



Malmö stad

## Funktionsstödsförvaltningen

<b>Dokumentets namn</b> Styr- och ledningssystem för funktionsstödsförvaltningen				<b>Diarienummer</b> FSN-2019-128
<b>Beslutad av</b> Funktionsstödsnämnden	<b>Datum för beslut</b> 2017-12-18	<b>Uppföljd</b> 2020-06-15	<b>Reviderad</b> 2019-04-26	<b>Version</b> 4.1
<b>Typ av dokument</b> Styrande och stödjande dokument	<b>Organisation/område</b> Funktionsstödsförvaltningen			
<b>Ansvarig chef</b> Förvaltningsdirektör	<b>Framtagen av</b> Kvalitetsutvecklare Alexandra Emanuelsson			
<b>Ansvarig för uppföljning/revidering</b> Strategiska avdelningen	<b>Följs upp</b> 2021-04-30	<b>Reviderad av</b> Alexandra Emanuelsson		

# Styr- och ledningssystem för funktionsstödsförvaltningen i Malmö stad

## Innehåll

1	Uppdrag och organisation.....	4
1.1	Uppdrag.....	4
1.2	Organisation.....	5
2	Grundförutsättningar för styrning och ledning.....	6
3	Styr- och ledningsprocesser för kvalitet i funktionsstödsförvaltningen .....	8
3.1	Målstyrning och budgetprocess .....	9
3.1.1	Mål- och budgetprocess Malmö stad.....	9
3.1.2	Målstyrning i funktionsstödsförvaltningen .....	9
3.1.3	Uppföljning av mål- och budgetprocess .....	10
3.2	Intern kontroll .....	10
3.3	ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 .....	12
4	Planering och uppföljning av kvalitetsarbetet .....	15
5	Systematiskt kvalitetsarbete – ett gemensamt arbetssätt.....	16
5.1	Processkartläggning och processförbättring .....	16
5.2	Delaktighet.....	18
5.2.1	Delaktighet för brukare.....	18
5.2.2	Delaktighet för medarbetare .....	18
5.3	Samverkan.....	18
5.3.1	Brukarsamverkan och dialog med samverkanspartners.....	18
5.4	Metodutveckling och kompetensförsörjning.....	19
5.5	Bedöma risker.....	20
5.5.2	Risکانalyser kopplat till processer – en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9.....	20
5.5.3	Risکانalys i intern kontroll.....	21
5.5.4	Risk- och händelseanalys .....	21
5.6	Egenkontroller och granskningar .....	22
5.6.1	Målgruppsundersökningar.....	22
5.6.2	Granskning av journaler, akter och annan dokumentation .....	22
5.6.3	Kvalitetsdialoger, reflektion och självskattning.....	22
5.7	Mäta och analysera resultat.....	23
5.7.1	Hantera och analysera avvikelser, synpunkter och klagomål .....	23
5.7.2	Analys av nyckeltal, indikatorer och statistik .....	24
5.7.3	Jämförelse av verksamhetens resultat .....	25
5.7.4	Verksamhetstavlor .....	25
5.7.5	Tillsyner och externa granskningar .....	25
5.8	Dokumentation .....	27
5.8.1	Dokumentation – en del av det systematiska kvalitetsarbetet.....	27
5.8.2	Löpande dokumentation av handläggning och genomförande av insatser.....	27
6	Uppföljning och revidering av styr- och ledningssystemet .....	28

## Inledning

Funktionsstödsnämnden anger i detta styr- och ledningssystem hur förvaltningen ska arbeta för att säkra kvaliteten i verksamheten. Styr- och ledningssystemet består framförallt av tre övergripande processer: mål- och budgetprocessen, intern kontroll samt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Dessa processer är avgörande för att kvalitetsarbetet i förvaltningen ska kunna drivas i en och samma riktning. Processerna ska fånga upp utmaningar, risker, förbättringar och framgångsfaktorer från flera viktiga perspektiv samtidigt, exempelvis brukarperspektivet, via medarbetare, chefer och från förvaltningens ledning. Det gemensamma arbetssättet som kännetecknar det systematiska kvalitetsarbetet med att planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra går som en röd tråd genom processerna.

