



Malmö stad

# **Plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2020**

---

Funktionsstödsnämnden

# 1 Innehållsförteckning

<b>2 Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>3 Ansvar</b> .....	<b>4</b>
<b>4 Process för arbetet</b> .....	<b>4</b>
<b>5 Systematiskt förbättringsarbete</b> .....	<b>5</b>
5.1 Stödprocess – Brukar- och patientnäradokumentation.....	5
5.2 Handläggning enligt SoL (2001:453) och LSS (1993:387) .....	5
5.3 Kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL (2017:30).....	6
5.4 Personlig assistans 9 § 2 enligt LSS (1993:387) .....	6
5.5 Ledsagar- och avlösarservice enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1 och enligt LSS (1993:387) 9 § 3 och 9 § 5 .....	7
5.6 Korttidsvistelse enligt LSS 9 § 6 (1993:387).....	7
5.7 Bostad med särskild service 9 § 8 och 9 § 9 enligt LSS (1993:387) .....	8
5.8 Daglig verksamhet 9 § 10 enligt LSS (1993:387) .....	9
5.9 Boendestöd enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1 .....	10
5.10 Stödboende enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1 (vuxen) .....	10
5.11 Särskilt boende enligt SoL(2001;453) kap 4 § 1 .....	10
5.12 Personligt ombud .....	11
5.13 Hemtjänst enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1 .....	11
5.14 Öppen sysselsättningsverksamhet Handkraft, socialpsykiatri .....	11
<b>6 Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete 2020</b> .....	<b>12</b>
6.1 Kvalitetsråd .....	12
6.2 Handlingsplan avvikelshantering .....	12
6.3 Öppna jämförelser funktionshinder.....	12
6.4 Digitalt ledningssystem .....	12
6.5 Projekt – Ingen faller mellan stolarna .....	13
6.6 Prioriterade utvecklingsområden HSL .....	13

## 2 Inledning

I *Styr- och ledningssystem för funktionsstödsförvaltningen (FSN 2017–798)* anges hur förvaltningen ska arbeta för att säkra kvaliteten i verksamheten. Styr- och ledningssystemet består framförallt av tre övergripande styrprocesser: mål- och budgetprocessen, intern kontroll samt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Styrprocesserna används för att planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna. Ett systematiskt arbetssätt utgör grunden för samtliga dessa styrprocesser. Syftet med det systematiska arbetssättet är att tillgodose behoven och infria förväntningarna hos dem vi är till för.

Socialstyrelsen anger i föreskriften *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)* att den som bedriver socialtjänst, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvård ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det signifikanta för ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är att verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

De fastställda processerna ska i sin tur ligga till grund för ett systematiskt förbättringsarbete för att fortlöpande säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Detta ska ske genom förbättringar av de identifierade processerna, aktiviteterna och rutinerna. Förbättringsarbetet ska enligt föreskriften baseras på:

- riskanalyser
- egenkontroller
- utredning av avvikelser
- förbättrande åtgärder

Funktionsstödsnämndens plan för systematiskt kvalitetsarbete är framtagen utifrån *gemensamma riskdialoger* som genomförs i samtliga avdelningar. Riskernas sannolikhet och konsekvens värderas på skala 1 - 5. Riskvärdet fås genom att multiplicera värdet för sannolikhet med värdet för konsekvens. I samband med riskdialogerna har hantering av riskerna bestämts. Risker hanteras och följs upp inom ramen för olika styrprocesser som intern kontroll, målkedja eller ledningssystem enligt SOSFS 2011:9. Hantering och uppföljning kan också ske genom annan styrprocess, exempelvis det systematiska arbetsmiljöarbetet eller handlingsplaner för prioriterade områden.

Utgångspunkten är att prioritera hantering av risker med högt riskvärde. Det kan innebära hantering på en eller flera nivåer i organisationen, till exempel genom granskning eller direktåtgärder inom ramen för intern kontroll och/eller egenkontroller och åtgärder i verksamheten inom ramen för ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9. För att nämnden ska få en helhet kring hanteringen av risker biläggs den samlade risklistan, där hanteringen genom de olika styrprocesserna beskrivs.

En ny struktur för åiterrapportering av arbetet med egenkontroller och åtgärder i ledningssystemet är under framtagande. Föreliggande plan är en del av denna struktur och innebär att nämnden ska få information om förvaltningens planering av egenkontroller och åtgärder, samt att åiterrapportering av genomförda egenkontroller och åtgärder kommer att ske vid två tillfällen under året. Planering och uppföljning för ledningssystemet kommer att följa tidplan för intern kontroll och mål- och budgetprocess.

