

Kvalitetsberättelse 2019

Funktionsstödsnämnden



Upprättad 2020-02-26
Datum: 1.0
Version: Alexandra Emanuelsson, Moana Zillén
Ansvarig: Funktionsstödsförvaltningen
Förvaltning: Strategiska avdelningen
Enhet:



Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Bakgrund	4
3. Nämndens uppdrag	5
4. Styr- och ledningsprocesser för kvalitet	6
5. Samverkan för att säkra kvaliteten	9
6. Systematiskt förbättringsarbete	10
6.1 Risker, egenkontroller och åtgärder	10
6.1.1 Basal hygien	10
6.1.2 Social dokumentation.....	11
6.1.3 Struktur för avvikelshantering	13
6.1.4 Skyddsåtgärder.....	14
6.1.5 Handläggning enligt SoL (2001:453) och LSS (1993:387)	15
6.1.6 Barnrätt	16
7. Sammanställning och analys av inkomna avvikelser inom SoL och LSS	17
7.1 Analys av inkomna synpunkter och avvikelser	17
7.2 Analys av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden.....	20
8. Bilagor	22
Bilaga 1: Risker, egenkontroller och åtgärder funktionsstödsförvaltningen 2019....	22

Inledning

Funktionsstödsnämndens kvalitetsberättelse 2019 beskriver hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits i syfte att utveckla och säkra verksamhetens resultat under föregående år.

Kvalitetsberättelsen lyfter särskilt fram ett antal områden som många verksamheter har kvalitetssäkrat under året. En sammanställning och analys av årets avvikelser inom SoL och LSS redovisas. Till berättelsen finns en komplett översikt över de egenkontroller och åtgärder som genomförts under 2019, se bilaga 1.

Under kvalitetsåret 2019 har fokus varit på att vidmakthålla de arbetssätt för systematiskt kvalitetsarbete som införts sedan funktionsstödsförvaltningen bildades 1 maj 2017. Resultat av årets egenkontroller och åtgärder i kombination med fördjupade analyser vid dialoger i ledningsgrupperna visar att det systematiska arbetssättet har börjat få en naturlig plats i verksamheternas ordinarie struktur. Chefer anser att de nu upplever att det finns en tydligare koppling mellan de utmaningar och risker som identifieras vid riskdialoger och det arbete som sedan följs upp under nästkommande år. Chefer ser att egenkontroller och åtgärder bidrar till goda resultat och förflyttningar avseende kvaliteten. På så vis blir det systematiska kvalitetsarbetet värdeskapande och kan göra skillnad för både brukare och verksamheter.

Samtidigt som denna tydliga förflyttning ses, påtalar chefer fortfarande behovet av att förenkla planering och uppföljning, liksom behovet av att minska mängden rapportering under året. Behovet av helhetssyn i uppföljningen lyfts fortfarande fram, och då avses samtliga styrprocesser för kvalitet (mål och budget, intern kontroll samt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete), liksom uppföljning avseende exempelvis arbetsmiljö, kompetensförsörjning och aktiva åtgärder mot diskriminering. Chefers uttalade behov av förenklingar och helhetsfokus kring planering och uppföljning av kvaliteten bekräftas av den faktiska omfattningen på det underlag som årligen dokumenteras till olika styrprocesser. Det finns i denna kvalitetsberättelse flera exempel på områden som följs upp i samtliga styrprocesser samtidigt; genom snarlika granskningar, aktiviteter i målkedjan liksom egenkontroller. Detta kan vara problematiskt och riskerar att skapa förvirring och ineffektivitet.

Flera åtgärder har vidtagits under året i syfte att skapa en bättre planerings- och uppföljningsstruktur i förvaltningen. Vid årsskiftet 2019–2020 beslutade funktionsstödsnämnden om en ny återrapporiteringsstruktur för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Strukturen innebär att en överskådlig plan för egenkontroller och åtgärder presenteras för funktionsstödsnämnden årligen, samt att resultat återkopplas till förvaltningsledning och nämnd vid två tillfällen under året. Återrapporiteringsstrukturen sammanfaller i tid med planering och uppföljning av mål samt intern kontroll, i syfte att skapa bättre förutsättningar för synergier och prioriteringar kring styrprocesserna för verksamheterna. En vidareutveckling av riskdialoger och kvalitetsråd har också påbörjats under året, för att ge bättre underlag för kvalitetsarbetet och skapa en större förankring av arbetssätten i verksamheterna.

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 2019. Nämndens patientsäkerhetsarbete under 2019 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 ledningssystemet¹ 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.

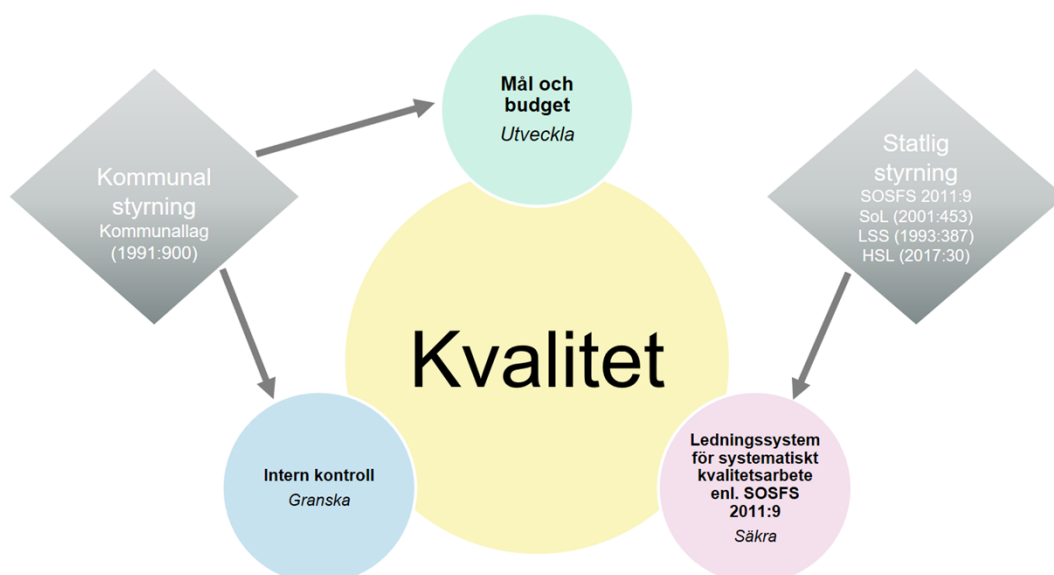


Bild 1: Styrprocesser för kvalitet i funktionsstödsförvaltningen

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 de olika processerna ska tillämpas, av vilka funktioner och i vilken omfattning. Arbetet med utveckling av processer för styrning och ledning i funktionsstödsförvaltningen har pågått under flera år. Utvecklingsarbetet 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 dessa. Utvecklingsarbetet har bidragit till att skapa en pedagogisk bild (se bild 2) över när och på vilken organisatorisk nivå styrprocesserna bör tillämpas i förvaltningen. Bilden fungerar som ett stöd och underlag för dialog vid främst planering.

