

Styrdokument funktionsstödsförvaltningen

Gäller för:
Förvaltningsövergripande

Uppföljd:
2025-06-23

Beslutad av:
Funktionsstödsnämnden

Följs upp:
Årligen

Datum för beslut:
2022-12-18

Diarienummer:
FSN-2022-1320

Reviderad:
2022-12-18

Ansvarig för revidering/uppföljning:
Cassandra Lundvall och Linn Hellström
Avdelning kansli, kommunikation och
kvalitet

Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

Detta dokument beskriver hur bestämmelserna enligt föreskriften ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)” tillämpas i funktionsstödsförvaltningen och hur ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet är fördelat.

1. Inledning

Socialstyrelsen anger i föreskriften ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)” att den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. **Insatser inom dessa verksamhetsområden ska vara av god kvalitet och arbetet ska bedrivas systematiskt.** Funktionsstödsförvaltningens ledningssystem är digitalt och hanteras i IT-stödet Stratsys.

Kvaliteten i verksamheten 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. Andra exempel på styrprocesser i förvaltningen är planering och uppföljning med mål samt intern kontroll.

Det utmärkande för ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är att verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Arbetet ska enligt föreskriften bland annat baseras på:

- riskanalyser
- egenkontroller
- utredning av avvikelser
- förbättrande åtgärder i förhållande till de identifierade processerna

Verksamheterna ska också identifiera de processer som krävs för att säkra en fungerande samverkan internt och externt. I föreskriften lyfts även krav om att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten, det vill säga en ansvarsfördelning. Slutligen ska personalens medverkan i kvalitetsarbetet framgå och arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten ska dokumenteras. Samtlig dokumentation såsom kartläggning av processer, rutiner, egenkontroller och åtgärder planeras och följs upp i ledningssystemet i Stratsys.

2. Process för att arbeta med ledningssystemet i funktionsstödsförvaltningen

Arbetsprocessen för det systematiska kvalitetsarbetet i funktionsstödsförvaltningen är uppbyggt av olika delar som beskrivs i detta avsnitt.

2.1. Processer, aktiviteter och rutiner

Enligt SOSFS 2011:9 ska den som bedriver verksamhet bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav som gäller enligt lagar och andra föreskrifter. Processerna och rutinerna ska också fungera tydliggörande inom organisationen för att säkerställa ett gemensamt arbetssätt och en tydlig ansvarsfördelning. Funktionsstödsförvaltningens insatser är processkartlagda och utifrån dessa utförs ett systematiskt förbättringsarbete för att fortlöpande säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. I de kartlagda processerna ska det framgå vilka aktiviteter som processen består av. Processer, aktiviteter och rutiner ska vid behov revideras och nya insatser ska kartläggas, saknas aktiviteter eller rutiner ska sådana tas fram.

2.2. Riskanalyser

Riskanalyser är ett verktyg för att identifiera brister som kan påverka kvaliteten. Riskanalyser är en del av ett medvetet förebyggande arbete och syftar till att förhindra att avvikelser, synpunkter och klagomål samt klagomål, avvikelser och allvarliga missförhållanden eller vårdskador uppstår och medför negativa konsekvenser för brukare, patienter och verksamheter. I funktionsstödsförvaltningen används metoden i ett flertal situationer såsom risk- och händelseanalys samt riskbedömningar kopplade till arbetsmiljö med flera. I ledningssystemet inleds arbetet med att säkra kvaliteten i utförandet av insatser genom gemensamma riskanalyser som genomförs årligen i samtliga avdelningar genom riskdialoger.

På riskdialogerna identifieras olika risker, de analyseras och en bedömning görs utifrån riskens sannolikhet och konsekvenser av den. Utgångspunkten är att hantering av risker med högst riskvärden ska prioriteras. I samband med riskdialogen görs också en bedömning gällande vilken styrprocess risken ska hanteras i, exempelvis kan hantering inom ramen för intern kontroll, systematiskt arbetsmiljöarbete, planering och uppföljning med mål eller ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 vara aktuell. Efter genomförda dialoger fattas det också beslut om eventuella gemensamma egenkontroller eller åtgärder inom det systematiska kvalitetsarbetet som hela eller stora delar av förvaltningens verksamheter är i behov av att genomföra nästkommande år.

