



Kvalitetsberättelse 2022

Funktionsstödsnämnden

Innehåll

Ordlista förkortningar	3
1. Inledning.....	4
2. Processer och rutiner	5
3. Samverkan.....	6
4. Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete	8
5. Resultat av systematiskt förbättringsarbete	9
5.1. Skyddsåtgärder.....	9
5.2. Basal hygien.....	10
5.3. Social dokumentation.....	10
5.3.1. Checklista för löpande anteckningar	10
5.3.2. Kollegial granskning av social dokumentation.....	11
5.3.3. Egenkontroll av genomförandeplaner	11
5.4. Anhörigperspektiv.....	12
5.5. Handläggning enligt SoL och LSS.....	12
5.5.1. Handläggningsprocessen.....	12
5.5.2. Handläggningstider.....	12
5.5.3. Icke verkställda beslut	13
5.5.4. Barnets bästa i utredningar	14
5.6. Kompetens.....	14
6. Analys av avvikelser	15
7. Öppna jämförelser.....	17
7.1. Kommunenkät	17
7.2. Enhetsundersökning	17
7.3. Brukarundersökning.....	18
8. Analys av årets kvalitetsarbete	19

Ordlista förkortningar

HSL = Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

IVO = Inspektionen för vård och omsorg

LSS = Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Nationell informationsstruktur = ett ramverk för strukturerad dokumentation inom vård och omsorg

SIP = Samordnad individuell plan

SoL = Socialtjänstlag (2001:453)

SVU = Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

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 kvalitetsarbete.

Insatser och stöd som ges inom dessa verksamhetsområden ska vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheterna ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Funktionsstödsförvaltningen har flera styrprocesser som syftar till att utveckla, granska och säkra kvaliteten i de insatser som utförs, där det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 utgör en av dessa styrprocesser. Funktionsstödsförvaltningens kvalitetsledningssystem är digitalt och hanteras i IT-stödet Stratsys.

Arbetet i ledningssystemet utgår ifrån de processer och rutiner som bedömts nödvändiga för att säkra att verksamheten uppfyller de krav som gäller enligt lagar och föreskrifter. Utifrån processerna identifieras risker och till dessa risker planeras egenkontroller och åtgärder som syftar till att säkra kvaliteten i genomförandet av insatser.

I kvalitetsberättelsen presenteras förutom ett övergripande resultat av arbetet i ledningssystemet under 2022 även en analys av avvikelser under året, årets resultat av öppna jämförelser samt en övergripande analys av kvalitetsarbetet under året. Utöver kvalitetsarbetet som redovisas i kvalitetsberättelsen har det under året genomförts mindre verksamhetsanpassade egenkontroller och åtgärder som har rapporterats i Stratsys men som inte redovisas i denna kvalitetsberättelse. En del av de egenkontroller och åtgärder som har genomförts under 2022 presenteras även i patientsäkerhetsberättelsen.



Bild: Struktur ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2. Processer och rutiner

Enligt föreskriften för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är två av ledningssystemets grundläggande delar processer och rutiner. Den som bedriver verksamheten ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamhet ska även säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade och hälso- och sjukvård.

Kravet på att beskriva och fastställa processer och rutiner i verksamheten gäller för de processer som finns i den egna verksamheten, det vill säga inom respektive vård- eller omsorgsgivares organisation. För att definiera vilka processer och rutiner som behövs kan exempelvis riskanalyser, egenkontroller, utredningar av rapporter samt synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet användas. Även lagar, föreskrifter och reglemente styr vilka processer och rutiner som bör finnas i verksamheten.

Funktionsstödsförvaltningens processer finns samlade i modulen för kvalitetsarbete i Stratsys.

Under 2023 kommer strukturen för processer i ledningssystemet att omarbetas till en mer överskådlig utformning vilket förväntas underlätta hantering och dokumentation i det systematiska kvalitetsarbetet. Den nya strukturen kommer även i större utsträckning att matcha de referensmodeller för strukturerad dokumentation för vård och omsorg som finns inom nationell informationsstruktur.

3. Samverkan

Samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvaliteten för de insatser som ges inom socialtjänsten och verksamheter enligt LSS och för att förebygga vårdskador inom hälso- och sjukvården. Föreskriftens krav på att identifiera, beskriva och fastställa processer för samverkan gäller för dem som finns i den egna verksamheten, det vill säga inom respektive vård- eller omsorgsgivares organisation. Det kan vara fråga om hur samverkan ska bedrivas exempelvis mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar och mellan olika personalgrupper. Samtidigt rör sig patienter, klienter och brukare ofta mellan flera vård- och omsorgsgivare. Processer och rutiner ska därför också beskriva hur samverkan med externa aktörer möjliggörs. Vård- och omsorgsgivare som har behov av att samverka kan gemensamt ta fram processer för samverkan.

Samverkan vuxna

Under 2022 har funktionsstödsförvaltningen tillsammans med arbetsmarknads- och socialförvaltningen och hälso-, vård- och omsorgsförvaltningen arbetat fram en överenskommelse avseende ansvarsfördelning mellan förvaltningarna kring vuxna personer som är i behov av stöd och service från minst en socialförvaltning. Överenskommelsen har tidigare omfattat två av socialförvaltningarna men har nu omarbetats för att även inkludera hälso-, vård- och omsorgsförvaltningen. Överenskommelsen syftar till att säkra samverkan mellan förvaltningarna kring målgruppen vuxna i behov av stöd samt att individer med behov av stöd från flera förvaltningar inte ska falla mellan stolarna. I överenskommelsen finns även en del som innefattar förbättringsförslag för verksamheternas möjligheter till samverkan. Med koppling till överenskommelsen har ett arbete påbörjats med framtagande av vägledningar för hur samverkan ska ske i det vardagliga arbetet. Tre vägledningar inom områdena vuxna, barn och HSL kommer färdigställas under våren 2023.

De tre socialförvaltningarna har under året även skapat en gemensam introduktion för medarbetare inom myndighetsutövning som leds av medarbetare från de tre förvaltningarna. Det har också startats upp ett gemensamt projekt för att effektivisera SVU-processen och i samband med detta har en gemensam rutin tagits fram för kontakt mellan socialförvaltningarna vid mottagande av anmälan och förhandsbedömning gällande insatser och stöd.