¹ FSN-2017-798

Tillämpning nivåer styrprocesser

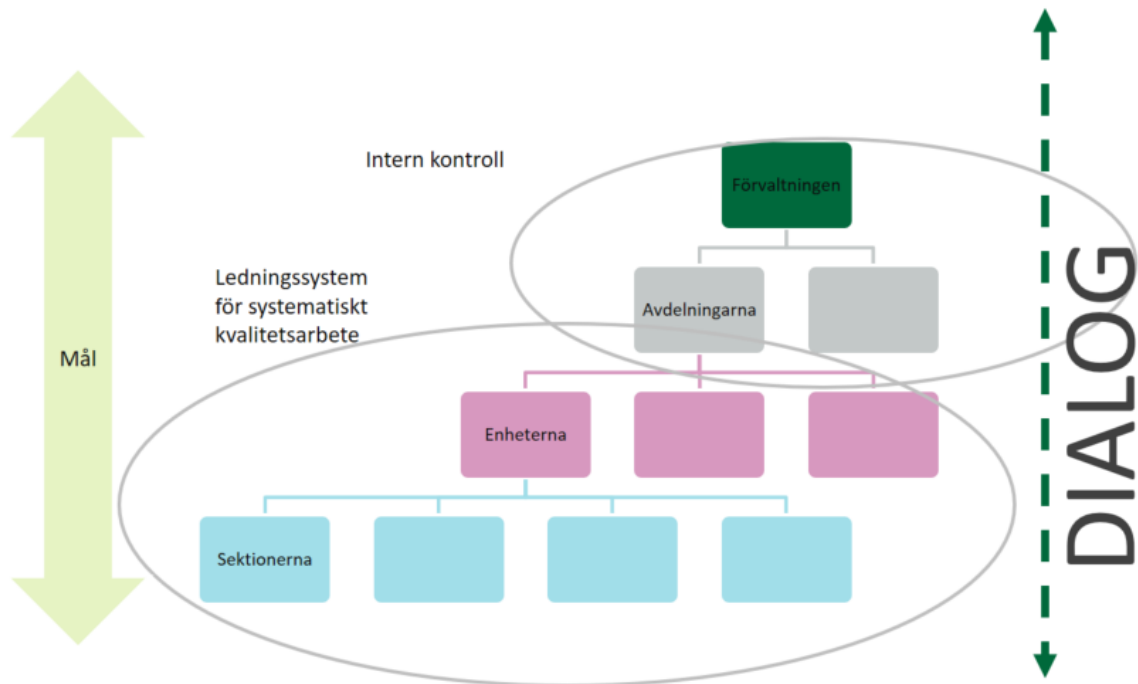


Bild 2: Tillämpning organisatoriska nivåer av styrprocesser för kvalitet i funktionsstödsförvaltningen

Kvalitetsråd och gemensamma riskdialoger – forum för dialog och reflektion

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 både utmaningar och förbättringsarbete till en övergripande nivå i förvaltningen, för att kunna se mönster och trender över tid.

Under 2019 har flera konkreta förbättringar gjorts, vilka har höjt kvaliteten i kvalitetsråden. Det ses i samtliga kvalitetsråd en förflyttning från redovisning av avvikelser, något som övervägde initialt, till mer av analys, dialog och reflektion kring åtgärder och förbättringsarbete som kan ge resultat för brukaren. Kvalitetsråden har dessutom fler inslag av gemensamt lärande, till exempel att goda exempel delas. Dessa förbättringar har vuxit fram under året och kräver mer tid för att stabiliseras.

Kvalitetsråden har en direkt koppling till ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, då förbättringsåtgärder kan omsättas till egenkontroller och/eller åtgärder som hanteras och dokumenteras av chefer. I samband med att förvaltningens avvikelshantering varit i fokus under året (se avsnitt 6.1.3) har det framkommit behov av att ytterligare förbättra den lokala strukturen för dialog och återkoppling kring avvikelser i verksamheterna. Detta gäller för hela kedjan i organisationen, från förvaltningsledning till medarbetare i verksamheterna och vice versa. Arbetet fortsätter enligt åtgärdsplan under 2020.

Gemensamma riskdialoger syftar till att skapa ett effektivt arbetssätt som gynnar synergier och helhetstänk i styrprocesserna samt underlättar prioriteringar. De ger ett viktigt underlag för den första planeringen av kvalitetsarbetet under kommande år. Respektive avdelnings ledningsgrupp och medicinskt ansvariga samlas för att kartlägga och värdera avdelningens risker vid ett tillfälle, under ledning av utvecklingssekreterare från strategiska avdelningen. Tillsammans diskuterar och beslutar deltagarna om en första hantering av riskerna, det vill säga i vilken styrprocess och på vilken nivå i organisationen riskerna ska hanteras och följas upp.

Arbetssättet kring riskdialogerna har utvecklats ytterligare under 2019. Viktiga förändringar har gjorts, i syfte att stärka och förankra det lokala ägarskapet i respektive avdelning samt för att skapa genomarbetade och ändamålsenliga planer inför beslut. Strategiska avdelningen och respektive avdelnings utvecklingssekreterare har tagit ett gemensamt ansvar för beredning samt efterbearbetning. Mer tid har också lagts till för bearbetning av materialet, genom dialoger med chefer och andra nyckelpersoner efter respektive riskdialog.

Digitalisering av det systematiska kvalitetsarbetet

Digitaliseringen av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 genom IT-verktyget Stratsys har varit utmanande, och kräver fortfarande mycket av organisationen. Implementeringsfasen avslutades formellt i april 2019, men det krävs uthållighet för att det löpande systematiska kvalitetsarbetet ska bli en naturlig del av arbetet för alla involverade. Att lära sig att arbeta i IT-verktyget tar till exempel tid. Strategiska avdelningen har under året erbjudit regelbundet stöd, till exempel i form av basutbildningar i systemet och Stratsys-verkstäder med praktisk hjälp vid planerings- och uppföljningsmoment. Utvecklingsarbetet kring ledningssystemet beräknas fortgå i flera år framöver, eftersom ledningssystemet tar tid att förankra och även kräver ständig utveckling och förbättring.

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 2019 har en handlingsplan för socialpsykiatri i förvaltningen tillkommit, genom dialog och samverkan med idéburna organisationer. Mötesformerna har varit workshops, referensgrupper och ledningsgrupper. Syftet är att skapa en gemensam plattform för vidareutveckling av de olika insatserna inom socialpsykiatri, för att säkra ett helhetsinriktat arbete med individen i centrum. Förvaltningens arbete inom socialpsykiatri bygger på ett återhämtningsinriktat arbetssätt, där också vikten av ett delat beslutsfattande ingår.

Under 2019 har förvaltningen arbetat vidare med att påbörja kartläggningen av tvärgående processer, det vill säga processer som kräver samverkan över interna och externa organisatoriska gränser. Under året arbetades en processbeskrivning fram för interna anvisningar av bostad med särskild service för vuxna enligt LSS 9 § 9. Processen antogs av förvaltningsledningen i december 2019. Processen beskriver flödet från att ett behov av bostad uppstår till dess att behovet är tillgodosett och eventuellt också avslutas. Viktiga aktörer i processen är myndighetsenheten, förvaltningens verksamhet för anvisningar av bostäder enligt LSS (BoLSS), hälso- och sjukvårdsenheten samt utförare av insatsen bostad med särskild service för vuxna (avdelning LSS-bostäder och avdelning myndighet och socialpsykiatri).

