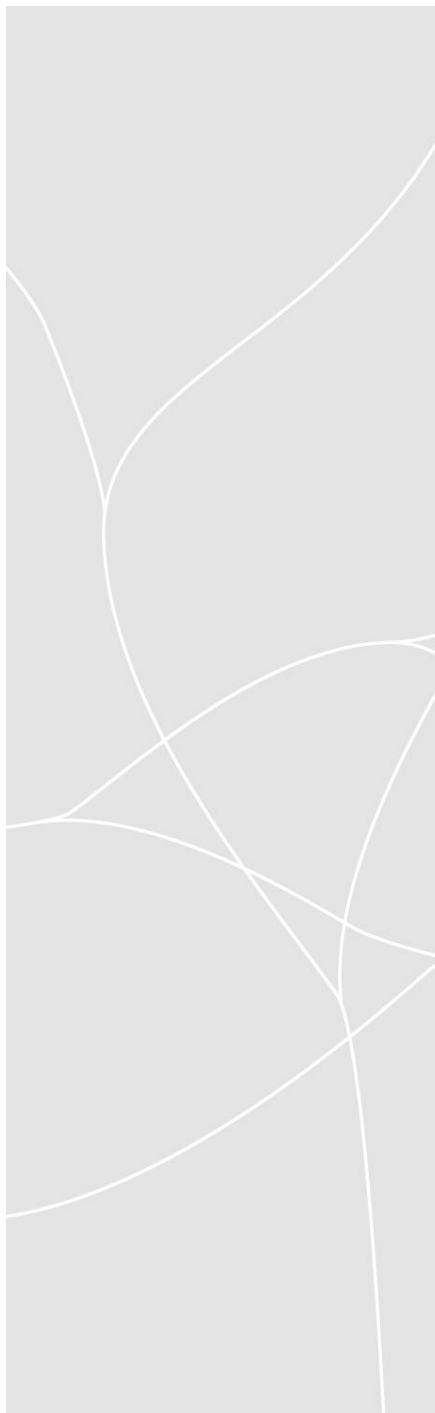


# Kvalitetsberättelse 2018

## Funktionsstödsnämnden



Upprättad 2019-02-19  
Datum: 1.0  
Version: Alexandra Emanuelsson, Moana Zillén  
Ansvarig: Funktionsstödsförvaltningen  
Förvaltning: Strategiska avdelningen  
Enhet:



## Innehållsförteckning

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Bakgrund .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Nämndens uppdrag.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Styr- och ledningsprocesser för kvalitet.....</b>	<b>6</b>
<b>5. Samverkan för att säkra kvaliteten .....</b>	<b>9</b>
<b>6. Systematiskt förbättringsarbete .....</b>	<b>10</b>
6.1 Risker .....	10
6.2 Egenkontroller och åtgärder.....	10
6.2.1 Basal hygien.....	10
6.2.2 Social dokumentation .....	11
6.2.3 Skyddsåtgärder .....	11
6.2.4 Handläggning enligt SoL (2001:453) och LSS (1993:387) .....	11
6.2.5 Sekretess .....	12
6.3 Sammanställning och analys av inkomna avvikelser inom lagrummen SoL och LSS .....	12
<b>7. Sammanfattande analys av kvalitetsåret 2018 .....</b>	<b>17</b>
<b>8. Bilagor.....</b>	<b>18</b>
8.1 Bilaga 1: Risker, egenkontroller och åtgärder funktionsstödsförvaltningen 2018 .....	18

## 1. Sammanfattning

Funktionsstödsnämndens kvalitetsberättelse 2018 beskriver hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits i syfte att utveckla och säkra verksamhetens resultat under föregående år.

Kvalitetsåret 2018 har präglats av stora utvecklingsinsatser. Styrprocessernas funktion och tillämpning har diskuterats, förtydligats och i vissa avseenden förändrats. Dessutom har flera nya arbetssätt implementerats i förhållande till dessa styrspår. Nya former för dialog i form av kvalitetsråd och gemensamma riskdialoger har tagits fram. Utöver detta har förvaltningen satsat stort på att digitalisera omfattande delar av det systematiska kvalitetsarbetet genom IT-verktyget Stratsys. Detta är början på ett omfattande utvecklingsarbete som beräknas fortgå i flera år framöver.

Det nya arbetssättet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 har tydliggjort de huvudprocesser som beskriver hur verksamheterna utför sitt arbete inom ramen för sina grunduppdrag. En stor del av implementeringen har fokuserat på att chefer lokalt har identifierat risker, egenkontroller och åtgärder i förhållande till huvudprocesserna. Egenkontroller har genomförts på sektionsnivå, för att summeras och analyseras ytterligare på enhetsnivå. För fördjupad analys har dialoger även skett i verksamhetsavdelningarnas ledningsgrupper.

Trots stor spridning i förvaltningens verksamheter finns vissa återkommande teman för kvalitetssäkring, till exempel basal hygien, social dokumentation och skyddsåtgärder. Avseende basal hygien finns brister. Medarbetare bedöms ha kännedom om rutinen men följer inte alltid bestämmelserna och behöver kontinuerlig påfyllning av kunskap. Social dokumentation är sedan tidigare identifierat som ett riskområde. Under året har flera enheter utfört egenkontroller, främst gällande löpande anteckningar. Generella resultat är att kvaliteten varierar stort. Behov av en hållbar struktur för utbildning och stöd har lyfts i dialog med verksamhetsavdelningarna. Avseende skyddsåtgärder har egenkontroll genomförts i dialogform. Detta är ett område som kräver återkommande egenkontroller i syfte att upprätthålla kompetens, reflektion och gemensamt lärande.

Vidare redovisas årets arbete med utredning och analys av avvikelser inom SoL och LSS.

## **2. Bakgrund**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras (SOSFS 2011:9). Denna kvalitetsberättelse beskriver det systematiska kvalitetsarbete som har bedrivits under 2018. Nämndens patientsäkerhetsarbete under 2018 redovisas i separat patientsäkerhetsberättelse.

