



Malmö stad

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse – avdelningen för myndighet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
1.1 Kvalitetsarbete som har bedrivits under året	3
1.2 Patientsäkerhetsarbete som har bedrivits under året	3
1.3 Åtgärder som vidtagits under året för att öka och säkra verksamhetens kvalitet.....	3
1.4 De viktigaste resultaten som uppnåtts under året	3
1.5 Övergripande mål och strategier för kommande år	3
2 Bakgrund	4
3 Övergripande mål och strategier	5
3.1 Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen	5
3.2 Nämndens vård- och omsorgsverksamhet	5
3.3 Nämndens övergripande mål och strategier samt måluppfyllelse för 2018.....	5
3.4 Övergripande mål och strategier för 2019	5
4 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	6
5 Samverkan	8
5.1 Kommungemensam samverkan	8
5.2 Samverkan HSL och SoL	9
5.3 Samverkan med brukare/patient och anhörig/närstående	10
6 Systematiskt förbättringsarbete	11
6.1 Genomförda risk- och händelseanalyser ur brukarperspektiv	11
6.2 Genomförda egenkontroller	11
6.3 Rehabiliterande förhållningssätt	11
6.4 Övriga identifierade utvecklingsområden.....	12
6.5 Utredning av avvikelser	12

1 Sammanfattning

1.1 Kvalitetsarbete som har bedrivits under året

- Biståndshandläggare har genomfört kollegiegranskning och förbättringsområden i beslutsunderlag har identifierats.
- Medarbetare har genomgått den sista delen av utbildning i motiverande samtal, MI. Denna utbildning har gett nya verktyg för samtal i komplexa ärenden.
- Utbildning och implementering av Lean har genomförts i syfte att kontinuerligt förbättra och ta tillvara goda idéer.

1.2 Patientsäkerhetsarbete som har bedrivits under året

- Dialogmöten har genomförts med slutenvården för att skapa förståelse för varandras uppdrag och för att säkra innehållet i informationsöverföringen.
- Två nya arbetsrutiner/arbetsprocesser har tagits fram tillsammans med ordinärt boende för att säkra arbetet och informationsöverföringen i samband med utskrivning från slutenvården.

1.3 Åtgärder som vidtagits under året för att öka och säkra verksamhetens kvalitet

- Avdelningen har genomfört en genomgripande omorganisation och inom ramen för detta har gemensamma arbetssätt och rutiner tagits fram.
- Legitimerade medarbetare som arbetar med utskrivning från slutenvården har organiserats inom avdelningen.
- Samtliga biståndshandläggare har gått en tvådagars utbildning i juridik i syfte att skapa en enhetlig syn på biståndshandläggning.

1.4 De viktigaste resultaten som uppnåtts under året

- Egenkontrollen i form av kollegiegranskning har vid uppföljning visat på en förbättring av den enskildes delaktighet i utredningsarbetet.
- Granskning av årets statistik till kvalitetsberättelsen visade på ett behov av att utveckla arbetet med avvikelshantering.

1.5 Övergripande mål och strategier för kommande år

- Implementering av kvalitetsråd inom avdelningen som ett led i att utveckla arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet.
- Fortsatt arbete med Lean inom hela avdelningen i syfte att uppnå kontinuerlig förbättring.
- Fortsatt satsning på motiverande samtal i form av projekt med funktionsstödsförvaltningen. Medarbetare ska erbjudas handledning och nya medarbetare ska få utbildning i MI.
- Genomföra en översyn av administrationen kring handlägningsförfarandet. Detta i syfte att eventuellt minska den administration som inte tillför något värde för att istället skapa mer utrymme för att arbeta med den enskildes delaktighet.

2 Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Detta gäller för både ledningssystemets uppbyggnad och det systematiska förbättringsarbetet som bedrivs med stöd av ledningssystemet. Ledningssystemet ska ge stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Se nedanstående PGSA-hjul som illustrerar arbetet med systematiska förbättringar.



I hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen upprättas en sammanhållen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. I denna framgår hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år och ska i sin struktur följa PGSA-hjulet. Berättelsen beskriver planering för, samt vilka åtgärder som genomförts för att säkra verksamhetens kvalitet, öka patientsäkerheten samt utvärdering och vilka resultat som har uppnåtts.

I hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen ska kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen avseende föregående kalenderår godkännas av nämnden senast under mars månad.

3 Övergripande mål och strategier

Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen påpekar även att den som bedriver verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav på verksamheten genom att sätta egna mål.

3.1 Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen

Malmö stads modell för målstyrning utgörs av en målkedja som består av kommunfullmäktigemål och nämndsmål från respektive kommunfullmäktigebudget och nämndsbudget. Dessa bryts sedan ner i förvaltningen till åtaganden och aktiviteter. Kommunfullmäktige och nämnden visar på *vad* det är som ska uppnås medan förvaltningen svarar på *hur* detta ska göras.