Ett ytterligare uppdrag som påbörjades under 2019 var ett samarbetsprojekt mellan arbetsmarknads- och socialförvaltningen, funktionsstödsförvaltningen och hälso-, vård och omsorgsförvaltningen. Projektet går ut på att undersöka 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 ska "falla mellan stolarna" på grund av organisatoriska mellanrum mellan förvaltningarna. Metoden för uppdraget är användarcentrerad utveckling, även kallad tjänstedesign. Tjänstedesign innebär att användarnas behov och önskemål fångas upp och ligger till grund för förbättringar och utveckling. Projektet ska resultera i ett test av någon form av förbättrande idé och ska slutrapporteras i juni 2020.

En annan tvärgående process som började analyseras i slutet av 2019 är processen för synpunkter och klagomål. Även denna är ett gemensamt uppdrag för samtliga socialförvaltningar. Uppdraget kommer att slutrapporteras i mars 2020. Målet är ett förslag på en mer enhetlig process för hantering av synpunkter och klagomål ur ett medborgarperspektiv, som ska gälla för hela socialtjänsten i Malmö stad.

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.

6.1 Risker, egenkontroller och åtgärder

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har en lokal förankring i funktionsstödsförvaltningen. Det innebär att risker identifieras årligen vid riskdialoger på avdelningsnivå samt på lokal nivå i enheterna. Enhetschefer och sektionschefer identifierar risker kopplade till sina huvudprocesser. De identifierade riskerna ligger till grund för de egenkontroller och åtgärder som därefter genomförs i enheterna.

Egenkontroller och åtgärder genomförs 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.

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 i avsnitt 6.1.1 – 6.1.6. En sammanställning av samtliga genomförda egenkontroller och åtgärder 2019 finns i bilaga 1.

6.1.1 Basal hygien

Flera enheter från förvaltningens tre verksamhetsavdelningar har under 2019 gjort egenkontroller inom området basal hygien. Metoden som använts är en checklista som respektive chef har gått igenom i dialog med medarbetarna på verksamhetsmöte eller arbetsplatsträff. En erfarenhet är att checklistan tjänar både som bedömningsunderlag och som en påminnelse. Införande av arbetskläder under 2018 och 2019 samt förtydligande i introduktionsprogram för nya medarbetare har tydliggjort vikten av att följa basal hygienrutin.

Den generella kunskapen och följsamheten till basal hygien bedöms ha ökat under 2019. Både chefer och medarbetare bedöms ha kännedom om rutinen, men medarbetare följer trots detta inte alltid samtliga bestämmelser. Majoriteten av enheterna fick av den anledningen ett icke godkänt totalresultat. Vanliga avvikelser är att medarbetare har konstgjort material på naglar samt smycken på händer och underarmar vid vård- och omsorgsmoment. Ett konstaterande från chefer är att medarbetare behöver kontinuerlig påfyllning av kunskap kring basal hygien och att förståelsen behöver öka.

Chefer i samtliga avdelningar lyfter svårigheter med tillämpningen av rutinen för basal hygien i relation till arbetsrättsliga konsekvenser vid underlåtelse av följsamhet. Ett arbete kring hantering av dessa frågor har påbörjats av HR-avdelningen under senhösten 2019.

Utöver verksamheternas egenkontroller har medicinskt ansvariga genomfört hygiendialoger i lärande syfte, i utvalda verksamheter. Resultatet av hygiendialogerna behandlas närmare i *Patientsäkerhetsberättelse för funktionsstödsnämnden 2019*.

Flera verksamheter kommer att fortsätta med egenkontroller avseende basal hygien under 2020. Området hanteras även inom ramen för intern kontroll under 2020.

6.1.2 Social dokumentation

Liksom tidigare år har den sociala dokumentationen identifierats som ett tydligt prioriterat förbättrings- och utvecklingsområde i förvaltningen. Samtliga verksamhetsavdelningar har arbetat aktivt med att säkra och utveckla dokumentationen genom flera olika typer av uppföljningar och granskningar, inom ramen för förvaltningens samtliga styrprocesser.

Granskningar av genomförandeplaner har under de senaste åren genomförts inom ramen för intern kontroll i form av stickprover i samtliga verksamhetsavdelningar. Resultat av denna granskning återges i rapporten *Uppföljning av internkontrollplan 2019*². Enligt rapporten ses en förbättring i resultaten över tid, samtidigt som det påtalas att området ständigt behöver säkras.

Ytterligare ett stort arbete med den sociala dokumentationen har gjorts inom ramen för förvaltningens målarbete. Genomförandeplaner har granskats ur flera olika aspekter, beroende på vilket målområde som avsetts. Bland annat har granskningar genomförts avseende barns delaktighet samt beskrivningar av kommunikativa och kognitiva stödbehov. Även kvaliteten i genomförandeplaner generellt har granskats med en förvaltningsgemensam mall för kvalitetssäkring av genomförandeplaner. I funktionsstödsnämndens *Årsanalys 2019*³ framkommer att en kvalitetshöjning kan ses under året, framförallt gällande hur stöd för brukare beskrivs i genomförandeplaner.

En majoritet av verksamheterna inom insatsområdena bostad med särskild service för vuxna samt daglig verksamhet har deltagit i Socialstyrelsens årliga *Enhetsundersökning LSS*, som är en del av Öppna jämförelser. I denna enkätundersökning återfinns ett antal indikatorer som handlar om genomförandeplaner. I enhetsundersökningen LSS mäts:

- Andel personer med aktuell genomförandeplan
- Andel personer med aktuell genomförandeplan som innehåller dokumentation om delaktighet
- Andel personer med aktuell genomförandeplan som innehåller individuellt utformade mål

Resultaten från 2019 års undersökning visar på i stort sett oförändrade resultat från 2018. Samtliga indikatorer har höga resultat, till exempel andel upprättade och aktuella genomförandeplaner (bostad 95 procent, daglig verksamhet 89 procent) och andel personer med aktuell

² FSN-2019-775

³ FSN-2020-305

genomförandeplan som innehåller dokumentation om delaktighet (bostäderna 93 procent, daglig verksamhet 85 procent). Resultaten kommer att analyseras i respektive avdelnings ledningsgrupp under våren 2020, och förslag till åtgärder kommer att tas fram. Förvaltningen har valt att använda flera av de indikatorer som ingår i enhetsundersökningen vid granskningar och mätningar inom ramen för förvaltningens interna kontroll och målarbete.

Egenkontroller och åtgärder avseende den sociala dokumentationen har genomförts i samtliga verksamhetsavdelningar, dock inte i alla enheter. Egenkontrollerna har granskat och säkrat kvaliteten i både genomförandeplaner och löpande anteckningar. Resultaten är liksom tidigare år varierande. Egenkontrollernas resultat skiftar. Detta har lyfts vid de summerande dialogerna i respektive avdelning, och djupare analyser av resultatet har då kunnat göras. Vid dialogerna har konstaterats att samtliga avdelningar under året i olika omfattning har arbetat med att bygga upp fungerande strukturer för arbetet med dokumentation, utöver arbetet med att säkra innehållet. Fokus har framförallt varit att skapa en grund för kompetensförsörjning och kompetensutveckling.