### 3. Nämndens uppdrag

Enligt funktionsstödsnämndens reglemente riktar sig verksamheten till fyra målgrupper:

1. Människor med funktionsnedsättning som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
2. Barn med fysiska funktionsnedsättningar eller somatisk sjukdom
3. Vuxna människor med psykiska funktionsnedsättningar
4. Vuxna människor med psykiska sjukdomar

*"Funktionsstödsnämnden utgör som en socialnämnd det yttersta skydds nätet för människor inom nämndens målgrupper som vistas i Malmö stad. Under funktionsstödsnämnden samlas kunskap och kompetens om målgruppen som omfattas av LSS, barn med somatiska sjukdomar och fysiska funktionsnedsättningar samt inom socialpsykiatri. Nämnden strävar efter att kunna ge människor med psykiska funktionsnedsättningar och sjukdomar stöd och hjälp utifrån en helhetsyn på individens behov. Nämndens verksamhet ska präglas av likvärdighet i tillgången till stöd och hjälp för nämndens målgrupper samt god service. Nämnden ska beakta ett barnrätts-, jämställdhets- och antidiskrimineringsperspektiv."*

Ur § 1, funktionsstödsnämndens reglemente (kf 27/4 2017, § 91)

## 4. Styr- och ledningsprocesser för kvalitet

Styrmiljön i stora organisationer är ofta komplex. Funktionsstödsförvaltningens verksamheter ska förhålla sig till bland annat lagar, nationella föreskrifter, kommunala mål, policyer och budget. Dessa bildar en ram som reglerar förvaltningens verksamhet och ger signaler om hur den bör inriktas för att skapa en god kvalitet. Styr- och ledningssystemet<sup>1</sup> anger hur funktionsstödsförvaltningen ska arbeta för att säkra kvaliteten i verksamheten. I styr- och ledningssystemet framgår också hur ansvarsfördelningen för förvaltningens kvalitetsarbete är reglerat organisatoriskt.

De primära övergripande processerna som styr förvaltningens kvalitetsarbete är mål- och budgetprocessen, intern kontroll samt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

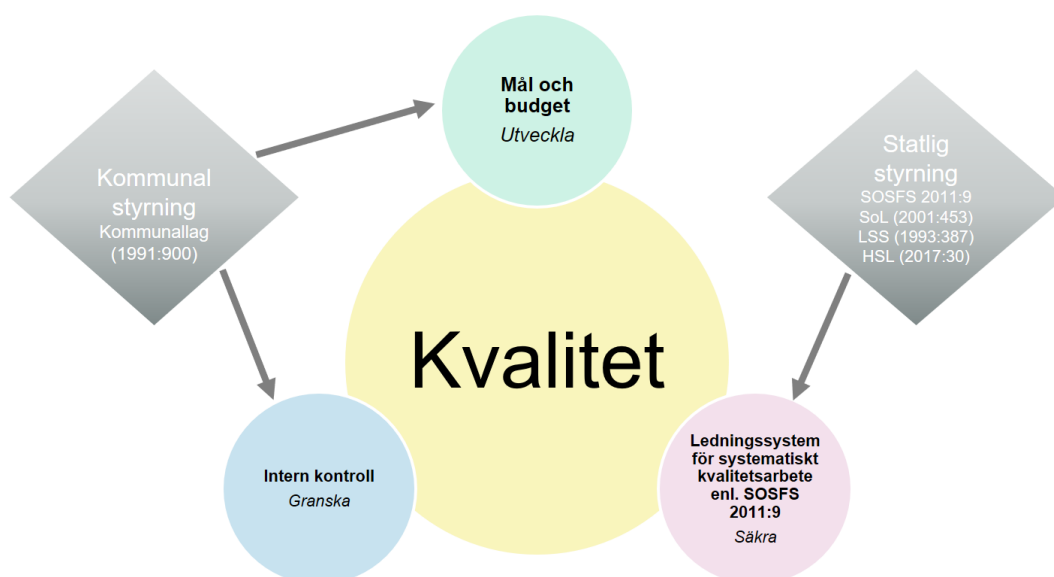


Bild 1: Styrprocesser för kvalitet i funktionsstödsförvaltningen

Under 2018 har ett omfattande utvecklingsarbete skett i arbetet med dessa styrprocesser. Nedan beskrivs de olika insatser som skett under året.

### Utveckling av styrprocesser under 2018

Styrprocesserna syftar till samma sak; att uppnå och säkra en hög kvalitet i insatserna. Rent praktiskt skiljer sig dock arbetssätten i de olika processerna till viss del åt. Det innebär att det finns en inbyggd komplexitet i att kunna prioritera när, av vilka funktioner och i vilken omfattning de olika processerna ska tillämpas. Under 2016 inleddes ett utvecklingsarbete med funktionsstödsförvaltningens processer för styrning och ledning. Detta arbete har fortsatt även under 2017 och 2018. Utvecklingsarbetet kring styrprocesserna syftar till att utarbeta ett effektivt arbetssätt som gynnar synergier mellan de tre processerna och underlättar för verksamheterna att kunna planera, prioritera och följa upp sitt arbete i förhållande till styrprocesserna. Utvecklingsarbetet har bidragit till att skapa en pedagogisk bild (se bild 2) över när och på vilken

<sup>1</sup> FSN-2017-798

organisatorisk nivå styrprocesserna bör tillämpas i förvaltningen. Bilden fungerar som ett stöd och underlag för dialog vid främst planering.