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har förutom budget, lagstiftning och politiska mål, att förhålla sig till nationella riktlinjer, föreskrifter och allmänna råd som påverkar verksamheten på olika sätt. Tillsammans utgör dessa styrsignaler en ram för all verksamhet.

I nämndsmålen formuleras bland annat målsättningar kring kvalitet för brukaren/patienten som handlar om att arbeta för trygghet, inflytande och ett gott bemötande för den enskilde men inkluderar även ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv.

3.2 Nämndens vård- och omsorgsverksamhet

Avdelning för myndighet består av tre enheter. Enhet för ordinärt boende med fyra sektioner, enhet SVU (samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård) och korttid med tre sektioner samt enhet administration, boende och utveckling med två sektioner. Den 1 september 2018 fastställdes avdelningens nya interna organisationsstruktur och utgångspunkten för omorganisationen var att skapa förutsättningar för en likvärdig och rättssäker biståndsbedömning.

Totalt under 2018 fattade avdelning för myndighet 17 202 beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen. Cirka 10 000 Malmöbor har ett aktivt biståndsbeslut från hälsa-, vård- och omsorgsnämnden.

3.3 Nämndens övergripande mål och strategier samt måluppfyllelse för 2018

Nämndens övergripande mål, strategier samt måluppfyllelse redovisas i *Årsanalys 2018*.

3.4 Övergripande mål och strategier för 2019

För ingående information där övergripande mål och strategier för 2019 redovisas, se *Nämndsbudget 2019*.

4 Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret, är vårdgivare och ansvarar också för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra sin verksamhet, planera och utveckla verksamheten, omvärldsbevaka och bedriva ett kunskapsbaserat utvecklingsarbete samt årligen fastställa en förvaltningsövergripande nämndsbudget.

Förvaltningsdirektör ska:

Förvaltningsdirektören har ett övergripande ansvar att inom förvaltningen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningsdirektören ansvarar för att ha en kontinuerlig dialog med, och ge information till nämnden, om kvalitetsutvecklingen inom verksamheten. Förvaltningsdirektören ansvarar även för att ledningssystemet minst en gång per år ses över och vid behov revideras, samverka såväl internt som externt i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde samt att introduktion sker av nyanställda avdelningschefer och att säkerställa att de har rätt kompetens för uppdraget.

Avdelningschef ska:

Avdelningschefen har ett samlat ledningsansvar inom sin avdelning och ansvarar för att avdelningens hälso- och sjukvård bedrivs utifrån en god och säker vård enligt 4 kap. 2 § HSL, att kvaliteten inom avdelningen säkerställs, omsätta hälsa-, vård- och omsorgsnämndens mål till verksamheterna i form av åtaganden. Att tillsammans med enhetscheferna ta fram en gemensam handlingsplan för avdelningen och under året följa upp denna. Vidare innebär ansvaret att årsanalys, kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen, att samverka såväl internt som externt och att introduktion sker av nyanställda enhetschefer och säkerställa att de har rätt kompetens för uppdraget.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) /medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ska:

MAS/MAR ansvarar för att det bedrivs vård och rehabilitering med en hög patientsäkerhet och med god kvalitet enligt gällande författningar, föreskrifter, processer och rutiner och ansvarar för att fastställa vilka som behövs. Vidare har MAS/MAR ansvaret för att följa upp att arbetet bedrivs utifrån dessa fastställda processer och rutiner samt i samarbete med verksamheten följa upp kvalitet och patientsäkerhet. Kvalitetssäkra avvikelshantering enligt HSL och att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt lex Maria och anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse i samarbete med kvalitetsutvecklare och chefer inom varje verksamhetsområde.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) ska:

SAS har ett kvalitetsansvar med fokus på det sociala innehållet utifrån gällande lagstiftningar och ansvarar för att godkänna och avsluta analyserade avvikelser där åtgärderna bedöms vara tillräckliga, inleda och ansvara för utredning i enlighet med lex Sarah. Föreslå förbättringsåtgärder utifrån resultat av riskanalys, händelseanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser. SAS ansvarar även för att årligen upprätta en kvalitetsberättelse i samarbete med chefer, och vid behov genomföra kvalitetsuppföljningar och utgöra ett stöd till verksamheterna med bland annat information till medarbetare på arbetsplatserna.

Enhetschef ska:

Enhetschefen har ett övergripande ansvar att inom enheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Detta ska göras genom att arbeta efter upprättad handlingsplan utifrån definierade framgångsfaktorer, fortlöpande göra riskbedömningar och uppföljningar för att förebygga brister i kvalitet. Driva förbättringsarbete utifrån avvikelshantering, följa upp att det genomförs regelbundna egenkontroller, identifiera verksamhetsspecifika processer och rutiner som behövs för att säkra kvalitet, utgöra ett stöd till sektionschefen i det systematiska kvalitetsarbetet. Vidare ska enhetschefen delta i intern och extern samverkan, arbeta för att den nationella värdegrunden är väl förankrad, ansvara för att sektionschefer introduceras och har adekvat kompetens samt sprida goda exempel så att erfarenhetsutbyte sker inom enheten.

