



Malmö stad

Plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2022

Funktionsstödsnämnden

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Ansvar	4
3 Process för arbetet	4
4 Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete 2022	5
4.1 Verksamhetsnära kvalitetsarbetet.....	5
4.2 Förbättrat avvikelshanteringssystem.....	5
4.3 Öppna jämförelser funktionshinder	5
4.4 Skyddsåtgärder	6
4.5 Samverkan.....	6
4.6 Omställning till nära vård	6
4.7 Nulägesanalys och handlingsplan för patientsäkerhetsarbete	6
4.8 Delegeringar HSL	6
4.9 Kompetensutveckling HSL	7
4.10 Intern teamsamverkan	7
5 Systematiskt förbättringsarbete	7
5.1 Område: Skyddsåtgärder	7
5.2 Område: Basal hygien	7
5.3 Område: Brukar- och patientnära dokumentation	8
5.4 Område: Anhörigperspektiv	8
5.5 Område: Verkställighet	9
5.6 Område: Handläggningstider och handlägningsprocessen.....	9
5.7 Område: Barnets bästa i utredningar	9
5.8 Område: Kompetens.....	9
5.9 Område: Delegering.....	10
5.10 Område: Rutiner och planering	10

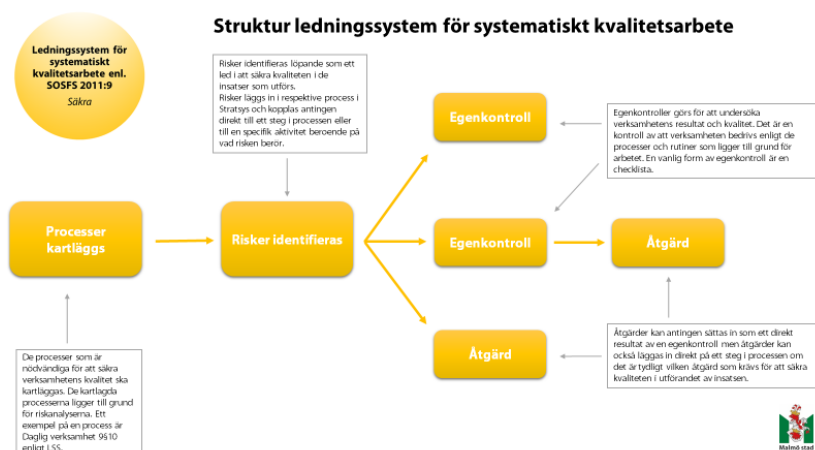
1 Inledning

I Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet. Insatser inom dessa verksamhetsområden ska vara av god kvalitet och kvalitetsarbetet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras i verksamheterna.

En god organisation skapar förutsättningar för att säkerställa kvaliteten i kärnuppdraget. Funktionsstödsförvaltningens organisation behöver utformas för att på bästa sätt säkra kärnuppdraget och vara flexibel för att kunna möta förändringar i samhället och förändrade behov hos Malmöborna. Funktionsstödsförvaltningens organisation behöver utformas på ett sätt som kan säkra förutsättningarna för förvaltningens chefer och medarbetare att utifrån rätt kompetens, arbetsätt och förhållningssätt bedriva arbetet utifrån förvaltningens kärnuppdrag. Fokus under 2022 kommer vara på horisontella arbetssätt för att bidra till en helhetssyn i organisationen.

Funktionsstödsförvaltningens styr- och ledningssystem 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 med fokus på att utveckla, granska och säkra kvaliteten i insatser och stöd som ges av förvaltningen. I funktionsstödsförvaltningens styrdokument ”Regler och anvisningar för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9” (FSN-2021-1812) anges hur funktionsstödsförvaltningen ska arbeta för att säkra kvaliteten i verksamheten.