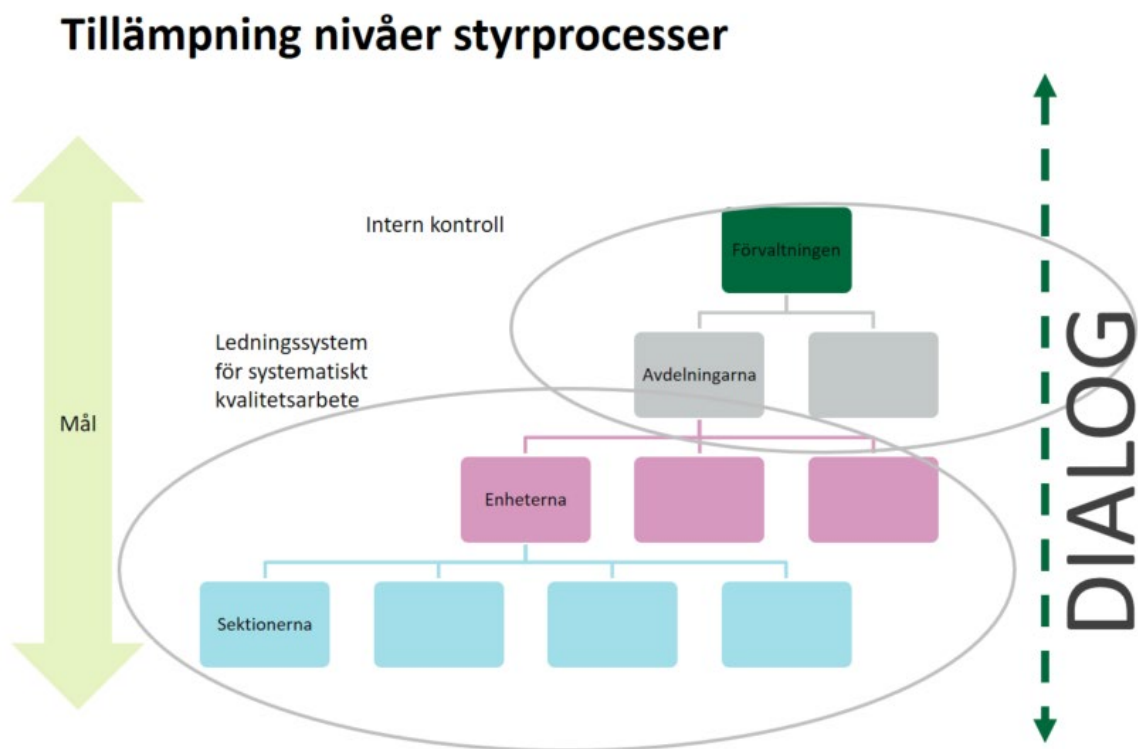


Bild 2: Tillämpning organisatoriska nivåer av styrprocesser för kvalitet i funktionsstödsförvaltningen

### Kvalitetsråd och gemensamma riskdialoger – nya forum för dialog

För att kunna arbeta effektivt i en komplex styrmiljö krävs dialog och reflektion. Dialogerna behöver formaliseras för att de ska kunna vara en naturlig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Under 2018 startade funktionsstödsförvaltningen därför nya dialogforum som viktiga komplement och stöd i kvalitetsarbetet; kvalitetsråd och gemensamma riskdialoger.

*Funktionsstödsförvaltningens kvalitetsråd* är det forum som på övergripande nivå regelbundet följer och bevakar utvecklingen av avvikelser inom lagrummen SoL, LSS och HSL. Syftet med kvalitetsrådet är att analysera utmaningar och initiera förbättringar kopplade till avvikelser. Kvalitetsrådet förgrenar sig till respektive verksamhetsavdelning i form av avdelningarnas kvalitetsråd. Syftet med denna organisering är att kunna lyfta upp både utmaningar och förbättringsarbete på en övergripande nivå i förvaltningen, för att kunna se mönster och trender över tid. Detta är ett värdefullt bidrag till det systematiska kvalitetsarbetet.

Kvalitetsrådet har en direkt koppling till ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, då förbättringsåtgärder kan omsättas till egenkontroller och/eller åtgärder som hanteras och dokumenteras av chefer. Även de övriga två styrprocesserna, intern kontroll och målarbetet, kan användas för att planera och följa upp förbättringsåtgärderna beroende på karaktär, omfattning och lämplig tillämpning i respektive fall.

*Gemensamma riskdialoger* syftar till att skapa ett effektivt arbetssätt som gynnar synergier och helhetstänk i styrprocesserna samt underlättar prioriteringar för nästkommande års systematiska kvalitetsarbete. Riskdialogerna genomfördes för första gången under hösten 2018 i förvaltningens samtliga avdelningar. Rent praktiskt samlades respektive avdelnings ledningsgrupp och medicinskt ansvariga samt HR-konsult för att kartlägga och värdera avdelningens risker vid ett tillfälle, under ledning av utvecklingssekreterare från strategiska avdelningen. Tillsammans diskuterade och beslutade deltagarna om en första hantering av riskerna, det vill säga i vilken styrprocess och på vilken nivå i organisationen riskerna skulle hanteras och följas upp. Riskdialogerna blev därmed ett viktigt underlag för en första planering av kvalitetsarbetet kommande år.

### **Digitalisering av det systematiska kvalitetsarbetet**

Ett viktigt syfte med utvecklingen av styrprocesserna är att skapa en tydligare struktur och dokumentation av det arbete som utförs inom respektive process. Ett led i detta arbete har varit att implementera IT-verktyget Stratsys för planering och uppföljning av samtliga tre styrprocesser. Malmö stads interna kontroll och målarbete planeras, följs upp och analyseras sedan flera år i det digitala verktyget Stratsys. Detta har utförts av utvalda chefer och nyckelpersoner. Under 2017 beslutade förvaltningsledningen att utöka arbetet med planering och uppföljning av mål i IT-verktyget Stratsys. Direktivet var att arbetet nu skulle omfatta samtliga chefer i funktionsstödsförvaltningen. Samtidigt beslutades att även ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 skulle digitaliseras.

Kvalitetsåret 2018 har följaktligen till stor del präglats av den pågående implementeringen av IT-verktyget Stratsys. Arbetet med att implementera ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 har genomförts av strategiska avdelningen i samtliga enheter tillsammans med respektive enhetschef och sektionschefer. En viktig del av implementeringen har varit att kartlägga de huvudprocesser som beskriver hur verksamheterna utför sitt arbete inom ramen för sina grunduppdrag. Dessa är i praktiken en nedbrytning av funktionsstödsnämndens reglemente, och utgör därmed grunden för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Processerna återfinns i IT-verktyget Stratsys. En annan viktig del i implementeringen var att enhetschefer och sektionschefer identifierade risker och möjliga kontrollpunkter, det vill säga egenkontroller, samt tog fram åtgärder för att säkra processernas ändamålsenlighet. Detta sammantaget krävs för att kunna utföra uppdragen med hög kvalitet. Arbetet har pågått under hela 2018 och förväntas vara färdigt i april 2019.

Värt att notera är att implementeringen endast är början på ett omfattande utvecklingsarbete kring ledningssystemet som beräknas fortgå i flera år framöver, då ledningssystemet tar tid att förankra och även kräver ständig utveckling och förbättring. Sedan den ursprungliga implementeringsplanen upprättades har flera organisationsförändringar skett i funktionsstödsförvaltningen. Nyttillkomna eller flyttade verksamheter kommer att starta sin implementering efter det att den ursprungliga implementeringsplanen har genomförts.



## 5. Samverkan för att säkra kvaliteten

Enligt SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra insatsernas kvalitet. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas, både internt och externt.