### 3 Ansvar

En förutsättning för ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete är en tydlig ansvarsfördelning. I *funktionsstödsförvaltningens styr- och ledningssystem* (FSN-2017-798) anges ansvarsfördelningen för planering, genomförande, analys och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet.

Ansvarsfördelningen vid egenkontroller ser ut enligt följande:

- Förvaltningsdirektören har ansvar för att funktionsstödsförvaltningens högsta risker granskas och åtgärdas inom ramen för intern kontroll
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att systematiskt genomföra och analysera resultat av egenkontroller i förhållande till identifierade risker för brister inom ramen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9
- Medicinskt ansvariga har ansvar för att systematiskt genomföra och analysera resultat av egenkontroller och granskningar i förhållande till identifierade risker för brister och risker för vårdskador inom ramen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 och intern kontroll
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att vidta åtgärder i förhållande till analys av resultat av genomförda egenkontroller och granskningar
- Medicinskt ansvariga har ansvar för att vidta åtgärder i förhållande till analys av resultat av genomförda egenkontroller och granskningar

I funktionsstödsförvaltningens styr- och ledningssystem framgår vidare att det i lagstiftningen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt inom Malmö stads personalpolicy beskrivs att medarbetarna är skyldiga att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Detta innebär att medarbetarna ska vara delaktiga i att planera och utveckla verksamheten, exempelvis genom att delta i analyser av avvikelser, egenkontroller och åtgärder. Medarbetare ansvarar för att bidra med förbättringar kring för att säkra och utveckla processer och rutiner.

### 4 Process för arbetet

Planering och prioritering av egenkontroller och åtgärder inleds i och med förvaltningens *gemensamma riskdialoger* som sker på hösten. Resultatet av bearbetning efter riskdialogerna blir underlag till planen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. *Plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* delges nämnden under februari månad.




Genomförande av egenkontroller och åtgärder sker löpande under året och dokumenteras av respektive chef i IT-verktyget Stratsys. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har en lokal förankring i förvaltningen, vilket innebär att egenkontroller i regel genomförs på sektionsnivå för att sedan summeras och analyseras ytterligare på enhetsnivå. För att fördjupa de analyser som dokumenteras i Stratsys genomförs även dialoger i verksamhetsavdelningarnas ledningsgrupper.

Utgångspunkten är att risker med höga värden följs upp/stäms av under tertial 1, januari till april, och redovisas för funktionsstödsnämnden i maj. Resterande risker hanteras och följs upp till *kvalitets-* respektive *patientsäkerhetsberättelsen*, vilka redovisas för nämnden i februari. I berättelserna redovisas även förvaltningsövergripande kvalitetsarbete såsom öppna jämförelser samt prioriterade utvecklingsområden HSL, se Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete 2020 nedan.




## 5 Systematiskt förbättringsarbete

Tabellerna nedan visar vilka risker som identifierats i förhållande till respektive huvud-/stödprocess i samband med funktionsstödsförvaltningens gemensamma riskdialoger 2019. Till riskerna kopplas planerade egenkontroller eller åtgärder som ska genomföras och följas upp under 2020.

### 5.1 Stödprocess – Brukar- och patientnäradokumentation

Risikanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
 Risk för bristande journalföring i hälso- och sjukvårdsjournaler (Funktionsstödsnämnden)	16	Kontroll av dokumenterad medicinsk diagnos i hälso- och sjukvårdsjournaler (Medicinskt ansvariga)	Tertial 1
		Kontroll av kvaliteten i hälso- och sjukvårdsjournaler (Medicinskt ansvariga)	Tertial 1
 Risk för bristande journalföring i hälso- och sjukvårdsjournaler (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)	16	Kollegial granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler (Enhet 5, stöd och hälsa)	Tertial 1 och kvalitetsberättelse
 Risk att sekretesslagstiftning inte efterlevs (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)	6	Kontroll av följsamhet sekretessrutin - genomgång av checklista (Enhet 1, daglig verksamhet)	Kvalitetsberättelse

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

Risikanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
 Risk för lång handläggningstid (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)	20	Kontroll av handläggningstider (Myndighetsenheten)	Tertial 1 och kvalitetsberättelse
 Risk att beslut inte verkställs inom tre månader (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)	9	Kontroll av icke verkställda beslut (Myndighetsenheten)	Tertial 1 och kvalitetsberättelse
 Risk att barnet inte kommer till tals i utredningsprocessen vilket påverkar barnets delaktighet negativt samt strider mot barnkonventionen	12	Andel utredningar enligt 9§3 – 9§8 LSS och SoL där prövning av barnets bästa framgår (Myndighetsenheten)	Tertial 1 och kvalitetsberättelse