Arbetet med ledningssystemet innefattar att verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer, aktiviteter och rutiner som bedöms nödvändiga för att säkra att verksamheten uppfyller de krav på kvalitet som gäller enligt lagar och föreskrifter. De kartlagda processerna ska i sin tur ligga till grund för ett systematiskt förbättringsarbete för att fortlöpande säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Utifrån processerna identifieras risker och till dessa risker planeras egenkontroller och åtgärder som syftar till att säkra kvaliteten i genomförandet av insatser inom verksamhetsområdet. 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. Funktionsstödsförvaltningens kvalitetsledningssystem är digitalt och dokumenteras samt hanteras i IT-stödet Stratsys.



2 Ansvar

En förutsättning för ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete är en tydlig ansvarsfördelning. I styrdokumentet ”Regler och anvisningar för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9” anges ansvarsfördelningen för planering, genomförande, analys och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet i funktionsstödsförvaltningen. Ansvaret för de olika uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten kan fördelas inom organisationen men varje vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS har dock alltid kvar ansvaret även om uppgifter fördelats internt. Ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet fördelas på funktionsstödsnämnden, förvaltningsdirektören, chefer på olika nivåer i organisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), socialt ansvariga samordnare (SAS), övriga stödfunktioner samt medarbetare. I lagstiftningen inom socialtjänst och hälso- och sjukvård samt i 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

Funktionsstödsnämndens plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är framtagen utifrån gemensamma riskdialoger som genomförs i samtliga avdelningar i förvaltningen under hösten. I riskdialogerna identifierar verksamheterna risker som värderas på en skala 1–5 utifrån riskernas sannolikhet och konsekvens. Riskvärdet fås genom att multiplicera värdet för sannolikhet med värdet för konsekvens. I samband med riskdialogerna beslutas och planeras inom vilken styrprocess (intern kontroll, mälkedja eller ledningssystem enligt SOSFS 2011:9) som riskerna ska hanteras och följas upp. Hantering och uppföljning kan också ske genom annan styrprocess, exempelvis det systematiska arbetsmiljöarbetet eller genom handlingsplaner för prioriterade områden. Resultatet av bearbetning efter riskdialogerna blir underlag till planen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Under 2021 har arbetet med risker hanterats utifrån ett mer långsiktigt perspektiv, vilket innebär att vart tredje år arbetar verksamheterna med riskerna från grunden enligt processen för arbetet medan de två åren däremellan ägnas riskdialogerna åt att följa upp hanteringen av befintliga risker. Uppstår nya risker under året hanteras dessa löpande i enlighet med gällande lagstiftning men fokus för de gemensamma riskdialogerna är att utvärdera kvaliteten i hanteringen av befintliga riskerna för att säkerställa att hanteringen ger avsedd effekt. Riskdialogerna inför 2022 har utgått från de risker som beslutades för föregående år, endast ett fåtal nya risker har tillkommit. En strävan efter ett riskarbete med längre perspektiv bedöms ligga väl i linje med de förslag som framkommit i förvaltningens utredning av det verksamhetsnära kvalitetsarbetet. Under 2022 kommer arbetsmetoden att utvärderas och utvecklas ytterligare. Målsättningen är att säkra en riskhantering av hög kvalitet med stark förankring i organisationen.

Planen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är en del av strukturen för redovisning av arbetet med egenkontroller och åtgärder i ledningssystemet. Denna struktur innebär att nämnden ska få information om förvaltningens planering av egenkontroller och åtgärder samt förvaltningsövergripande kvalitetsarbete. Planen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete delges nämnden under januari månad. Strukturen innefattar även återrapportering av genomförda egenkontroller och åtgärder som sker vid två tillfällen under året, en avstämning i form av delårsuppföljning i september och en årssummering i form av kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse i februari nästkommande år.

Utgångspunkten är att risker med höga värden följs upp i samband med delårsuppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet och samtliga risker följs upp i kvalitetsberättelse respektive patientsäkerhetsberättelsen. I berättelserna redovisas även förvaltningsövergripande kvalitetsarbete såsom öppna jämförelser samt prioriterade utvecklingsområden.

Genomförandet 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 och åtgärder i regel genomförs på sektionsnivå för att sedan summeras och analyseras ytterligare på enhetsnivå och ibland även på avdelningsnivå. För att fördjupa analyserna av det som dokumenteras i Stratsys genomförs även årliga kvalitetsdialoger i verksamhetsavdelningarnas ledningsgrupper.