Sektionschef ska:

Sektionschefen har ett övergripande ansvar att inom sektionen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Tillsammans med medarbetarna ska sektionschefen upprätta handlingsplan utifrån definierade framgångsfaktorer och följa upp denna, arbeta för att den nationella värdegrunden förankras och att det salutogena arbetssättet är vägledande i det dagliga arbetet. Bidra till att identifierade processer tydliggörs, rutiner finns upprättade och att dessa är väl kända. Fortlöpande göra riskbedömningar och uppföljningar för att förebygga brister i kvalitet, göra egenkontroller samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser. Förbättringsarbete ska bedrivas genom analys av avvikelser samt föreslå förbättringsåtgärder och sprida dessa. Löpande ge information till medarbetare om rapporteringsskyldigheten, säkerställa att dokumentation sker, samverka såväl internt som externt, att introduktion sker av nyanställda och se till att samtliga anställda har den kompetens de behöver.

Medarbetare ska:

Medarbetarna i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen ska i mötet med den enskilde sträva efter att skapa meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet och ansvarar för att aktivt delta i upprättandet och uppföljningen av handlingsplan utifrån definierade framgångsfaktorer. Arbeta utifrån den nationella värdegrunden, rapportera avvikelser och uppmuntra den enskilde att lämna synpunkter. Vidare ska medarbetarna ha kunskap om rutin för avvikelshantering och lex Sarah. Medarbetarna ska vara uppmärksamma på potentiella risker som i sin tur kan leda till avvikelser och om möjligt föreslå förbättringsåtgärder samt ta del av och arbeta efter aktuella processer/rutiner och även uppmärksamma om dessa ej fungerar som förväntat.

5 Samverkan

Många som kommer i kontakt med vård och omsorg har sammansatta behov som kräver samverkan och samarbete såväl internt som externt, mellan nämnder samt myndigheter. Samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska finnas processer och rutiner som säkerställer hur samarbetet ska bedrivas i den egna verksamheten, mellan olika enheter, andra verksamheter inom socialtjänsten och med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar, andra organisationer och mellan medarbetare.

5.1 Kommungemensam samverkan

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SVU) trädde i kraft den 1 januari 2018. Lagen avser att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för individer som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den landstingsfinansierade öppna vården. Detta ställer krav på en fungerande samverkan och tillit mellan huvudmännen. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

- I samband med den nya lagen startades ett arbete mellan avdelningen och avdelningen för ordinärt boende med att ta fram en modell som säkerställer lagen och en trygg och säker utskrivning från slutenvården. Ett nytt förslag till arbetsätt togs fram av arbetsgrupper bestående av chefer och medarbetare från kategorierna legitimerade, omvårdnadspersonal samt biståndshandläggare. Arbetet har löpande stämts av med en partsgemensam arbetsgrupp bestående av fackliga representanter, enhetschefer och representanter från SUS och primärvården i Skåne. Ny organisering beslutades som innebär att myndighetsavdelningen ansvarar för SVU och att den legitimerade personal som arbetar med detta organisatoriskt placerades i avdelningen för ett nära teamsamarbete med biståndshandläggare. Detta för att underlätta teamsamarbete runt individen i samband med utskrivning från sjukhuset.
- Utifrån lagändringen har avdelningen tillsammans med förvaltningens HSL-verksamhet under året arbetat fram två nya arbetsprocesser/arbetsrutiner mellan myndighetsavdelningen, hemsjukvården och rehabilitering vid utskrivning från slutenvård. Detta i syfte att säkerställa arbetet och informationsöverföringen i samband med utskrivning från slutenvård. De nya processerna/rutinerna är implementerade och verkställda. Avdelningen har även tillsammans med avdelning för ordinärt boende under året arbetat fram en arbetsprocess i samband med utskrivning från slutenvården som blev klar i slutet av året. Arbetsprocessen innebär bland annat att planeringsassistenter i ordinärt boende ska arbeta i "Mina planer". Implementering och utbildning i den nya arbetsprocessen påbörjas i början av 2019.
- "Mina planer" är ett gemensamt verktyg för informationsöverföring mellan den slutna vården, den öppna landstingsfinansierade vården och den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i Skåne. Informationen används för att planera och säkra en färdigbehandlad persons hemgång från slutna vård, samt upprätta plan för samordningsansvaret för vård och omsorg i hemmet, SIP (samordnad individuell plan).
- SIP upprättas tillsammans med den enskilde när insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. Underlaget i SIP ska tydliggöra vem som ska göra vad och när.
- Nätverksgrupp för samverkan vid utskrivning mellan Region Skåne, Malmö stad och kommunerna i sydväst träffas regelbundet en gång i månaden. Syftet är att säkra en god,

effektiv och säker vård, oavsett var i vårdkedjan patienten befinner sig. Målet är att skapa god samverkan kring patienter både i *Samverkan vid utskrivningsprocessen* och i *SIP-processen*. För att främja samverkan mellan de olika huvudmännen har flera olika åtgärder vidtagits under 2018. Åtgärderna har bl.a. varit i form av dialogmöte, utbildning i SIP, inspirationskonferens för kvalitet i SIP, en film har tagits fram i syfte om att beskriva vad SIP är samt diskussion på nätverksmötena kring avvikelser som berör SVU-processen.