Samverkan barn

Under hösten har ett projekt med satsning på samverkan för barn och unga startats upp mellan funktionsstödsförvaltningen och arbetsmarknads- och socialförvaltningen. Satsningen syftar till att förbättra samverkan mellan medarbetare och chefer i de båda förvaltningarna för att kunna ge ett bra stöd till barn och unga, som har både social problematik och funktionsnedsättningar. Projektet riktar sig till malmöbor 0–18 år och är en del av arbetet med förbättrad kvalitet för de individer som behöver stöd från mer än en förvaltning. Projektet pågår från den 1 september 2022 till den 31 augusti 2023. Projektet har för avsikt att lösa både kortsiktiga och långsiktiga behov. Syftet är att ge helhetssyn med barnet i fokus genom hela processen för de insatser som förvaltningarna kan ge barnet. I projektledningsgruppen ingår representanter från båda förvaltningarna och sedan september finns en projektledare anställd som bland annat ska ansvara för att arbeta med de tre fokusområdena som är framtagna enligt följande:

1. Skapa ett gemensamt jourboende (barnboende med akuta placeringar för barn och unga)
2. Skapa gemensam rekrytering av familjer som vill bli familjehem (där familjen tar ansvar för barnet under en lång tid)
3. Skapa ett konsultationsteam för komplexa barnärenden.

Ett konsultationsteam för komplexa barnärenden startas upp i januari 2023. Därefter kommer projektet arbeta vidare på ett förvaltningsövergripande sätt med jourboende och familjehemsfrågan. Utöver dessa tre fokusområden är också frågan om sekretess aktuell. Inom projektet ska ett samtycke tas fram för att båda förvaltningarna ska kunna samarbeta kring stödet till barnet.

Under 2022 har även funktionsstödsförvaltningen tillsammans med arbetsmarknads- och socialförvaltningen och grundskoleförvaltningen enats om att under 2023 arbeta fram en överenskommelse mellan förvaltningarna avseende barn.

Funktionsstödsförvaltningen har också en pågående samverkan med kulturförvaltningen och fritidsförvaltningen gällande mötesplatser och fritidsgårdar med särskilt fokus på barn och unga med funktionsnedsättningar. En strategi för detta har arbetats fram mellan de tre förvaltningarna, vilken beslutades av kommunfullmäktige under hösten. Arbeta pågår nu med en handlingsplan.

4. Förvaltningsövergripande kvalitetsarbete

Funktionsstödsförvaltningens övergripande utvecklingsarbete som påbörjades för några år sedan har samlats under namnet "Vårt kärnuppdrag". Inom ramen för Vårt kärnuppdrag har prioriterade områden valts ut som anger förvaltningens fokus de kommande åren. Till dessa prioriterade områden har action- och beredningsgrupper med deltagare från förvaltningens olika avdelningar kopplats som ska driva förändringsarbetet inom de olika områdena. De prioriterade områdena är:

- Kvalitet i kärnuppdraget
- Jämlig hälsa och nära vård
- Kompetensutveckling och kompetensförsörjning
- Styrmedel och uppföljning
- Ekonomi och resursfördelning
- Hållbart ledarskap och hälsosam organisation

En del av arbetet inom Vårt kärnuppdrag är direkt knutet till funktionsstödsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete på olika vis. Ett exempel finns inom styrmedel och uppföljning där det ingår ett uppdrag att skapa en mer sammanhållen modell för planering och uppföljning i funktionsstödsförvaltningen. Detta innebär att de olika styrprocesser som förvaltningen använder sig av knyts närmre varandra och att dessa strukturer ses över för att skapa en helhet som är lätt att förstå och ta till sig. Det systematiska kvalitetsarbetet är en av dessa styrprocesser och de förändringar inom processen som lanseras redan inför 2023 är att förvaltningsövergripande kvalitetsarbete följs under rubriken "Plan för verksamhet" i nämndsbudgeten istället för i en separat plan för ledningssystem och kvalitetsberättelse. På så sätt ökar möjligheterna till en sammanhållen analys för förvaltningen som kan utgöra grunden för nästkommande års planering. Det verksamhetsnära kvalitetsarbetet knyts närmre verksamheterna och insatser kommer att göras under 2023 för att säkra kompetensen hos ansvariga chefer och kontaktpersoner kring vikten av ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete som också dokumenteras och följs i Stratsys.

Kvar att utveckla under 2023 är de dialogforum förvaltningen behöver för att följa kvalitet och fånga upp avvikelser som behöver lyftas uppåt i organisationen. Hittills har sådana dialoger samlats under namnet kvalitetsråd och dessa har haft en struktur som följts sedan 2017. Den strukturen följdes även 2022 men inför 2023 kommer dessa forum att ses över och utvecklas. Det som fungerat väl ska behållas men de inslag som inte fyllt sin funktion fullt ut ska ersättas efter andra behov för att följa kvalitet i förvaltningen på ett effektivt sätt.

I utvecklingsarbetet inom Vårt kärnuppdrag engageras också förvaltningens nya kvalitetsenhet. Enhetens uppdrag är att stötta verksamheterna i sitt kvalitetsarbete är påbörjat och strukturer för exempelvis kvalitetsgranskningar ska utvecklas under 2023. Kvalitetsenhetens medarbetare är på olika sätt involverade i de olika action- och beredningsgrupper som knutits till Vårt kärnuppdrag, inte minst i den arbetsgrupp som hanterar förvaltningens kvalitetssäkring där strukturer för arbetet med avvikelser samt modeller för kvalitetsgranskningar bland annat hanteras.

5. Resultat av systematiskt förbättringsarbete

I detta avsnitt redovisas resultaten av de egenkontroller och åtgärder som genomförts under det gångna året och som haft påverkan på flera verksamheter i förvaltningen. Utöver dessa har vissa verksamheter planerat och genomfört andra egenkontroller och åtgärder löpande under året i den egna verksamheten, som en del av det systematiska förbättringsarbetet.

5.1. Skyddsåtgärder

Verksamheter enligt SoL, LSS samt HSL är skyldiga att bedriva ett systematiskt arbete i strävan att förebygga och undvika åtgärder som kan vara tvingande eller begränsande för den enskilde brukaren. Funktionsstödsförvaltningen har de senaste åren arbetat med skyddsåtgärder på flera olika sätt, bland annat genom egenkontroller och åtgärder inom ledningssystemet.

Tidigare egenkontroller inom området har visat på behov av kontinuerlig dialog kring skyddsåtgärder för att kännedom och kunskap kring skyddsåtgärder ska hållas levande på ett mer effektivt sätt i verksamheterna. Inför 2022 planerades därför en åtgärd i ledningssystemet i form av att samtliga verksamheter skulle genomföra dialog utifrån Socialstyrelsens diskussionsmaterial om tvångs- och begränsningsåtgärder. Respektive sektionschef har under året ansvarat för att planera och genomföra dialogen i personalgruppen samt därefter ge en muntlig överlämning av dialogens resultat till ansvarig enhetschef som har rapporterat i Stratsys. Merparten av förvaltningens verksamheter genomförde åtgärden under första halvåret av 2022 vilket även redovisades i delårsrapport för systematiskt kvalitetsarbete 2022.

