



Malmö stad

Plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2021

Funktionsstödsnämnden

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Ansvar	4
3 Process för arbetet	5
4 Systematiskt förbättringsarbete	5
4.1 Stödprocesser funktionsstödsförvaltningen	5
4.2 Handläggning enligt SoL (2001:453) och LSS (1993:387)	6
4.3 Kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL (2017:30).....	7
4.4 Personlig assistans 9 § 2 enligt LSS (1993:387).....	7
4.5 Ledsagar- och avlösarservice enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1 och enligt LSS (1993:387) 9 § 3 och 9 § 5.....	8
4.6 Kontaktperson 9 § 4 enligt LSS (1993:387) samt Kontaktperson enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1	9
4.7 Korttidsvistelse enligt LSS 9 § 6 (1993:387).....	9
4.8 Bostad med särskild service 9 § 8 och 9 § 9 enligt LSS (1993:387)	10
4.9 Daglig verksamhet 9 § 10 enligt LSS (1993:387)	11
4.10 Boendestöd enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1	12
4.11 Stödboende enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1 (vuxen)	13
4.12 Bostad med särskild service enligt SoL (2001;453) kap 4 § 1.....	14
4.13 Hemtjänst enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1	15
5 Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete 2021	15
5.1 Utredning om kvaliteten i det verksamhetsnära arbetet	15
5.2 Förbättrat avvikelshanteringssystem	15
5.3 Öppna jämförelser funktionshinder.....	16
5.4 Social dokumentation	16
5.5 Prioriterade utvecklingsområden HSL	16

1 Inledning

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

Socialstyrelsen anger i föreskriften *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)* att den som bedriver socialtjänst, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvård ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det signifikanta för ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är att verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vidare ska verksamheterna identifiera de processer som krävs för att säkra en fungerande samverkan internt och externt. I föreskriften lyfts också krav om att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten, det vill säga en ansvarsfördelning. Slutligen ska personalens medverkan i kvalitetsarbetet framgå och arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten ska dokumenteras.

De kartlagda 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 förhållande till de identifierade processerna

Funktionsstödsnämndens plan för systematiskt kvalitetsarbete är framtagen utifrån *gemensamma riskdialoger* som genomförts i samtliga avdelningar. Risker hanteras och följs upp inom ramen för olika styrprocesser som intern kontroll, mälkedja eller ledningssystem enligt SOSFS 2011:9. Hantering och uppföljning kan också ske genom annan styrprocess, som t. ex. det systematiska arbetsmiljöarbetet eller genom 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.

Föreliggande plan är en del av strukturen för återrapportering av arbetet med egenkontroller och åtgärder i ledningssystemet. Denna struktur innebär att nämnden ska få information om förvaltningens planering av egenkontroller och åtgärder, samt att återrapportering av genomförda egenkontroller och åtgärder vid två tillfällen under året, en avstämning och en summering. Planering och uppföljning för ledningssystemet följer tidplan för intern kontroll och mål- och

budgetprocess.

2 Ansvar

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

Ansvarsfördelningen vid egenkontroller ser ut enligt följande:

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

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

3 Process för arbetet

Planering och prioritering av egenkontroller och åtgärder inleds i och med förvaltningens *gemensamma riskdialoger* som sker på hösten. Riskernas sannolikhet och konsekvens värderas på skala 1 - 5. Riskvärdet fås genom att multiplicera värdet för sannolikhet med värdet för konsekvens. I samband med riskdialogerna har hantering av riskerna bestämts. 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 årliga kvalitetsdialoger i verksamhetsavdelningarnas ledningsgrupper.

Utgångspunkten är att risker med höga värden följs upp/stäms av i samband med ekonomisk prognos, januari till april, och redovisas för funktionsstödsnämnden i maj. Med anledning av pandemi har tidplanen för 2021 justerats vilket innebär att höga risker kommer att följas upp i samband med delårsrapport och istället redovisas för nämnden i september. Resterande risker hanteras som vanligt och följs upp till *kvalitets-* respektive *patientsäkerhetsberättelsen* och redovisas för nämnden i februari. I berättelserna redovisas även förvaltningsövergripande kvalitetsarbete såsom öppna jämförelser samt prioriterade utvecklingsområden HSL, se Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete 2021 nedan.