Riskdialogerna är ett tillfälle där större och övergripande risker lyfts och fungerar som ett underlag till den förvaltningsgemensamma planeringen men risker ska identifieras och hanteras löpande av verksamheterna under året. Löpande arbete med att identifiera risker är en viktig förutsättning för en verksamhet att kontrollera och utvärdera kvaliteten i utförandet av insatser.

2.3. Egenkontroller och åtgärder

Det systematiska kvalitetsarbetet i ledningssystemet är nära knutet till den egna verksamhetens behov där egenkontroller och åtgärder planeras efter verksamhetens förutsättningar.

Egenkontroller syftar till att den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kvalitet. Det är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten men också en kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som finns dokumenterade i ledningssystemet. Till skillnad mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs. En egenkontroll kan exempelvis vara en checklista, självskattning eller

enkät. Egenkontrollen görs med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Resultatet av en uppföljd egenkontroll kan visa att åtgärder behöver sättas in för att säkra delar av processen. Åtgärder kan också planeras utan att en egenkontroll genomförs om det är tydligt vilken åtgärd som krävs. Åtgärder kan exempelvis vara ett resultat av brister som identifierats genom rapporterade avvikelser, inkomna synpunkter och klagomål eller bristande följsamhet till beslutade processer och rutiner. Egenkontroller och åtgärder genomförs löpande under året och resultaten dokumenteras i ledningssystemet i Stratsys.

Utöver den egna verksamhetens löpande systematiska kvalitetsarbete kan det tillkomma eventuella gemensamma egenkontroller och åtgärder som stora delar av förvaltningen bedöms vara i behov av att genomföra för att åstadkomma en samlad förflyttning och kvalitetssäkring inom ett visst område.

2.4. Planering och uppföljning inom det systematiska kvalitetsarbetet samt patientsäkerhetsarbetet

Varje verksamhet äger ansvaret för att planera och följa upp kvalitetsförbättrande egenkontroller och åtgärder som är nödvändiga för att säkra kvaliteten i utförandet av verksamhetens insatser. Det systematiska kvalitetsarbetet dokumenteras av verksamheten i ledningssystemet i Stratsys.

2.4.1. Planering och uppföljning av kvalitetsarbete

Det systematiska kvalitetsarbetet ska enligt Socialstyrelsens föreskrift genomföras löpande under året och med den frekvens som anses nödvändigt för att kunna säkra kvaliteten. De kvalitetsförbättrande egenkontroller och åtgärder som verksamheten planerar och dokumenterar i Stratsys under året följs upp av verksamheten på den egna nivån i organisationen och aggregeras inte upp till en förvaltningsövergripande nivå om inte behov finns. Det systematiska kvalitetsarbetet bör också ligga till grund för ett gemensamt lärande i organisationen utifrån såväl brister som goda exempel. I de fall brister upptäcks som inte kan hanteras på den egna nivån finns dialogforum i förvaltningen där dessa kan lyftas till rätt nivå för hantering.

Utöver verksamhetens egen planering i ledningssystemet kan det förekomma behov av gemensamma insatser inom kvalitetsarbetet för att åstadkomma en samlad förflyttning inom utvalda områden som berör hela eller stora delar av förvaltningen. Det övergripande kvalitetsarbetet som ingår i den förvaltningsgemensamma planeringen planeras i nämndsbudgeten och följs upp i delårsrapporten och årsrapporten. Genom att följa kvalitetsarbetet från

ledningssystemet tillsammans med övrigt kvalitets- och utvecklingsarbete på övergripande nivå i funktionsstödsförvaltningen ges en samlad bild av förvaltningens kvalitetsarbete.