4 Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete 2022

Utöver det systematiska kvalitetsarbetet med risker, egenkontroller och åtgärder i förhållande till förvaltningens huvud- och stödprocesser finns ett antal förvaltningsövergripande områden som är kopplade till kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, där riktade åtgärder och aktiviteter kommer att genomföras under 2022.

4.1 Verksamhetsnära kvalitetsarbetet

Uppdraget kring det verksamhetsnära kvalitetsarbetet har haft sin inledande fas med granskning och utforskning av nuläget under 2021. Den inledande fasen är nu avslutad och uppdraget övergår till en mer utvecklande fas som kommer att kräva mycket fokus och arbete även under 2022. Med anledning av att den granskande och utforskande fasen är över kommer uppdraget nu att följas och återrapporteras som ett utvecklingsarbete under rubriken "Plan för verksamhet" i nämndsbudgeten.

4.2 Förbättrat avvikelshanteringssystem

Sedan 2020 pågår arbetet med att förbättra, förenkla och förtydliga processen för avvikelshantering i Malmö stads tre socialförvaltningar. Under 2021 har ett nytt IT-system upphandlats för rapportering och hantering av avvikelser. Flexite kommer att ersättas och det nya IT-systemet kommer börja användas under 2022. Målet är att systemet ska bli mer lätthanterligt och ändamålsenligt för användarna. I detta arbete ingår under 2022 att ta fram gemensamma processer och strukturen för förvaltningens avvikelshantering. Detta förbättringsarbete kommer även underlätta arbetet med fördjupande analyser kring avvikelser och missförhållanden.

4.3 Öppna jämförelser funktionshinder

Under 2022 planerar förvaltningen att genomföra Socialstyrelsens enkäter inom ramen för Öppna jämförelser - stöd till personer med funktionshinder LSS, som består av kommunenkät och enhetsundersökning LSS. Förvaltningen planerar även att genomföra Sveriges kommuner och regioners (SKR) nationella brukarundersökning inom funktionshinderområdet. Resultat av öppna jämförelser och den nationella brukarundersökningen är viktiga för det fortsatta förbättringsarbetet och kommer att summeras och följas upp i kvalitetsberättelsen.

4.4 Skyddsåtgärder

Arbetet med processen för skyddsåtgärder har intensifierats i förvaltningen under 2021, bland annat genom revidering av processen med tillhörande stödmaterial, egenkontroll om följsamhet till processen, granskning inom intern kontroll samt uppdrag från nämnden avseende genomlysning av förekomst av eventuella tvångs- och begränsningsåtgärder.

Utifrån resultatet av det arbete som är gjort under 2021 kommer arbetet med skyddsåtgärder även fortsätta under 2022. Det fortsatta arbetet innefattar bland annat att säkerställa att komplexa situationer hanteras med stöd till brukare utan tillämpning av begränsande åtgärder. Det handlar även om att säkerställa att processen för skyddsåtgärder har följts i de fall där det, utifrån behovskartläggning, bedöms nödvändigt med användning av skyddsåtgärd.

4.5 Samverkan

Under 2021 har funktionsstödsförvaltningen inlett ett arbete med att stärka samverkan med de två andra socialförvaltningarna: arbetsmarknads- och socialförvaltningen (ASF) samt hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen (HVOF). Som en del av samverkan har det bland annat arbetats fram en överenskommelse mellan FSF och ASF avseende samverkan kring vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning eller samsjuklighet. Arbetet med att stärka upp och säkra samverkan, både internt och externt, kommer fortsätta under 2022.

4.6 Omställning till nära vård

I förvaltningen pågår ett arbete med 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. Arbetet som har påbörjats under 2021 kommer fortsätta under 2022 och innefattar bland annat workshops och träffar med utvecklingsgruppen och styrgruppen samt att representanter från förvaltningen deltar i SKR:s ledarskapsprogram om Nära vård.

