbetet, göra personalgruppen mer samstämmig i sina insatser och för att skapa en röd tråd i behandlingen eftersom brukaren är på plats dygnets alla timmar men personalen byts ut.	Enhet Stöd och behandling vuxna: SÖM, Rebo, Rebo-bo, Öppenvård vuxna Mobilia och Avenbokens behandlingshem.	Ger ett bredare perspektiv på brukarens förändringsprocess vilket möjliggör mer träffsäkra insatser.	På individnivå.	
Uppföljning av insats i syfte att öka kvaliteten. Görs sex månader efter avslut genom skattningsverktyg.	Enhet Stöd och behandling barn och familj: Hemmabaserad familjebehandling, Malmö spädbarnsteam och Familjepedagogerna.	Har ännu inte följts upp.		
Regelbunden kvalitetssäkring av registreringar av beslut i Lifecare i samband med placeringar utanför hemmet.	Enhet Barn och familj Väster Innerstaden.	Brister har konstaterats i vissa ärenden.	Kompetenshöjande insats.	
Uppföljning av antal barnsamtal.	Enhet Barn och familj Väster Innerstaden: Barn och familj Väster 2.	Inga anmärkningar.	Påminnelse om vikten av att ha flera barnsamtal.	
Regelbunden kontroll av ej behandlade aktualiseringar och ej verkställda beslut.	Enhet Barn och familj Väster Innerstaden.	Brister har konstaterats avseende aktualiseringar.	Åtgärder av fel och påminnelser om vikten att göra färdigt.	

Mätning av sammanbrott i familjehems- och jourplaceringar. Syftet med enkäterna är att utveckla och förbättra stödet till barn i jour- och familjehem samt utveckla rutiner och arbetssätt.	Enhet Familjehem Norr Söder och Skolfam och Enhet Familjehem Öster Väster Innerstaden.	Resultatet för 2022 är ej sammanställt.	Utifrån egenkontroller 2020 och 2021 har stödet till familjehem och jourhem utökats via projekt Mentorsfamiljer. Beredskapstelefon för jour- och familjehem har inrättats utanför kontorstid.	
Styrkort. Syftet med styrkort för placerade barn är att följa upp bland annat hälsa och skolgång samt antal samtal med det placerade barnet. Styrkortet fylls i av barnsekreterare två gånger per år.	Enhet Familjehem Öster Väster Innerstaden: Familjehem Öster.	Brister har konstaterats i sammanställning för januari till juni.	Genomgång av konstaterade brister vid personalmöten.	
Uppföljning av användningen av styrkort vid institutionsplacering. Syftet är att använda styrkortet som en checklista för medarbetaren samt som ett underlag till verksamhetsuppföljning.	Enhet Ungdom.	Brister i struktur för verksamhetsuppföljning har konstaterats.	Arbetsgrupp för att ta fram struktur för verksamhetsuppföljning på aggregerad nivå.	
Genomgång av bistånd till drogtester hos FMN (Föräldraföreningen mot narkotika i Malmö).	Enhet Barn och familj Söder.	Långa och omfattande bistånd av drogtester har identifierats samt att bistånd inte förlängs som de ska.	Dialog i berörda sektioner.	

VERKSAMHETSOMRÅDE EKONOMISKT BISTÅND OCH BOENDE				
Genomförd egenkontroll	Verksamhet där den genomfördes	Resultat av egenkontrollen	Förbättrande åtgärder som vidtagits utifrån egenkontrollen	Processer och rutiner som förbättrats utifrån egenkontrollen
Uppföljning av följsamhet till delegationsordningen avseende beslut med villkor om rådrom vid beslut om försörjningsstöd och, eller ekonomiskt bistånd för livsföring i övrigt.	Enhet Ekonomiskt bistånd och boende Öster: samtliga sektioner inom ekonomiskt bistånd.	Vissa brister har konstaterats.	Samtal med berörd personal när avvikelser har upptäckts samt påminnelse om rutin.	
Granskning av tolkfakturor för eventuella felfaktureringar.	Enhet Ekonomiskt bistånd och boende Öster.	Vissa brister har konstaterats då vissa kostnader har hamnat fel.	Information till berörda om vikten att använda rätt kostnadsställe.	
Logguppföljning i Lifecare enligt rutin.	Enhet Ekonomiskt bistånd och boende Norr.	Inga anmärkningar.		
Uppföljning av implementering av stödmaterial om barnrätt.	Samtliga enheter inom Avdelning för Ekonomiskt bistånd och boende.	Samtliga sektioner har implementerat stödmaterial genom workshop.	Uppföljande egenkontroll inplanerad hösten 2023 för att granska följsamheten till stödmaterialiet. Uppsamlingstillfällen erbjuds för de medarbetare som ej var närvarande vid workshop.	
Uppföljning av förekomst av ogiltiga beslut med villkor om rådrom för hög hyreskostnad.	Enhet Ekonomiskt bistånd och boende Norr: samtliga sektioner inom ekonomiskt bistånd.	Vissa brister har konstaterats.	Åtgärder i enskilda ärenden samt uppföljning vid tjänstegenomgångar.	