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
(Avdelning myndighet och socialpsykiatri)			

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

Risakanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för smittspridning på grund av bristande följsamhet till hygienrutin (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - Besvara checklista (Enhet 3 socialpsykiatri)	Tertial 1
<p>■ Risk för smittspridning på grund av bristande följsamhet till hygienrutin (Avdelning Stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - Besvara checklista (Enhet 5 hälsa och stöd)	Tertial 1
<p>■ Risk att för få legitimerade delegerar till för många (omvårdnadspersonal) vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Kontroll av ordinarie sjuksköterskors delegeringar (Enhet 5 hälsa och stöd)	Tertial 1 och Patientsäkerhetsberättelse
<p>■ Risk för bristande följsamhet till delegeringsprocessen vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Utbildning/workshop för legitimerad personal kring delegeringsprocessen (Enhet 5 hälsa och stöd)	Patientsäkerhetsberättelse

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

Risakanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för kvalitetsbrister vid ensamarbete (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Undersöka möjligheten kring att bygga upp en struktur för att höja kompetensen vid ensamarbete (Enhet 4 personlig assistans)	Avstämning tertial 1, kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för att inte kunna uppfylla kraven när barnkonventionen blir lag 1/1 2020 vilket kan leda till att brukaren inte får rätt stöd (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	16	Utbildning i barnkonventionen (Enhet 4 personlig assistans)	Tertial 1
<p>■ Risk för brister i den sociala dokumentationen vilket kan leda till att brukaren får felaktigt stöd (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	8	Dialog kring löpande anteckningar (Enhet 4 personlig assistans)	Kvalitetsberättelse

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

Risikanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för kvalitetsbrister vid ensamarbete (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Skapa en struktur för internt stöd och kompetensutveckling till ensamarbetande uppdragstagare/medarbetare (Enhet 3 stöd och avlastning)	Avstämning till tertial 1, kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att inte kunna uppfylla kraven när barnkonventionen blir lag 1/1 2020 vilket kan leda till att brukaren inte får rätt insats (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	16	Undersöka barns upplevelse av sin insats genom delaktighetsmodellen (Enhet 3 stöd och avlastning)	Avstämning till tertial 1, kvalitetsberättelse

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

Risikanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för bristande följsamhet till rutiner och planering av stöd vilket kan leda till utmanande beteende hos brukaren (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	16	Inventering av rutiner i verksamheterna (Enhet 6 barnenheten)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att processen för skyddsåtgärder inte följs vilket kan leda till felaktigt stöd och begränsande åtgärder för brukaren (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	16	Kontroll av följsamhet till Malmö stads process för skyddsåtgärder - självskattning (Enhet 6 barnenheten)	Tertial 1
<p>■ Risk för brister i den sociala dokumentationen vilket kan leda till att brukaren får felaktigt stöd (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Kontroll av löpande anteckningar genom kollegial granskning (Enhet 6 barnenheten)	Kvalitetsberättelse



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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk att det finns olagliga begränsningar mot brukare (Avdelning LSS-bostäder)</p>	16	Kontroll av följsamhet till Malmö stads process för skyddsåtgärder - självskattning (Samtliga enheter LSS-bostäder)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för att brukare inte får kvalificerat stöd på grund av att medarbetare saknar rätt kompetens för att möta brukarens behov (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)</p>	16	Kontroll av medarbetares kompetenskort (Enhet 1 och 2 PK3)	Tertial 1
		Kontroll av kvaliteten i introduktion/ bredvidgång för nya medarbetare (Enhet 2 PK3)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att brukare vräks på grund av att lägenheten missköts (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)</p>	16	Kontroll av motiverande insatser för att brukaren ska ta emot stödinsatser för att förhindra misskötsel av lägenheten (Enhet 1 PK3)	Avstämning tertial 1 och kvalitetsberättelse
		Kontroll av upprättade åtgärdsplaner för att förhindra misskötsel av lägenheten (Enhet 2 PK3)	Avstämning tertial 1 och kvalitetsberättelse