Funktionsstödsförvaltningen samverkar på flera olika nivåer. Internt sker samverkan mellan de olika avdelningarna i förvaltningen och med andra förvaltningar i Malmö stad. Externt sker samverkan med andra myndigheter och aktörer. Samverkanspartners är till exempel Region Skåne, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, brukarorganisationer och näringslivet. Syftet är att säkerställa att administrativa och organisatoriska gränser inte innebär hinder för de individer som är berörda av servicen.

Under 2018 har implementeringen av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete haft fokus på att kartlägga verksamheternas huvudprocesser. Ett kommande steg i utvecklingen är att identifiera samverkansformer; både mellan huvudprocesserna, det vill säga intern samverkan, och med externa aktörer.

## 6. Systematiskt förbättringsarbete

Det signifikanta för ett *ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* är enligt SOSFS 2011:9 att verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. De kartlagda processerna ska i sin tur ligga till grund för ett systematiskt förbättringsarbete baserat på analys, för att fortlöpande säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Förbättringsarbetet ska enligt föreskriften baseras på riskanalyser, utredning och analys av avvikelser, egenkontroller och förbättrande åtgärder i förhållande till de identifierade processerna.

Implementeringen av funktionsstödsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i IT-verktyget Stratsys är ett omfattande arbete. Samtliga huvudprocesser för förvaltningens insatser har identifierats och kartlagts, viss komplettering återstår. Detta utvecklingsarbete har pågått under hela 2018 och kommer att fortsätta under 2019.

### 6.1 Risker

Respektive enhetschef och sektionschefer har arbetat med att identifiera risker kopplade till sin/sina huvudprocesser (se bilaga 1). De identifierade riskerna låg till grund för de egenkontroller som därefter beslutades i enheterna.

### 6.2 Egenkontroller och åtgärder

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har en lokal förankring i funktionsstödsförvaltningen, vilket innebär att egenkontroller har genomförts på sektionsnivå för att sedan summeras och analyseras ytterligare på enhetsnivå. För att fördjupa de analyser som dokumenterats i Stratsys har dialoger även skett på avdelningsnivå, i verksamhetsavdelningarnas ledningsgrupper. 2018 är första året som förvaltningen har arbetat på detta sätt.

Det framgår tydligt i funktionsstödsnämndens reglemente att funktionsstödsförvaltningen riktar sig till många olika målgrupper och därmed har mångfacetterade verksamheter. Trots denna spridning i förvaltningens verksamheter finns vissa återkommande teman för kvalitetssäkring. Dessa redovisas nedan. För komplett lista över genomförda egenkontroller, se bilaga 1.

#### 6.2.1 Basal hygien

Flera enheter från förvaltningens tre verksamhetsavdelningar har under 2018 valt att utföra egenkontroll inom området basal hygien. Metoden som använts är en checklista som respektive chef har gått igenom på verksamhetsmöte eller arbetsplatsträff (API) i dialog med medarbetarna. Det generella resultatet av egenkontrollen för förvaltningen är att resultatet inte är godkänt och att det finns brister på området. Medarbetare bedöms i stort ha kännedom om rutinen men följer trots detta inte alltid bestämmelserna. Vanliga avvikelser handlar om att medarbetare har byggda naglar, smycken, utsläppt hår eller långärmade kläder vid vård- och omsorgsmoment. Ett konstaterande från chefer är att medarbetare behöver kontinuerlig påfyllning av kunskap kring basal hygien. Chefer i framförallt avdelning LSS bostäder lyfter en problematik med tillämpning av rutin för basal hygien i relation till arbetsrättsliga konsekvenser vid underlåtelse av följsamhet. Chefer framför att de önskar stöd och vägledning från HR-avdelningen för att hantera frågan på ett korrekt sätt.

### **6.2.2 Social dokumentation**

Den sociala dokumentationen är ett viktigt verktyg för att säkra brukares delaktighet och inflytande i de insatser som funktionsstödsförvaltningen utför. Sedan flera år har detta område identifierats som ett riskområde ur ett kompetensutvecklingsperspektiv. Analys av rapporterade avvikelser visar också på behov av åtgärder. Inom ramen för förvaltningens målarbete pågår arbete med att kvalitetssäkra genomförandeplaner. Under 2018 har flera enheter därför valt att utföra olika typer av egenkontroller, främst gällande löpande anteckningar, för att komplettera uppföljningen och säkra kvaliteten inom detta område.

Generella resultat som kan skönjas för förvaltningen gällande den sociala dokumentationen är att kvaliteten varierar stort i de verksamheter som utfört egenkontroller. Behov som lyfts av chefer vid dialoger i ledningsgrupperna är en hållbar gemensam struktur för utbildning och stöd för medarbetare i detta arbete. Avdelning LSS bostäder ser ett stort behov av att införa en pedagogisk struktur i verksamheterna. Detta för att möjliggöra verksamhetsnära stöd för medarbetarna bland annat vid dokumentation och i arbetet med genomförandeplaner. Införandet har påbörjats under 2018. Verksamhetsavdelningarna ser också att dokumentationen är ett ständigt pågående arbete som kräver återkommande egenkontroller, dock med olika fokus och frekvens beroende på lokala förutsättningar och utmaningar.

### **6.2.3 Skyddsåtgärder**

Ett utmanande beteende hos en brukare innebär i själva verket att verksamheten blir utmanad i att möta brukarens behov. Ambitionen är att stöd ges med god kvalitet för att skydda brukaren utan tvingande och begränsande åtgärder, i de fall då utmanande beteenden ändå uppstår. Som stöd i arbetet med att förebygga tvingande och begränsande åtgärder finns i Malmö stad en process för arbetet med skyddsåtgärder. I framförallt avdelning LSS bostäder har verksamheterna påbörjat arbetet med att systematiskt utföra egenkontroll inom området skyddsåtgärder. Flera enheter har valt att påbörja kvalitetssäkringen genom att initialt genomföra egenkontroll i dialogform med medarbetare på arbetsplatsträff (APT) eller verksamhetsmöte. Dialogerna har syftat till att ge sektionschef en uppfattning om medarbetares kännedom om Malmö stads process för skyddsåtgärder och att identifiera eventuella kompetensutvecklingsbehov och övriga behov av åtgärder i verksamheten. Resultat från egenkontrollerna visar att detta är ett område som kräver återkommande egenkontroller i syfte att hålla kompetens och reflektion på området levande. En reflektion från chefer är att denna typ av egenkontroll i sig bidrar till ett gemensamt lärande.