Sammantaget visar resultaten efter dialogerna på att arbetet som gjorts de senaste åren i förvaltningen har haft positiva effekter och bland annat lett till ökad medvetenhet och kompetens kring skyddsåtgärder. Flera verksamheter har bland annat uppmärksammat att det förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder som tidigare inte tänkts på som sådana åtgärder eller funnit skyddsåtgärder som används men som inte längre är nödvändiga utifrån brukarens behov. Detta har lett till ett ökat antal avvikelser där tvångs- och begränsningsåtgärder har uppmärksamats samt att personalgruppen har hittat andra vägar för att stötta brukare och för att ge brukare stöd utan begränsningar.

I många av verksamheterna upplevs dialogerna också ha gett en ökad förståelse och följsamhet till Malmö stads process för arbetet med skyddsåtgärder. Det förekommer dock variation i kunskap och efterlevnad av processen mellan verksamheter, vilket öppnar upp för skilda tolkningar i hur processens olika steg ska hanteras och följas. Denna variation kan delvis bero på sektionschefers förkunskap men också på tillgången till processledare i verksamheterna. Det saknas i dagsläget regelbundna och riktade genomgångar av processen för arbetet med skyddsåtgärder för sektionschefer, men det saknas även en mer bred allmän utbildning till alla verksamheter.

Vidare visar resultaten av dialogerna att arbetet kring skyddsåtgärder har lett till större fokus på hantering och uppföljning av samtycke, även om det fortfarande förekommer viss variation mellan verksamheter i hur väl samtycket har hanterats och följts upp korrekt. Det förekommer också svårigheter kring hur samtycke från brukaren ska hanteras när flera olika professioner är inblandade i olika delar av processen. Några av de svårigheter som också lyfts handlar om att det upplevs finns en otydlighet kring dokumentationen när dokumentation sker i två olika journalsystem (HSL och SoL/LSS) samt att uppfattningen är att legitimerad personal ofta kommer in för sent i processen. Processen för arbetet med skyddsåtgärder bygger på teamsamverkan och som ett led i att förbättra teamsamverkan och arbeta mer gemensamt kring skyddsåtgärder finns punkten numera med på dagordningen för möten med HSL-team i verksamheterna. I strävan att förhindra tvångs- och begränsningsåtgärder och för att processen för skyddsåtgärder ska kunna följas krävs ett välfungerande teamarbete mellan flera olika professioner där det görs kartläggningar och tidiga insatser för att arbeta mer förebyggande.

Dialogerna utifrån Socialstyrelsens diskussionsmaterial visar på vikten av att personalgrupper även fortsättningsvis får möjlighet till samtal, reflektion och erfarenhetsutbyte i arbetet kring skyddsåtgärder. I det fortsatta systematiska arbetet med processen för skyddsåtgärder är kunskap hos både personal och chefer viktigt, men även nätverket för processledare är en viktig del. Nätverket har under året haft regelbundna träffar med fördjupade dialoger kring hur processen kan användas som ett redskap i arbetet med att eliminera tvångs- och begränsningsåtgärder.

5.2. Basal hygien

Checklistan för basal hygien har genomförts i funktionsstödsförvaltningen under flera år och har fyllt en kunskapshöjande funktion. Resultaten har förbättrats stegvis och under pandemiårens ökade fokus på basala hygienrutiner höjdes resultaten till goda nivåer. Inför 2022 önskade samtliga verksamhetsavdelningar att checklistan skulle genomföras på nytt för att säkra den kompetens som inhämtats under pandemin. Checklistan skulle vara genomförd till delårsrapporten av det systematiska kvalitetsarbetet men på grund av prioriteringsbehov i verksamheter saknades resultat för checklistan i många verksamheter. Vid årets slut återfanns resultat för checklistan 2022 i tre fjärdedelar av de verksamheter som skulle genomföra checklistan.

De resultat som rapporterats visar över lag på en god kännedom om basala hygienrutiner i förvaltningens verksamheter. I avdelningarnas analyser av årets resultat märks en hög medvetenhet, ett mer naturligt förhållningssätt till rutinerna och en större vana av att åtgärda brister när de uppstår. Checklistan har ofta kompletterats med andra insatser som utbildning och dialog på exempelvis APT. De avvikelser och utmaningar som noterats handlar bland annat om avvikelser kopplade till arbetskläder där kläder i rätt storlek saknats. Medarbetare har också behövt påminnas om att inte använda smycken och att använda kortärmade plagg vid vård- och omsorgsmoment. En svårighet att kontrollera följsamhet till rutiner för arbetskläder vid utförande av personlig assistans har också uppmärksammats av berörd verksamhetsavdelning då det utförs i någons hem utan kontinuerlig närvaro av ansvarig chef. Samtliga verksamheter uppmärksammar det positiva i regelbundna dialoger för att bibehålla medvetenhet och kompetens kring området.

5.3. Social dokumentation

Under året har några av förvaltningens verksamheter arbetat med att kvalitetssäkra den sociala dokumentationen på olika sätt, bland annat genom egenkontroller och granskning av löpande anteckningar samt egenkontroll av aktuella genomförandeplaner i vissa verksamheter. Resultaten av dessa egenkontroller presenteras under kommande avsnitt.

Sedan 2020 har förvaltningen en gemensam riktlinje för social dokumentation för utförare med tillhörande utbildningsmaterial. De senaste åren har det dock uppmärksammats att förvaltningens avdelningar använder sig av olika dokument, manualer och utbildningsmaterial kring social dokumentation. Under 2023 kommer det att genomföras en förvaltningsgemensam egenkontroll kring social dokumentationen. Egenkontrollen kommer att genomföras som en självskattning av kvaliteten på löpande anteckningar och genomförandeplaner i slumpmässigt utvalda brukarärenden. Förhoppningen är att egenkontrollen ska ge svar på vilka åtgärder som behöver vidtas i det fortsatta arbetet med att kvalitetssäkra den sociala dokumentationen i samtliga av förvaltningens verksamheter.

5.3.1. Checklista för löpande anteckningar

Under 2021 utvecklade avdelning LSS-bostäder ett fördjupningsmaterial kring social dokumentation, som ett komplement till det förvaltningsgemensamma utbildningsmaterialet. Implementering av utbildnings- och fördjupningsmaterialet har pågått under 2022 och nästan alla verksamheter i avdelningen har utbildats i social dokumentation under 2022.

Fyra utvalda verksamheter inom enhet 2 och enhet 6 i avdelning LSS-bostäder genomförde under hösten 2021 en egenkontroll i form av en checklista för löpande anteckningar i den sociala dokumentationen.

Samma verksamheter har besvarat checklistan på nytt under hösten 2022 för att följa upp och jämföra om implementering av avdelningens fördjupade utbildningsmaterial har gjort skillnad på resultatet.