Funktionsstödsförvaltningens styr- och ledningssystem är indelat i sex områden. Inledningsvis beskrivs förvaltningens uppdrag och organisation. Del två beskriver grundförutsättningarna för kvalitetsarbetet utifrån begreppen styrning och ledning. Del tre beskriver funktionsstödsförvaltningens styr- och ledningsprocesser för kvalitet. I del fyra redogörs för det gemensamma arbetssättet med det systematiska kvalitetsarbetet. I del fem beskrivs hur det årliga systematiska kvalitetsarbetet planeras och följs upp. Avslutningsvis beskrivs hur systemet följs upp och revideras. I varje del anges vem som ansvarar för respektive del av arbetet.

# 1 Uppdrag och organisation

## 1.1 UPPDRAG

Funktionsstödsnämnden är det politiska organ som styr funktionsstödsförvaltningens verksamheter utifrån lagar och andra förordningar. Nämnden beslutar i frågor som rör funktionsstödsförvaltningens verksamhet, detta kan även innebära områden som delegerats till nämnden från kommunfullmäktige. Förvaltningens ledning har ansvar för att förverkliga de politiska beslut som fattas. Funktionsstödsnämnden styr med hjälp av mål och budget för verksamheten, genom att fatta vägledande beslut och genom att ge uppdrag till förvaltningen. Nämnden beslutar också regelbundet om uppföljningar av mål, åtaganden och uppdrag.

Enligt funktionsstödsnämndens reglemente riktar sig verksamheten till fyra målgrupper:

1. Människor med funktionsnedsättning som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
2. Barn med fysiska funktionsnedsättningar eller somatisk sjukdom
3. Vuxna människor med psykiska funktionsnedsättningar
4. Vuxna människor med psykiska sjukdomar

Insatserna ges inom ramen för LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 1993:837) och socialtjänstlagen (2001:453). Som vårdgivare ansvarar funktionsstödsnämnden för kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) till nämndens målgrupper. Förvaltningen ansvarar även för upphandlade enstaka platser inom boende och korttidsverksamhet inom och utanför Malmö stad. Förvaltningen har tillsynsskyldighet gentemot de externa utförarna.

*"Funktionsstödsnämnden utgör som en socialnämnd det yttersta skyddsnätet för människor inom nämndens målgrupper som vistas i Malmö stad. Under funktionsstödsnämnden samlas kunskap och kompetens om målgruppen som omfattas av LSS, barn med somatiska sjukdomar och fysiska funktionsnedsättningar samt inom socialpsykiatri. Nämnden strävar efter att kunna ge människor med psykiska funktionsnedsättningar och sjukdomar stöd och hjälp utifrån en helhetsyn på individens behov. Nämndens verksamhet ska präglas av likvärdighet i tillgången till stöd och hjälp för nämndens målgrupper samt god service. Nämnden ska beakta ett barnrätts-, jämställdhets- och antidiskrimineringsperspektiv."*

Ur § 1, funktionsstödsnämndens reglemente (kf 27/4 2017, § 91)

## 1.2 ORGANISATION

Funktionsstödsförvaltningen leds av en direktör som är förvaltningens högst ansvariga tjänsteperson. Under direktören finns verksamhetsavdelningar och stabsavdelningar.

### *Verksamhetsavdelningar*

Funktionsstödsförvaltningens verksamheter är uppdelade i tre avdelningar:

- Avdelning LSS bostäder
- Avdelning myndighet och socialpsykiatri
- Avdelning stöd, hälsa och daglig verksamhet

### *Stabsavdelningar*

Under förvaltningsdirektören finns stabsavdelningarna som ger stöd till verksamhetsavdelningarna och förvaltningsledningen. Staben består av fyra avdelningar:

- Ekonomiavdelning
- HR-avdelning
- Kommunikationsavdelning
- Strategisk avdelning

#### LÄS VIDARE

Funktionsstödsnämndens [reglemente och delegationsordning](#)

#### DEL 1: Ansvarsfördelning – Uppdrag och organisation

- Funktionsstödsnämnden har det yttersta ansvaret för att det finns ett styr- och ledningssystem för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete samt att detta kontinuerligt följs upp
- Funktionsstödsnämnden har det yttersta ansvaret för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra sin verksamhet
- Funktionsstödsnämnden ansvarar för att planera och utveckla verksamheten i enlighet med statliga och kommunala mål

## 2 Grundförutsättningar för styrning och ledning

I detta kapitel beskrivs förvaltningens styrning och ledning med utgångspunkt i Malmö stads styrfilosofi, vision och värdegrund samt definition av kvalitetsbegreppet. Kapitlet innehåller också en beskrivning av de tre primära processerna för förvaltningens kvalitetsarbete; mål- och budgetarbetet, intern kontroll samt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

### 2.1 STYRNING PÅ STATLIG OCH KOMMUNAL NIVÅ

Styrmiljön i stora organisationer är ofta komplex. Funktionsstödsförvaltningens verksamheter har att förhålla sig till bland annat lagar, nationella föreskrifter, kommunala mål, policyer och budget. Tillsammans utgör dessa en ram som reglerar förvaltningens verksamhet samt ger signaler om hur den bör inriktas för att skapa en god kvalitet.