### **6.2.4 Handläggning enligt SoL (2001:453) och LSS (1993:387)**

Ett särskilt område som lyfts under året är handläggning enligt SoL och LSS, då i relation till handläggningstider samt till medarbetares upplevda stress i arbetet. Två egenkontroller har genomförts. Resultaten var inte godkända och åtgärder har påbörjats under året. Exempelvis har myndighetsenheten organiserats om genom att handläggare har riktats till specifika områden och fyra nya handläggare har anställts. Myndighetsenheten har även tagit fram nya rutiner för handläggning och inlett täta uppföljningar av verksamheten, bland annat genom dagliga tavelmöten. Detta område har under 2018 även granskats inom ramen för intern kontroll.

### 6.2.5 Sekretess

Några enheter har med hjälp av en checklista utfört egenkontroll inom området sekretess. Resultaten varierar. Två områden som lyfts fram som svåra är tillämpning av samtycke i olika situationer, samt gränser för när sekretessen träder in i förhållande till informationsöverföring mellan samarbetspartners kring brukaren. Flera chefer lyfter fram att egenkontrollen i form av dialog utifrån checklista har medvetandegjort frågan och bidragit till ett gemensamt lärande.

### 6.3 Sammanställning och analys av inkomna avvikelser inom lagrummen SoL och LSS

Avvikelsehanteringen är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Avvikelser rapporteras och hanteras i avvikelssystemet Flexite.

Tabell 1 från Flexite: Detaljerad händelse SoL och LSS år 2017.

	Brister*	Dokumentation	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Samordnad vårdplanering/SIP	Synpunkter	Misstänkt stöld	Hot/våld mellan brukare	Antal reg.
SoL	62	1	2	1	0	9	0	8	83
LSS	974	106	92	59	3	99	45	351	1729
Antal reg.	1036	107	94	60	3	108	45	359	1812

\* Brister: I denna kategori finns rubrikerna tillsyn, personlig vård, larm, aktiviteter, bemötande och hemliv

Tabell 2 från Flexite: Detaljerad händelse SoL och LSS år 2018.

	Brister*	Dokumentation	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Samordnad vårdplanering/SIP	Synpunkter	Sexuella trakasserier	Misstänkt stöld	Hot/Våld mellan brukare	Antal reg.
SoL	104	4	2	3	1	9	1	0	6	130
LSS	1037	132	82	38	7	118	2	21	388	1825
Antal reg.	1141	136	84	41	8	127	3	21	394	1955

\* Brister: I denna kategori finns rubrikerna tillsyn, personlig vård, larm, aktiviteter, bemötande och hemliv

#### *Analys av inkomna synpunkter och avvikelser*

Utöver de 127 synpunkter som registrerats via Flexite har elva ärenden handlagts av Malmö stads förtroendenämnd, totalt 138 inkomna synpunkter. Antalet synpunkter har ökat något i jämförelse med föregående år då det totala antalet synpunkter var 108. Det totala antalet avvikelser har ökat med åtta procent i jämförelse med 2017, från 1812 till 1955. I likhet med föregående år är det dominerade området hot/våld mellan brukare, följt av brist i dokumentation. Det har under de senaste åren genomförts utbildnings- och informationssatsningar kring vad som bör rapporteras som avvikelser, vilket delvis kan förklara det ökande antalet. En förklaring till att bristerna i dokumentation har ökat från föregående år kan vara att förvaltningen under lång tid inte har genomfört strukturerade förvaltningsövergripande utbildningar i dokumentation.

Avvikelser och lex Sarah-utredningar följs bland annat upp vid avdelningarnas kvalitetsråd. Vid kvalitetsråden identifieras åtgärdskrav och utvecklingsområden som anses väsentliga för möjligheten att uppnå högre säkerhet och kvalitet. I analysen av avvikelserna ingår att identifiera områden som behöver hanteras vidare på ett övergripande plan. Det som framkommer vid avdelningarnas kvalitetsråd ska förmedlas ut i respektive enhetschefers ledningsgrupp och därefter ska respektive sektionschef följa upp arbetet med medarbetarna vid olika verksamhetsmöten. De frågor/områden som kvalitetsråden anser vara av vikt även för övriga avdelningar lyfts till det förvaltningsövergripande kvalitetsrådet för vidare hantering.

Inom avdelning LSS bostäder är det vanligt med avvikelser rörande hot/våld mellan brukare. I de verksamheter där avvikelser inom området förekommer är det oftast många avvikelser, då det är en återkommande problematik. Verksamheterna vidtar oftast åtgärder som är av längre, processbaserad karaktär vilket innebär att det oftast tar tid innan resultatet av åtgärderna slår igenom fullt ut. Därför kan det inträffa liknande händelser igen. Inom avdelningen pågår det även arbete med att bygga upp en pedagogisk grundstruktur vilket på sikt kommer att förbättra kvaliteten i verksamheten.

Inom avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet har en grundstruktur för att arbeta med avvikelser påbörjats under året, i avsikt att standardisera arbetet och därmed öka möjligheten att säkerställa utförandet av insatserna. En av enheterna inom daglig verksamhet har vidareutvecklat en detaljerad utredningsmodell för att utreda och arbeta mer fördjupat med avvikelser. Modellen involverar medarbetarna på ett aktivt sätt genom att analysera och föreslå åtgärder som lämnas till sektionschef och bifogas avvikelserapporten i systemet. Information om modellen har delgetts samtliga enhetschefer inom avdelningen för anpassning och implementering inom respektive verksamhet.

Ett område som varit föremål för avvikelser i avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet är hälso- och sjukvårdsorganisationen, där det bland annat handlat om väntetider och tillgänglighet. En mätning gjordes, vilken visade att genomsnittstiden var mellan två och fyra minuter för kontakt med sjuksköterskan. Uppfattningen av bristande tillgänglighet kunde i en del fall bero på att personalen inte använde aktuella telefonlistor i verksamheten. Information har getts till verksamheterna om att aktuella telefonlistor alltid finns på intranätet Komin. Två andra problemområden som framkommit i avvikelser inom avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet är handhavande av hjälpmedel samt skyddsåtgärder. Medicinskt ansvariga ska kopplas in i större utsträckning, för att stödja verksamheterna i att arbeta på rätt sätt.