Avdelning myndighet och socialpsykiatri har under året inlett en utbildningsinsats i social dokumentation till samtliga medarbetare. Ett dokumentationsombud har genomfört utbildningar till flertalet enheter. Utbildningen har fokuserat på skyldigheter enligt föreskrifter och lagar, tillämpning i praktiken i verksamhetssystem och diskussioner kring innehåll och etiska dilemman avseende dokumentationen. Utbildningen har varit uppskattad och kommer att fortsätta under 2020 i de enheter som ännu inte blivit utbildade.

Under året har avdelning myndighet och socialpsykiatri också bidragit till ett stort arbete avseende de bakomliggande tekniska förutsättningarna för den sociala dokumentationen. Myndighetsenheten har utvecklat utredningsmallen i verksamhetssystemet Procapita. Mallen har förenklats och gjorts om för att bättre följa dokumentationsföreskrifterna, i syfte att säkra rättssäkerheten avseende dokumentation vid utredningar. Detta arbete har både bidragit till en tydlighet för brukare, som nu bättre förstår innehållet i utredningarna, och till ett effektivare utredningsarbete för handläggarna på myndigheten. Under 2020 kommer samtliga handläggare få utbildning i den nya utredningsmallen.

En ytterligare förändring som skett under 2019 är att funktionsstödsförvaltningens organisationsträd, som återspeglas i verksamhetssystemen Lifecare och Procapita, har separerats från hälsa-, vård och omsorgsförvaltningens. Tidigare hade förvaltningarna en gemensam struktur och därmed samma insatskategorier, vilket innebar att det ibland var svårt för handläggare i funktionsstödsförvaltningen att välja ”rätt” kategori vid utredningsdokumentationen. I samband med förändringen separerades även insatskategorierna för insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) för hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen och funktionsstödsförvaltningen. För funktionsstödsförvaltningens del innebar detta att insatsen boendestöd enligt SoL kunde få egna, relevanta insatskategorier för både utrednings- och utförandedokumentation. I detta utvecklingsarbete har medarbetare inom boendestödet deltagit aktivt. Detta har inneburit att förutsättningarna för dokumentationen är bättre anpassade för verksamheten och det stöd som erbjuds brukarna som har boendestöd.

I avdelning LSS-bostäder har arbetet med att bygga upp den pedagogiska strukturen fortsatt. Syftet med den denna struktur är att ha en gemensam plattform för det pedagogiska arbetet och att det ska finnas omsorgspedagoger som leder detta arbete i alla verksamheter. I och med att verksamheterna arbetar teambaserat får stödassistenterna, stödpedagogerna och omsorgspedagogerna tydligare roller. Bland annat ska omsorgspedagogerna ge stöd till medarbetare i arbetet med den sociala dokumentationen. Detta stöd har under året införts successivt, genom att omsorgspedagoger har skapat nätverk i vilka de delar och sprider kunskap och goda exempel, för att vidare kunna stötta medarbetare i dokumentationsarbetet.

I avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet har framförallt en enhet, som utför daglig verksamhet, arbetat med att implementera en hållbar struktur för arbetssättet *IBIC, Individens behov i Centrum*⁴. Andra enheter har arbetat med att säkra kvaliteten genom egenkontroller, både avseende löpande anteckningar och genomförandeplaner.

Vid 2019 års riskdialoger framkom att risk för brister i den sociala dokumentationen har ett fortsatt högt riskvärde i samtliga verksamhetsavdelningar, och att det fanns ett fortsatt behov för förvaltningen att ta ett samlat grepp kring den sociala dokumentationen. Till planen för intern kontroll 2020 beslutades därför om en direktåtgärd för funktionsstödsförvaltningen. Denna ska samordnas av strategiska avdelningen och innebär att en gemensam riktlinje samt en gemensam basutbildning för social dokumentation i funktionsstödsförvaltningen kommer att tas fram under våren 2020.

Sammanfattningsvis ser samtliga avdelningar en positiv utveckling kring området social dokumentation. Detta ligger i linje med de stora satsningar på dokumentationen som respektive avdelning genomfört under 2019. Enhetschefer framför att det blir tydligt att kvaliteten automatiskt förbättras, när fokus riktas mot ett område genom exempelvis granskningar och egenkontroller, i detta fall rörande den sociala dokumentationen. Samtliga avdelningar avser fortsätta arbetet med att säkra dokumentationen under 2020 och flera chefer menar att detta område ständigt behöver säkras eftersom det är en stor del av det dagliga arbetet som utförs i verksamheterna. Det är troligt att området aldrig kommer att uppnå fullt godkänt resultat, men att tydliga förflyttningar mot en god kvalitet ska eftersträvas.

6.1.3 Struktur för avvikelshantering

Under 2019 har förvaltningens avvikelshantering varit i fokus. Året inleddes med att förvaltningen under våren fick i uppdrag av nämndens ordförande att genomföra en webbaserad enkät. Syftet var att kartlägga medarbetares kännedom om förvaltningens avvikelshantering, inom ramen för rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Samtidigt genomförde Malmö stads stadsrevision en fördjupad granskning av funktionsstödsnämnden och hälsa-, vård- och omsorgsnämndens avvikelshantering. Syftet med granskningen var att bedöma ändamålsenligheten i de båda nämndernas avvikelshantering. Resultaten av både enkäten och revisionens granskning sammanfattades i funktionsstödsförvaltningens *Lägesrapport avvikelshantering*⁵.

⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/aldre/individens-behov-i-centrum/>

⁵ FSN-2019-2417

Enkätsvaren visade att respondenterna har god kännedom om sin rapporteringsskyldighet och om hur rapportering ska göras. Det område som fick ett något sämre resultat var upplevelsen av att få tillräcklig återkoppling efter att ha rapporterat en avvikelse. I enkäten hade medarbetare också möjlighet att lämna förbättringsförslag avseende förvaltningens avvikelsehantering.

Revisionens sammanvägda bedömning var att avvikelsehanteringen i huvudsak är ändamålsenlig, men identifierade samtidigt ett antal förbättringsområden och rekommendationer för att säkra avvikelsehanteringen. Områden som berörs är bland annat att säkerställa att information om rapporteringsskyldigheten ges årligen, att samtliga avvikelser rapporteras, utreds och följs upp samt att sammanställningar och analyser av avvikelser sprids i organisationen. Flertalet av de förbättringsområden som revisionen pekar på överensstämmer med de förbättringsförslag som lämnats av medarbetare i enkäten. En slutsats är att medarbetare önskar högre delaktighet i hela avvikelsehanteringsprocessen. Vidare lyfter medarbetare ett behov av en djupare förståelse för syftet med avvikelsehanteringen, för att undvika att avvikelser rapporteras felaktigt eller inte rapporteras alls. Det systematiska arbetet med avvikelser i respektive verksamhet behöver därmed utvecklas, i syfte att främja en lärande organisation.

Under 2019 togs en handlingsplan fram med åtgärder i förhållande till resultaten av enkäten och revisionens rekommendationer. Syftet med åtgärderna är att förbättra och utveckla funktionsstödsförvaltningens avvikelsehantering, med fokus på att öka medarbetares delaktighet i arbetet. En av flera åtgärder är att i samband med kommande upphandling av nytt IT-system för avvikelsehantering kartlägga, och vid behov förbättra, processen för förvaltningens avvikelsehantering. Åtgärderna kommer att följas upp under 2020 inom ramen för förvaltningens kvalitetsråd.