4 Systematiskt förbättringsarbete

Tabellerna nedan visar vilka risker som identifierats i förhållande till respektive huvud-/stödprocess i samband med funktionsstödsförvaltningens gemensamma riskdialoger. Till riskerna kopplas planerade egenkontroller eller åtgärder som ska genomföras och följas upp under 2021.

4.1 Stödprocesser funktionsstödsförvaltningen

Brukar- och patientnära dokumentation

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Uppföljning
■ Risk för bristande journalföring i hälso- och sjukvårdsjournaler. (Strategisk avdelning, avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)	16	Kontroll av dokumenterad medicinsk diagnos i hälso- och sjukvårdsjournaler (Medicinskt ansvariga)	Patientsäkerhetsberättelse
		Kontroll av kvaliteten i hälso- och sjukvårdsjournaler (Medicinskt ansvariga)	Patientsäkerhetsberättelse
		Kontroll av kvaliteten i hälso- och sjukvårdsjournaler (Enhet 5 hälso- och sjukvårdsenheten)	Patientsäkerhetsberättelse

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk finns att sekretesslagstiftning inte efterlevs. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	6	Kontroll av följsamhet sekretessrutin - genomgång av checklista (Daglig verksamhet enhet 1)	Kvalitetsberättelse

Anhörigstöd

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för att det saknas systematisk uppföljning av förvaltningens arbete med anhörigstöd och antagen handlingsplan för anhörigperspektiv. (Strategisk avdelning)</p>	15	Ta fram struktur för systematisk uppföljning av anhörigstöd (Strategisk avdelning)	Kvalitetsberättelse

Hantera avvikelser SoL/LSS samt missförhållanden enligt Lex Sarah

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk att förvaltningens systematiska avvikelshantering, inklusive synpunkter och klagomål, inte är ändamålsenlig. (Funktionsstödsnämnden)</p>	16	Fortsatt arbete med åtgärder från handlingsplan avvikelshantering inklusive uppföljande webbenkät kring kännedom om rapporteringsskyldighet (Strategisk avdelning, Myndighet och socialpsykiatri, LSS-bostäder, Stöd, hälsa och daglig verksamhet)	Delårsrapport och kvalitetsberättelse

Ärendeprocessen – hantering av allmänna handlingar

Risikanalyt	Risikvärde	Egenkontroll/ Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för bristande ärendehantering på grund av bristande kompetens kring allmänna handlingar vilket kan leda till att handlingar inte hittas, inte diarieförs mm. (Strategisk avdelning)</p>	12	Ta fram och testa digital utbildning om att arbeta i politiskt styrd organisation (Strategisk avdelning)	Kvalitetsberättelse

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

Risikanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk att beslut inte verkställs inom tre månader. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	16	Kontroll av icke verkställda beslut (Myndighetsenheten)	Delårsrapport och kvalitetsberättelse
<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)	Delårsrapport och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för lång handläggningstid. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	9	Kontroll av handläggningstider (Myndighetsenheten)	Delårsrapport och kvalitetsberättelse

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

Risikanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ För många delegeringar per legitimerad hälso-sjukvårdspersonal. (Stöd hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Kontroll av ordinarie sjuksköterskors delegeringar (Enhet 5 hälso- och sjukvårdsenheten)	Delårsrapport och patientsäkerhetsberättelse
<p>■ Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs. (Avdelning stöd hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - besvara checklista (Enhet 5 hälso- och sjukvårdsenheten)	Delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för tvångs- och begränsningsåtgärder på grund av att processen för skyddsåtgärder inte följs, vilket kan leda till lidande samt bristande och felaktigt stöd till brukare. Risker är särskilt relevanta i arbetet med personer som utvecklat eller riskerar att utveckla ett utmanande beteende.</p>	20	Kontroll av följsamhet till Malmö stads process för skyddsåtgärder - dialog (Enhet 5 hälso- och sjukvårdsenheten)	Delårsrapport

Risakanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
(Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)			

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

Risakanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - besvara checklista (Enhet 4 personlig assistans)	Delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för tvångs- och begränsningsåtgärder på grund av att processen för skyddsåtgärder inte följs, vilket kan leda till lidande samt bristande och felaktigt stöd till brukare. Risken är särskilt relevant i arbetet med personer som utvecklat eller riskerar att utveckla ett utmanande beteende. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Kontroll av följsamhet till Malmö stads process för skyddsåtgärder - självskattning (Enhet 4 personlig assistans)	Delårsrapport
<p>■ Risk att kvaliteten i den sociala dokumentationen inte möter krav i lag och föreskrifter vilket kan leda till bristande inflytande och delaktighet för brukare i vardagen samt brister i de insatser som ges. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Kontroll av kvaliteten social dokumentation - dialog (Enhet 4 personlig assistans)	Kvalitetsberättelse

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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - besvara checklista (Enhet 3 stöd och service)	Delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att kvaliteten i den sociala dokumentationen inte möter krav i lag och föreskrifter vilket kan leda till bristande inflytande och delaktighet för brukare i vardagen samt brister i de insatser som ges. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Kontroll av kvaliteten social dokumentation - dialog (Enhet 3 stöd och service)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att brukare inte får sin insats verkställd i rätt tid då ärenden riskerar att falla mellan stolarna vid byte av insats inom enheten (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	6	Upprätta och implementera rutin vid byte av insats inom enheten (Enhet 3 stöd och service)	Kvalitetsberättelse

4.6 Kontaktperson 9 § 4 enligt LSS (1993:387) samt Kontaktperson enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1

Under 2021 kommer processen för kontaktperson i ledningssystemet att ses över samt en genomgång av risker och pågående åtgärder. Förändringen har föranletts av att det under 2020 har pågått ett arbete med att samordna insatserna för kontaktperson SoL och LSS i syfte att säkra och utveckla kvaliteten i utförandet.

4.7 Korttidsvistelse enligt LSS 9 § 6 (1993:387)

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - besvara checklista (Enhet 6 barnenheten)	Delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse

Risikanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för bristande följsamhet till rutiner och planering av stöd vilket kan leda till utmanande beteende hos brukaren. Risken innefattar även processen för skyddsåtgärder. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	16	Implementera rutiner i verksamheterna (Enhet 6 barnenheten)	Kvalitetsberättelse
		Åtgärd kring inhämtandet och uppföljning av samtycken (Enhet 6 barnenheten)	Delårsrapport och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att kvaliteten i den sociala dokumentationen inte möter krav i lag och föreskrifter vilket kan leda till bristande inflytande och delaktighet för brukare i vardagen samt brister i de insatser som ges. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Kontroll av löpande anteckningar genom kollegial granskning (Enhet 6 barnenheten)	Kvalitetsberättelse

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

Risikanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs. (Avdelning LSS-bostäder, Avdelning myndighet och socialpsykiatri, avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - besvara checklista (LSS-bostäder samtliga enheter, Enhet 1, 2 socialpsykiatri, enhet 6 barnenheten)	Delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för tvångs- och begränsningsåtgärder på grund av att processen för skyddsåtgärder inte följs, vilket kan leda till lidande samt bristande och felaktigt stöd till brukare. Risken är särskilt relevant i arbetet med personer som utvecklat eller riskerar att utveckla ett utmanande beteende. (Avdelning myndighet och</p>	20	Kontroll av följsamhet till Malmö stads process för skyddsåtgärder - självskattnings (Enhet 1 och 2 socialpsykiatri samt verksamheter från LSS-bostäder som inte genomfört checklistan under 2019–2020)	Delårsrapport
		Implementera rutiner i verksamheterna (Enhet 6 barnenheten)	Kvalitetsberättelse

Risikanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
socialpsykiatri)		Åtgärd kring inhämtandet och uppföljning av samtycken (Enhet 6 barnenheten)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för att inte kunna tillgodose behov kring åldrandet och åldrandets sjukdomar inklusive demenssjukdom på grund av kompetensbrister och avsaknad av andra förutsättningar i organisationen vilket kan leda till lidande för den enskilde. (Avdelning LSS- bostäder)</p>	16	Kontroll att insatser i genomförandeplaner är anpassade för pensionerade brukare (Enhet 1 och 3 LSS-bostäder)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att kvaliteten i den sociala dokumentationen inte möter krav i lag och föreskrifter vilket kan leda till bristande inflytande och delaktighet för brukare i vardagen samt brister i de insatser som ges. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	Kontroll av löpande anteckningar genom kollegial granskning (Enhet 6 barnenheten)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för att brukare inte får kvalificerat stöd på grund av att medarbetare saknar rätt kompetens för att möta brukarens behov. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	9	Kontroll av kvaliteten i introduktion/bredvidgång för nya medarbetare (Enhet 2 socialpsykiatri)	Kvalitetsberättelse
		Kontroll av medarbetares kompetenskort (Enhet 1 socialpsykiatri)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att brukare vräks på grund av att lägenheten missköts. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	9	Kontroll av motiverande insatser för att brukaren ska ta emot stödinsatser för att förhindra misskötsel av lägenheten (Enhet 1 socialpsykiatri)	Kvalitetsberättelse

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

Risikanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - besvara checklista (Enhet 1 daglig verksamhet och enhet 2 daglig verksamhet och sysselsättning)	Delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse

Risikanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för tvångs- och begränsningsåtgärder på grund av att processen för skyddsåtgärder inte följs, vilket kan leda till lidande samt bristande och felaktigt stöd till brukare. Risken är särskilt relevant i arbetet med personer som utvecklat eller riskerar att utveckla ett utmanande beteende. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	20	<p>Kontroll av följsamhet till Malmö stads process för skyddsåtgärder - självskattning (Enhet 1 daglig verksamhet och enhet 2 daglig verksamhet och sysselsättning)</p>	Delårsrapport och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för bristande följsamhet till rutiner och planering av stöd vilket kan leda till utmanande beteende hos brukaren. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	16	<p>Arbeta fram och följa upp en grundstruktur/forum för ett framgångsrikt implementeringsarbete i verksamheterna (Enhet 1 daglig verksamhet)</p>	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att förvaltningens systematiska avvikelshantering inte är fullt ändamålsenlig (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	16	<p>Följ upp och utvärdera avvikelseprocess men stöddokument och arbetssätt (Enhet 1 daglig verksamhet)</p>	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att genomförandeplaner inte är anpassade till IBIC. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	<p>Följ upp arbetet med ICF/IBIC och implementeringen av detta samt FSF nya genomförandeakt (Enhet 1 daglig verksamhet)</p>	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att kvaliteten i den sociala dokumentationen inte möter krav i lag och föreskrifter vilket kan leda till bristande inflytande och delaktighet för brukare i vardagen samt brister i de insatser som ges. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	<p>Kontroll av kvaliteten löpande anteckningar - dialog (Enhet 1 och 2 daglig verksamhet och sysselsättning)</p>	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för att hantering av förändringar, avslut och flytt inom staden gällande behörigheter till verksamhetssystem/G-mappar inte fungerar på grund av bristande behörighetshantering vilket kan leda till sekretessbrott eller avsaknad av tillgång till information och system. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	12	<p>Kontroll av behörigheter hos medarbetare som byter verksamhet inom Malmö stad (Enhet 1 daglig verksamhet)</p>	Kvalitetsberättelse

Risicanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk att rutin för gallring av brukarmaterial inte följs vid exempelvis avslut av brukare. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	8	Kontrollera brukare som avslutat sin verksamhet för att kontrollera följsamhet till process (Enhet 1 och 2 daglig verksamhet)	Kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för att Malmö stads policy för sociala medier inte följs vilket kan leda till att fel typ av information sprids. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	6	Implementering av Malmö stads policy för sociala medier (Enhet 2 daglig verksamhet)	Kvalitetsberättelse