Inom korttidsenheten pågår ett övergripande arbete med dokumentation, genomförandeplaner och arbetssätt för att få en struktur i stödet och höja kvaliteten i verksamheten. Arbetet sker på olika nivåer, exempelvis med uppföljningar vid verksamhetsmöte samt individuell handledning från omsorgspedagog för de medarbetare som har behov.

För att säkerställa hälso- och sjukvården runt patienten har ett teambaserat arbetssätt införts under hösten 2018. I teamet ingår såväl hälso- och sjukvårdsmedarbetare som omsorgspedagog och sektionschef. Genom att tydliggöra förväntningarna på var och ens yrkesroll och ansvar ökar förståelsen samt ges förutsättningar för ett bra samarbete. Detta arbete ger möjligheter att

gemensamt i teamet analysera avvikande händelser inom olika lagrum på ett mer systematiskt sätt

Avdelningarna har kontinuerligt avvikelse- och lex Sarah-utbildningar, efter önskemål och anpassade till verksamheten. Genomförda utbildningar finns tillgängliga digitalt för avdelningens enhetschefer. Vid utbildningarna informeras bland annat medarbetarna att fylla i sin e-postadress (@malmo.se) när de skriver en avvikelse, för att därigenom få återkoppling. Återkoppling ges även vid olika verksamhetsmöten. Detta är ett arbete som ska utvecklas för att ytterligare involvera medarbetare och ge en ökad transparens. Syftet är att säkerställa att utförandet av insatserna till brukarna håller en god kvalitet.

### ***Sammanställning av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden***

**Tabell 3** från Flexite: Inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden år 2017.

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal registreringar
SoL	2	1	3
LSS	92	59	151
Antal registreringar	94	60	154

**Tabell 4** från Flexite: Inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden år 2018.

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal registreringar
SoL	2	3	5
LSS	82	38	120
Antal registreringar	84	41	125

**Tabell 5** från Flexite: Antal anmälda missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg år 2017.

	Att rapporten bedöms vara risk för ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah som ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Att rapporten bedöms vara ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah som ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal registreringar
SoL	-	-	-
LSS	4	12	16
Antal registreringar	4	12	16

**Tabell 6** från Flexite: Antal anmälda missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg år 2018.

	Att rapporten bedöms vara risk för ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah som ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Att rapporten bedöms vara ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah som ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal registreringar
SoL	1	-	1
LSS	4	18	22
Antal registreringar	5	18	23

### *Analys av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden*

Antalet rapporterade missförhållanden eller risker för sådana har minskat 2018 jämfört med 2017, men ligger på samma nivå som 2016. Samtidigt har antalet verksamheter ökat något. En förklaring kan vara att de åtgärder som har vidtagits för att förebygga att liknande händelser uppstår på nytt haft effekt. En annan förklaring kan vara att det förekommer underrapportering från vissa verksamheter.

När missförhållanden eller risker för missförhållanden konstaterats görs en lex Sarah-utredning som sedan redovisas för funktionsstödsnämndens arbetsutskott med vilka åtgärder som är vidtagna och planeras. Utskottet fattar beslut i ärendet och bedömer om händelsen är ett allvarligt missförhållande eller risk för sådant och ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vissa missförhållanden som rapporteras in omklassificeras i enlighet med förvaltningens delegationsordning till brister och utreds som avvikelser. Dessa redovisas återkommande till arbetsutskottet. Omklassificering av ett inrapporterat missförhållande görs exempelvis när brukaren inte är drabbad eller när det inte är allvarliga konsekvenser för brukaren, dessa utreds oftast som en brist. I vissa lex Sarah-utredningar ingår fler än en rapport om missförhållande eller risk för sådant, vilket förklarar varför antalet inrapporterade händelser är högre än i tabellen som visar antal lex Sarah-utredningar. Det beror bland annat på att det skrivs en händelserapport missförhållande eller risk för sådant för varje händelse och brukare. Det kan bli flera händelserapporter, eftersom flera brukare drabbas, men de utreds gemensamt då de varit involverade i samma händelse.

Statistiken nedan visar att 81 lex Sarah-utredningar har gjorts och redovisats på funktionsstödsnämndens arbetsutskott under 2018. Av dessa bedömdes 23 vara allvarliga missförhållanden eller risker för allvarliga missförhållanden och anmäldes till IVO.

**Tabell 7:** Fördelning lex Sarah-utredningar per avdelning år 2018.

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Rapport allvarligt missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	Antal registreringar
Avd LSS bostäder	32	7	16	4	59
Avd stöd, hälsa och daglig verksamhet	13	5	2	-	20
Avd myndighet och socialpsykiatri	1	-	1	-	2
Antal registreringar	46	12	19	4	81*

\*Totalt har 81 lex Sarah-utredningar tagits upp för beslut på arbetsutskottet under 2018. Flera av dessa utredningar innehåller mer än ett missförhållande vilket anges i respektive utredning.

Flertalet lex Sarah-utredningar omfattar brister i stöd eller bemötande vilka kan leda till ett utmanande beteende hos brukaren. Dessa händelser kan skapa hot- och våldssituationer mellan brukare och kan även skapa en otrygghet för andra brukare, exempelvis i bostaden eller på den dagliga verksamheten. Några utredningar handlar om brister i tillsyn, att riktlinjer för egenvård inte följts eller att skyddsåtgärder inte använts på ett riktigt sätt. Orsakerna till detta varierar, men oftast handlar det om brist i följsamhet till rutiner, kompetensbrist eller brister i kommunikation och planering.



## 7. Sammanfattande analys av kvalitetsåret 2018

Kvalitetsåret 2018 har präglats av stora utvecklingsinsatser. Förutom att styrprocessernas funktion och tillämpning har diskuterats, förtydligats och i vissa avseenden förändrats har också flera nya arbetssätt implementerats i förhållande till dessa styrspår. Nya former för dialog har tagits fram. Utöver detta har funktionsstödsförvaltningen satsat stort på att digitalisera omfattande delar av det systematiska kvalitetsarbetet, detta genom IT-verktyget Stratsys. Samtliga chefer har deltagit på något vis i förvaltningens utvecklingsarbete.

