



Malmö stad

Uppföljning Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete *juni 2020*

Funktionsstödsförvaltningen

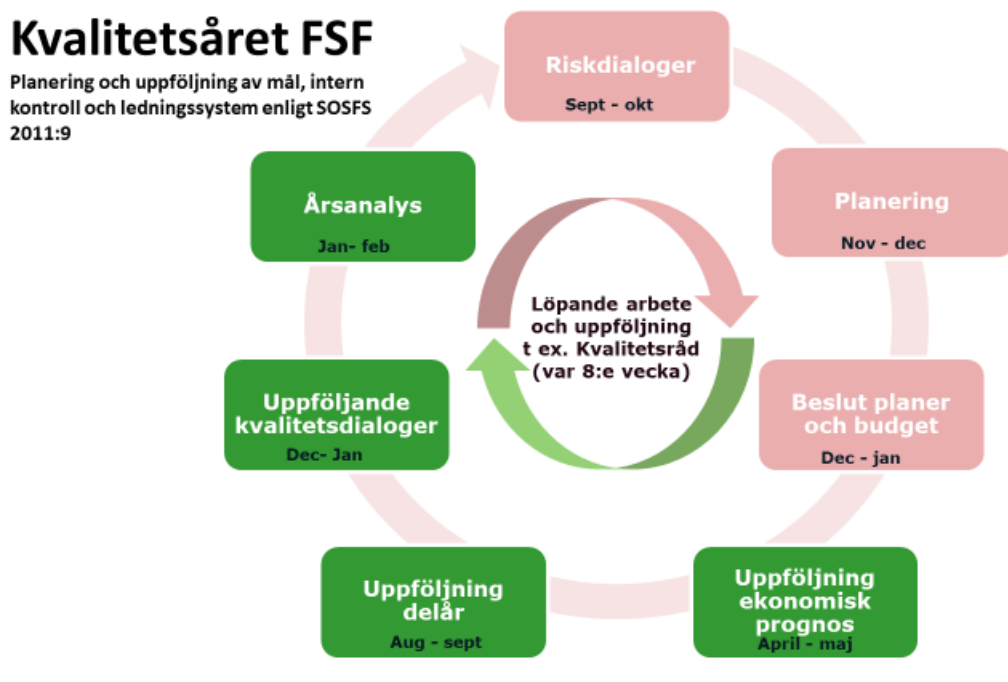
Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Ansvar	3
3 Process för arbetet	4
4 Övergripande resultat	6
4.1 Områden med höga risker	6
4.2 Resultat	6
4.2.1 Smittspridning (20).....	6
4.2.2 Handläggningstider (20).....	7
4.2.3 Delegeringar enligt HSL (20)	7
4.2.4 Ohälsa i stödhusen (20)	7
4.2.5 Ensamarbete inom personlig assistans samt ledsagning och avlösning (20).....	7
4.2.6 Social dokumentation (20)	7
4.2.7 Vräkning på grund av misskötsel av lägenhet (pk3) (16)	8
4.2.8 Barns delaktighet i enlighet med barnkonventionen (12-16).....	8
4.2.9 Journalföring enligt HSL (16).....	8
4.2.10 Skyddsåtgärder (16).....	9
4.2.11 Kompetens (16)	9
4.2.12 Verkställighet av beslut (9)	9
Bilaga Systematiskt förbättringsarbete – avstämning ekonomisk prognos (januari – april)	10

1 Inledning

Denna rapport innehåller en uppföljning av höga risker inklusive egenkontroller och åtgärder som stämts av eller följts upp under perioden januari till april, inom ramen för förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Hantering av det systematiska kvalitetsarbetet har skett i IT-verktyget Stratsys. Med anledning av Corona-krisen under våren 2020 har uppföljning av höga risker skjutits fram till maj och delges funktionsstödsnämnden vid junisammanträdet.

Uppföljningen i samband med ekonomisk prognos utgår från förvaltningens *Plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2020*¹ som delgavs nämnden i februari 2020.