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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk att processen för skyddsåtgärder inte följs vilket kan leda till felaktigt stöd och begränsande åtgärder för brukaren (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	16	Dialog kring kännedom och följsamhet till Malmö stads process kring skyddsåtgärder (Enhet 1 daglig verksamhet och enhet 2 daglig verksamhet och sysselsättning)	Tertial 1 och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för bristande följsamhet till rutiner och planering av stöd vilket kan leda till utmanande beteende hos brukaren (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	16	Gemensam dialog i ledningsgruppen för att skapa samsyn kring behov och struktur av grundstruktur/forum i verksamheterna för att lyckas med implementeringsarbete (Enhet 1 daglig verksamhet)	Kvalitetsberättelse
		Arbeta fram en grundstruktur/forum för att framgångsrikt implementeringsarbete (Enhet 1 daglig verksamhet)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för brister i HSL-dokumentationen utförd av fysioterapeuter inom DV vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Genomföra kvantitativ och kvalitativ granskning av HSL-journalanteckningar gjorda av fysioterapeuter i daglig verksamhet	Patient-säkerhetsberättelse
<p>■ Risk att genomförandeplaner inte är anpassade till IBIC (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Kontroll av kvaliteten i genomförandeplaner genom kollegial dialog (Enhet 1 daglig verksamhet)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för brister i den sociala dokumentationen vilket kan leda till att brukaren får felaktigt stöd (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	9	Kontroll av löpande anteckningar (Enhet 2 daglig verksamhet och sysselsättning)	Kvalitetsberättelse
		Ändring av DV-planen så att den följer ICF (Enhet 1 daglig verksamhet)	Kvalitetsberättelse

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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk att löpande anteckningar inte följer en röd tråd (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Kontroll av koppling mellan löpande anteckningar och genomförandeplan (röd tråd) (Enhet 2 Boendestöd)	Avstämning till tertial 1, kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att genomförandeplaner inte följs upp i tid (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Kontrollera att genomförandeplaner är upprättade, aktuella och uppföljda (Enhet 2 Boendestöd)	Avstämning till tertial 1, kvalitetsberättelse

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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk att ohälsa inte hanteras i stödhuset vilket kan leda till onödigt lidande för den enskilde patienten/brukaren (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Skapa samarbete för förebyggande insatser så att ohälsa hanteras på Stödhuset (Enhet 3 socialpsykiatri)	Avstämning tertial 1, Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att löpande anteckningar uteblir eller är felaktiga vilket kan leda till bristande kvalitet (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	6	Kontroll av löpande anteckningar (Enhet 3 Socialpsykiatri)	Kvalitetsberättelse

## 5.11 Särskilt boende enligt SoL(2001;453) kap 4 § 1

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk att löpande anteckningar uteblir eller är felaktiga vilket kan leda till bristande kvalitet (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	6	Kontroll av löpande anteckningar (Enhet 3 Socialpsykiatri)	Kvalitetsberättelse

## 5.12 Personligt ombud

Risicanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk att personligt ombud inte "handlar/ bemöter" efter Diskrimineringsgrunderna (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	16	Kontroll av aktualiseringar i syfte att säkra följsamhet till för diskrimineringslagstiftningen (Enhet 3 socialpsykiatri)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att missförhållanden ej rapporteras i Flexite (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	16	Kontroll av rapportering av systembrister (Enhet 3 socialpsykiatri)	Kvalitetsberättelse

## 5.13 Hemtjänst enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1

Risicanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för brister i den sociala dokumentationen vilket kan leda till att brukaren får felaktigt stöd (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	9	Kontrollera att genomförandeplaner är upprättade, aktuella och att brukare varit delaktig (Enhet 3 Stöd och avlastning)	Kvalitetsberättelse

## 5.14 Öppen sysselsättningsverksamhet Handkraft, socialpsykiatri

Risicanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk att nuvarande sysselsättningsmöjligheter inom socialpsykiatriområdet ej kan tillgodose behovet. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	12	Undersöka om behovet hos deltagarna i Handkraft är tillgodosett (Enhet 4 Socialpsykiatri)	Kvalitetsberättelse

## 6 Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete 2020

Utöver det lokala systematiska kvalitetsarbetet med risker, egenkontroller och åtgärder i förhållande till förvaltningens huvud-/stödprocesser finns ett antal förvaltningsövergripande områden som är kopplade till kvalitetsarbetet i ledningssystemet, där riktade åtgärder kommer att genomföras under 2020.