VERKSAMHETSOMRÅDE EKONOMISKT BISTÅND OCH BOENDE				
Granskning av tolfakturor för eventuella felfaktureringar.	Enhet Ekonomiskt bistånd och boende Norr.	Vissa brister har konstaterats. Resultatet har visat att bokningar av tolk kan förbättras avseende tidsåtgång och en större användning av telefontolk.	Information till medarbetare.	
Granskning av att utbetalning har gått i väg rätt i Swedbankportalen.	Enhet Ekonomiskt bistånd och boende Norr: samtliga sektioner inom ekonomiskt bistånd.	Vissa brister har konstaterats.	Återkoppling till berörda brukare. Förbättrad kontroll inför utbetalning i Swedbankportalen.	
Egenkontroll avseende risk för felaktiga utbetalningar till brukare som är inneboende.	Samtliga enheter inom ekonomiskt bistånd.	Visar på bristande kontroll, uppföljning och dokumentation. Avsaknad av tydliga bedömningar.	Information till berörda ledningsgrupper samt dialog med digitaliseringsenheten kring utvecklingsmöjligheter.	
Egenkontroll av handläggningstid för inkomna kostnadsförslag tandvård.	Tandvårdsteamet.	Kontrollen visar att handläggnings- och bedömningstider är långa.	Utökade resurser i Tandvårdsteamet och ökat konsultstöd.	Förtydligad handläggningsprocess. Tandvårdsteamets rutiner har förbättrats.
Egenkontroll av jämställda utbetalningar.	Samtliga enheter inom ekonomiskt bistånd.	16 % av de kontrollerade ärenden (300 under året) följer inte principerna för jämställda utbetalningar.	Återkoppling till berörda medarbetare	Förslag framtaget för att förtydliga beskrivningen kring jämställda utbetalningar i kärnprocessen för ekonomiskt bistånd.
Egenkontroll av följsamhet till förvaltningens samordningsrutin.	Enhet Mottag Ekonomiskt bistånd och boende samt Enhet mottag och Social jour IFO.	Vissa brister har konstaterats.	Arbetet med resultatet påbörjas under 2023	

VERKSAMHETSOMRÅDE EKONOMISKT BISTÅND OCH BOENDE				
Egenkontroll av beslut med villkor om rådrom för hög boendekostnad inom specifikt geografiskt område. Syftet är att ge familjer rätt stöd till att bli självförsörjande.	Enhet Ekonomiskt bistånd och boende Väster: samtliga sektioner inom ekonomiskt bistånd.	Vissa brister har konstaterats.	Dialog i arbetsgruppen för att öka följsamhet till rutin för rådrom.	

VERKSAMHETSOMRÅDE BOENDE, TILLSYN OCH SERVICE				
Genomförd egenkontroll	Verksamhet där den genomfördes	Resultat av egenkontrollen	Förbättrande åtgärder som vidtagits utifrån egenkontrollen	Processer och rutiner som förbättrats utifrån egenkontrollen
Uppföljning av beläggningsstatistik för att följa upp användning av interna boendeformer och kunna ställa om/anpassa boendeformerna utifrån Malmöbornas behov.	Enhet Boende och stöd.	Beläggningsstatistiken varierar över tid. Vissa boenden har inte kunnat användas under längre tid pga. renoveringar samt omställningar.	Översyn av bedömningsgrund av godtagbart skick för boendeplats i syfte att frigöra fler platser.	
Logguppföljning i Journal digital enligt rutin.	Enhet Boende och stöd: samtliga sektioner som använder Journal digital.	Inga anmärkningar.		
Logguppföljning i Lifecare enligt rutin.	Enhet Administration och service: samtliga sektioner som använder Lifecare.	Inga anmärkningar.		

VERKSAMHETSOMRÅDE BOENDE, TILLSYN OCH SERVICE				
Uppföljning av statistik över oplanerade utskrivningar från Beijers hus i syfte att förebygga utskrivningar och bättre möta brukarens behov.	Enhet Boende och stöd: Beijers hus	Antalet oplanerade utskrivningar har ökat över tid. Brukarnas problematik har blivit alltmer komplex och majoriteten har en samsjuklighet, det vill säga missbruk i kombination med psykisk ohälsa.	Planerad kompetensutveckling för personalgruppen i form av Återfallsprevention. Personalstyrkan har ökats. En samordnare kommer att utföra administrativa uppgifter för att frigöra tid för övrig personal att arbeta mer brukarnära med syfte att minska oplanerade utskrivningar.	
Uppföljning av statistik över antal brukare som flyttar vidare till ett mer permanent boende efter Beijers hus.	Enhet Boende och stöd: Beijers hus.	Det är första året som statistiken har tagits fram och det går inte att dra några slutsatser än.	Åtgärder för att förbättra samarbete med boende myndighet EBB.	
Uppföljning av statistik över antal brukare som får information om arbetsmarknadsåtgärder.	Enhet Boende och stöd: Beijers hus.	Det är första året som statistiken har tagits fram och det går inte att dra några slutsatser än.	Planerad uppstart av samarbete med AMA.	
Uppföljning av statistik över genomgångna och planerade kompetensutvecklingsinsatser för personalen i syfte att tillgodose brukarens behov.	Enhet Boende och stöd: Beijers hus.	Behov av kompetensutveckling har uppmärksamats.	Förändrat kompetenskrav vid tillsättning av ny personal för att komplettera befintlig kompetens. Personalgruppen har påbörjat handledning för att kunna få stöd i att möta målgruppens behov.	

VERKSAMHETSOMRÅDE BOENDE, TILLSYN OCH SERVICE				
Uppföljning av statistik över nekade placeringsförfrågningar avseende interna boendeplatser.	Enhet Boende och stöd.	Uppföljningen påbörjades i slutet av 2022 och det går inte att dra några slutsatser än.		