På kommunal nivå styr kommunfullmäktige genom att besluta om mål och budget, planer, policyer och andra dokument som ger signaler samt anger inriktningen, kvaliteten och omfånget för verksamheten. Med utgångspunkt i den nationella eller kommunala styrningen kan nämnden anta styrdokument inom det egna ansvarsområdet.



Figur 1: Hur styr vi Malmö? Källa Styrning, ledning och utveckling med mål - en handbok för Malmö stad

## 2.2 VÄRDEGRUND, DEVIS OCH KVALITET

Malmö stad har en värdegrund som fungerar som en överenskommelse för bemötande och förhållningssätt för alla Malmö stads medarbetare.

### *Malmö stads värdegrund*

- Jag möter varje människa med förståelse och respekt.
- Jag har stort engagemang och mod att påverka.
- Jag använder min kreativitet för att skapa förbättringar

Funktionsstödsförvaltningen har antagit en devis som har sina rötter i Malmö stad värdegrund:

### *Tillsammans gör vi det möjligt*

*Funktionsstödsförvaltningen skapar möjligheter och förutsättningar till ett gott liv för Malmöbor. Vi samarbetar med tillit och respekt för olikheter. Vi är lyhörda, engagerade och modiga. Vår kompetens, erfarenhet och kreativitet är vår styrka.*

### Vad innebär kvalitet?

En god kvalitet i de verksamheter funktionsstödsförvaltningen bedriver har sin grund i att lagar och föreskrifter tillämpas, samt att mål och beslut analyseras och omsätts i praktiska åtaganden, aktiviteter och åtgärder. Kvalitet kan också ses och granskas ur olika perspektiv. Ett perspektiv handlar om de strukturer som speglar förutsättningarna för verksamheten, exempelvis i form av personaltäthet, kompetens och utrustning. Ett annat perspektiv berör verksamhetens processer, vilket speglar verksamhetens organisering och vad som faktiskt görs, det vill säga när, var och hur. Kvalitet kan också ses ur ett resultatperspektiv. I detta perspektiv granskas resultat och effekter ur individens upplevda perspektiv, vilket givetvis kan skilja sig åt från person till person.

Ett sätt att definiera kvalitet är att *göra rätt sak, på rätt sätt, i rätt tid*. Vad som är det rätta utgår alltid från behoven hos dem som verksamheten är till för. Denna beskrivning av kvalitetsbegreppet ska ligga till grund för arbetet som utförs i funktionsstödsförvaltningen. Förvaltningen ska ta fram lösningar som är anpassade efter individen, med hänsyn till att alla har rätt till ett rättssäkert, likvärdigt, effektivt och jämlikt bemötande.

Insatser inom socialtjänsten, verksamheter enligt LSS samt hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet och arbetet ska bedrivas systematiskt. För utförande av uppgifter ska det finnas personer med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor.

*Källa: Socialtjänstlagen (2001:453), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) samt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*