Resultatet av checklistan under hösten 2022 visar att kvaliteten på löpande anteckningar skiljer sig åt en del mellan verksamheterna, där två av verksamheterna har övervägande positiva svar medan det i två av verksamheterna förekommer brister i dokumentationen. Resultatet visar bland annat att löpande anteckningar till största del innehåller information om vilka åtgärder som har vidtagits och av vem, men att det i viss utsträckning är knapphändig information samt att det ibland saknas uppföljning i ärendet/situationen. Vidare visar resultatet att löpande anteckningar inte bedöms innehålla tillräcklig information om sådant som påverkar eller kan komma att påverka brukaren samt att det i vissa fall saknas ett tydligt fokus på brukarperspektiv i dokumentationen.

En av frågorna i checklistan där det förekommer brister i samtliga verksamheter handlar om huruvida löpande anteckningar innehåller ändamålsenlig information som är kopplad till genomförandeplanens mål och beskrivningar av hur insatsen/stödet ska utföras. Verksamheterna ser behov av att öka förståelsen hos personalen för hur genomförandeplan och löpande anteckningar hänger samman samt hur genomförandeplanens innehåll och utformning kan ge stöd i hur och vad som bör dokumenteras som löpande anteckningar. Detta resultat liknar resultatet från 2021 då det även då visade på att verksamheterna behöver bli bättre på att skriva anteckningar som innehåller ändamålsenlig information och uppgifter som är kopplade till målen och ”huret” i genomförandeplaner.

Utifrån resultatet av egenkontrollen kan sägas att implementeringen av fördjupningsmaterialet kring social dokumentation upplevs haft avsedd effekt i två av verksamheterna, medan två av verksamheterna behöver fortsätta arbeta vidare med att implementera utbildningsmaterialet i personalgruppen.

5.3.2. Kollegial granskning av social dokumentation

Verksamheter inom avdelning stöd, assistans och daglig verksamhet har under året arbetat med social dokumentation på olika sätt och i varierande utsträckning.

Inom daglig verksamhet har genomförandeplaner och löpande anteckningar diskuterats på möten i verksamheten och på planeringsdagar under året. Omsorgspedagogerna har även gjort granskningar av genomförandeplaner och löpande anteckningar samt att det har utförts stickprovskontroller av sektionschefer. Uppfattningen är att genomförandeplaner ger stöd i att tydliggöra hur insatsen ska utföras samt att det går att utläsa om och på vilket sätt brukaren har varit delaktig i upprättandet av planen. Diskussioner och granskningar visar på vissa brister gällande löpande anteckningar, framförallt gällande osäkerhet kring hur man rent formellt skriver anteckningarna, t ex när man ska välja rätt livsområde utifrån IBIC. En del brister beror också på planeringen av tid för att möjliggöra att det finns tid för att skriva god dokumentation med kvalitet. Syftet och förståelsen kring varför man ska dokumentera upplevs ha ökat och kan ses som en god effekt av arbetet med egenkontrollen.

Inom personlig assistans samt i teamen för stöd och service har frekvensen på dokumentationen ökat i vissa grupper medan andra grupper fortsatt dokumenterar för sällan för att kunna följa ärenden. Ett flertal genomförandeplaner har inte uppdaterats inom den beslutade tidsramen. De flesta medarbetarna i dessa verksamheter har under året gått utbildning i social dokumentation och haft dialoger kring ämnet, men det finns ett fortsatt behov av utbildning och även digitala verktyg som stöd i arbetet med dokumentation.

5.3.3. Egenkontroll av genomförandeplaner

I avdelning myndighet, socialpsykiatri och barn har enhet 2 genomfört en egenkontroll av genomförandeplaner. Resultatet visar att genomförandeplanerna i hög grad är såväl upprättade, aktuella som uppföljda. De verksamheter inom enheten som har lägre grad av korrekta genomförandeplaner har som gemensam nämnare att det finns en lägre grad av kontinuitet i chefsledet och/eller stödpedagog med utökad uppdrag. Det kan därmed ses som avgörande för verksamheten och för kvaliteten på genomförandeplaner och dokumentation att dessa stödstrukturer finns på plats. Dessa stödfunktioner kan bidra med att arbeta aktivt för att betona vikten av god kvalitet i den sociala dokumentationen.

5.4. Anhörigperspektiv

I "Plan för ledningssystem 2022" angavs att barnenheten på nytt skulle fylla i den checklista som testades som pilot föregående år. Checklistan har inte använts i arbetet med anhörigperspektiv i barnenheten under året, däremot har flera andra insatser genomförts. Samarbetet med skolan har utvecklats och frekvensen av antalet samordnade individuella planeringar (SIP) har ökat. Ökningen beror på att verksamheten i ett tidigare skede kontaktar både skola och vårdnadshavare om det finns skäl för oro eller om man ser förändringar hos barnet. Utöver detta har verksamheten haft ett ökat fokus på individuellt stöd till föräldrar vid behov. Stödet har bland annat bestått av att ge föräldrar ökad kunskap om exempelvis bemötande, alternativ kommunikation och tydliggörande pedagogik.

Verksamheterna ser också en stor betydelse i involvering och samverkan med föräldrarna vid förberedelse av inflyttning. I stödet har ingår till exempel att skicka hem schema till föräldrarna för att kunna förbereda barnet inför ankomsten. Upplevelsen är att ett ökat fokus på anhöriga har uppskattats av föräldrar vilket ger en ökad trygghet och kvalitet för barnen.

5.5. Handläggning enligt SoL och LSS

Myndighetsenheten genomför sedan flera år tillbaka egenkontroller för att kontrollera olika aspekter av myndighetsutövningen. I följande stycken redogörs för resultaten på helårsbasis för 2022.

5.5.1. Handläggningsprocessen

LSS-teamet, assistansteamet och socialpsykiaritteamet på myndighetsenheten har tagit fram en checklista för att utföra en systematisk granskning och utvärdering av följsamhet till rutiner och processer vid handläggning av ärenden. Egenkontrollen följs upp kvartalsvis för respektive handläggningsteam genom stickprovskontroller av utredningar. Sektionscheferna i enheten återkopplar sedan med en analys av resultatet som ligger till grund för planering av åtgärder i moment där brister upptäcks. Checklistan har beskrivits som ett effektivt verktyg för att kvalitetssäkra handläggningsprocessen och kommer att användas även 2023.