2.4.2. Planering och uppföljning av patientsäkerhetsarbete

~~Patientsäkerhetsarbetet ska enligt 3 kap. 10 § Patientsäkerhetslagen följas upp i en patientsäkerhetsberättelse. Risker, egenkontroller och åtgärder kopplade till hälso- och sjukvårdslagstiftningen som ingår i ledningssystemet följs upp i patientsäkerhetsberättelsen. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar och beskriver hur ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat samt hur samverkan med aktuella aktörer har skett för att förebygga vårdskador.~~

NY TEXT: Enligt 3 kap. 10 § Patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsarbetet följas upp i en patientsäkerhetsberättelse. I denna redovisas risker, egenkontroller och åtgärder kopplade till hälso- och sjukvårdslagstiftningen som ingår i ledningssystemet. Berättelsen beskriver hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits inom verksamhetens olika delar, hur ansvaret för arbetet är fördelat och hur samverkan med relevanta aktörer har skett för att förebygga vårdskador.

2.5. Kvalitetsdialoger

Genomförandet av det systematiska kvalitetsarbetet är varje verksamhets eget ansvar. De avvikelser och brister som kan åtgärdas på den nivå i organisationen de upptäckts ska göra det. I de fall en avvikelse eller brist inte kan hanteras på den egna nivån måste behovet lyftas till rätt nivå i organisationen. För att säkra att detta sker har funktionsstödsförvaltningen flera olika dialogforum på olika nivåer i förvaltningen där kvalitetsarbetet bevakas och analyseras, däribland utvecklingen av avvikelser inom lagrummen SoL, LSS och HSL, inkomna synpunkter och klagomål samt uppföljning av arbetet med de risker, egenkontroller och åtgärder som pågår. Dialogforumen är också ett forum för diskussion av aktuella händelser och utmaningar som kan påverka verksamhetens kvalitet. Förbättringsåtgärder som identifieras vid forumen kan omsättas i egenkontroller och åtgärder i ledningssystemet.

3. Ansvar

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ansvaret för de olika uppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten kan fördelas inom organisationen men varje vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS har dock alltid kvar ansvaret även om uppgifter fördelats internt. Nedan följer en redogörelse över fördelningen av ansvaret i funktionsstödsförvaltningen.

3.1. Funktionsstödsnämnden och dess arbetsutskott

Funktionsstödsnämnden har det yttersta ansvaret för att det finns ett ledningssystem för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Nämnden har också det yttersta ansvaret för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra verksamheten.

Funktionsstödsnämndens arbetsutskott ansvarar för att anmäla allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

3.2. Förvaltningsdirektören

Förvaltningsdirektören ansvarar för att det årligen upprättas en förvaltningsgemensam planering för utvecklingsområden inom det systematiska kvalitetsarbetet som följs i nämndsbudgeten med tillhörande uppföljningsrapporter. I direktörens ansvar ingår också att säkerställa att funktionsstödsförvaltningen har etablerade samverkansformer, inom förvaltningen, i Malmö stad samt med externa aktörer, för att säkra helhetssyn i processerna och kvalitet för den enskilde.

3.3. Varje chefs ansvar

En del uppgifter ingår i ett övergripande chefsansvar oavsett nivå på chefskap medan andra uppgifter är specifikt tilldelade en viss nivå.

Varje chef har ett informationsansvar gentemot medarbetaren gällande lagar, styrdokument, riktlinjer och rutiner. Chefen ansvarar också för att de rutiner som finns för dokumentation av handlagda och utförda insatser följer gällande lagstiftning.

Varje avdelningschef ansvarar för att det finns framtagna beskrivningar över förvaltningens huvudprocesser och stödprocesser.

Varje enhetschef och sektionschef ansvarar för att det finns framtagna beskrivningar över verksamhetsspecifika processer, rutiner och checklistor.