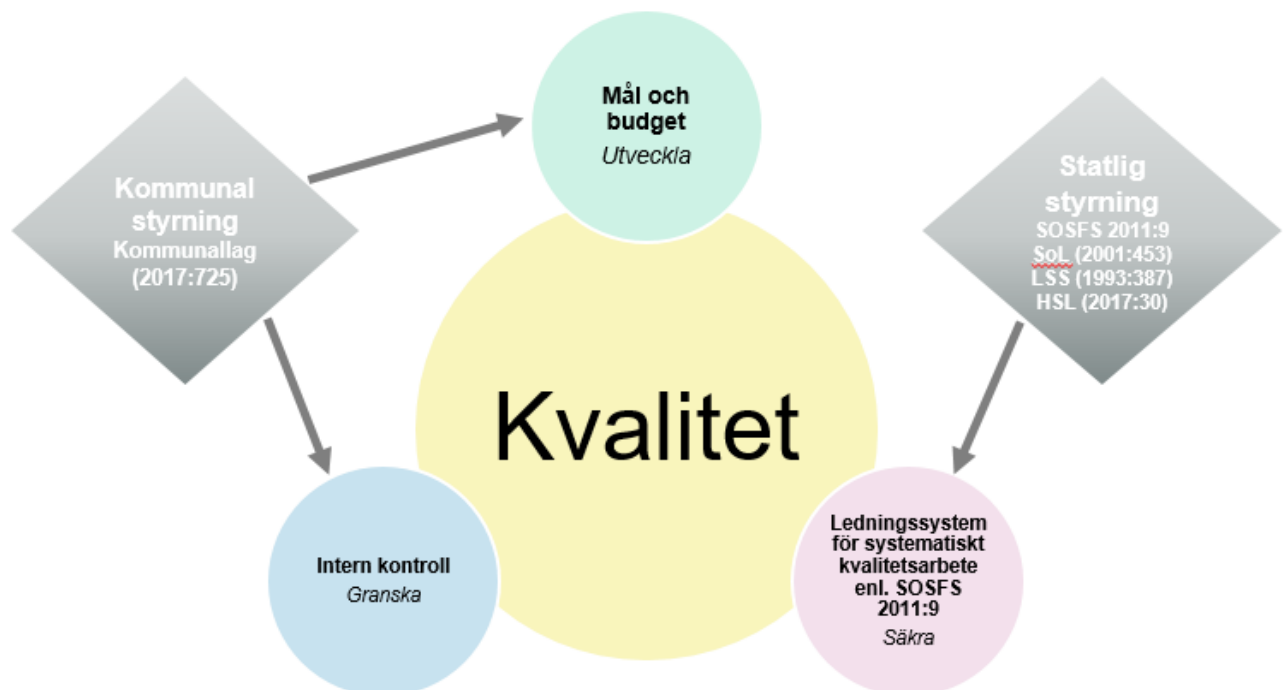
För att kunna värdera kvaliteten behöver förvaltningen ha kunskap om verksamheternas resultat. Detta kräver engagemang, kompetens och delaktighet hos medarbetare på samtliga nivåer i förvaltningen. I detta arbete är Malmö stads personalpolicy ett viktigt verktyg. I personalpolicyen framgår att det ska finnas förutsättningar för dialog, öppenhet och

samverkan, där medarbetarna ges utrymme att ifrågasätta, förnya och utveckla organisation och verksamheter.

En annan viktig aspekt är Malmö stads samverkansavtal med fackliga organisationer. Avtalet syftar till att skapa förutsättningar för ett positivt arbetsklimat och säkerställa att alla medarbetare har möjlighet till delaktighet, utveckling, ansvar och inflytande, samt en god introduktion. Grunden för samverkan är arbetsplatsträffen. Funktionsstödsförvaltningen har utöver detta ett antal forum för facklig samverkan, där förvaltningsrådet är det övergripande forumet.

### 3 Styr- och ledningsprocesser för kvalitet i funktionsstödsförvaltningen

De primära övergripande processerna som styr funktionsstödsförvaltningens kvalitetsarbete är mål- och budgetprocessen, intern kontroll samt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.



Figur 2: Styrprocesser för kvalitet i funktionsstödsförvaltningen

Processerna syftar till att uppnå det gemensamma målet om god kvalitet. För att skilja processerna åt har varje process fått ett kännetecknade värdeord (se kursivt under varje processnamn). Målarbetet har inriktningen mot att *utveckla* verksamheten. Exempel på detta är framtagande av nya arbetsätt, metoder och organisering av verksamhet som bättre tillgodoser behov och ändamålsenlighet. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ska primärt *säkra* nämndens grunduppdrag i förhållande till relevanta lagar och föreskrifter. Säkringen sker genom att verksamheterna själva gör kontroller av kvaliteten (egenkontroller). Intern kontroll syftar till att *granska* förvaltningens verksamheter, baserat på de högsta riskerna som identifierats. Granskningarna görs i regel av utsedd funktion som till exempel socialt ansvarig samordnare, medicinskt ansvarig eller controller.



Det är av stor vikt att förvaltningen arbetar på ett sätt som gynnar synergier mellan de tre processerna. Detta för att underlätta för verksamheterna att kunna planera, prioritera och följa upp sitt arbete på ett effektivt och meningsfullt sätt.