Figur 1. Kvalitetsåret funktionsstödsförvaltningen

2 Ansvar

En förutsättning för ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete är en tydlig ansvarsfördelning. I *funktionsstödsförvaltningens styr- och ledningssystem*² anges ansvarsfördelningen för planering, genomförande, analys och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet. Ansvarsfördelningen vid egenkontroller och åtgärder ser ut enligt följande:

- Förvaltningsdirektören har ansvar för att funktionsstödsförvaltningens högsta risker granskas och åtgärdas inom ramen för intern kontroll
- Varje chef ansvarar på sin nivå 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

¹ FSN-2019-2694

² FSN-2017-798

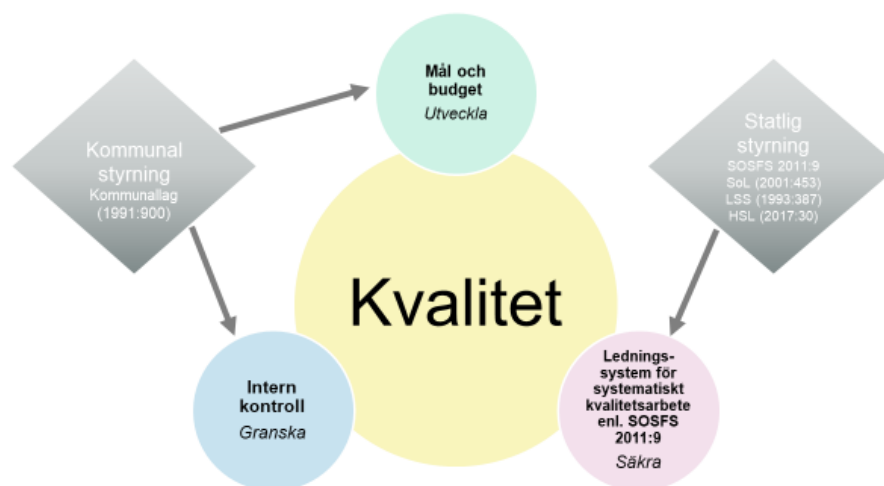
- Medicinskt ansvariga har ansvar för att systematiskt genomföra och analysera resultat av egenkontroller och granskningar i förhållande till identifierade risker för brister och risker för vårdskador inom ramen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 och intern kontroll
- 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 medarbetare är skyldiga att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Detta innebär att medarbetare 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 för att säkra och utveckla processer och rutiner.

3 Process för arbetet

I *Styr- och ledningssystem för funktionsstödsförvaltningen*³ 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.

Styra mot kvalitet



Figur 2. Ur *Styr- och ledningssystem för funktionsstödsförvaltningen* (FSN-2017-798)

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

³ FSN 2017–798

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

I funktionsstödsförvaltningen inleds arbetet med att planera och prioritera egenkontroller och åtgärder genom förvaltningens *gemensamma riskdialoger* som sker på hösten. I samband med riskdialogerna beslutas om hantering av riskerna. 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. 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 kvalitetsdialoger i verksamhetsavdelningarnas ledningsgrupper.

Risker med höga värden följs upp/stäms av i samband med ekonomisk prognos, 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.

4 Övergripande resultat

Enligt *Plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2020*⁴ fanns 19 planerade egenkontroller och 3 åtgärder kopplade till höga risker som skulle följas upp i samband med ekonomisk prognos. Av de 22 egenkontrollerna och åtgärderna skulle 16 stämmas av och 6 skulle följas upp.

4.1 Områden med höga risker

De områden som har värderats med höga risker är följande (riskvärde inom parantes):

- Smittspridning (20)
- Handläggningstider (20)
- Delegeringar enligt HSL (20)
- Ohälsa i stödhuser (20)
- Ensamarbete inom personlig assistans samt ledsagning och avlösning (20)
- Social dokumentation (20)
- Vräkning på grund av misskötsel av lägenhet (pk3) (16)
- Barns delaktighet i enlighet med barnkonventionen (12-16)
- Journalföring enligt HSL (16)
- Skyddsåtgärder (16)
- Kompetens (16)
- Verkställighet av beslut (9)

4.2 Resultat

Vid genomgång av planerade egenkontroller och åtgärder framkommer följande:

4.2.1 Smittspridning (20)

Tre enheter hade planerat att genomföra egenkontrollen under våren. Två enheter har genomfört egenkontrollen (enhet 1 avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet samt enhet 3 avdelning myndighet och socialpsykiatri). Resultaten av egenkontrollerna visar att kunskaperna om basal hygien och smittspridning bedöms vara goda i dessa enheter och har förbättrats över tid. Området har aktualiserats med anledning av Coronapandemin och har således fått stort naturligt fokus i verksamheterna. Introduktion av nyanställda innehåller kunskapsgenomgång av rutiner för basal hygien. En enhet (enhet 5 avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet) har skjutit fram egenkontrollen till juni. Det pågår dock regelbunden dialog om hygienrutinerna även i denna enhets verksamheter. Utöver enheternas egenkontroller gör medicinskt ansvariga regelbundet granskningar av följsamheten till rutiner för basal hygien i form av hygiendialoger. Resultat av dessa följs upp inom ramen för intern kontroll.