6.1.4 Skyddsåtgärder

Funktionsstödsförvaltningens ambition är att stöd ska ges med god kvalitet för att skydda brukaren utan tvingande och begränsande åtgärder. Förvaltningen arbetar aktivt med olika arbetsformer och samarbeten kring brukare med omfattande utmanade beteende, där *Strategisk handlingsplan för utveckling av arbete med personer med utmanande beteende*⁶ är en gemensam viljeriktning och förhållningssätt i hela organisationen. Som stöd i arbetet med att förebygga tvingande och begränsande åtgärder finns även *Malmö stads process för arbetet med skyddsåtgärder*⁷. Förvaltningen bedriver ett aktivt arbete kring skyddsåtgärder.

Området skyddsåtgärder har följts upp inom ramen för flera av förvaltningens styrprocesser, bland annat målarbetet 2019. I årsanalysen redogörs för att ett konsultativt stödteam har startats, vars syfte är att stötta verksamheter i situationer där de är i särskilt behov av extra stöd. Teamets insatser har hittills varit värdefulla för att förbättra verksamheternas förhållningssätt kring skyddsåtgärder. Införandet av den pedagogiska strukturen i avdelning LSS-bostäder förväntas leda till en ökad stabilitet och en bättre rustad verksamhet vid förändringar i arbetet kring brukarna.

⁶ FSN-2018-320

⁷ <https://malmo.se/Sa-arbetar-vi-med.../Halsa-var-doch-omsorg/Rutiner-handbocker--arbetsstod/Process-i-arbetet-med-skyddsatgarder.html>

Vidare pågår framtagandet av hållbara strukturer för arbetet med Malmö stads process för arbetet med skyddsåtgärder. Chefer och medarbetare inom förvaltningen har utbildats i processen och under 2020 kommer nyckelpersoner att utbildas i syfte att verka som processtöd.

Avseende ledningssystemet är det främst avdelning LSS-bostäder som under 2019 följt upp egenkontroller och åtgärder för arbetet med skyddsåtgärder. Förutom regelbunden dialog vid arbetsplatsträffar eller verksamhetsmöten kring kännedom om processen, har stickprover gjorts för att inventera förekomst av skyddsåtgärder. Under året har det genomförts utbildningar, föreläsningar, grupparbeten, reflektion i grupp och handledning från omsorgspedagog. Det konsultativa teamet har använts för råd och handledning. Fem studiecirkel i utmanade beteende startade under 2019. Resultat av insatser under året har bland annat varit att vissa befintliga skyddsåtgärder kunnat tas bort, samt att färre nya begränsningsåtgärder tillkommit. Avvikelsesrapporteringen visar att medvetenheten om processen för skyddsåtgärder ökat under året.

Vid summerande dialoger i verksamhetsavdelningarna framför chefer att regelbunden reflektion ökar medvetenheten om till exempel dilemman i det dagliga arbetet, och att samtalen kring skyddsåtgärder har fördjupats under 2019. Vissa kritiska framgångsfaktorer har identifierats, som behöver hanteras för en välfungerande process: Medverkan från hälso- och sjukvårdspersonal i teamen samt tydlig rutin för hur samtycke ska bedömas, inhämtas och dokumenteras.

Vid riskdialogerna 2019 lyftes en förvaltningsgemensam risk att processen för skyddsåtgärder inte följs, och att verksamheterna därmed är dåligt rustade att möta brukare med utmanande beteende. Under 2020 kommer egenkontroller avseende skyddsåtgärder därför att genomföras i inom flera huvudprocesser; bostäder med särskild service för vuxna, korttidsverksamheter samt i daglig verksamhet.

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

Sedan några år tillbaka har myndighetsenheten genomfört egenkontroller i förhållande till både handläggningstider, medarbetares upplevda stress i arbetet samt kontroll av icke verkställda beslut. Kontrollerna har genererat ett antal förbättringsåtgärder som har genomförts parallellt med att egenkontrollerna har fortsatt för att mäta utfallet. Under 2019 har flera av dessa åtgärder gett positiva resultat. Handläggningstiden för samtliga LSS-insatser har minskat. Tydligast resultat kan ses i handläggningstiden för personlig assistans som under året minskat från 8,8 månader (januari) till 4,0 (december). Handläggningstiden för insatser enligt socialtjänstlagen har under året hållit sig väl under funktionsstödsförvaltningens ledtid om maximalt fyra månader.

Egenkontrollen att följa upp icke verkställda beslut har under året resulterat i ett nytt arbetssätt som innebär regelbundna avstämningsmöten mellan myndighetsenheten och samtliga verksamheter. Detta arbetssätt ger möjligheter att ta fram åtgärdsplaner, alternativt avsluta insatser som inte är möjliga att verkställa. Resultaten följs genom egenkontroll varje kvartal. Detta har sammantaget gett goda resultat och minskat antalet icke verkställda beslut.

Fokus framöver kommer att ligga på kvalitet och uppföljning av beviljade insatser. Detta arbete har påbörjats under hösten 2019 genom en intern organisationsförändring avseende placeringen

av handläggare på myndighetsenheten. Syftet är att fördela tjänster bättre, för att öka effektiviteten och därmed skapa bättre förutsättningar för goda arbetssätt. Enheten kommer även inrätta tre permanenta tjänster som så kallade Förste biståndshandläggare, som tillsammans med ledningsgruppen kommer att arbeta systematiskt med ärendehandledning, prioriteringar, struktur och kvalitetsarbete.

6.1.6 Barnrätt

Funktionsstödsnämnden tog under 2019 flera steg för att utveckla arbetet med att säkerställa barnkonventionens intentioner och stärka arbetet med barns delaktighet och inflytande, inför att barnkonventionen skulle bli lag den 1 januari 2020. Flera strukturella förändringar har genomförts. Bland annat har en ny enhet för barnverksamheter startats, ytterligare kommunikativa och kognitiva stöd för att stärka samtal med barn har implementerats och kompetensutveckling inom prövningar av barnets bästa har ägt rum. Vidare beskrivning finns i funktionsstödsnämndens *Årsanalys 2019*⁸. Arbetet med att säkra barnperspektivet kommer att fortsätta under 2020.

⁸ FSN-2020-305

7. Sammanställning och analys av inkomna avvikelser inom 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 2018

	Brister*	Dokumentation	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Samordnad vårdplanering/SIP	Synpunkter	Sexuella trakasserier	Miss-tänkt 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 registreringar	1141	136	84	41	8	127	3	21	394	1955

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

Tabell 2 från Flexite: Detaljerad händelse SoL och LSS år 2019

	Brister*	Dokumentation	Hjälpmedel	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Samordnad vårdplanering/SIP	Synpunkter	Sexuella trakasserier	Miss-tänkt stöld	Hot-/våld mellan brukare	Antal reg.
SoL	74	5	4	4	1	1	7	0	0	10	106
LSS	1287	69	40	91	38	1	161	13	34	481	2215
Antal registreringar	1361	74	44	95	39	2	168	13	34	491	2321

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

7.1 Analys av inkomna synpunkter och avvikelser

Under året har 168 synpunkter registrerats i Flexite. Antalet synpunkter har ökat något i jämförelse med föregående år, då det totala antalet synpunkter var 127. Det totala antalet avvikelser har ökat med 19 procent jämfört med 2018, från 1 955 till 2 321. I likhet med föregående år är det dominerade området brister, som delas in i underkategorier (se tabell 1 och 2), samt hot/våld mellan brukare. Det har under de senaste åren genomförts utbildnings- och informationsåtgärder kring vad som bör rapporteras som avvikelser, vilket delvis kan förklara det ökande antalet.