Varje chef har på sin nivå ansvar för planering, analys och uppföljning av processer, risker, egenkontroller och åtgärder inom ramen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. I detta ansvar ingår att hantera, analysera och vidta åtgärder rörande avvikelser samt synpunkter och klagomål. I ansvaret ingår att dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet i Stratsys.

Varje chef ansvarar på sin nivå för att identifiera var och när samverkan behövs, följa rutiner för samverkan samt delta i samverkan när behov har identifierats. Om rutiner för samverkan inte finns ingår det i varje chefs ansvar att säkerställa att rutin tas fram.

Varje chef ansvarar på sin nivå för att systematiskt undersöka vad de Malmöbor som berörs av förvaltningens verksamhet tycker om verksamheten i syfte att utveckla kvaliteten.

3.4. Verksamhetschef HSL

~~Verksamhetschef HSL har ett särskilt och övergripande ansvar för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för att den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs tillgodoser hög patientsäkerhet och god vård.~~

~~Verksamhetschef enligt HSL 4 kap. 2 § ansvarar för att inom ramen för nämndens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten~~

NY TEXT: Verksamhetschef enligt HSL 4 kap. 2 har ett särskilt och övergripande ansvar för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Verksamhetschef HSL ansvarar för att inom ramen för nämndens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

3.5. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80) för att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs så att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Medicinskt ansvariga ska tillse att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering samt att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det. Ansvaret omfattar även att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen samt att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.

Medicinskt ansvariga har ansvar för att delta i samverkan, både inom och utom förvaltningen, så att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.

Utifrån resultat av riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser deltar medicinskt ansvariga i förbättringsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården och medverkar i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Medicinskt ansvariga ska anmäla till IVO om risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada enligt lex Maria inträffat. Slutligen ansvarar medicinskt ansvariga för att sammanställa förvaltningens årliga patientsäkerhetsberättelse.

NY TEXT: Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80) för att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs så att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Det innebär bl a att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, journaler förs enligt patientdatalagen, delegeringar är patientsäkra, att legitimerad personal kontaktas när patients hälsotillstånd förändras samt att det finns rutiner för läkemedelshantering.

Medicinskt ansvariga anmäler till IVO om risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada enligt lex Maria inträffat. MA sammanställer även förvaltningens årliga patientsäkerhetsberättelse.

3.6. Samordnare systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

Samordnare ansvarar för att årligen vara behjälpliga med sammanställningar och underlag för planering och uppföljning av det förvaltningsgemensamma kvalitetsarbetet. Samordnare ansvarar för att det finns stöd i arbetet med ledningssystemet, exempelvis i form av rutiner och manualer. Samordnare deltar i dialogforum kring kvalitetsarbete i funktionsstödsförvaltningen samt utgör ett stöd vid riskdialoger och processkartläggningar. Samordnare ansvarar för administration i ledningssystemet i Stratsys på en övergripande nivå samt ger stöd i IT-systemet utifrån behov.

3.7. Socialt ansvariga samordnare (SAS)

Socialt ansvarig samordnare ansvarar för att slutgodkänna kvalitetsavvikelser, utreda händelser i verksamheten som klassas som missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah samt ta fram beslutsunderlag till funktionsstödsnämndens arbetsutskott i ärendet.

3.8. Medarbetare

Samtliga medarbetare har ansvar för att följa gällande lagstiftning, fastställda processer och rutiner för bland annat rapportering av avvikelser, synpunkter och klagomål, missförhållanden enligt lex Sarah, dokumentation av handläggning och genomförande av insatser samt rutiner för hantering av allmänna handlingar. Samtliga medarbetare ansvarar för att intentionerna i lagstiftningen och styrdokumentet omsätts i det dagliga mötet med förvaltningens målgrupper. I ansvaret ingår att identifiera brister och förbättringsområden i processerna med syfte att säkra och förbättra kvaliteten. Medarbetaren ska också samverka med andra, både inom och utom förvaltningen, för att säkra kvaliteten för den enskilde.