Under 2022 har resultaten av checklistan markerats som godkända i Stratsys samtliga kvartal. De positiva inslag som beskrivs i resultaten omfattar exempelvis att ärendena som granskats innehåller bra informationsinhämtning, att utredningar kommuniceras på ett korrekt sätt samt att bedömningar och beslut är formulerade på ett bra och tydligt sätt. Bland de avvikelser som noterats i stickprovskontrollerna märks framför allt att det ibland saknas daganteckningar eller det motsatta, att det ibland finns för mycket information i daganteckningarna som inte bör finnas i brukarens journal. Ett annat förbättringsförslag som lämnats till sektionschef efter genomförda kontroller är möjligheten att bättre redogöra för brukarens egen beskrivning i bedömningarna. Myndigheten har genomgått en omorganisation och med anledning av detta kommer checklistan att anpassas för att granska fyra sektioner istället för tre. Inför 2023 kommer också de förslag på åtgärder som lämnas till ansvarig sektionschef efter varje granskning att läggas in som åtgärder direkt i Stratsys för att kunna följas där.

5.5.2. Handläggningstider

Myndighetsenheten genomför kvartalsvis egenkontroller avseende handläggningstider för ärenden inom LSS och SoL. Inkomna ansökningar och ärenden ska utredas i den omfattning som dess beskaffenhet kräver samt handläggas så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts. Handläggningsprocessen har försetts med ledtider för att tydliggöra tidsramarna. Vid högt inflöde av ansökningar som medför hög arbetsbelastning för handläggarna görs prioritering av ärenden kontinuerligt tillsammans med sektionschef, förste handläggare och ansvarig handläggare.

Handläggningstiderna för insatser enligt LSS som hanteras av LSS-teamet har under större delen av 2022 legat på under fyra månader med undantag för oktober och november då tiden sträckte sig strax över fyra månader. LSS-teamet har under året haft fortsatt fokus på att komma i kapp med uppföljningsarbetet för att säkerställa att den enskilde får det stöd som beviljats med den kvalitet som kan förväntas.

Fokus har också varit att lägga en bra grund för den omorganisation i enheten som trädde i kraft 1 december 2022. Omorganisationen har bland annat inneburit att mer tid avsatts för interna utbildningar. Utöver satsningar på uppföljningsarbete och intern utbildning har situationen inom hälso- och sjukvården haft inverkan på teamets handläggningstider. En hög belastning inom hälso- och sjukvården har inneburit att den enskilde fått vänta längre på läkarintyg eller andra intyg från sjukvården för att biståndshandläggaren i sin tur ska kunna göra en korrekt och rättssäker bedömning.

Handläggningstiden för ansökningar gällande insatsen personlig assistans enligt LSS 9§2 som hanteras av assistansteamet har varierat under året mellan strax över tre månader upp emot nästan fem månader. Anledningen till detta är att ärendena har olika karaktär och komplexitet. Handläggningstiderna påverkas också av att hälso- och sjukvården har haft en hög belastning och att det i sin tur har medfört att brukare har fått vänta länge på de intyg som krävs för en rättssäker bedömning. Det som särskilt påverkar teamets handläggningstider är egenvårdsbedömningar där det inte är ovanligt att brukare får vänta en lång tid på sina bedömningar trots att den enskilde begärt ut sin egenvårdsbedömning samt fått hjälp av biståndshandläggare.

Handläggningstider för insatser enligt SoL ligger under den fastställda tiden på fyra månader. Med anledning av att handläggningstiderna ligger stabilt på en nivå under tidsramen har inga särskilda åtgärder vidtagits kring dessa handläggningstider. Värt att notera är dock att socialpsykiatriteamet under kvartal fyra har haft en högre arbetsbelastning med fler inkomna ansökningar av komplex karaktär jämfört med tidigare kvartal. I socialpsykiatriteamet ser man en ökning vad gäller orosanmälningar som krävt en akut åtgärd och därefter en mer kontinuerlig kontakt och uppföljning av biståndshandläggare. Från den 1 december 2022 har socialpsykiatriteamet inom myndighetsenheten startat ett mottag för att bättre möta upp inkomna orosanmälningar samt avlasta ordinarie biståndshandläggare i dessa ärenden. Under detta kvartal har därför ett stort fokus legat på att följa upp beslut i syfte att säkerställa att brukaren har de insatser som motsvarar behovet.

5.5.3. Icke verkställda beslut

När ett beslut om insats har fattats ska förvaltningen alltid sträva efter att verkställa insatsen så snart som möjligt. Insatser som inte har kunnat verkställas inom tre månader efter beslut ska regelbundet rapporteras till IVO som icke verkställda beslut. I rapporteringen till IVO ska det även framgå anledningen till att beslutet inte har gått att verkställa. Rapporteringen avser både gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader och gynnande beslut som har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. Myndigheten har kontinuerliga avstämningsmöten med verksamheter mellan rapporteringsperioderna för att möjliggöra att åtgärder vidtas i tid för att besluten/insatserna ska kunna verkställas för den enskilde. Efter avstämningsmötena agerar verksamheterna och myndigheten för att verkställa beslut i så stor omfattning som möjligt inför kommande rapportering.

Antalet icke verkställda beslut inom LSS ökade under de tre första kvartalen 2022 för att sedan falla tillbaka något under det fjärde kvartalet. Inom SoL har en successiv ökning av antalet icke verkställda beslut märkts under året. Inom både LSS och SoL ökade antalet beslut som verkställdes som tidigare har varit icke verkställda. Statistik med specifika siffror rapporteras på andra sätt, exempelvis till IVO och funktionsstödsnämnden, dessa siffror rapporteras därför inte i denna rapport. Icke verkställda beslut kommer att tas bort som en egenkontroll i ledningssystemet hos myndighetsenheten under 2023 eftersom att detta underlag följs upp och rapporteras på flera andra sätt.

En satsning är påbörjad under 2022 för att skapa ett bättre samarbete mellan myndighet och verksamhet i funktionsstödsförvaltningen. I december hölls en informationsträff där myndigheten bjöd in ansvariga verksamhetschefer på enhetsnivå, sektionsnivå samt samordnare tillsammans med myndighetens sektionschefer förste biståndshandläggare och utvalda biståndshandläggare. Under träffen informerades om syftet med rapporteringen till IVO, vad den ska innehålla och hur ett fördjupat samarbete mellan myndighet och verksamhet kan se ut för att i så stor omfattning som möjligt kunna verkställa beslut inom skäligen tid. Uppföljande träff är inbokad i mars. Funktionsstödsförvaltningens arbetsutskott har också under hösten 2022 gett förvaltningen i uppdrag att ta fram en handlingsplan för att minska antalet icke verkställda beslut och därmed möjliggöra att fler brukare får sin beviljade insats verkställd inom utsatt tid.

Handlingsplanen kommer att presenteras för nämndens arbetsutskott under våren 2023. Arbetet fortsätter under 2023 och hålls samman inom actiongruppen Verkställighet och uppföljning.