Verksamhetsavdelningarna erbjuder kontinuerligt avvikelse- och lex Sarah-utbildningar, anpassade till verksamheterna. Genomförda utbildningar finns tillgängliga digitalt för avdelningens enhetschefer som enkelt kan kontrollera vilka sektioner som har fått utbildning.

Samtliga tre verksamhetsavdelningar arbetar med fortsatt utveckling av det teambaserade arbetssättet, i vilket olika yrkeskategorier regelbundet samverkar. 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 arbeta mer systematiskt med analys, åtgärder och uppföljning av avvikande händelser inom olika lagrum.

Avvikelse och lex Sarah-utredningar följs bland annat upp vid verksamhetsavdelningarnas kvalitetsråd. Vid dessa kvalitetsråd identifieras åtgärdskrav och utvecklingsområden som anses väsentliga för möjligheten att uppnå högre säkerhet och kvalitet i insatserna till brukare. I analysen av avvikelserna ingår även att identifiera områden som behöver hanteras vidare på ett övergripande plan. De frågor/områden som avdelningarnas kvalitetsråd anser vara av vikt även för övriga avdelningar lyfts till det förvaltningsövergripande kvalitetsrådet för vidare hantering. Det som framkommer vid kvalitetsråden ska förmedlas ut i respektive enhetschefers ledningsgrupp, och därefter ska respektive sektionschef följa upp arbetet med medarbetarna. Samtliga verksamhetsavdelningar arbetar med utveckling av den lokala strukturen för återkoppling av arbetet med avvikelser, flödet från avdelningschefer och enhetschefer till sektionschefer och medarbetare i verksamheterna, och vice versa. Syftet är att ytterligare involvera medarbetare och ge en ökad transparens, vilket i förlängningen gagnar brukare/patienter. Ett led i utvecklingsarbetet är att utvecklingssekreterare tillsammans med medicinskt ansvariga från 2020 kommer att ha möten med samtliga enheters ledningsgrupper en gång per termin.

Inom avdelning LSS-bostäder har antalet rapporterade avvikelser ökat påtagligt under året. Det är framför allt inom området brister som ökningen har skett. Detta tros bero på att avdelningen arbetat aktivt med utbildningar inom området, samt införandet av pedagogisk struktur. I de verksamheter där den pedagogiska strukturen införs ses generellt en ökning av rapporteringen av avvikelser, som en följd av att arbetsätt och pedagogiska metoder har setts över och förbättrats. På sikt, när samtliga verksamheter har infört den pedagogiska strukturen, bedöms antalet avvikelser kunna minska.

Inom avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet har fortsatt arbete med grundstrukturen för avvikelshantering vidareutvecklats. Bakgrunden är att en av enheterna inom daglig verksamhet sedan 2018 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 avvikelserrapporten i systemet. Samtliga enheter kommer att tillämpa denna utredningsmodell, med vissa anpassningar utifrån lokala förutsättningar. Arbete pågår med att utveckla mer fördjupade analyser vid återkommande avvikelser samt att tydliggöra utvecklingssekreterarnas funktion och stöduppdrag gentemot sektionschefer. Utvecklingssekreterare deltar kontinuerligt vid möten med omsorgspedagoger för att följa upp avvikelshantering, vilket blir ett stöd för omsorgspedagogerna i deras dagliga arbete med brukare och personal.

Antalet avvikelser i avdelning myndighet och socialpsykiatri var något lägre än föregående år, vilket hänger samman med att det då fanns ett stort antal avvikelser rörande långa handläggningstider, något som åtgärdats genom en rad förbättringar. Avdelningen följer kontinuerligt upp samtliga avvikelser i avdelningens kvalitetsråd och arbetar på att fördjupa analyserna för att leda fram till mer konkreta åtgärdsförslag. Förutom det arbete som görs i samtliga avdelningar för en förbättrad struktur för arbetet med avvikelser, kommer utvecklingssekreterare i avdelning myndighet och socialpsykiatri att även träffa varje verksamhet årligen och, i så hög grad som möjligt, personligen återkoppla samtliga lex Sarah-utredningar direkt till respektive verksamhet.

Funktionsstödsförvaltningen har ett teambaserat arbetssätt och i detta ingår såväl hälso- och sjukvårdsmedarbetare som omsorgspedagog och sektionschef med flera funktioner utifrån behov. Ett område som varit föremål för avvikelser är hälso- och sjukvårdsorganisationen, där det bland annat handlat om väntetider och tillgänglighet. Under 2019 har resursförstärkningar gjorts för att korta väntetiderna och öka tillgängligheten. Avvikelser kring hälso- och sjukvårdsuppgifter behandlas närmare i *Patientsäkerhetsberättelse för funktionsstödsnämnden 2019*.

Tabell 3 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 4 från Flexite: Inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden år 2019

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal registreringar
SoL	4	1	5
LSS	91	38	129
Antal registreringar	95	39	134

Tabell 5 från Flexite: Antal anmälda missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg år 2018

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

Tabell 6 från Flexite: Antal anmälda missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg år 2019

	Att rapporten bedöms vara ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah som ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Att rapporten bedöms vara risk för ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah som ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal registreringar
SoL	-	-	-
LSS	11	3	14
Antal registreringar	11	3	14

7.2 Analys av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden

Inrapporteringen av avvikelser har generellt ökat under 2019 men missförhållandena eller risker för sådana håller sig på samma nivå jämfört med 2018. De allvarliga missförhållandena har minskat. Detta talar för att åtgärder som har vidtagits för att förebygga att liknande händelser uppstår har haft effekt och att uppföljningarna har blivit bättre.

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, som därmed 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. Medarbetare som skriver en avvikelse väljer hur den ska klassificeras. Avvikelser som klassificeras som missförhållanden ska utredas enligt lex Sarah. För att ett ärende ska uppfylla kriterierna krävs en viss allvarlighetsgrad samt konsekvenser för brukaren. Vissa omklassificeringar är enkla att bedöma då vald kategori är uppenbart felaktig, exempelvis inte avser brukare, inte har inträffat i verksamhet eller inte har gett allvarliga konsekvenser för brukaren. Andra kräver ett utredningsunderlag från sektionschef samt samtal med berörda medarbetare för en mer precis bedömning.

I vissa lex Sarah-utredningar ingår mer än en rapport om missförhållande eller risk för sådant, vilket förklarar varför antalet inrapporterade händelser är högre än i tabellen för antal lex Sarah-utredningar. Det beror bland annat på att händelserapporter skrivs för varje enskild händelse liksom för varje involverad brukare. Det blir följaktligen flera händelserapporter i de fall flera brukare har berörts av samma händelse, men en gemensam utredning.

Statistiken i tabell 8 visar att 81 lex Sarah-utredningar har gjorts och redovisats vid funktionsstödsnämndens arbetsutskott under 2019. Siffran är i nivå med den för 2018⁹. Däremot har de allvarliga missförhållandena minskat sedan 2018, då 23 ärenden anmäldes till IVO. Motsvarande siffra för 2019 är 14 vilket är en minskning med 40 procent (se tabeller 5 och 6). En trolig anledning till minskningen är förbättrad systematik i arbetssättet vid avvikelshantering, med effektiva åtgärder och förebyggande av risker, vilket minskar de allvarliga händelserna.