⁴ FSN-2019-2694

4.2.2 Handläggningstider (20)

Egenkontrollen gällande handläggningstider visar att tiden för handläggning av ärenden för insatser enligt LSS och personlig assistans har tillfälligt ökat under vissa av de aktuella månaderna inom uppföljningsperioden. Orsakerna till ökningen förklaras dels av att LSS-teamet under hösten har påbörjat arbetet med att göra uppföljningar av beslut, vilket tagit tid och resurser i anspråk, samtidigt som inflödet av nya ärenden ökat. Inom personlig assistans har också medarbetares sjukskrivning tillfälligt påverkat utfallet. Coronapandemin anges också som en orsak till det ökade behovet av tillfälligt utökade insatser, samtidigt som personalen delvis arbetar hemifrån för att minska smittspridningen. Vid slutet av perioden ses en återgång till kortade handläggningstider.

4.2.3 Delegeringar enligt HSL (20)

Egenkontroll har utförts i enhet 5 (avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet) för att mäta antalet delegeringar i förhållande till antalet legitimerad personal som utfärdat delegeringen, samt för att kontrollera att Malmö stads rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter följs. Kontrollen visar att fördelningen av antal delegeringar är mycket ojämn. Egenkontrollen ska fortsätta genomföras var tredje månad, dessutom kommer utbildningsinsatser att införas vilka kommer att följas upp inom ramen för intern kontroll.

4.2.4 Ohälsa i stödhuset (20)

Enhet 3 (avdelning myndighet och socialpsykiatri) arbetar tillsammans med förvaltningens HSL-verksamhet för att främja insatser av hälso- och sjukvård till brukare i stödhuset. Utmaningen är att vissa brukare inte är knutna till någon vårdcentral och/eller inte tar sig till vårdcentralen. Dialog sker regelbundet med HSL-verksamheten för att hitta lösningar. Arbetet fortsätter enligt plan under 2020 och kommer att följas upp i slutet av året.

4.2.5 Ensamarbete inom personlig assistans samt ledsagning och avlösning (20)

Enhet 3 och 4 (avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet) har arbetat med åtgärder kopplade till risk om kvalitetsbrister vid ensamarbete. I enhet 3 har medarbetare som är anställda via PAN-avtal knutits till de etablerade teamen, i syfte att erbjuda stöd och kompetensutveckling. Enhet 4 kommer under året att samorganiseras med enhet 3 och har därför behövt skjuta upp kvalitetsförbättringarna kring ensamarbete till hösten.

4.2.6 Social dokumentation (20)

Olika egenkontroller rörande risker kopplade till social dokumentation har genomförts i enhet 2 (avdelning myndighet och socialpsykiatri). En egenkontroll fokuserade på att inventera att genomförandeplaner i verksamheterna var upprättade, aktuella och uppföljda. Denna egenkontroll bedömdes inte godkänd då enhetschef bedömt att den totala andelen brukare som

saknade upprättad genomförandeplan var för hög. Ny egenkontroll kommer att genomföras i oktober.

Den andra egenkontrollen fokuserade på kopplingen mellan löpande anteckningar och genomförandeplaner. Resultatet visade att fyra av fem verksamheter hade en tydlig koppling i dokumentationen. Åtgärder har satts in till den verksamhet som inte hade godkänt. Ny egenkontroll kommer att ske i oktober. Utöver egenkontroller finns en förvaltningsgemensam risk om brister i social dokumentation som hanteras inom ramen för intern kontroll i form av en direktåtgärd. Åtgärden innebär att ta fram en gemensam riktlinje samt utbildningsmaterial för förvaltningen.