5.5.4. Barnets bästa i utredningar

Myndighetsenheten har sedan några år tillbaka genomfört en egenkontroll som avser andelen utredningar enligt SoL samt 9§3 – 9§8 LSS där prövning av barnets bästa framgår. Artikel 3 i barnkonventionen reglerar att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla beslut som rör dem. Granskningen genomförs två gånger per år. De 28 barnbeslut som fattades under mars månad granskades och avrapporterades i delårsrapporten för det systematiska kvalitetsarbetet. Inför årets andra rapporteringstillfälle granskades 25 barnbeslut under oktober månad.

Resultatet av egenkontrollen för andra halvåret 2022 visar att i frågan om barnet kom till tals under utredningsprocessen, skedde detta i 9 av 25 utredningar vilket motsvarar 36 %. Varför barn inte kommit till tals i återstående 16 utredningar berodde till större delen på barnets kommunikationssvårigheter och bristande förmåga vad gäller insikt i frågorna som ställdes. Detta framgår tydligt i majoriteten av dessa utredningar. Handläggare har i dessa ärenden försökt engagera barnet i handläggningen genom att ställa frågor både som berör och inte berör den sökta insatsen samt genom att inhämta information från föräldrar och andra vuxna i barnets omgivning. I ett av ärendena har barnet önskat att inte vara delaktig och besvara frågor från handläggare, då föräldrarna uppgett att de ej kunnat motivera till detta. Handläggaren har i detta ärende fått inhämta information från föräldrarna samt via lärare på skolan. I utredningarna där handläggare inhämtat barnets åsikt har majoriteten av dessa utredningar haft en tydlig beskrivning av vilka frågor barnet fått besvara utifrån barnets perspektiv.

Resultatet visar även att barnets perspektiv har beaktats i 19 av 25 utredningar vilket motsvarar 76%. Handläggarna använder sig i stor utsträckning av den frastext som tagits fram för att beakta barnets bästa och barnperspektivet i utredningar. Texten är utformad som frastext men kräver att handläggare anpassar och formulerar om den så att den passar varje enskilt ärende och varje enskilt barn. På så sätt görs en beaktan av barnets bästa i varje enskilt ärende. I de sex utredningar där det inte finns någon beaktan av barnets bästa har handläggare skrivit en del av stycket ”beaktande av barnets perspektiv” men inte gjort någon bedömning utifrån de tre grundprinciperna. Det framkommer inte om handläggaren inhämtat barnets åsikter i avsnittet för ”beaktande av barnets perspektiv” men däremot framgår detta i andra delar av utredningen, då genom att handläggaren beskrivit att denna inte haft möjligt att kommunicera med barnet. Genomsnittsvärde på frågan om barnets bästa kommit i främsta rummet motsvarar 56 %.

Under hösten 2021 påbörjade myndighetsenheten ett arbete kring kompetensutveckling i barnrättsarbete för handläggare. Detta arbete har fortsatt även under 2022, bland annat genom satsning på kommunikationsarbete med barnanpassade beslut för respektive insats, stöddokument för handläggare vid prövning av barnets bästa, barnkonsekvensanalyser i utredningar samt att handläggare har gått utbildning i AKK (Alternativ och Kompletterande Kommunikation) under våren.

Under hösten har myndighetsenheten genomfört en omorganisation. Med start 1 december 2022 har det startats upp en renodlad barnsektion där alla ”barnärenden” handläggs och följs upp. Syftet är att kunna satsa ännu mer på kompetensutveckling och specialisering inom barnrättsområdet samt att samarbeta bättre med övriga aktörer som arbetar med barn, både internt och externt.

5.6. Kompetens

Med risk för att brukare inte får kvalificerat stöd på grund av att medarbetare saknar rätt kompetens för att möta brukarnas behov har enhet 2 inom avdelning myndighet, socialpsykiatri och barn genomfört en egenkontroll i form av kontroll av kvaliteten i introduktion och bredvidgång för nya medarbetare. Resultatet visar att enhetens verksamheter har en checklista för ”inskolning” av nya medarbetare och en utsedd medarbetare ansvarar för introduktionen av ny kollega. Sektionschefen följer därefter upp med medarbetaren löpande under introduktionsperioden. I samband med samtal med medarbetare efter avslutat sommarvikariat uppger flertalet att de upplever att de fått en god introduktion. Flertalet sommarvikarier som erbjuds fortsatt arbete inom verksamheten tackar också ja till detta.

6. Analys av avvikelser

Verksamheter enligt SoL, LSS och HSL är skyldiga att ta emot och utreda inkomna rapporter om avvikelser, synpunkter och klagomål. Inkomna rapporter, synpunkter och klagomål ska sammanställas och analyseras för att den som bedriver verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

När missförhållanden eller risk för missförhållanden uppmärksammas i en verksamhet ska detta rapporteras enligt lex Sarah. Efter inkommen rapport görs en utredning av händelsen och eventuella åtgärder vidtas för att undvika att händelsen inträffar igen. Allvarliga missförhållanden eller risk för sådana ska anmälas till IVO.

Avvikelser SoL, LSS och HSL

Under 2022 registrerades totalt drygt 6800 avvikelser inom samtliga lagrum i avvikelssystemet Flexite, vilket är en ökning med cirka 13 procent jämfört med föregående år. Det är främst inom lagrummen SoL/LSS som det har skett en ökning (33%) av avvikelser medan det inom HSL är oförändrat. Inom fallavvikelser är det en marginell minskning med cirka 2 procent.

Fördelning av registrerade avvikelser (SoL/LSS) per avdelning 2022 i jämförelse med föregående år inom parentes.

- LSS-bostäder: 2472 avvikelser (ökning 45%)
- Stöd, assistans och daglig verksamhet: 1061 avvikelser (ökning 19%)
- Myndighet, socialpsykiatri och barn: 637 avvikelser (ökning 24%)

Den största ökningen av registrerade avvikelser är inom området brister som har ökat med cirka 33% jämfört med föregående år. Dessa avvikelser har framför allt handlat om brister i aktiviteter och stöd. Även hot och våld mellan brukare har ökat under 2022 med 18 procent jämfört med föregående år.

Det ökade antalet avvikelser kopplade till brister i aktiviteter och stöd kan delvis bero på att antalet avbokningar av brukare som ska till sin dagliga verksamhet har blivit fler. Avbokningar skedde även under pandemiåren med högre frekvens men var då mer planerade i förhållande till de restriktioner som rådde vilket inte föranledde avvikelser i samma utsträckning. Orsaker som anges till avbokningar är bland annat sjukdom, brist på personal, svårighet att rekrytera med mera. Detta i sin tur leder till att brukare stannar kvar på sitt boende där bemanningen är anpassad efter att brukarna ska befinna sig på daglig verksamhet under delar av dagen. Effekterna av detta blir i större utsträckning att situationer uppstår med brist i stöd, inställda aktiviteter men också hot- och våldssituationer. Avvikelser för en avbokning kan registreras av både daglig verksamhet och boende vilket gör att samma avbokning kan generera två avvikelser, även detta påverkar statistiken. Frågan om avbokningar har lyfts vid förvaltningens övergripande kvalitetsråd för att hitta lösningar och ytterligare analysera orsakerna till avbokningarna, ett arbete som pågår.