Funktionsstödsförvaltningen arbetar aktivt med att utveckla de processer som styr förvaltningens kvalitetsarbete. Målet är att dessa processer ska utgå från ett helhetsperspektiv, vara värdeskapande och baseras på den kunskap, kompetens och erfarenhet som finns hos brukare, medarbetare och chefer. Det yttersta målet är att detaljstyra mindre, skapa bättre handlingsutrymme och använda dialog och reflektion som främsta arbetssätt för att uppnå god kvalitet i insatserna. Denna strävan ligger i linje med en tillitsbaserad styrning och ledning som förordas av Tillitsdelegationen<sup>1</sup>.

### 3.1 MÅLSTYRNING OCH BUDGETPROCESS

#### 3.1.1 Mål- och budgetprocess Malmö stad

Budgeten är ett av kommunens viktigaste styrmedel. Budgetprocessen inleds cirka ett år innan det avsedda budgetåret påbörjas. Samtliga nämnder tar fram en *budgetskrivelse* där de gör en bedömning av verksamheten och ekonomin för det kommande året. Nämnderna beskriver sina största utmaningar på kort och lång sikt, lyfter viktiga förändringar som påverkar verksamheten samt beskriver hur de planerar att arbeta för att möta utmaningarna.

Kommunstyrelsen går igenom nämndernas budgetskrivelser och de ekonomiska förutsättningarna under budgetberedningen. Efter beredningen tas ett förslag fram på budget för Malmö stad. I budgeten fastställs kommunfullmäktiges mål samt de ekonomiska ramarna och riktlinjerna för verksamheterna. Kommunfullmäktigemålen anger kommunens övergripande inriktning, syftar till samhällsutveckling och **tilldelas de nämnder som kan bidra mest.**

Utifrån Malmö stads budget tar varje nämnd fram en *nämndsbudget* som mer detaljerat beskriver vilken verksamhet som kan bedrivas inom de ekonomiska ramarna som fastställts. **För nämndens egna prioriterade utvecklingsområden kan nämnden besluta om nämndsmål. Till respektive kommunfullmäktigemål och nämndsmål kopplar funktionsstödsnämnden en planeringskommentar. Till respektive kommunfullmäktigemål kopplar nämnden även indikatorer. I nämndsbudgeten fastställs indikatorer, nämndens mål och planeringskommentarer till målen.**

#### 3.1.2 Målstyrning i funktionsstödsförvaltningen

**Både kommunfullmäktigemålen och nämndsmålen kan brytas ned i åtaganden, aktiviteter och delaktiviteter i förvaltningen. Nämndens process för planering och uppföljning bygger på att skapa starkare delaktighet och ägandeskap och att medarbetarnas kunskap tas tillvara i alla steg.**

**Nedbrytning av målen kan ske på olika sätt. Åtagande tas fram av respektive avdelnings ledningsgrupp för att bättre kunna spegla verksamhetens behov och utmaningar. Det**

---

<sup>1</sup> SOU 2018:47 *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*

behöver inte kopplas åtagande till samtliga mål. Planeringskommentar tas fram till respektive åtagande.

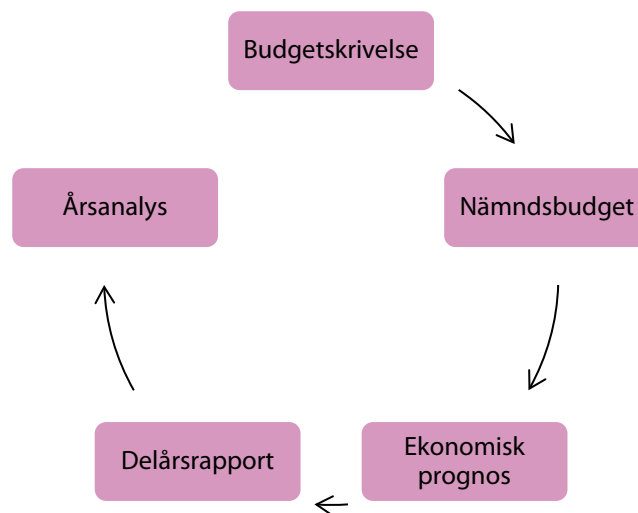
På enhets- respektive sektionnivå bryts åtagandena sedan ner i aktiviteter respektive delaktiviteter. För varje moment i kedjan förtydligas vad som ska uppnås.

Dialog mellan kedjans olika moment är central för att säkerställa en fungerande process som utgår från de behov som förvaltningens målgrupper har.

### 3.1.3 Uppföljning av mål- och budgetprocess

Samtliga delaktiviteter, aktiviteter, åtaganden, indikatorer och mål följs upp under året.