Den simultana implementeringen av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 respektive den utökade digitala planeringen och uppföljningen av målarbetet har varit en stor utmaning för förvaltningen under året. Chefer berättar att det fortfarande råder viss begreppsförvirring då kvaliteten följs upp i flera spår. Förståelsen för styrprocesserna har enligt cheferna dock ökat tack vare implementeringsarbetet. De understryker att mer arbete med att tillämpa styrprocesserna, och stöd i detta, krävs för att det ska bli naturligt att veta när, i vilken omfattning och i vilken styrprocess förbättringsarbete ska följas upp.

En fördel med ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 som chefer lyfter i dialogerna med ledningsgrupperna är det lokala ägarskapet. Chefer uppger att det ger ett större värde för enhetschefer och framför allt sektionschefer att själva kunna prioritera, planera och följa upp sitt uppdrag i förhållande till de risker som finns i verksamheten. En utmaning, som chefer framför, är att få in det löpande systematiska arbetssättet i vardagsarbetet och få det hållbart över tid. En önskan som lyfts från chefer är att helhetstänket kring kvalitetsarbete och uppföljning beaktas på alla ledningsnivåer i förvaltningen. Generellt anser chefer att IT-verktyget Stratsys fungerar som ett bra stöd för att kunna följa det systematiska kvalitetsarbetet, men att större hänsyn måste tas till mängden uppföljningar som görs i förhållande till andra stora områden, exempelvis tillsyner av granskningsmyndigheter, arbetsmiljö- och kompetensförsörjningsområdet. Chefer upplever att de fortfarande saknar överblick i detta avseende, vilket leder till stor belastning i chefsleden. En del i detta handlar om att lägga tid på att göra avvägda prioriteringar. Cheferna är eniga om att uppföljningarna i form av exempelvis egenkontroller bör vara få, men noggrant utvalda, under ett år för att eliminera de risker och utmaningar som är störst i verksamheten.

De nya arbetssätt som startats under året har generellt uppskattats och anses fungera bra hittills. Förvaltningens gemensamma riskdialoger är ett sådant exempel. Riskdialogerna bidrog enligt chefer till en tydligare gemensam bild av verksamheternas utmaningar och hur riskerna vidare skulle hanteras. En erfarenhet som lyftes var att det ibland kan vara svårt att poängsätta risker men att dialog kring riskernas värden var en hjälp. Svårigheter uppstod i vissa avdelningar som arbetar med många olika typer av insatser och därmed olika huvudprocesser. I dessa avdelningar identifierades många och ofta differentierade risker, vilket ledde till svårigheter att enas kring och gemensamt kunna värdera riskerna. Riskdialoger kommer, i de fall det behövs, att genomföras i mindre konstellationer under 2019 för att fungera mer ändamålsenligt.



## 8. Bilagor

### 8.1 Bilaga 1: Risker, egenkontroller och åtgärder funktionsstödsförvaltningen 2018

# Risker, egenkontroller och åtgärder 2018

---



## Funktionsstödsförvaltningen

# 1. Systematiskt förbättringsarbete

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har en lokal förankring i funktionsstödsförvaltningen. Detta innebär att risker har identifierats på lokal nivå i enheter, tillsammans med enhetschef och sektionschefer. Riskerna har sedan legat till grund för de egenkontroller som genomförts på sektionsnivå. Dessa har sedan summerats och analyserats ytterligare på enhetsnivå.



Tabellerna nedan visar vilka risker som identifierats och egenkontroller som genomförts i förhållande till respektive huvudprocess under 2018. För vissa risker finns direkta åtgärder identifierade. Enheten har då valt att inte utföra egenkontroll eftersom enheten bedömt sig ha tillräcklig kunskap om vad som behöver åtgärdas i förhållande till risken. För vissa egenkontroller saknas bedömning av resultat och ibland även riskvärde, vilket beror på att enheterna har kommit olika långt i implementeringen av arbetssättet under året. Arbetet fortsätter under 2019.

## 1.1. Gemensamma processer funktionsstödsförvaltningen<sup>2</sup>




Risikanalyt	Riskvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk finns att sekretesslagstiftning inte efterlevs	12 	<b>Kontroll av följsamhet sekretessrutin - genomgång av checklista</b> (Avdelning LSS bostäder)		<ul style="list-style-type: none"><li>I de fall behov har funnits har utvecklingssekreterare besökt verksamheter för utbildning kring sekretesslagstiftning. (Enhet 4 LSS bostäder)</li></ul>
		<b>Kontroll av följsamhet sekretessrutin - genomgång av checklista</b> (Enhet 2 daglig verksamhet och sysselsättning)	 Godkänd	

<sup>2</sup> I denna kategori inryms stödprocesser som är gemensamma för förvaltningens verksamheter, oavsett huvuduppdrag. Till exempel sekretess, allmänna handlingar, synpunkter- och klagomålshantering m.m.



## 1.2. Handläggning enligt SoL (2001:453) och LSS (1993:387)

Riskanalys	Risk-värde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk att handlingar inte når fram eller är försenade vilket kan leda till bristande rättssäkerhet för den enskilde.	6			<ul style="list-style-type: none"> <li>Översyn av postrutiner (Myndighets-enheten)</li> </ul>
Risk för lång handläggningstid	20	<b>Kontroll av handläggnings-tider</b> (Myndighets-enheten)	 Ej godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemen-samma handläggningsrutiner. (Myndighets-enheten)</li> <li>Omorganisering: assistans-team, LSS-team samt inrättande av ny sektionschefs-tjänst</li> <li>Förbättra introduktions-processen för nyanställda (Myndighets-enheten)</li> <li>Strukturerat förbättrings-arbete (Myndighets-enheten)</li> </ul>
Risk att tappa kompetenser på grund av hög arbetsbelastning vilket leder till bristande rättssäkerhet för brukare	16	<b>Kontroll av medarbetares upplevda stress genom preventenkät</b> (Myndighets-enheten)	 Ej godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Handledning för handläggare (Myndighets-enheten)</li> <li>Utöka handläggartjänster (Myndighets-enheten)</li> </ul>


### 1.3. Kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL (2017:30)

Risakanalys	Risk-värde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk för smittspridning på grund av bristande följsamhet till hygienrutin	20 	<b>Kontroll av följsamhet till hygienrutin - Besvara checklista</b> (Avdelning LSS bostäder)	 Ej godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Be om hjälp från Medicinskt ansvariga och HR (Enhet 6 LSS bostäder)</li> <li>• Under hösten kommer 11 boenden att genomföra Lärkan-test. Chefer kommer att påtala brister. (Enhet 3 LSS bostäder)</li> <li>• Genomgång av rutiner för basal hygien på LSS dagar för medarbetare (Enhet 4 LSS bostäder)</li> </ul>
			 Ej godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utbildning till samtliga legitimerad personal i basal hygien</li> </ul>