4.7 Nulägesanalys och handlingsplan för patientsäkerhetsarbete

Med hjälp av analysverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner som är framtaget av SKR kommer en genomlysning och nulägesanalys av patientsäkerheten i förvaltningen att genomföras under våren 2022. Analysverktyget bygger på Socialstyrelsens dokument ”Agera för säker vård - nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”.

Med stöd av analysverktyget ska en nulägesbild skapas utifrån vad som fungerar bra samt vilka utmaningar och utvecklingsområden som finns i förvaltningens patientsäkerhetsarbete. Verktöget skapar en struktur för vilka områden som behöver prioriteras. Utifrån prioriteringarna kommer förslag på effektiva insatser tas fram för att skapa handlingsplaner som bidrar till en god och säker vård.

4.8 Delegeringar HSL

Utifrån Malmö stads beslutade riktlinje för delegering kommer förvaltningen att fortsätta utveckla strukturer i verksamheterna för att säkra upp delegeringsförfarandet samt öka möjligheten till god läkemedelshantering. Under 2022 kommer arbetet med delegeringsprocessen att fortsätta med fokus på hur man praktiskt ska arbeta med delegeringar i förvaltningens verksamheter.

4.9 Kompetensutveckling HSL

Under 2021 har det gjorts satsningar på HSL-utbildning för chefer inom förvaltningen med 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 kring HSL för chefer och medarbetare kommer att fortsätta under 2022.



4.10 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.


5 Systematiskt förbättringsarbete

Tabellerna nedan visar vilka risker som har identifierats i samband med funktionsstödsförvaltningens gemensamma riskdialoger utifrån respektive område. Till riskerna kopplas planerade egenkontroller eller åtgärder som ska genomföras och följas upp under 2022.







5.1 Område: Skyddsåtgärder

Identifierad risk	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Utförs av	Uppföljning
Risk för otillåtna skyddsåtgärder på grund av att processen för skyddsåtgärder inte följs, vilket kan leda till lidande samt bristande och felaktigt stöd till brukare	20 	Åtgärd i form av dialog utifrån Socialstyrelsens material om tvångs- och begränsningsåtgärder	Samtliga verksamhetsavdelningar	Delårsuppföljning och kvalitetsberättelse
	20 	Egenkontroll i form av kollegial dialog av dokumentation kring skyddsåtgärder i hälso- och sjukvårdsjournaler	Avd. Hälsa, hälso- och sjukvårdsenheten	Kvalitetsberättelse


5.2 Område: Basal hygien

Identifierad risk	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Utförs av	Uppföljning
Risk för spridning av smitta som kan leda till ohälsa hos brukare och medarbetare på grund av att rutiner för basal hygien inte följs	15 	Egenkontroll i form av checklista (samma checklista som 2021)	Samtliga verksamhetsavdelningar	Delårsuppföljning och kvalitetsberättelse


5.3 Område: Brukar- och patientnära dokumentation

Identifierad risk	Risk-värde	Egenkontroll/Åtgärd	Utförs av	Uppföljning
Risk för bristande journalföring i hälso- och sjukvårdsjournaler	16 	Egenkontroll i form av kontroll av kvaliteten i hälso- och sjukvårdsjournaler	Samtliga verksamhetsavdelningar (utförs av medicinskt ansvariga)	Patientsäkerhetsberättelse
	16 	Egenkontroll i form av kollegial dialog av hälso- och sjukvårdsjournaler	Avd. Hälsa, hälso- och sjukvårdsenheten	Patientsäkerhetsberättelse
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	12 	Egenkontroll i form av checklista för löpande anteckningar	Avd. LSS-bostäder, enhet 2 och 6 (utvalda verksamheter)	Kvalitetsberättelse
	12 	Egenkontroll i form av kollegial dialog av den sociala dokumentationen	Avd. Stöd, assistans och daglig verksamhet, alla enheter samt Avd. Myndighet och socialpsykiatri, barnenheten	Kvalitetsberättelse
	12 	Egenkontroll i form av kontroll av att genomförandeplaner är upprättade, aktuella och uppföljda	Avd. Myndighet och socialpsykiatri, enhet 2	Kvalitetsberättelse
Risk för bristande journalföring i hälso- och sjukvårdsjournaler utförd av legitimerad personal inom daglig verksamhet	12 	Egenkontroll i form av att genomföra en kvantitativ och kvalitativ granskning av journalanteckningar gjorda av legitimerad personal i daglig verksamhet	Avd. Stöd, assistans och daglig verksamhet, utvalda enheter	Patientsäkerhetsberättelse