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 i den dagliga verksamheten. Några utredningar handlar om brister i tillsyn, att riktlinjer för egenvård inte följts eller att processen för skyddsåtgärder inte har följts. Orsakerna till detta varierar, men oftast handlar det om brist i följsamhet till rutiner, kompetensbrist eller brister i kommunikation och planering. Förvaltningen arbetar vidare med att bygga effektiva arbetssätt för att förebygga och hantera brister, till exempel utvecklingen av den lokala strukturen för arbetet med avvikelser, för en god kvalitet och hög säkerhet i insatserna.

⁹ Statistiken för 2019 är baserad på händelsedatum och inte när beslut togs i arbetsutskottet, vilket det är för 2018. I 2018 års statistik kan det finnas händelser som inträffade 2017 men hanterades i arbetsutskottet 2018.

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

Tabell 8: Fördelning lex Sarah-utredningar per avdelning år 2019

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Rapport allvarligt missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	Antal registreringar
Avd LSS bostäder	40	10	7	2	59
Avd stöd, hälsa och daglig verksamhet	15	1	3	2	21
Avd myndighet och socialpsykiatri	1	-	-	-	1
Antal registreringar	56	11	10	4	81



8. Bilagor

Bilaga 1: Risker, egenkontroller och åtgärder funktionsstödsförvaltningen 2019

Risker, egenkontroller och åtgärder 2019



Funktionsstödsförvaltningen

Systematiskt förbättringsarbete








Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har en lokal förankring i funktionsstödsförvaltningen. Detta innebär att risker har identifierats genom riskdialoger på avdelningsnivå och på lokal nivå i enheterna, tillsammans med enhetschef och sektionschefer. Riskerna har sedan legat till grund för de egenkontroller och åtgärder som genomförts på sektions-/enhetsnivå. Dessa har sedan summerats och analyserats ytterligare på enhetsnivå.

Tabellerna nedan visar vilka risker som identifierats och egenkontroller/åtgärder som genomförts i förhållande till respektive huvudprocess under 2019. För vissa egenkontroller saknas riskvärde, vilket beror på att enheterna har kommit olika långt i implementeringen av arbetssättet. I kolumnen Åtgärder/Kommentar återfinns kommentar i de fall resultatet bedömts vara ej godkänt.

1.1. Gemensamma processer funktionsstödsförvaltningen¹⁰

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
 Risk för brister i sekretessen (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)	12	Kontroll av följsamhet sekretessrutin - genomgång av checklista (Enhet 1 daglig verksamhet)	 Ej godkänd	Egenkontrollen visar att enheten har god kännedom om regler för sekretess. Det återstår dock viss problematik kring att tala om/lämna ut uppgifter om brukare som det inte längre finns en direkt vårdrelation till. Enheten planerar att fortsätta arbeta med detta under 2020.

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

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
 Risk för lång handläggningstid (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)	20	Kontroll av handläggningstider (Myndighetsenheten)	 Godkänd	Genomförda åtgärder: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gemensamma handläggningsrutiner. ✓ Omorganisering: assistansteam, LSS-team samt inrättande av ny sektionschefstjänst ✓ Förbättra introduktionsprocessen för nyanställda ✓ Strukturerat förbättringsarbete ✓ Utöka handläggartjänster
 Risk att tappa kompetenser på grund av hög arbetsbelastning vilket leder till bristande rättssäkerhet för brukare (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)	16	Kontroll av medarbetares upplevda stress genom Preventenkät (Myndighetsenheten)	 Godkänd	
 Risk att beslut inte verkställs inom tre månader (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)	12	Kontroll av icke verkställda beslut (Myndighetsenheten)	 Godkänd	 Genomförd åtgärd: Nytt arbetssätt för samverkan vid icke-verkställda beslut

¹⁰ I denna kategori inryms stödprocesser som är gemensamma för förvaltningens verksamheter, oavsett huvuduppdrag. Till exempel sekretess, allmänna handlingar, synpunkter- och klagomålshantering m.m.

1.3. Kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL (2017:30)¹¹

¹¹ Området basal hygien ligger i huvudprocess Kommunal hälso- och sjukvård, trots att basal hygien även tillämpas vid insatser enligt SoL och LSS. Övriga egenkontroller avseende hälso- och sjukvård redovisas i Patientsäkerhetsberättelse 2019.

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
------------	-----------	--------------	-----------	------------------

<p>■ Risk för smittspridning på grund av bristande följsamhet till hygienrutin (Avdelning LSS-bostäder)</p>	20	<p>Kontroll av följsamhet till hygienrutin - Besvara checklista (Enhet 6)</p>	<p>■ Ej godkänd</p>	<p>Enheten ser generellt en förbättring av följsamheten. Dock fortsätter problem med långa/byggda naglar och smycken. Sektionscheferna är tydliga till medarbetare att detta inte får förekomma men detta följs inte alltid. HR-avdelningen arbetar på att ge ett förtydligat stöd till chefer vid disciplinfrågor.</p>
<p>■ Risk för smittspridning på grund av bristande följsamhet till hygienrutin (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	<p>Kontroll av följsamhet till hygienrutin - Besvara checklista (Enhet 3, socialpsykiatri)</p>	<p>● Godkänd</p>	
<p>■ Risk för smittspridning på grund av bristande följsamhet till hygienrutin (Avdelning Stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	<p>Kontroll av följsamhet till hygienrutin - Besvara checklista (Enhet 1 och 2 daglig verksamhet)</p>	<p>■ Ej godkänd</p>	<p>Enheterna ser att följsamheten blir bättre för varje år som egenkontrollen utförs. Förbättringar som genomförts är att det vid introduktion av nya medarbetare nu ingår tydligare information om basal hygien, kompetensinsatser i form av Lärkan-utbildning används i större omfattning och arbetskläder är inköpta till verksamheter som arbetar i nära omvårdnadssituationer. Trots förbättringar följs inte samtliga delar, exempelvis förbud mot smycken och långa/byggda naglar. Det krävs åtgärder i form av både dialoger som leds av sakkunniga och visuella metoder som förtydligar varför det är viktigt att följa riktlinjerna och vad konsekvenserna kan bli. Åtgärdsdiskussionen är lyft på avdelningsnivå.</p>
<p>■ Risk för smittspridning på grund av bristande följsamhet till hygienrutin (Avdelning Stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	<p>Kontroll av följsamhet till hygienrutin - Besvara checklista (Enhet 5 hälsa och stöd)</p>	<p>■ Ej godkänd</p>	<p>Egenkontrollen visar att rutinerna följs till stor del men inte helt, vilket alltså inte är ett godkänt resultat. Vi förväntar oss full följsamhet utifrån den kunskap och kompetens som förväntas finnas i verksamheterna. Förbättringsåtgärder är identifierade och vissa är redan påbörjade under 2019. Arbetet fortsätter 2020, bland annat med ny egenkontroll.</p>

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

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
<p>■ Risk att löpande anteckningar uteblir och att inte rätt saker dokumenteras vilket kan leda till brister i kvaliteten (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Kontroll av löpande anteckningar (Enhet 4 personlig assistans)	<p>● Godkänd</p>	









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

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
		Kontroll av redovisningsblanketter (Enhet 3 stöd och avlastning)	<p>● Godkänd</p>	Kartläggningen visade hur insatstyngden var förlagd över tid. Underlaget har använts för att planera övergången till team för stöd och service.