### 1.4. Personlig assistans 9 § 2 enligt LSS (1993:387)

Risakanalys	Risk-värde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk att löpande anteckningar uteblir och att inte rätt saker dokumenteras vilket kan leda till brister i kvaliteten	12 	<b>Kontroll av löpande anteckningar</b> (Enhet 4 personlig assistans)	 Godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internutbildning i Lifecare (Enhet 4 personlig assistans)</li> </ul>






### 1.5. Ledsagar- och avlösarservice enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1 och enligt LSS (1993:387) 9 § 3 och 9 § 5

Risakanalys	Risk-värde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
		<b>Granska rekryteringsunderlag av ledsagare- och avlösare som inte går vidare till anställning</b> (Enhet 3 stöd och avlastning)	 Godkänd	






## 1.6. Korttidsvistelse enligt LSS 9 § 6 (1993:387)

Risakanalys	Riskvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Avsaknad av rutiner för hjälpmedel och medicintekniska produkter vilket kan leda till att brukare och personal far illa.	12		 Godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicintekniska ombud (Enhet 3 stöd och avlastning)</li> </ul>
Risk för bristande kompetens vid hantering av individuellt förskrivna medicintekniska produkter/hjälpmedel	12		 Godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicintekniska ombud (Enhet 3 stöd och avlastning)</li> </ul>
Risk att genomförandeplaner utformas olika och inte är kvalitetssäkrade vilket kan leda till att brukaren inte får möjlighet att påverka utformandet av insatsen	8			<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedagogisk samordnare med riktat uppdrag mot att förbättra kvaliteten i genomförandeplaner (Enhet 3 stöd och avlastning)</li> </ul>


## 1.7. Bostad med särskild service 9 § 8 och 9 § 9 enligt LSS (1993:387)

Risakanalys	Riskvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk att löpande anteckningar uteblir eller är felaktiga vilket leder till bristande kvalitet	12		 Godkänd	
		<b>Kontroll av röd tråd i dokumentation</b> (Enhet 2 socialpsykiatri)	 Godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontroll av löpande anteckningar görs av respektive sektionschef. Dokumentationsutbildare träffar regelbundet personalgrupperna för genomgång av löpande anteckningar.</li> </ul>
Risk att det finns olagliga begränsningar mot brukaren	16		 Godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ny egenkontroll 2019 – inventering av förekommande skydds åtgärder</li> </ul>

## 1.8. Daglig verksamhet 9 § 10 enligt LSS (1993:387)

Riskanalys	Risk-värde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk att löpande anteckningar uteblir eller är felaktiga vilket leder till bristande kvalitet	9 	<b>Kontroll av löpande anteckningar</b> (Enhet 2 daglig verksamhet och sysselsättning)	 Ej godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontroll av löpande anteckningar genom Omsorgspedagognätverk (Enhet 2 daglig verksamhet och sysselsättning)</li> </ul>
Risk för avsaknad av helhetsbild rörande åtgärder som vidtas vid hot och våld mellan brukare		<b>Jämställdhetsanalys daglig verksamhet. Avvikelse våld mellan brukare</b> (Enhet 1 daglig verksamhet)	 Godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dialog kring våldsbegrepp i ledningsgrupp (Enhet 1 daglig verksamhet)</li> <li>Förstärka långsiktiga åtgärder i underlaget till avvikelseutredningen (Enhet 1 daglig verksamhet)</li> </ul>
Risk att genomförandeplaner inte är anpassade till IBIC	12 	<b>Kontroll av koppling mellan livsområde i genomförandeplan och anteckning</b> (Enhet 1 daglig verksamhet)	 Ej godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genomgång med omsorgspedagoger om ICF/IBIC för att öka kompetensen (Enhet 1 daglig verksamhet)</li> <li>Implementering av matris framtagen utifrån funktionsnedsättning och IBIC (Enhet 1 daglig verksamhet)</li> </ul>
Risk att processen för skyddsåtgärder inte följs				<ul style="list-style-type: none"> <li>Sektionschefer och medarbetare deltar i informationstillfälle ang. skyddsåtgärdsprocess (Enhet 1 daglig verksamhet)</li> </ul>



### 1.9. Boendestöd enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk att löpande anteckningar inte följer en röd tråd	20 	Inventering av status för kompetensbehov gällande den sociala dokumentationen (Enhet 2 socialpsykiatri)	Godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samtliga boendestödjare har under hösten genomgått temadag i social dokumentation. Kontroll av löpande anteckningar görs av respektive sektionschef. Dokumentationsutbildare träffar regelbundet personalgrupperna för genomgång av löpande anteckningar</li> </ul>

### 1.10. Kontaktperson enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1



Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk att brukaren inte får den insats den har rätt till på grund av att kontaktpersonen inte är fullt införstådd i uppdraget		Kontroll att informationsmaterial om KP-uppdrag är ändamålsenliga (Enhet 3 stöd och avlastning)		

### 1.11. Stödboende enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1 (vuxen)

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk att löpande anteckningar uteblir eller är felaktiga vilket leder till bristande kvalitet	6 	Kontroll av löpande anteckningar (Enhet 3 socialpsykiatri)	 Godkänd	



### 1.12. Särskilt boende enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk att löpande anteckningar uteblir eller är felaktiga vilket leder till bristande kvalitet	6 	<b>Kontroll av löpande anteckningar</b> (Enhet 3 socialpsykiatri)	 Ej godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samordnarna kommer att med personalen gå igenom Lifecare och aktivt stötta dem med att lägga in daganteckningar samt hur dessa ska se ut för att hålla god kvalitet. Vidare kommer samordnarna att som ytterligare stöd ta fram material om systemet och exempel på vad som ska skrivas och hur.</li> </ul>

### 1.13. Personligt ombud

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd
Risk att klienten missförstår bedömningsprocessen för personligt ombud	9 	<b>Kontrollera hur aktualiseringsprocessen ser ut</b> (Enhet 3 socialpsykiatri)	Ej godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kommunikationsprocessen kommer att ses över för att undvika missförstånd</li> </ul>
Risk att väntetiden innan klienten får personligt ombud blir för lång	6 		Godkänd	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genom teammöten granskas och minskas kötiden</li> </ul>