4.2.7 Vräkning på grund av misskötsel av lägenhet (pk3) (16)

Två enheter inom bostad med särskild service enligt LSS för personkrets 3 (avdelning myndighet och socialpsykiatri) har genomfört egenkontroller i syfte att undvika att brukare vräks på grund av misskötsel av sin lägenhet. Enhet 1 har upprättat rutiner för att säkra att medarbetare arbetar motiverande för att brukare ska ta emot insatser som förhindrar vräkning. Ny egenkontroll kommer att genomföras i höst. Den andra boendeenheten (enhet 2) hade inte några aktuella fall för perioden. Ny egenkontroll kommer att genomföras i höst.

4.2.8 Barns delaktighet i enlighet med barnkonventionen (12-16)

Tre enheter har arbetet med att säkra barnperspektivet och barns delaktighet i förhållande till barnkonventionen. Myndighetsenheten (avdelning myndighet och socialpsykiatri) gör regelbundna egenkontroller av olika aspekter för att säkra att prövningar av barns bästa beaktas vid utredningar. Arbetet kommer att fortgå under året. Två handläggare är utsedda att handleda kollegor och implementera en handlingsplan som ska tas fram gällande att beakta barnperspektivet, utreda barns behov och samtala med barn i utredningsarbetet.

Enhet 3 och 4 (avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet) har påbörjat två olika åtgärder på temat barns delaktighet. Enhet 3 har förberett för att genomföra en undersökning av barnens upplevelse av sin insats, arbetet har dock skjutits fram till hösten. Enhet 4 har genomfört utbildningsinsatser i barnkonventionen till enhetens ledningsgrupp samt påbörjat arbetet med att se över rutiner och arbetssätt kopplade till barns rättigheter. Planen var att utbilda medarbetare men detta har skjutits fram till hösten.

4.2.9 Journalföring enligt HSL (16)

Medicinskt ansvariga genomför regelbundet egenkontroller och granskningar av kvaliteten i förvaltningens hälso- och sjukvårdsjournaler. Dessa egenkontroller kommer att genomföras under hösten. Under våren arbetar hälso- och sjukvårdsenheten (avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet) vidare med åtgärder för att förbättra kvaliteten från föregående års granskningar utifrån en övergripande åtgärdsplan. Åtgärdsplanen kommer att följas upp inom ramen för intern kontroll.

4.2.10 Skyddsåtgärder (16)

Tre enheter (avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet) hade planerat att genomföra egenkontroll i form av självskattning kring tillämpning av Malmö stads process för att arbeta med skyddsåtgärder. Samtliga enheter har skjutit fram arbetet, till juni respektive hösten.

Verksamheten har på grund av Coronapandemin prioriterat egenkontroll av "Följsamhet till hygienrutiner".

4.2.11 Kompetens (16)

Enhet 1 och 2 (avdelning myndighet och socialpsykiatri) har genomfört egenkontroll för att säkra att medarbetare har upprättade och aktuella kompetenskort, i syfte att säkra att medarbetare har rätt kompetens. Resultaten visar att medarbetare har kompetenskort men uppgifterna i dem är inte helt aktuella. Båda enheterna kommer att genomföra egenkontrollerna på nytt i höst.

4.2.12 Verkställighet av beslut (9)

Myndighetsenheten (avdelning myndighet och socialpsykiatri) genomför regelbundna egenkontroller av antalet icke verkställda beslut. Under kvartal 1 har myndigheten ändrat i sin arbetsprocess gällande att rapportera icke verkställda beslut. Biståndshandläggarna har nu ett utökat ansvar att kontrollera sina icke verkställda beslut. En sänkning av inrapporterade icke verkställda beslut syns för kvartal 1, vilket tros bero på det ändrade arbetssättet. Myndigheten ser att Coronapandemin har påverkat arbetsprocessen för att minska antalet icke verkställda beslut. Bland annat har samverkansmöten fått ställas in. En trolig utveckling för kvartal 2 är därför att andelen icke verkställda beslut kommer att öka, samtidigt som inflödet av nya ärenden ökar jämfört med samma period 2019.



Bilaga Systematiskt förbättringsarbete – avstämning ekonomisk prognos (januari – april)



Tabellerna nedan visar risker med resultat av tillhörande egenkontroller eller åtgärder som följts upp/stämts av i samband med ekonomisk prognos.