5.4 Område: Anhörigperspektiv

Identifierad risk	Risk-värde	Egenkontroll/Åtgärd	Utförs av	Uppföljning
Risk för att det saknas systematisk uppföljning av förvaltningens arbete med anhörigstöd och antagen handlingsplan för anhörigperspektiv	15 	Egenkontroll i form av checklista: Anhörigperspektiv i verksamheten	Avd. Myndighet och socialpsykiatri, barnenheten	Delårsuppföljning och kvalitetsberättelse


5.5 Område: Verkställighet

Identifierad risk	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Utförs av	Uppföljning
Risk för att inte kunna tillgodose individens behov av insats på grund av att beslut inte verkställs inom tre månader/på rätt sätt utifrån individens behov vilket kan leda till lidande för individen	12 	Egenkontroll i form av kvartalsuppföljning	Avd. Myndighet och socialpsykiatri, myndighetsenheten	Delårsuppföljning och kvalitetsberättelse


5.6 Område: Handläggningstider och handläggningsprocessen

Identifierad risk	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Utförs av	Uppföljning
Risk för lång handläggningstid avseende handläggning LSS och SoL vilket kan leda till fördröjda insatser för brukaren	6 	Egenkontroll av handläggningstid i form av månadsvis uppföljning	Avd. Myndighet och socialpsykiatri, myndighetsenheten	Delårsuppföljning och kvalitetsberättelse
	6 	Egenkontroll i form av checklista för kontroll av handläggningsprocessen	Avd. Myndighet och socialpsykiatri, myndighetsenheten	Delårsuppföljning och kvalitetsberättelse


5.7 Område: Barnets bästa i utredningar

Identifierad risk	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Utförs av	Uppföljning
Risk att barnet inte kommer till tals i utredningsprocessen vilket påverkar barnets delaktighet negativt samt strider mot barnkonventionen	6 	Egenkontroll i form av kontroll av andel utredningar enligt 9§3 – 9§8 LSS och SoL där prövning av barnets bästa framgår	Avd. Myndighet och socialpsykiatri, myndighetsenheten	Delårsuppföljning och kvalitetsberättelse



5.8 Område: Kompetens

Identifierad risk	Riskvärde	Egenkontroll/Åtgärd	Utförs av	Uppföljning
Risk för att brukare inte får kvalificerat stöd på grund av att medarbetare saknar rätt kompetens för att möta brukarnas behov	9 	Egen kontroll i form av kontroll av kvaliteten i introduktion/bredvidgång för nya medarbetare	Avd. Myndighet och socialpsykiatri, enhet 2	Kvalitetsberättelse

5.9 Område: Delegering

Identifierad risk	Risk-värde	Egenkontroll/Åtgärd	Utförs av	Uppföljning
Risk för bristande följsamhet till delegeringsprocessen vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker	16 	Åtgärd i form av uppföljning av sommardelegering och utbildningsinsatser till chefer	Avd. Hälsa, hälso- och sjukvårds-enheten	Kvalitetsberättelse

5.10 Område: Rutiner och planering

Identifierad risk	Risk-värde	Egenkontroll/Åtgärd	Utförs av	Uppföljning
Risk för bristande följsamhet till rutiner och planering av stöd till brukaren vilket kan leda till utmanande beteende hos brukaren	9 	Åtgärd i form av dialog i ledningsgruppen för att komma fram till en gemensam mötesstruktur som ska gälla för alla arbetsgrupper	Avd. Stöd, assistans och daglig verksamhet, enhet 3	Kvalitetsberättelse
	9 	Åtgärd i form av fortsatt implementering av Marte meo, kommunikationspass, utbildningsinsatser och pedagogiska arbetsmetoder	Avd. Myndighet och socialpsykiatri, barnenheten	Kvalitetsberättelse