- Dialogmöten har ägt rum med representanter från de olika enheterna inom myndigheten samt representanter från medicinavdelningarna inom slutenvården. Detta för att öka förståelsen för varandras uppdrag och vilken information man behöver från varandra i samband med samverkan vid utskrivning från sjukhuset.
- Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har regelbundna samverkansmöten utifrån HS-avtalet med funktionsstödsförvaltningen, primärvården och öppenpsykiatri i syfte att samverka kring den enskilde och för att utveckla arbetet gällande HS-avtalet.
- Förvaltningen har haft ett internt nätverk utifrån samverkan vid utskrivning som enhetschef inom myndigheten har hållit i. Representanter från avdelningen, avdelningen för ordinärt boende, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt representanter från funktionsstödsförvaltningen och arbetsmarknads- och socialförvaltningen deltog. Syftet har varit att säkerställa en patientsäker utskrivningsprocess från slutenvården.
- Delar av arbetet med kompetensutveckling för biståndshandläggare sker förvaltningsövergripande mellan myndighetsavdelningarna inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen och funktionsstödsförvaltningen. Under året har det gemensamma arbetet varit inriktat på tre delområden - attrahera/rekrytera, introducera samt vidareutveckla/motivera. Medarbetare och chefer från de två myndighetsavdelningarna har tillsammans arbetat med de aktuella frågeställningarna i styr- och arbetsgrupper. Det förvaltningsövergripande samarbetet är en framgångsfaktor för att säkra framtidens kompetens eftersom båda förvaltningarna söker medarbetare med samma utbildningsbakgrund.

5.2 Samverkan HSL och SoL

- Avdelningen har under 2018 inlett ett samarbetsforum tillsammans med avdelning för ordinärt boende (inklusive legitimerad personal) som ett led i att utveckla och förbättra samarbetet. Under året har gemensamma rutiner tagits fram som tydliggör ansvarsfördelningen och när det är viktigt att samverka utifrån den enskildes bästa. Som exempel har en rutin för uppföljning av biståndsbeslut tagits fram och en rutin för avvägning mellan arbetsmiljö och socialtjänstlag är under framtagande. Vidare planeras en gemensam föreläsning om ansvar och roller för medarbetare inom myndighet och ordinärt boende med syftet att tydliggöra varandras uppdrag och på så sätt skapa förutsättningar för ett gott samarbete. Vidare har man under året påbörjat arbetet tillsammans med avdelning ordinärt boende gällande tolkning av riktlinjer för biståndsbedömning i ordinärt och särskilt boende enligt socialtjänstlagen. Detta har skett i samverkan mellan planeringsassistenter, utvecklingssekreterare och biståndshandläggare inom avdelningen och arbetet fortsätter under 2019.
- Vid individärenden sker alltid samverkan med övriga professioner utifrån den enskildes situation. Biståndshandläggare och omvårdnadspersonal samverkar dagligen kring individärenden men även med andra yrkesprofessioner såväl internt som externt.
- Avdelningen har på sektionsnivå under året haft dialogforum med verksamheten både inom avdelning för ordinärt boende och hemsjukvård i syfte att förbättra samarbetet, lyfta förbättringsområden och lösa uppkomna problem.

5.3 Samverkan med brukare/patient och anhörig/närstående

- Utifrån den enskildes önskan och samtycke så samverkar biståndshandläggare och legitimerad personal med anhöriga, vilket sker i aktuella individärenden såsom i samband med SIP (samordnad individuell plan) och uppföljningar av biståndsbeslut.
- Avdelningen ser också till anhörigas situation och erbjuder avlastande insatser vid behov. Information ges om förvaltningens anhörigstöd.
- Utvecklingssekreterare inom myndigheten har fått i uppdrag att ta fram en rutin för att uppmärksamma och tydliggöra anhörigperspektivet och stöd till anhöriga i biståndsbedömningen.