Stödprocess – Brukar- och patientnära dokumentation

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningst illfälle	Status	Kommentar vid avstämning ekonomisk prognos
<p>■ Risk för bristande journalföring i hälso- och sjukvårdsjournal (Funktionsstödsnämnen)</p>	16	Kontroll av dokumenterad medicinsk diagnos i hälso- och sjukvårdsjournaler (Medicinskt ansvariga)	Ek. prognos och patientsäkerhetsberättelse	Avstämning	<p>Kontroll av förekomst av medicinsk diagnos i förvaltningens hälso- och sjukvårdsjournaler kommer att genomföras av medicinskt ansvariga under hösten 2020 med samma metod som tidigare år.</p> <p>Under våren 2020 arbetar förvaltningens hälso- och sjukvårdsenhet med ett systematiskt förbättringsarbete utifrån de brister och förslag på åtgärder som presenterades i patientsäkerhetsberättelsen för 2019.</p>
		Kontroll av kvaliteten i hälso- och sjukvårdsjournaler (Medicinskt ansvariga)	Ek. prognos och patientsäkerhetsberättelse	Avstämning	<p>Kontroll av kvaliteten i förvaltningens hälso- och sjukvårdsjournaler kommer att genomföras av medicinskt ansvariga under hösten 2020 med samma metod som tidigare år.</p> <p>Under våren 2020 arbetar förvaltningens hälso- och sjukvårdsenhet med ett systematiskt förbättringsarbete utifrån de brister och förslag på åtgärder som presenterades i patientsäkerhetsberättelsen för 2019.</p>
<p>■ Risk för bristande journalföring i hälso- och sjukvårdsjournal (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	16	Kollegial granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler (Enhet 5, stöd och hälsa)	Ek. prognos och patientsäkerhetsberättelse	Avstämning	<p>Kollegial granskning av dokumentation är planerad till två tillfällen under året i respektive verksamhet. Dessa kommer att genomföras av dokumentationsansvariga tillsammans med sektionschefer.</p> <p>Förenklad granskning kommer att göras vid tillfälle ett och en mer omfattande granskning kommer att göras vid tillfälle nr två. Kontinuerliga uppföljningar görs av dokumentationsansvariga.</p>








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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Kommentar vid avstämning ekonomisk prognos
<p> Risk för lång handläggningstid (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Kontroll av handläggningstider (Myndighetsenheten)	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	<p> Godkänd</p>	<p>I början av året under januari månad höjdes handläggningstiderna till 2,43 månader för insatser som LSS-teamet handlade. Anledningen till ökning av handläggningstid berodde på att LSS-teamet påbörjade med uppföljningar under november/december som påverkade handläggningstiden samt att det skedde ökning av inflödet av nya ansökningar. I februari månad skedde ännu en höjning till 3,12 månader för insatserna 9§3 till 9§10 för att sedan i mars sänktes till 2,63 månader på handläggningstiden. Under dessa månader januari, februari och mars har myndighetsenheten sett en ökning med 98 ansökningar om 9§3 till 9§10 som inkommit jämförelse med förra årets inkomna ansökningar.</p> <p>I assistansteamet har handläggningstiden i januari månad höjts till 4,59 månader. Anledningen till höjningen av handläggningstiden innebar att biståndshandläggarna handlagt sex ärenden som överstigit sex månader av olika anledningar samt fattat 24 stycken beslut under januari månad. Under januari månad har även assistansteamet haft en medarbetare heltidssjukskriven. I februari månad sänktes handläggningstiden till 3,98 månader och i mars till 3,6 månader. Under mars månad hade förvaltningen löst frågan med VPN, detta för att biståndshandläggarna skulle kunna arbeta hemifrån vilket kan varit en bidragande faktor till att handläggningstiden inte påverkats negativt. I assistansteamet har ansökningar om personlig assistans ökat med 22 ansökningar under januari, februari och mars i jämförelse med förra året under denna tid. I och med Covid-19 viruset tror vi att det kommer komma fler ansökningar kring tillfälliga utökningar av personlig assistans i och med att</p>