HSL-avvikelser redovisas i sin helhet i separat patientsäkerhetsberättelse.

Missförhållanden enligt lex Sarah

Under 2022 har totalt 38 rapporter om missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt lex Sarah registrerats vilket är en minskning med 36 procent jämfört med föregående år. Minskningen antas bero på ett mer aktivt arbete med avvikelser. Detta i sin tur leder till en ökning av antalet rapporter som skrivs och en ökad kvalitet på de avvikelser som rapporteras vilket ger mer effektiva arbetssätt där bristerna åtgärdas tidigt av verksamheterna, något som minskar risken för att mer allvarliga händelser inträffar. Utvecklingssekreterare med SAS (socialt ansvarig samordnare) uppdrag ansvarar för att följa upp genomförda lex Sarah utredningar enligt en fastställd rutin.

Synpunkter och klagomål

Totalt inkom cirka 530 synpunkter och klagomål under 2022 (cirka 400 föregående år). Synpunkter har bland annat inkommit via medarbetare, brukare och anhöriga, antingen direkt till förvaltningen eller via IVO. I 16 av dessa ärenden har den som lämnat synpunkten valt att kontakta IVO som i sin tur lämnat

ärendet vidare till funktionsstödsnämnden för hantering.

Det saknas i dagsläget möjligheter att på ett övergripande sätt analysera inkomna synpunkter och klagomål. Det beror delvis på att synpunkter och klagomål under året har hanterats i två olika system (Flexite och Platina) beroende på om ärendet avser en enskild brukare eller inte. Det beror även delvis på att synpunkter och klagomål inte kategoriseras utifrån händelsetyp i något av systemen, vilket medför svårigheter att sammanställa underlag för att genomföra analys.

Den e-tjänst för synpunkter och klagomål som arbetats fram tillsammans med övriga två socialförvaltningar för en gemensam väg in till förvaltningarna för Malmöbon planeras att tas i drift under det första kvartalet 2023.

Nytt system för kvalitetsavvikelser

Sedan 2019 är det beslutat att införa ett nytt system för hantering av kvalitetsavvikelser. Under året har arbetet med att utveckla det nya systemet pågått samt att det har arbetats med förberedelser inför implementeringen av systemet. Det nya systemet för kvalitetsavvikelser är i skarp drift med start 2 januari 2023. I samband med detta har tidigare system för avvikelse rapportering, Flexite, stängts ned. Utbildningar för chefer och superanvändare i det nya systemet har genomförts under hösten av kvalitetsenheten. Samtliga medarbetare har tagit del av digitala genomgångar om avvikelser i den digitala lärplattformen Lärkan.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan det konstateras att regelbunden dialog och utbildning om avvikelsehantering samt olika former av verksamhetsnära stöd i frågorna ger synbar effekt. Antalet avvikelser ökar men andelen missförhållanden enligt lex Sarah minskar totalt sett. Kvarstår gör ett fortsatt behov av utbildning och dialog som kan förändra sättet att se på avvikelser. Avvikelser är något positivt som bidrar till en lärande organisation om de hanteras på ett korrekt sätt. En utbredd kunskap och ett tryggt förhållningssätt till avvikelsehantering är en av de viktigaste förutsättningarna för en välfungerande verksamhet.

Under 2023 kommer ett fortsatt arbete att ske i förvaltningen för att undersöka möjligheterna att knyta det systematiska arbetsmiljöarbetet närmre till det systematiska kvalitetsarbetet. Ofta finns det en tydlig parallell mellan antalet anmälningar kopplade till arbetsmiljö och antalet rapporterade kvalitetsavvikelser där ett systematiskt samarbete skulle kunna leda till positiva synergieffekter.

7. Öppna jämförelser

Varje år genomförs olika undersökningar och enkäter som en del av Öppna jämförelser. Öppna jämförelser finns inom områdena socialtjänst och hälso- och sjukvård och gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn i verksamhetens kvalitet och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer i organisationen.

Under 2022 har funktionsstödsförvaltningen deltagit i kommunenkäten, enhetsundersökningen samt genomfört brukarundersökningen inom delar av förvaltningen. Resultaten från dessa öppna jämförelser kan användas som underlag för styrning och ledning samt att prioritera områden som behöver utvecklas eller förbättras i verksamheterna.

7.1. Kommunenkät

Svaren i Socialstyrelsens kommunenkät sammanställs på strategisk nivå i funktionsstödsförvaltningen och enkäten besvaras gemensamt med arbetsmarknads- och socialförvaltningen samt hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. I de fall det finns både nekande och jakande svar på en fråga görs en gemensam bedömning av svaret för de tre socialförvaltningarna.

Årets resultat i kommunenkäten ligger i stort sett i linje med de resultat som rapporterats in föregående år. Inför årets enkät har dock Socialstyrelsen valt att ta bort ett antal frågor. Funktionsstödsförvaltningens resultat på frågorna som avser samverkan visar på en positiv förflyttning gällande samverkansavtal med externa parter. Sedan föregående år har det tillkommit ett samverkansavtal med barn- och ungdomspsykiatri, däremot saknas det fortfarande ett samverkansavtal med barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabiliteringen.

Resultaten på frågorna rörande myndighetsutövning visar på att andelen handläggare med socionomexamen inom LSS och socialpsykiatri har höjts ytterligare från föregående år till 100%, ett resultat som ligger högre än det nationella resultatet.

7.2. Enhetsundersökning

Enhetsundersökningen genomförs årligen av Socialstyrelsen som en del av Öppna jämförelser. Under 2020 och 2021 pausades enhetsundersökningen av Socialstyrelsen på grund av covid-19 samt avsaknad av upphandling med leverantör för genomförandet av undersökningen. Enhetsundersökningen omfattar insatserna bostad med särskild service för vuxna enligt LSS och daglig verksamhet enligt LSS. Undersökningen besvaras av första linjens chefer inom berörda verksamheter. Undersökningen består av frågor om bland annat genomförandeplaner, brukarinflytande, personalens kompetens och rutiner.

I flera av indikatorerna ligger funktionsstödsförvaltningen i likhet med eller högre än det genomsnittliga resultatet för hela riket. Gällande andel personer med aktuell genomförandeplan ligger detta på över 90 procent inom både boende och daglig verksamhet. De indikatorer där funktionsstödsförvaltningen ligger lägre än det genomsnittliga resultatet för hela riket handlar om huruvida brukarnas uppfattning används systematiskt för att utveckla verksamheterna (brukarinflytande) samt om personalen har erbjudits kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK).