Ekonomisk uppföljning redovisas till nämnd och kommunstyrelsen vid tre tillfällen per år: ekonomisk prognos (perioden januari-april), delårsrapport (perioden januari-augusti) och årsanalys. Måluppföljning redovisas till nämnd och kommunstyrelse i delårsrapport och årsanalys. I uppföljningen analyseras och bedöms resultatet så att vi kan förstå varför det blivit som det blivit. Uppföljningen är viktig för att kunna kvalitetssäkra verksamheten och vara en lärande organisation. Uppföljningen rapporteras i IT-verktyget Stratsys. Genom att samla uppföljningen i Stratsys skapas transparens och en helhetsbild över förvaltningens och nämndens arbete.



Figur 3: Funktionsstödsnämndens och funktionsstödsförvaltningens mål- och budgetprocess

## 3.2 INTERN KONTROLL

Intern kontroll är ett av flera sätt för en organisation att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. I en offentlig organisation som Malmö stad skapar en god intern kontroll förutsättningar för en effektiv användning av skattemedel och en bra service till malmöbor och andra intressenter. Generellt sett handlar intern kontroll om att ha ordning och reda och se till att:

- verksamheten är ändamålsenlig och effektiv
- information om verksamhet och ekonomi är tillförlitlig
- lagar, förordningar och styrdokument följs

Arbetet med den årliga *internkontrollplanen* inleds med att en gemensam riskanalys görs i form av *gemensamma riskdialoger* i respektive avdelning. *Gemensamma riskdialoger* syftar till att skapa ett effektivt arbetssätt som gynnar synergier och helhetstänk i förvaltningens styrprocesser samt underlättar prioriteringar för nästkommande års systematiska kvalitetsarbete. Vid

riskdialogerna identifieras och analyseras avdelningarnas samtliga risker utifrån sannolikhet och konsekvens. De högst värderade riskerna ur ett helhetsperspektiv för förvaltningen sammanställs i internkontrollplanen, vilken beslutas av nämnden, för nästkommande år. Riskerna hanteras genom granskningar eller direktåtgärder. Övriga risker hanteras inom ramen för respektive styrprocess. Se vidare under avsnitt 5.5, Bedöma risker.

De genomförda direktåtgärderna och granskningsresultaten, samt planerade förbättringsåtgärder redovisas till nämnden i uppföljningsrapporter vid tre tillfällen under året: i samband med ekonomisk prognos, delårsrapport och årsanalys. Nämnden tar i sin tur ställning till om den interna kontrollen är tillräcklig, samt redovisar en årlig rapport till kommunstyrelsen och till stadsrevisionen, vars uppgift är att bedöma om nämndens respektive kommunens sammanlagda kontroll är tillräcklig. Allt arbete med den interna kontrollen planeras och följs upp i IT-verktyget Stratsys.

### 3.3 LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE ENLIGT SOSFS 2011:9

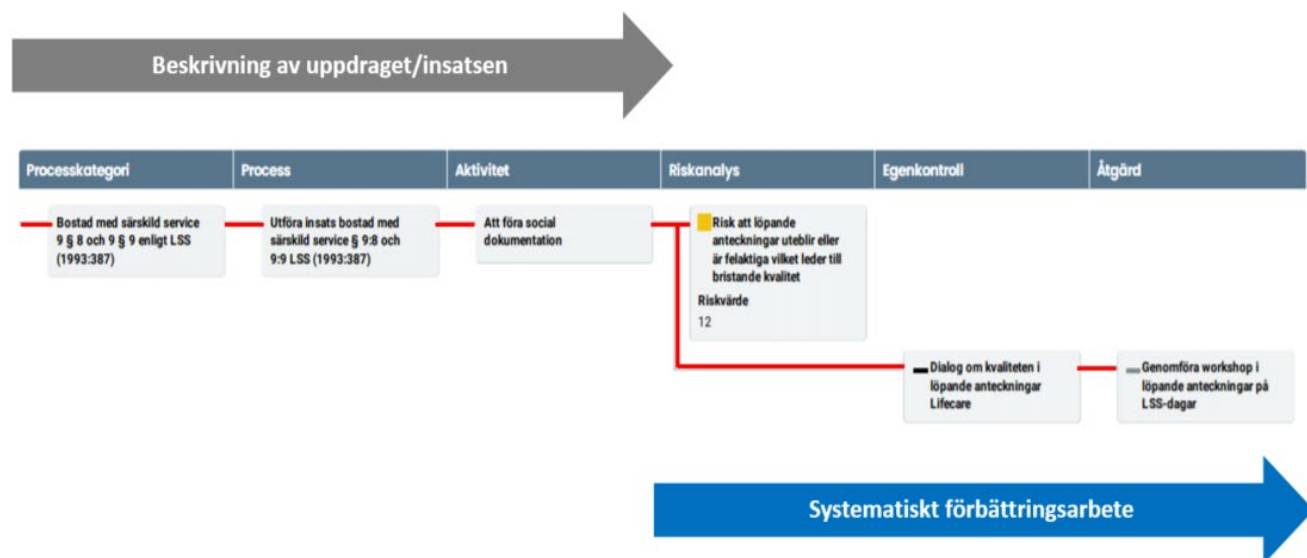
Socialstyrelsen anger i föreskriften *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9) att den som bedriver socialtjänst, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvård ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det signifikanta för ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete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