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Kommentar vid avstämning ekonomisk prognos
					<p>skolorna kan stänga och/eller att brukare ej vill gå till arbetet på grund av restriktioner för Covid-19.</p> <p>Enligt socialtjänstlagen (SoL) återfinns insatser så som boendestöd, hemtjänst, trygghetslarm, kontaktperson, ledsagarservice samt särskilt boende. Samtliga har en handläggningstid under förvaltningsledningen fastställda tid på 4 månader därav har inga särskilda åtgärder vidtagits rörande dessa handläggningstider. I början av januari hade socialpsykiatrieamet en handläggningstid på 1,43 månader, i februari 1,63 månader och i mars 1,32 månader.</p>
<p> Risk att beslut inte verkställs inom tre månader (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	9	Kontroll av icke verkställda beslut (Myndighetsenheten)	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	 Godkänd	<p>Under kvartal 1 år 2020 har vissa möten ställts in på grund av Covid-19 viruset. En sänkning av inrapporterade icke verkställda beslut har även skett, vilket har visat sig att det nya process steget av IVO rapporteringen gett effekt. Under kvartal 1 har mer ansvar getts till biståndshandläggarna att själva kontrollera och hålla koll på sina icke verkställda beslut. Biståndshandläggarna fick en genomgång av den uppdaterade rutinen på husmötet som var i mars. Utifrån Covid-19 viruset kan vi se att en ökning till nästa kvartal kan ske samt att flera ansökningar inkommit tidigare än vad som skett förra året.</p> <p>Innan inrapporteringen av kvartal 4 år 2019 har en nya processteg gjorts. Myndigheten har ändrat "turordningen" kring åtgärdsplan och lagt möten för åtgärdsplan 1 månad innan inrapporteringen av icke verkställda beslut. Detta möte kring åtgärdsplan är en tanke ska hjälpa myndigheten att förhindra att man rapporterar in icke verkställda beslut där "inget händer" i ärendet. Genom åtgärdsplanen kommer myndigheten och verksamheten få i uppdrag så</p>




Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Kommentar vid avstämning ekonomisk prognos
					kallade åtgärder (arbetsuppgifter) där man ska arbeta aktivt med ärendena för att få dessa verkställda.
<p>■</p> <p>Risk att barnet inte kommer till tals i utredningsprocessen vilket påverkar barnets delaktighet negativt samt strider mot barnkonventionen (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	12	Andel utredningar enligt 9§3 – 9§8 LSS och SoL där prövning av barnets bästa framgår (Myndighetsenheten)	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	Avstämning	<p>Efter granskning av 61 utredningar gällande 9§3 - 9§8, för barn 0-18 år, under april månad är resultatet följande:</p> <p>I frågan om barnet kom till tals genom relevanta frågor för bedömning av insats skedde detta i 40 av 61 utredningar vilket motsvarar 65 %. Varför barn inte kommit till tals i dessa återstående 21 utredningar berodde till större delen på barnets kommunikationssvårigheter och insikt i frågorna som ställdes. I frågan om hur många av utredningarna där barnets perspektiv har beaktats är resultatet 56 av 61 utredningar vilket motsvarar 92 %.</p> <p>Handläggarna använder sig av barnperspektivet i utredningarna med hjälp av den frastext som tagits fram. Genomsnittsvärde på frågan om barnets bästa kommit i främsta rummet motsvarar 78,5 %.</p> <p>Arbetet med granskning av barnets bästa i utredningen kommer att fortgå under året. Extra satsning på arbetet med barnets bästa och barnperspektiv i hela utredningsarbetet kommer att fortgå under 2020 då två handläggare är utsedda att handleda kollegor och implementera enhetens handlingsplan som ska tas fram gällande att beakta barnperspektiv, utreda barn och tala med barn i utredningsarbetet.</p>

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

Riskanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Resultat vid avstämning ekonomisk prognos
<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>	Ekonomisk prognos	 Godkänd	Rutiner gällande basal hygien fungerar väl enl. uppgifter från sektionschefen. Alla nya medarbetare får introduktion i basal hygien. Om basal hygien inte följs tillfredställande finns rutiner för rapportering. Alla medarbetare har tillgång till Lärkan för webutbildning. Under våren har basal hygien haft stort fokus och medarbetare upplevs trygga i momenten. Åtgärder har satts in som rör introduktion samt att påminna om att naglar ska vara kortklippta och fria från konstmaterial.
<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 checklista⁵ (Enhet 1 daglig verksamhet)</p>	Ekonomisk prognos	 Godkänd	Överlag har resultatet blivit bättre i enheten under våren. Mycket dialoger och genomgång av de basala hygienriktlinjerna har gjorts på grund av Coronapandemin. Uppfattningen är också att det finns en större förståelse till varför de ska följas både för egen del och för brukarnas del vilket medför en ökad följsamhet. I introduktionen för alla medarbetare ingår genomgången. Utmaningen kommer dock att bli att detta fortsätter även när oron för smitta inte finns på samma sätt i samhället.
<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>	Ekonomisk prognos		Båda verksamheterna kommer att genomföra checklista för basal hygien under juni månad på APT. Basala hygienrutiner har varit en del av introduktionen till nya medarbetare samt är en ständig dialog utifrån leg. personals ansvarsområde. Stort fokus har legat på diskussion angående basala hygienrutiner och vikten av följsamhet. Resultatet av checklistan kommer att visa på ytterligare behov av åtgärder gällande basalhygien.
<p> Risk att för få legitimerade delegerar till för många (omvårdnadspersonal) vilket kan leda till</p>	20	<p>Kontroll av ordinarie sjuksköterskors delegeringar (Enhet 5 hälsa och stöd)</p>	Ek. prognos och patientsäkerhetsberättelse	Avstämning	Kontroll av antalet delegeringar under första kvartalet 2020 är genomförd. Resultatet visar på 1866 aktiva delegeringar, det vill säga personer som är delegerade i funktionsstödsförvaltningen. 565 av dessa