### 6.1 Kvalitetsråd

Fortsatt utveckling av struktur för funktionsstödsförvaltningens kvalitetsråd. Kvalitetsråden är förvaltningens forum för att övergripande analysera och följa upp avvikelser inom lagrummen SoL, LSS och HSL. Syftet med kvalitetsråden är att analysera utmaningar och initiera förbättringar kopplade till avvikelser. Kvalitetsråden finns idag på förvaltnings och avdelningsnivå och utvecklingsarbetet innebär att etablera arbetssätt på enhets och sektionsnivå i syfte att stärka medarbetarens delaktighet i kvalitetsarbetet. Uppföljning och summering av arbetet *kvalitets- respektive patientsäkerhetsberättelse*,

### 6.2 Handlingsplan avvikelshantering

Utifrån föregående års *Lägesrapport avvikelshantering - Funktionsstödsförvaltningen 2019* vilken baserades på stadsrevisionens fördjupade granskning samt resultaten från en webenkät kring *kännedom om rapporteringskyldighet* har ett antal förbättrande åtgärder tagits fram. Åtgärderna beskrivs Funktionsstödsnämndens svar gällande fördjupad granskning av avvikelshantering FSN-2019-1836-6 och kommer att följas upp i samband med svar till revisionen under hösten 2020. Summering sker i *kvalitets- respektive patientsäkerhetsberättelse*

### 6.3 Öppna jämförelser funktionshinder

Förvaltningen kommer att för tredje året i rad genomföra Socialstyrelsens enkäter inom ramen *Öppna jämförelser – stöd till personer med funktionshinder LSS*. Arbetet pågår även med att tydliggöra strukturer för analys och förbättringsarbetet utifrån resultaten.

*Nationell brukarundersökning* kommer att genomföras i förvaltningens PK3 boenden samt fortsatt arbete med analys och förbättringar utifrån föregående års brukarundersökning som genomfördes i PK1, och PK2 boenden. Enkäternas resultat samt förbättrande åtgärder summeras och följs upp i kvalitetsberättelsen.

### 6.4 Digitalt ledningssystem

2017 påbörjade förvaltningen införande av ett digitalt ledningssystem i Stratsys. Fram till och 2019 utbildades förvaltningens samtliga enhets och sektionschefer i föreskriften SOSFS 2011:9 samt IT-systemet Stratsys. Processer för nämndens samtliga insatser utifrån SoL, HSL och LSS kartlagts och lags in i systemet. Under 2020 fortsätter arbetet med att etablera strukturer för analys och uppföljning, utveckla IT-systemet samt introducera nya verksamheter.

## 6.5 Projekt – Ingen faller mellan stolarna

I arbetsmarknads- och socialförvaltningen, funktionsstödsförvaltningen och hälsa- vård och omsorgsförvaltningen undersöks hur samverkan mellan socialförvaltningarna fungerar, och kan förbättras, för brukare som har behov av stöd från två eller fler av socialförvaltningarna. Syftet är att ingen medborgare ska “falla mellan stolarna” på grund av organisatoriska mellanrum mellan förvaltningarna. Metoden för uppdraget är användarcentrerad utveckling, även kallad tjänstedesign. Teamet är ett utav tio team som ingår i den satsning som Malmö stad gör för att sprida metoden.

Uppdraget *Ingen faller mellan stolarna* kommer att avslutas i juni 2020.

## 6.6 Prioriterade utvecklingsområden HSL

För 2020 har följande prioriterade områden identifierats inom HSL-området:

- **Delegeringar HSL**

Under 2019 har revidering av Malmö stads riktlinje för delegering gjorts. Utifrån riktlinjen kommer förvaltningen att ta fram lokala rutiner samt utveckla strukturer i verksamheterna för att öka möjligheten till god läkemedelshantering. Under året utvecklas och testas också ett nytt utbildningskoncept för läkemedelshantering för omvårdnadspersonal.

- **Kompetensutveckling HSL för chefer och medarbetare**

Förvaltningen kommer att ta fram och genomföra en HSL utbildning för chefer inom förvaltningen under året. Syftet är Att bidra till ökad kunskap om det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret och vad som åligger respektive chef att kunna utifrån chefsnivå.

- **Intern teamsamverkan**

Förvaltningen har påbörjat ett arbete med att utveckla en ny teamstruktur inom förvaltningen. Syftet är att gemensamt skapa en ökad samsyn i brukarens behov utifrån olika lagrum. Ett fortsatt arbete kommer ske genom att dels arbeta för att öka förståelse för teamens betydelse samt utveckla det teambaserade arbetssättet med mål att tillgodose en god samordning kring insatser för våra brukare.