De kartlagda processerna ska i sin tur ligga till grund för ett systematiskt förbättringsarbete för att fortlöpande säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Detta ska ske genom förbättringar av de identifierade processerna, aktiviteterna och rutinerna.

Förbättringsarbetet ska enligt föreskriften baseras på:

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

Figuren nedan illustrerar översiktligt hur ett flöde hänger ihop i en ”röd tråd” i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.



Figur 4: Utdrag från ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 i Stratsys

Även kvalitetsarbetet genom ledningssystemet inleds med *gemensamma riskdialoger* i respektive avdelning. Risker som bedöms kunna hanteras på lokal nivå i förvaltningen, av första och andra linjens chefer, följs upp genom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. **Resultatet av bearbetning efter riskdialogerna blir underlag till planen för**

ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. *Plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* delges nämnden under februari månad.

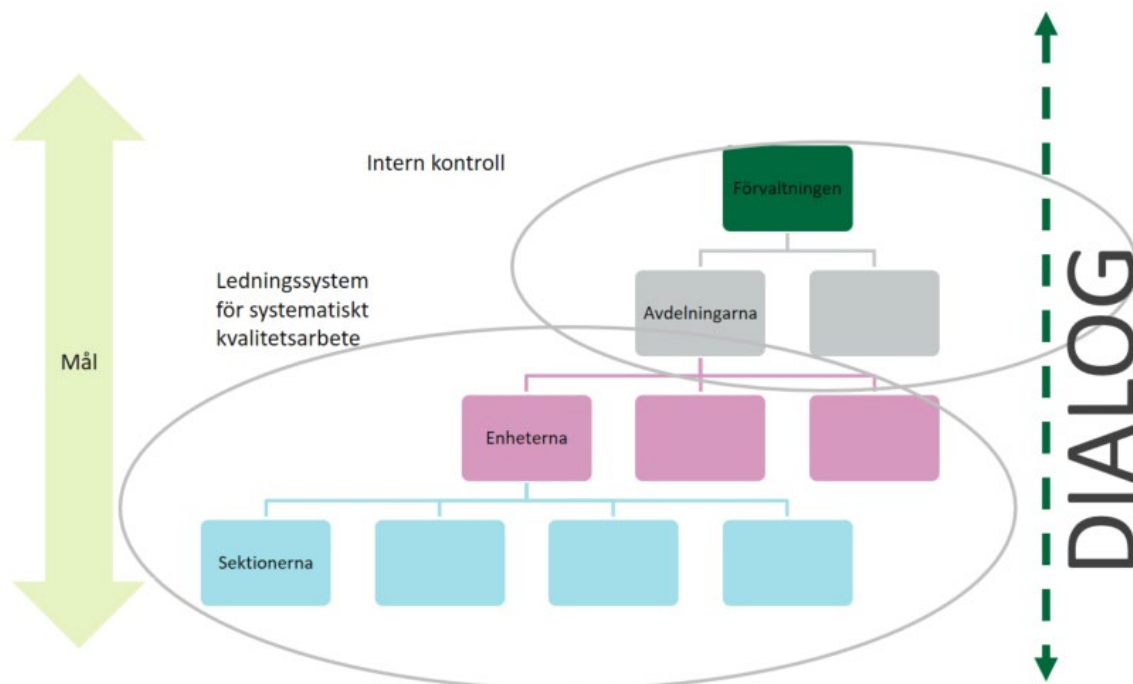
Genomförande av egenkontroller och åtgärder sker löpande under året och dokumenteras av respektive chef i IT-verktyget Stratsys. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har en lokal förankring i förvaltningen, vilket innebär att egenkontroller i regel genomförs på sektionsnivå för att sedan summeras och analyseras ytterligare på enhetsnivå. För att fördjupa de analyser som dokumenteras i Stratsys genomförs även kvalitetsdialoger i verksamhetsavdelningarnas ledningsgrupper.