patientsäkerhetsrisker (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)		delegeringar är upprättade under första kvartalet 2020. Delegeringarna är upprättade av totalt 31 sjuksköterskor varav 11 är bemanningssjuksköterskor. Fördelningen av antal delegeringar är i mycket hög grad ojämn, vilket kan bero på att sjuksköterska delegerat utanför eget ansvarsområde i frånvaro av ordinarie sjuksköterska.
---	--	--

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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Kommentar vid avstämning ekonomisk prognos
<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)	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	Avstämning	Enheten har hittills gjort en uppstart av planeringsmöten för denna satsning. Den har dock bromsats upp på grund av den tid som istället har behövt läggas på rådande 'Corona-situation'. Det planeras också för en samorganisation med enhet 3, vilket tar tid i anspråk. Tanken är att kvalitetssatsningen kan föras in i arbetet med samorganisationen med enhet 3. Aktiva insatser planeras att ske under hösten.
<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)	Ekonomisk prognos	 Pågående	<p>Utbildning genomfördes med ledningsgruppen tillsammans med barnrättskonsult i början av året. Där planerades rutiner för enheten vad gäller mottagande av ärenden, uppföljning mm för att tillgodose barns inflytande över insatsen. Arbetet pågår med att anpassa nuvarande rutiner för att uppfylla barnkonventionen.</p> <p>Tillfällen har hittills inte erbjudits för att erbjuda medarbetare utbildning i barnkonventionen. Strävan är att det ska kunna ske under hösten.</p>

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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Kommentar vid avstämning ekonomisk prognos
<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)	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	Avstämning	PAN-anmodade som har uppdrag inom teamens geografiska område har knutits till varje team. Därmed kan medarbetaren få stöd och kompetensutveckling via teamen. För timarvoderade har en befattning som sekreterare inrättats och rekrytering pågår. Sekreteraren kommer att bland annat ha som uppdrag att stötta och handleda de timarvoderade uppdragstagarna i deras arbete.
<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)	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	Avstämning	Assistent genomförde under våren en planering av hur en undersökning av barns upplevelser av insatsen, kan genomföras. Planeringen blev dock för omfattande för att kunna genomföras inom befintliga resurser. Då det inte heller finns riktade resurser inom förvaltningen till detta arbete, har planeringen fått pausas. En ny planering för att undersöka barns upplevelser av sin insats, kommer istället att ske under hösten inom ramen för befintliga resurser i teamen.

Korttidsvistelse enligt LSS 9 § 6 (1993:387)

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Kommentar vid avstämning ekonomisk prognos
<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)	Ekonomisk prognos	■	Av olika anledningar har självskattningen inte kunnat genomföras ute i verksamheten planerat. Samtligaverksamheter ska nu planera in och genomföra självskattningen innan den 1/6. En diskussion kommer sedan att föras på enhetens ledningsgrupp för att se över om eventuella åtgärder behöver vidtas.