6 Systematiskt förbättringsarbete

6.1 Genomförda risk- och händelseanalyser ur brukarperspektiv

En viktig grund i det systematiska kvalitetsarbetet är att identifiera och åtgärda risker som finns i olika delar av verksamheten. Risk kan definieras som en oönskad händelse som, om den inträffar, kan förhindra eller försvåra arbetet i organisationen. Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen används en metod för risk- och händelseanalys som är anpassad efter kommunal verksamhet. Syftet med en *riskanalys* är att från den enskildes perspektiv minska och förebygga risker och att kvalitetssäkra vård- och omsorgsarbetet. Utifrån de identifierade riskerna tas sedan åtgärder fram. Riskanalyser bidrar till ett ökande lärande och att skapa en säkerhetskultur i verksamheten. Syftet med en *händelseanalys* är att identifiera brister i systemet när en oönskad händelse eller avvikelse har inträffat. En händelseanalys utgår från att söka orsaker till händelsen i exempelvis kompetens, kommunikation, rutiner, arbetsmiljö, samverkan eller ledarskap. En händelseanalys ska utmynna i en konkret åtgärdsplan som syftar till att minska och förebygga oönskade händelser.

- Inga riskanalyser har genomförts inom avdelningen under året.
- En händelseanalys genomfördes i ett individärende där omvårdnadspersonal hade svårigheter att utföra beviljade stödinsatser. Resultatet av händelseanalysen visade på vikten av ett tvärprofessionellt samarbete kring den enskilde.

6.2 Genomförda egenkontroller

- Avdelningen har under året genomfört en strukturerad kollegiegranskning där medarbetare bland annat följt hur den enskildes resurser tas tillvara i utredningsarbetet samt hur den enskildes delaktighet framkommer. Granskningarna ger ett underlag för medarbetarna att arbeta vidare med frågorna och avdelningen har vid uppföljning kunnat se en förbättring inom granskningsområdena.
- Avstämningar angående volymer har genomförts för att säkerställa att insatser ligger rätt i verksamhetssystemet. Dessa avstämningar visar på att volymerna är felaktiga och en rutin för att komma till rätta med detta har tagits fram. Avstämningarna kommer fortsätta varje månad tillsvidare.
- Nya gemensamma rutiner har även tagits fram och befintliga har setts över och reviderats i samband med den omfattande interna omorganisationen som avdelningen har genomfört under året. Arbetet är pågående och kommer fortsätta under 2019.

6.3 Rehabiliterande förhållningssätt

- Ett utredningsförfarande enligt Individens behov i centrum (IBIC) hjälper biståndshandläggaren att kartlägga såväl vad den enskilde klarar av att göra själv som vad den enskilde behöver hjälp och stöd med. Det ger ett bra underlag för utförande verksamhet att kunna upprätta en genomförandeplan. Modellen bygger även på att formulera uppföljningsbara och rimliga målsättningar. Dessa utgår från den enskildes funktioner och möjlighet att bli bättre men också för att öka den enskildes delaktighet och inflytande.
- Vid behov inhämtar biståndshandläggare underlag från arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut för att kunna göra en korrekt bedömning och erbjuda insatser utifrån den enskildes behov. Detta sker också som ett sätt att säkerställa ett rehabiliterande förhållningssätt.

6.4 Övriga identifierade utvecklingsområden

- Under året har medarbetarna inom avdelningen gått den sista utbildningen i samtalsmetodiken motiverande samtal (MI). Inriktningen har varit kommunikationen i mötet med Malmöbor och förmågan att anpassa samtalet. Kommunikation är det främsta verktyget som avdelningens medarbetare har för att kunna utföra sitt arbete med god kvalitet. Utbildningen har syftat till att ge medarbetare verktyg för samtalet med den enskilde. Medarbetare upplever att utbildningen främst gett verktyg för samtalet vid komplexa ärenden där den enskilde inte själv ser sitt behov av stöd och hjälp. Satsningen kommer fortsätta under 2019 i form av ett projekt tillsammans med funktionsstödsförvaltningen. Medarbetare ska inom projektet erbjudas handledning och nya medarbetare ska få utbildning i MI.
- Avdelningen påbörjade utbildning i Lean under hösten 2018 för alla medarbetare, dvs både biståndshandläggare och legitimerad personal. Implementeringen av Lean påbörjades initialt i avdelningens ledningsgrupp och har sedan fortsatt inom enheterna. Myndigheten i tidigare stadsområdesförvaltning Väster har sedan 2016 arbetat framgångsrikt med Lean och uppnått goda resultat. Lean handlar kortfattat om att verksamheten ständigt strävar efter att reducera aktiviteter som inte skapar något värde. Syftet är att uppnå kontinuerlig förbättring. Det innebär att samtliga medarbetare varje dag fokuserar på de gemensamma målen. Goda idéer tillvaratas så att resultaten för verksamheten kontinuerligt blir bättre. Implementering och utveckling av Lean kommer att fortgå under nästa år.
- Avdelningen har som ambition att under 2019 göra en översyn av administrationen kring handlägningsförfarandet. Syftet med översynen är att eventuellt minska den administration som inte tillför något värde för att istället skapa mer utrymme för att arbeta med den enskildes delaktighet i utredningsförfarandet.
- Utifrån genomförd och uppföljd kollegiegranskning under året har kunskap utvecklats om hur man bättre kan ta tillvara den enskildes egna resurser i utredningsarbetet. Biståndshandläggare har tillsammans granskat och analyserat förbättringsområden i varandras beslutsunderlag. Vid dessa granskningar blev det tydligt att biståndshandläggarna i ännu större utsträckning behöver synliggöra och ta tillvara den egna förmågan hos individen. Biståndshandläggarna har också arbetat med att tillsammans med individen sätta upp mål som är meningsfulla och begripliga. Arbetet med kollegiegranskning som metod för lärande och utveckling kommer att fortsätta inom avdelningen under 2019.
- Ett omfattande arbete inleddes under 2018 och pågår alltjämt med att ta fram gemensamma arbetssätt och rutiner inom ramen för den nya organisationen. Som ett led i detta arbete har samtliga biståndshandläggare under hösten gått en tvådagars juridikutbildning i ansvar och roller med syftet att skapa en enhetlig syn på handläggning och myndighetsutövning.
- Utbildning och workshop i SIP (samordnad individuell plan) för medarbetare inom avdelningen. Både chefer och medarbetare är aktiva i arbetet med workshop tillsammans med slutenvård och primärvård. Workshopen ska genomföras under våren 2019.
- Avdelningen har under året identifierat att uppföljningen av biståndsbeslut behöver utvecklas. En planering är lagd för detta arbete under kommande år.