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

Risicanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för tvångs- och begränsningsåtgärder på grund av att processen för skyddsåtgärder inte följs, vilket kan leda till lidande samt bristande och felaktigt stöd till brukare. Risken är särskilt relevant i arbetet med personer som utvecklat eller riskerar att utveckla ett utmanande beteende. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Kontroll av följsamhet till Malmö stads process för skyddsåtgärder - självskattning (Enhet 2 boendestöd)	Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - besvara checklista (Enhet 2 boendestöd)	Delårsrapport och patientsäkerhetsberättelse
<p>■ Risk att kvaliteten i den sociala dokumentationen inte möter krav i lag och föreskrifter vilket kan leda till bristande inflytande och delaktighet för brukare i vardagen samt brister i de insatser som ges. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	12	Kontroll av koppling mellan löpande anteckningar och genomförandeplan (röd tråd) (Enhet 2 boendestöd)	Kvalitetsberättelse
		Kontrollera att genomförandeplaner är upprättade, aktuella och uppföljda (Enhet 2 boendestöd)	Kvalitetsberättelse

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

Risicanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - besvara checklista (Enhet 3 socialpsykiatri)	Delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för tvångs- och begränsningsåtgärder på grund av att processen för skyddsåtgärder inte följs, vilket kan leda till lidande samt bristande och felaktigt stöd till brukare. Risken är särskilt relevant i arbetet med personer som utvecklat eller riskerar att utveckla ett utmanande beteende. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Kontroll av följsamhet till Malmö stads process för skyddsåtgärder - självskattning (Enhet 3 socialpsykiatri)	Delårsrapport
<p>■ Risk att kvaliteten i den sociala dokumentationen inte möter krav i lag och föreskrifter vilket kan leda till bristande inflytande och delaktighet för brukare i vardagen samt brister i de insatser som ges. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	12	Kontroll av löpande anteckningar (Enhet 3 socialpsykiatri)	Kvalitetsberättelse

4.12 Bostad med särskild service enligt SoL (2001:453) kap 4 § 1

Risicanalys	Risikvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för tvångs- och begränsningsåtgärder på grund av att processen för skyddsåtgärder inte följs, vilket kan leda till lidande samt bristande och felaktigt stöd till brukare. Risken är särskilt relevant i arbetet med personer som utvecklat eller riskerar</p>	20	Kontroll av följsamhet till Malmö stads process för skyddsåtgärder - självskattning (Enhet 3 socialpsykiatri)	Delårsrapport

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
att utveckla ett utmanande beteende. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)			
<p>■ Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - besvara checklista (Enhet 3 socialpsykiatri)	Delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk att kvaliteten i den sociala dokumentationen inte möter krav i lag och föreskrifter vilket kan leda till bristande inflytande och delaktighet för brukare i vardagen samt brister i de insatser som ges. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	12	Kontroll av löpande anteckningar (Enhet 3 socialpsykiatri)	Kvalitetsberättelse

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

Riskanalys	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Uppföljning
<p>■ Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs. (Avdelning myndighet och socialpsykiatri)</p>	20	Kontroll av följsamhet till hygienrutin - besvara checklista (Enhet 3 stöd och avlastning)	Delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse
<p>■ Risk för brister i den sociala dokumentationen vilket kan leda till att brukaren får felaktigt stöd. (Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet)</p>	9	Kontrollera att genomförandeplaner är upprättade, aktuella och att brukare varit delaktig (Enhet 3 stöd och avlastning)	Kvalitetsberättelse

5 Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete 2021

Utöver det lokala systematiska kvalitetsarbetet med risker, egenkontroller och åtgärder i förhållande till förvaltningens huvud-/stödprocesser finns ett antal förvaltningsövergripande områden som är kopplade till kvalitetsarbetet i ledningssystemet, där riktade åtgärder kommer att genomföras under 2021.

5.1 Utredning om kvaliteten i det verksamhetsnära arbetet

Funktionsstödsnämndens arbetsutskott har gett förvaltningen i uppdrag att se över hur kvaliteten kan säkerställas i det verksamhetsnära arbetet, till exempel gällande styrning och ledning. Uppdraget berör hela förvaltningen och innebär även att se över hur resultat av åtgärder vid kvalitetsbrister följs upp.