Korttidsvistelse enligt LSS 9 § 6 (1993:387)

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
<p>■ Risk för bristande kunskap hos hjälpmedelsombuden vilket kan leda till felaktig information och hantering av hjälpmedel (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Inventering kring hjälpmedelsombudens kunskap och utbildning kring uppdraget (Enhet 6 barnenheten)	<p>● Godkänd</p>	
<p>■ Risk för brister i den sociala dokumentationen vilket kan leda till brister i insatserna (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Inventering kring brukarnas delaktighet i upprättandet av genomförandeplan (Enhet 6 barnenheten)	<p>● Godkänd</p>	



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

Risakanalys	Risikvärde	Egenkontroll	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
 Risk att det finns olagliga begränsningar mot brukaren (Avdelning LSS-bostäder)	16	Kontroll av kännedom om Malmö stads process för skyddsåtgärder (Enhet 3, 4, 5 och 6)	 Godkänd	
		Kontroll av följsamhet till Malmö stads process för skyddsåtgärder – självskattning (Enhet 2)	 Godkänd	
Risk för bristande dokumentation som inte motsvarar Socialstyrelsens krav (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)		Kontroll av röd tråd mellan genomförandeplan och arbetsplan (Enhet 1 socialpsykiatri)	 Ej godkänd	Årets arbete var fokuserat på att få medarbetare att förstå skyldigheten att upprätta en genomförandeplan. Egenkontrollen visar att genomförandeplanen fortfarande inte är ett levande dokument som man regelbundet arbetar med. Det saknas också en röd tråd mellan genomförandeplaner och återhämtningsplanen. För att förstå vikten och se den röda tråden i vårt arbete är det viktigt att uppföljningar tillsammans med biståndshandläggare fortlöper regelbundet. Arbetet fortsätter under 2020.
		Kontroll av koppling mellan löpande anteckningar och genomförandeplan (röd tråd) i dokumentation (Enhet 2 socialpsykiatri)	 Ej godkänd	Sektionschefer rapporterar positiv utveckling av kvaliteten i dokumentationen men det är fortfarande en bit kvar till måluppfyllelse. Genom utbildningsinsatser under året kan medarbetare på arbetsplatsen nu få samma bild av hur dokumentationen ska genomföras. Detta har inte varit fallet tidigare eftersom det inte har erbjudits dokumentationsutbildningar. Fortsatta utbildningsinsatser kommer att ske 2020.
		Kontroll av kunskap kring avvikelshantering (Enhet 1 socialpsykiatri)	 Godkänd	
 Risk att löpande anteckningar uteblir eller är felaktiga vilket leder till bristande kvalitet (Avdelning LSS-bostäder)	6	Dialog om kvaliteten i löpande anteckningar Lifecare (Avdelning LSS bostäder)	 Godkänd	




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

Risicanalys	Riskvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
<p> Risk att genomförandeplaner inte är anpassade till IBIC (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	<p>Åtgärd Implementering av matris framtagen utifrån funktionsnedsättning och IBIC (Enhet 1 daglig verksamhet)</p>	<p>✓ Klar</p>	Arbetet fortsätter under 2020. Kollegial dialog om kvalitet i genomförandeplaner kommer att genomföras.
		<p>Kontroll av genomförandeplan (Enhet 2 daglig verksamhet och sysselsättning)</p>	<p> Ej godkänd</p>	<p>Förbättringsåtgärder kommer att genomföras på verksamhetsnivå utifrån specifika behov i respektive verksamhet. På enhetsnivå har förbättringar påbörjats genom att en omsorgspedagog har anställts som ska fokusera på social dokumentation och kvalitetssäkring/utveckling i verksamheter med ensamhandledare. Under året aktiverades enhetens omsorgspedagognätverk och kommer i fortsättningen arbeta med olika teman, lett av två sektionschefer. Ett tema kommer att vara kvalitet i dokumentationen.</p>
<p> Risk att processen för skyddsåtgärder inte följs (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	9	<p>Åtgärd Sektionschefer och medarbetare deltar i informationstillfälle ang. skyddsåtgärdsprocess (Enhet 1 daglig verksamhet)</p>	<p>✓ Klar</p>	
<p> Risk för felaktiga analyser av avvikelsestatistik, t ex vid hot och våld (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	8	<p>Åtgärd Implementering och uppföljning av nytt utredningsunderlag i processen för avvikelshantering (Enhet 1 daglig verksamhet)</p>	<p>✓ Klar</p>	
		<p>Kontrollera att brukares dokumentation/DV-plan inte finns kvar efter avslut av insats (Enhet 1 daglig verksamhet)</p>	<p> Ej godkänd</p>	<p>Åtgärd: Rensning av dokument samt genomgång av riktlinjen (DV-processen) i samtliga verksamheter.</p>





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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
 Risk att löpande anteckningar inte följer en röd tråd (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)	20	Kontroll av koppling mellan löpande anteckningar och genomförandeplan (röd tråd) (Enhet 2 socialpsykiatri)	 Godkänd	





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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
Risk att insatsen ej kan verkställas inom 90 dagar (Avdelning Stöd, hälsa och daglig verksamhet)		Kontroll/analys av ärenden där brukare väntat mer än 90 dagar (Enhet 3, stöd och avlastning)	 Godkänd	<ul style="list-style-type: none">  Ny modell för matchning  Sekreterare med särskilt ansvar för kontaktpersonsverksamheten


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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
 Risk att risk för missförhållanden ej rapporteras i Flexite vilket kan leda till att brukare far illa (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)	12	Kontroll av avvikelserapportering (Enhet 3 socialpsykiatri)	 Godkänd	
 Risk att löpande anteckningar uteblir eller är felaktiga vilket kan leda till bristande kvalitet i insatser (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)	6	Kontroll av löpande anteckningar (Enhet 3 socialpsykiatri)	 Ej godkänd	Fortsatt utbildning i dokumentation ska ske i verksamheten under 2020.

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

Risakanalys	Risikvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
 Risk att löpande anteckningar uteblir eller är felaktiga vilket kan leda till bristande kvalitet (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)	6	Kontroll av löpande anteckningar (Enhet 3 socialpsykiatri)	 Ej godkänd	Skapat rutiner samt utbildat alla medarbetare. Effekten är att medarbetare nu vet när dokumentation ska ske och vad som ska dokumenteras. Kunskapen har ökat hos medarbetarna om hur systemet används. Dokumentationshandledare är utsedda.
 Risk att risk för missförhållanden ej rapporteras i Flexite vilket kan leda till att brukare far illa (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)	12	Kontroll av avvikelserapportering (Enhet 3 socialpsykiatri)	 Godkänd	

1.11 Personligt ombud

Risakanalys	Risikvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Bedömning	Åtgärd/Kommentar
Risk att risk för missförhållanden ej rapporteras i Flexite (Avdelning Myndighet och socialpsykiatri)		Kontroll av rapportering av systembrister (Enhet 3 socialpsykiatri)	 Godkänd	