6.5 Utredning av avvikelser

Klagomål och synpunkter kan framföras av brukare, deras anhöriga, personal, vårdgivare, myndigheter och föreningar, andra organisationer och intressenter.

Inkomna avvikelser, rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

6.5.1 Sammanställning och analys av inkomna avvikelser

6.5.1.1 Inkomna avvikelser

Förklaring parametrar enligt hjälptext i Flexite:

Brister: avser brister i beviljade insatser där insatsen inte blivit utförd eller felaktigt utförd såsom serviceinsatser, personlig vård, brister i bemötande, uteblivna promenader etc.

Dokumentation: avser brister i dokumentation.

Rapport missförhållande/risk för påtaglig risk för missförhållande: avser inkomna rapporter enligt lex Sarah. Redovisas separat.

Samordnad vårdplanering: avser avvikelser som inkommit externt och berör brister i samordnad vårdplanering kring brukaren gällande socialtjänstlagen.

Synpunkter: avser när brukare eller närstående har synpunkter och klagomål på t.ex. kvaliteten på utförandet, bemötande, kontinuitet etc.

Misstänkt stöld: avser stöld som inträffat.

Våld mellan brukare: avser om en brukare utsätter en annan brukare för slag, nyp eller dylikt

Tabell från Flexite: Detaljerade händelser SoL 2018

	Brister	Dokumentation	Hjälpmedel	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	SIP/SVU	Synpunkter	Misstänkt stöld	Våld mellan brukare	Antal
SoL-händelser	20	9	0	0	0	24	22	0	0	75

Tabell från Flexite: Detaljerade händelser SoL 2017

	Brister	Dokumentation	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	SIP/SVU	Synpunkter	Misstänkt stöld	Våld mellan brukare	Antal
SoL-händelser	23	24	0	0	15	53	0	0	115

6.5.1.2 Analys av inkomna synpunkter och avvikelser

Inkomna avvikelser, rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i myndighetens kvalitetsarbete. Det kan finnas ett mörkertal vid registrering av synpunkter och klagomål från enskilda eller deras anhöriga. De händelser som inte rapporteras utreds därmed inte heller på en systematisk nivå.

Vid granskning av statistik för 2018 kan konstateras att 31 av de inregistrerade 75 avvikelserna eller synpunkterna/klagomålen ligger i analysfasen, vilket motsvarar ca 41 %. Detta innebär att avvikelsen inte är hanterad i avvikelssystemet. Därmed är inte heller orsaker till inrapporterade händelser och vidtagna och eventuellt planerade åtgärder inte identifierade och dessa delar ingår därmed inte i årets statistik. Det är av stor vikt att avvikelser och synpunkter/klagomål utreds, åtgärdas och återkopplas till berörd enskild och medarbetare efter händelsen, enligt gällande rutin. Detta utredningsarbete försvåras betänkligt om det går lång tid mellan dessa moment. En bidragande orsak till denna brist i hanteringen av avvikelser och synpunkter/klagomål är att avdelningen under 2018 genomgått en genomgripande omorganisation med flera chefsbyten. Omorganisationen har även synliggjort att arbetet med att utreda och hantera avvikelser och synpunkter/klagomål har gjorts på olika sätt i de tidigare stadsområdesförvaltningarna. Under kommande år är målsättningen att avdelningen ska komma i fas med hanteringen av avvikelser och synpunkter/klagomål. Regelbundna uppföljningar och avstämningar på avdelningschefsnivå är planerade för året.