Sammanfattningsvis visar resultatet på att funktionsstödsförvaltningen behöver utveckla sitt arbete med att systematiskt följa upp brukarnas individuella mål, delaktighet och inflytande samt att fortsätta arbeta med att kompetenssäkra verksamheterna.

7.3. Brukarundersökning

Varje år tillhandahåller Sveriges kommuner och regioner (SKR) en nationell brukarundersökning inom funktionshinderområdet som riktar sig till vuxna personer som har stöd eller insatser enligt SoL och/eller LSS. Den nationella brukarundersökningen har under hösten 2022 (september-oktober) genomförts inom daglig verksamhet och personlig assistans i funktionsstödsförvaltningen. Brukare som har någon av dessa insatser har fått möjlighet att besvara en enkät med frågor om bland annat trivsel, trygghet, kommunikation och självbestämmande. Enkät har besvarats antingen digitalt eller på pappersenkät utifrån brukarens behov och önskemål.

För enkäten inom daglig verksamhet inkom 177 svar under undersökningsperioden vilket ger en svarsfrekvens på 36 procent. För enkäten inom personlig assistans inkom 14 svar under undersökningsperioden vilket ger en svarsfrekvens på 21 procent. Den relativt låga svarsfrekvensen för de båda enkäterna kan bero på en större omorganisering som genomfördes inom daglig verksamhet under undersökningsperioden samt att det inom personlig assistans var många brukare som tackade nej till att delta då det i vissa fall varit svårt att nå brukare vars assistans utförs av anhöriga. En låg svarsfrekvens eller ett litet antal deltagare i undersökningen innebär att resultaten ska tolkas med försiktighet.

Resultatet för undersökningen inom daglig verksamhet visar att den generella nöjdheten ligger på över 70 procent för samtliga frågor. Den frågan som har högst andel positiva svar (88 procent) handlar om brukaren upplever att personalen på den dagliga verksamheten bryr sig om brukaren. Även frågorna om man känner sig trygg med personalen samt om man trivs på sin dagliga verksamhet ligger högt på vardera 86 procent. Frågorna om man får den hjälp man vill ha, om det man gör på sin dagliga verksamhet är viktigt samt om man vet vem man ska prata med om något är dåligt ligger på 85 procent.

Resultatet för undersökningen inom personlig assistans visar generellt sett på lägre andel positiva svar, bland annat gällande frågorna om man har varit med och bestämt vilka som är assistenter, om man kan göra det man vill med hjälp av assistenterna samt om man får den hjälp man vill ha av assistenterna. Den frågor som ligger högst är om man vet vem man ska prata med om det fungerar dåligt med assistenterna, som ligger på 100 procent positiva svar. Frågorna om brukaren upplever att assistenterna bryr sig om brukaren, om assistenterna pratar så att brukaren förstår samt om brukaren känner sig trygg med sina assistenter ligger på vardera 79 procent.

Under början av 2023 kommer resultatet av brukarundersökningen att återkopplas till respektive avdelnings ledningsgrupp. Resultatet kommer även att återkopplas till brukare och medarbetare i verksamheterna. Eventuella åtgärder och förbättringsförslag kommer att vidtas utifrån vad resultatet visar.

8. Analys av årets kvalitetsarbete

Som en del av underlaget till kvalitetsberättelsen har verksamhetsavdelningarna bidragit med en analys av årets kvalitetsarbete utifrån arbetssätt och effekter samt behov och förbättringsförslag framåt.

Verksamhetsavdelningarna beskriver bland annat att dialoger i personalgrupper kring utvalda områden upplevs fungera som ett effektivt verktyg för kunskapsspridning och ökad medvetenhet. Dialoger fungerar även som ett komplement och som en uppföljning efter exempelvis genomförd egenkontroll och utbildning. Effekten av dialogerna har bidragit till att öppna upp för samtal i verksamheterna vilket har lett till nya inslag och omvärderingar, exempelvis gällande arbetet med skyddsåtgärder.

Verksamheterna beskriver att det finns utmaningar i att få det systematiska kvalitetsarbetet att vara ett levande verktyg för kvalitet och utveckling. Detta synliggörs bland annat genom att verksamheter upplever ledningssystemet i Stratsys som en utmaning istället för en tillgång i att dokumentera det förbättringsarbete som genomförs. Detta medför att ambitionen om en lärande organisation till viss del uteblir samt att det försvårar arbetet med kvalitet i verksamheterna vid exempelvis chefsomsättning. Utifrån detta efterfrågas tydligare struktur för planering och uppföljning som kan ge en ökad förståelse för hur de olika delarna i det systematiska kvalitetsarbetet kan användas i verksamheternas kvalitetssäkring. Det efterfrågas även stöd och utbildning i hur kvalitetsarbetet hänger samman med övriga styrprocesser i förvaltningen.

Sammanfattning

Det kvalitetsarbete som har dokumenterats och följts upp i ledningssystemet i Stratsys under året har fungerat bra och upplevs haft god effekt på kvaliteten. Utmaningen är dock att det i dagsläget upplevs saknas en förståelse för vad som utgör ett systematiskt kvalitetsarbete i sin helhet. I dialogerna i förvaltningen kring vad som är ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete landar fokus ofta på att Stratsys som systemstöd utgör själva kvalitetsarbetet i sig i stället för att vara ett verktyg och stöd i systematiseringen av förbättringsarbetet. De egenkontroller och åtgärder som ingår i den förvaltningsgemensamma planeringen som tas fram vid årets början genomförs oftast men det saknas ofta dokumentation av ett löpande systematiskt förbättringsarbete i ledningssystemet utöver denna planering. Detta leder till att mycket av det andra kvalitetsarbetet som genomförs i verksamheterna inte blir en naturlig del av ett systematiskt kvalitetsarbete och hamnar därmed i ett sidospår utanför ledningssystemet.

De utmaningar och förbättringsbehov som lyfts inom det systematiska kvalitetsarbetet är en del av planeringen inom flera av de prioriterade områdena i Vårt kärnuppdrag. En del ändringar i planeringen och uppföljningen samt systemstödet för det systematiska kvalitetsarbetet kommer att börja användas redan 2023. Andra delar kommer att fortsätta utvecklas under året för att kunna testas och implementeras till 2024. När ändringar genomförs behöver dessa kompletteras med rätt stödmaterial om sådant behövs samt utbildningar, workshops eller dialoger kring arbetssätt för systematiskt kvalitetsarbete. Strukturer kan vara hjälpsamma och rutiner viktiga men om organisationen inte är mottaglig för förändringarna så minskar det chanserna till att en process får fäste och ger positiva effekter. Dialog och förståelse kring syftet med kvalitetsarbetet i alla led i förvaltningen är därför nyckelfaktorer för ett välfungerande systematiskt kvalitetsarbete som regelbundet dokumenteras och följs upp.