Målsättningen med utredningen är att belysa frågan ur flera perspektiv genom dialoger och samtal med personer som har olika roller och funktioner i förvaltningen. Utredningen ska lämnas över till nämnden i februari 2021. Efter det planeras ett arbete med att testa och genomföra förslag som utredningen identifierat. Arbetet kommer att följas upp inom ramen för intern kontroll.

5.2 Förbättrat avvikelshanteringssystem

Sedan 2020 pågår arbete med att bygga om samtliga processer i systemet för avvikelshantering i syfte att förenkla och förtydliga processerna så att Malmö stads tre socialförvaltningar arbetar mer lika. Målet är att systemet ska bli mer lätthanterligt och ändamålsenligt för användarna. Arbetet har nu kommit en bit på vägen och under våren planeras det för utbildningar till samtlig berörd personal.

5.3 Öppna jämförelser funktionshinder

Förvaltningen planerar att genomföra Socialstyrelsens enkäter inom ramen för *Öppna jämförelser - stöd till personer med funktionshinder LSS* under 2021; kommunenkät, enhetsundersökning LSS och nationell brukarundersökning. Under 2020 ställdes delar av arbetet in på grund av pandemin och förvaltningen arbetar med att anpassa förutsättningar så att enkäterna kan genomföras under kommande år. Under året ska arbetet fortsätta med att testa strukturer för analys och förbättringsarbete utifrån resultatet då det stannade upp förra året på grund av pandemin.

Enkäternas resultat och förbättringsarbete summeras och följs upp i *kvalitetsberättelsen*.

5.4 Social dokumentation

Under 2020 har en förvaltningsövergripande *Riktlinje för social dokumentation för utförare i funktionsstödsförvaltningen* samt utbildningsmaterial gällande social dokumentation på basnivå tagits fram. Utbildningsinsatser i social dokumentation har påbörjats 2020 och kommer att fortsätta under 2021. En egenkontroll i form av en checklista som stöd för att följa upp kvaliteten i den sociala dokumentationen planeras att tas fram och testas under året.

5.5 Prioriterade utvecklingsområden HSL

För 2021 har följande prioriterade områden identifierats inom HSL-området:

- Omställning till en nära vård

I förvaltningen pågår en planering för omställningen till en nära vård. Omställningen innebär ett förändrat förhållningssätt och handlar bland annat om en ökad personcentrering, bättre samordning av insatser och att vården har ett proaktivt och hälsofrämjande fokus. Planen är att under året börja med en kartläggning av den övergripande strukturella HSL-processen och därefter genomlysna huvudprocesserna i syfte att nå en ökad helhetssyn och personcentrering i insatser kring brukare.

- **Delegeringar HSL**

Utifrån Malmö stads riktlinje kommer förvaltningen att fortsätta utveckla strukturer i verksamheterna för att öka möjligheten till god läkemedelshantering. Under 2020 togs ett nytt utbildningskoncept för läkemedelshantering för omvårdnadspersonal fram och testades. Arbetet med delegeringar HSL kommer att fortsätta under 2021.

- **Kompetensutveckling HSL för chefer och medarbetare**

Under 2020 togs en HSL-utbildning för chefer inom förvaltningen fram och testades i syfte att bidra till ökad kunskap om det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret och vad som åligger respektive chef att kunna utifrån chefsrollen. Arbetet med kompetensutveckling HSL för chefer och medarbetare kommer att fortsätta under 2021.

- **Intern teamsamverkan**

Förvaltningen kommer att fortsätta utveckla och etablera en teamstruktur inom förvaltningen med målet att tillgodose god samordning av brukares insatser. Syftet är att skapa en ökad samsyn kring brukarens behov utifrån olika lagrum samt ökad förståelse för teamens betydelse för god kvalitet i insatserna genom att gemensamt utveckla teambaserade arbetssätt. Under 2021 kommer arbetet att följas upp i målkedjan.