Under 2017 registrerades totalt 115 avvikelser och för 2018 var denna siffra 75. Bakom nedgången gömmer sig sannolikt ett mörkertal av inregistrerade avvikelser och synpunkter/klagomål. Avdelningen planerade att starta upp kvalitetsråd under hösten 2018 men detta har senarelagts till att starta upp under 2019. Avdelningen planerar att ha enhetsgemensamma kvalitetsråd för att analysera avvikelser och synpunkter/klagomål i syfte att identifiera åtgärder samt initiera och genomföra egenkontroller och risk- och händelseanalyser. Genom att ha enhetsgemensamma kvalitetsråd lämnas förutsättningar att identifiera förbättringar för brukarflödet inom hela avdelningen. Målet är att bidra i arbetet med att ha en samsyn och att arbeta lika gentemot Malmöbon.

Av de inregistrerade avvikelserna för 2017 var 23 kategoriserade som en brist. För 2018 var denna siffra 20. Av dessa är 13 utredda och orsak till uppkommen brist har angetts vara bristande informationsöverföring och samarbete.

Avvikelser under kategorin SIP och SVU-processen för 2017 var 15. För 2018 var denna siffra 24. Denna ökning kan antas förklaras av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som började gälla den 1 januari 2018. Flertalet av de utredda avvikelserna under denna kategori avser att information i systemet "Mina Planer" inte uppdaterats, vilket påverkat myndigheten och slutenvårdens praktiska arbete. Av de inregistrerade avvikelserna under denna kategori för 2018 är det enheten SVU/korttid som till största del är berörd då arbetet kring samverkan vid utskrivning till stor del sker här.

Under 2017 registrerades 53 synpunkter och för 2018 var denna siffra 22. Det är ett viktigt område för avdelningen att arbeta för att den enskildes och anhörigas synpunkter tas emot och registreras in i avvikelssystemet. På detta sätt synliggörs synpunkterna och de kan komma att utgöra en viktig del i avdelningens kommande arbete med kvalitetsråd. Ett huvudområde för registrerade synpunkter för 2017 var brister i eller felaktig information till anhöriga, slutenvård och medarbetare inom ordinärt boende. Två andra huvudområden var brister i uppföljning av biståndsbeslut och brister i kontakt. För 2018 avser nära hälften av synpunkterna enheten administration, boende och utveckling. Inom denna enhet är avgiftshanteringen organiserad och flera av synpunkterna avser just hantering/beräkning av avgift för beviljade insatser. Orsak har angetts bero på bristande handläggning, bristande informationsöverföring och att man inte följt gällande rutin.

Sammantaget bedöms statistiken för året inte utgöra ett adekvat underlag för en djupare analys av orsaker och åtgärder. Under kommande år kommer ännu ej hanterade avvikelser utredas och

hanteras i avvikelssystemet. Åtgärderna som anges är oftast samtal med berörd, samtal i grupp och att förbättra rapportering och i några få fall att rutiner ska förändras. Dessa angivna åtgärder behöver vidtas och genomföras så att de får effekt i det praktiska arbetet. Först då kan det göra skillnad för den enskilde och dennes anhöriga.

Förvaltningen har under året handlagt ärenden från Förtroendenämnden och samtliga har utretts och besvarats enligt praxis. Denna nämnd avvecklades vid årsskiftet. Med start 1 januari 2019 kan medborgare vända sig till Patientnämnden om frågan avser HSL. Medborgarna har även möjlighet att via Malmö stads hemsida rapportera sina synpunkter eller klagomål. Under året har det kommit in två synpunkter som berörde avdelningen och båda är åtgärdade och återkopplade.

6.5.1.3 Sammanställning av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden

Tabell från Flexite: Inrapporterade missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande 2018

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal
SoL	0	0	0

Tabell från Flexite: Inrapporterade missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande 2017

	Rapport missförhållande	Rapport påtaglig risk för ett missförhållande	Antal
SoL	0	0	0

Tabell från Flexite: Antal anmälda missförhållande enligt lex Sarah till IVO 2018

	Att det föreligger en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.	Att det föreligger ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.	Antal
SoL	0	0	0

Tabell från Flexite: Antal anmälda missförhållande enligt lex Sarah till IVO 2017

	Att det föreligger en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till	Att det föreligger ett allvarligt missförhållande som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskilde. Anmälan till	Antal

Tabell från Flexite: Antal anmälda missförhållande enligt lex Sarah till IVO 2017

	Inspektionen för vård och omsorg.	Inspektionen för vård och omsorg.	
SoL	0	0	0

6.5.1.4 Analys av inrapporterade missförhållanden eller risk för missförhållanden

Avdelning myndighet har under 2017 eller 2018 inte rapporterat in några missförhållanden eller risk för missförhållanden. Orsaker till detta kan vara flera. Myndighetsavdelningen har under året arbetat med att implementera Lean i det dagliga arbetet, vilket kan ha påverkat bl.a. rättssäkerheten positivt i handläggningsprocessen av den enskildes ärende. Även arbetet med kollegiegranskning och utbildning i motiverande samtal (MI) kan ha påverkat kvaliteten.