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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Kommentar vid avstämning ekonomisk prognos
<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)	Ekonomisk prognos	<p>■ Ej godkänd</p>	<p>Kompetenskort är kända på samtliga verksamheter i enheten. Majoriteten av medarbetare har fyllt i sina kort, dock inte alla. Ny uppföljning ska ske efter semestrar (17 augusti) (Enhet 1 PK3)</p> <p>Kompetenskorterna finns hos medarbetarna men samtliga medarbetare har ännu ej fyllt i sina utbildningar och kurser. Åtgärd: Påminnelse och ny deadline 15 juni (Enhet 2 PK3)</p>
<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)	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	<p>■ Ej godkänd</p>	Rutin för kontroll av motiverande insatser är upprättad i enheten. Rutinen innebär att de brukare som avböjer insatser kan göra det i max tre veckor. därefter ska medarbetare redovisa för sektionschef vilka åtgärder man vidtagit för att motivera brukaren att ta emot insatser, vilket stöd har man erbjudit, vilka kontakter man tagit för att få hjälp att motivera brukaren osv.
		Kontroll av upprättade åtgärdsplaner för att förhindra misskötsel av lägenheten (Enhet 2 PK3)	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	Avstämning	Tillsyn av lägenheter sker av sektionschef eller av sektionschef utsedd person. Ingen lägenhet har varit i sådant skick att det funnits anledning upprätta åtgärdsplan. Ny uppföljning efter sommaren.

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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Resultat vid avstämning ekonomisk prognos
<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	<p>Dialog kring kännedom och följsamhet till Malmö stads process kring skyddsåtgärder (Enhet 1 daglig verksamhet och enhet 2 daglig verksamhet och sysselsättning)</p>	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	Avstämning	<p>I enhet 1 gjordes en omprioritering under våren då risk för smittspridning bedömdes högre och egenkontrollen <i>Följsamhet till hygienrutin</i> ersatte därmed egenkontrollen kring skyddsåtgärder (Enhet 1 daglig verksamhet).</p> <p>Egenkontrollen planeras att genomföras under hösten 2020 (Enhet 2 daglig verksamhet och kontaktpersonsverksamhet)</p>

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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Resultat vid avstämning ekonomisk prognos
<p>■ Risk att löpande anteckningar inte följer en röd tråd (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	<p>Kontroll av koppling mellan löpande anteckningar och genomförandeplan (röd tråd) (Enhet 2 Boendestöd)</p>	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	■ Ej godkänd	<p>Sektionschef har gjort en slumpmässig granskning av social dokumentation. I fyra av fem boendestödsgrupper finns tydlig koppling mellan dokumentation och genomförandeplan. I en grupp saknas denna koppling i den granskade dokumentationen. Berörd grupp får återkoppling och vid behov extra utbildning. Ny granskning sker 31 oktober.</p>
<p>■ Risk att genomförandeplaner inte följs upp i tid (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	<p>Kontrollera att genomförandeplaner är upprättade, aktuella och uppföljda (Enhet 2 Boendestöd)</p>	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	■ Ej godkänd	<p>Av 470 brukare har 235 aktuell genomförandeplan. Ytterligare 74 brukare har en upprättad genomförandeplan men denna är ej aktuell. 7 av dessa har en notering om varför gmf-plan ej är uppföljd i tid. Andelen brukare med upprättad gmf-plan uppgår till 66%. 161 brukare (34%) saknar gmf-plan. 7 är för stunden nystartade ärenden. Hos 8 brukare finns det anteckning om varför gmf-saknas. 146 brukare saknar gmf-plan utan noterad anledning. Totalt sett är andelen brukare med upprättad gmf-plan för låg. Bör ej understiga 90% Dokumentationen måste</p>

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Resultat vid avstämning ekonomisk prognos
					förbättras i den bemärkelse att det i alltför hög grad saknas noteringar om varför gmf-plan ej är upprättad och en plan för hur den skall kunna upprättas. Nästa egenkontroll sker 31 oktober.

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

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljningstillfälle	Status	Resultat vid avstämning ekonomisk prognos
<p>■ Risk att ohälsa inte hanteras i stödhusen 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 Stödhusen (Enhet 3 socialpsykiatri)	Ek. prognos och kvalitetsberättelse	Avstämning	Arbete pågår tillsammans med HSL-organisationen för att främja insatser av hälso- och sjukvård. Utmaningen är att vissa brukare inte är knutna till någon vårdcentral och/eller inte tar sig till vårdcentralen. Dialog sker regelbundet med HSL-verksamheten för att hitta lösningar. Dock är beslut taget att det är kommunens ansvar att tillgodose behoven. Under pågående Coronapandemi har stödhusen haft tillgång till sjuksköterska.