Det är dock viktigt att regelbundet informera om rapporteringsskyldigheten och betona att den gäller även under prövning om någon är berättigad till en insats som kan falla inom socialtjänstens område. Dvs. rapporteringsskyldigheten gäller under hela handläggningsprocessen.

6.5.2 Sammanställning och analys av avvikelser inom hälso- och sjukvården

6.5.2.1 Inkomna avvikelser

Tabell från Flexite: Detaljerad händelse HSL 2018

	Dokumentation	Brister i vården som lett till fallolycka	Läkemedel	Medicinska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Antal
HSL	2	1	0	1	0	0	26	5	4	39
Antal registreringar	2	1	0	1	0	0	26	5	4	39

Tabell från Flexite: Detaljerad händelse HSL 2017

	Dokumentation	Brister i vården som lett till fallolycka	Läkemedel	Medicinska produkter	Omvårdnad	Rehabilitering	SIP/SVU	Synpunkter	Vårdplanering intern	Antal
HSL	1	0	0	0	0	0	8	3	2	14
Antal registreringar	1	0	0	0	0	0	8	3	2	14

6.5.2.2 Analys av inkomna avvikelser

Vid granskning av statistik för 2018 kan konstateras att 22 av de inregistrerade 39 avvikelserna

ligger i analysfasen, vilket motsvarar ca 56 %. Detta innebär att avvikelsen inte är hanterad i avvikelssystemet och därmed är inte heller orsaker analyserade och vidtagna och/eller planerade åtgärder identifierade. Dessa delar ingår därmed inte i årets statistik. Det är av stor vikt att avvikelser analyseras, utreds, åtgärdas och återkopplas till medarbetare efter händelsen. Utredningsarbete försvåras om det går lång tid mellan dessa moment. En bidragande orsak till denna brist i hantering av avvikelser är att avdelningen under 2018 genomgått en genomgripande omorganisation med flera chefsbyten. Omorganisationen har även synliggjort att arbetet med att utreda och hantera avvikelser har gjorts på olika sätt i de f.d. stadsområdesförvaltningarna. Under kommande år ska avdelningen komma i fas med hanteringen av avvikelser. Regelbundna uppföljningar och avstämningar på avdelningschefsnivå är planerade för året. Målet för hela myndighetsavdelningen är att förbättra och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet och att detta arbete framöver ska bli mer enhetligt. Avdelningen planerar även att ha enhetsgemensamma kvalitetsråd för att analysera avvikelser, identifiera åtgärder samt initiera och genomföra egenkontroller och risk- och händelseanalyser.

Det är framför allt avvikelser kopplade till samverkan vid utskrivning som ökat från 8 avvikelser 2017 till 26 avvikelser 2018. Den 1 januari 2018 trädde den nya lagen, Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, i kraft. Lagen innebar ett nytt arbetssätt för kommunerna. Tidigare påbörjades planeringen för hemgång i samband med att slutenvården signalerade att patienten var utskrivningsklar. Den nya lagen innebär att planeringen ska starta i samband med att kommunerna får vetskap om att en patient är inlagd. Tidigare genomförde kommunen vårdplaneringsmöte på sjukhuset. Med den nya lagen genomförs den grundläggande planeringen via samverkan i det webbaserade programmet, Mina planer. Detta nya arbetssätt har tagit tid att implementera både för kommunen, primärvården och slutenvården.

Avdelningen kan se att en stor del av avvikelser HSL handlar om brister i informationsöverföring mellan SVU-teamen och verksamheten. En ny arbetsprocess har tagits fram mellan berörda avdelningar och implementerades under december 2018. Arbetsprocessen tydliggör hur informationsöverföringen säkerställs.

6.5.2.3 Vårdskador och lex Maria

Tabell från Flexite: lex Maria 2018

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal
Anmälan till IVO	0	0
Antal	0	0

Tabell från Flexite: lex Maria 2017

	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Antal
Anmälan till IVO	0	0
Antal	0	0

6.5.2.4 Analys av vårdskador och lex Maria

Det finns inga inrapporterade avvikelser som lett till allvarlig vårdskada och därmed har ingen anmälan om händelse som medfört allvarlig vårdskada skickats till Inspektionen för vård och

omsorg (IVO). Den HSL-verksamhet som förekommer på avdelningen handlar om att planera hemgång från korttidsboende eller slutenvården. När patienten väl kommer hem tar legitimerad personal inom de andra avdelningarna i förvaltningen vid. Om brister i planeringen förekommit upptäcks dessa av mottagande personal innan allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada inträffar. Detta medför att konsekvenserna för patienten oftast bedöms som mindre eller måttliga.