Risker med höga värden följs upp eller stäms av i samband med ekonomisk prognos, januari till april, och redovisas för funktionsstödsnämnden i maj. Resterande risker hanteras och följs upp till *kvalitets-* respektive *patientsäkerhetsberättelsen*, vilka redovisas för nämnden i februari.

### 3.5 TILLÄMPNING AV STYRPROCESSERNA

Styrprocesserna syftar till samma sak; att uppnå och säkra en hög kvalitet i insatserna. Rent praktiskt skiljer sig dock arbetssätten i de olika processerna till viss del åt. Det innebär att det finns en inbyggd komplexitet i att kunna prioritera när, av vilka funktioner och i vilken omfattning de olika processerna ska tillämpas.

Bilden nedan har tagits fram för att illustrera hur styrprocesserna samverkar samt hur dessa kan tillämpas i praktiken.



Figur 5: Tillämpning organisatoriska nivåer av styrprocesser för kvalitet i funktionsstödsförvaltningen

## LÄS VIDARE

- Här kan du kan läsa mer om [Malmö stads gemensamma mål, budget, interna kontroll och styrdokument](#)
- Funktionsstödsnämnden har även [regler och avisningar för intern kontroll](#), som finns på intranätet Komin.
- Här kan du läsa mer om [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete \(SOSFS 2011:9\)](#).

## DEL 3: Ansvarsfördelning - grundförutsättningar styrning och ledning

- Förvaltningsdirektören har det övergripande ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- Förvaltningsdirektören ansvarar för att ha en kontinuerlig dialog med och återrapport till nämnden om kvalitetsutvecklingen inom ramen för styr- och ledningssystemet, inklusive budget, målstyrning, intern kontroll och systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att informera medarbetare om lagar, policys och rutiner
- Varje chef har på sin nivå ansvar för budget, ekonomisk styrning samt ekonomiskt utfall
- Varje chef har på sin nivå ansvar för upprättande av åtaganden, aktiviteter och delaktiviteter utifrån nämndsmålen samt redovisning av målluppfyllelse
- Varje chef har på sin nivå ansvar för genomförande och uppföljning av internkontroll, enligt förvaltningens internkontrollplan
- 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
- Verksamhetschef enligt HSL 4 kap. 2 § ansvarar för att det finns behövliga direktiv och rutiner för hälso- och sjukvårdsverksamheten
- Medicinskt ansvariga ansvarar för att följa upp att författningsbestämmelser och andra regler gällande hälso- och sjukvård är kända och efterlevs
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att arbeta med förbättringar och utveckling av förvaltningens verksamheter med utgångspunkt i resultaten av det systematiska kvalitetsarbetet
- Samtliga medarbetare har ansvar för att det arbete som utförs utgår från Malmö stads styrfilosofi och värdegrund samt förvaltningens styr- och ledningssystem

## 4 Planering och uppföljning av kvalitetsarbetet

Arbetet med intern kontroll, mål- och budgetuppföljning samt det systematiska kvalitetsarbetet inom ramen för ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 syftar alla till att uppnå god kvalitet. Processerna är i mångt och mycket tätt sammankopplade, även om vissa moment i arbetssätten inom respektive process kan skilja sig åt.



Figur 6. Årsprocess styr- och ledningsprocesser funktionsstödsförvaltningen

I figur 6 ovan visas de tre styrprocesserna i en gemensam årsprocess med de övergripande nedslagen i processerna under året. Aktiviteterna i *planeringen* visas i de rosa rutorna. Aktiviteterna i *uppföljningen* illustreras i de gröna. I mitten visas det löpande arbetet som sker i samtliga processer, inklusive arbetet med att regelbundet analysera kvaliteten i förhållande till avvikelser i förvaltningens kvalitetsråd.

Figuren visar att de olika aktiviteterna i respektive styrprocess till stor del sker samtidigt. Det är av stor vikt att dessa skeenden i processerna är synkroniserade även i det praktiska arbetet, det vill säga att processerna följer och hakar i varandra för att skapa synergier. På så vis minimeras risken för dubbel-/trippelarbete för ansvariga chefer och medarbetare, då det redan i planeringsstadiet finns möjlighet att styra arbetet till att planeras, utföras och följas upp i "rätt" styrprocess.

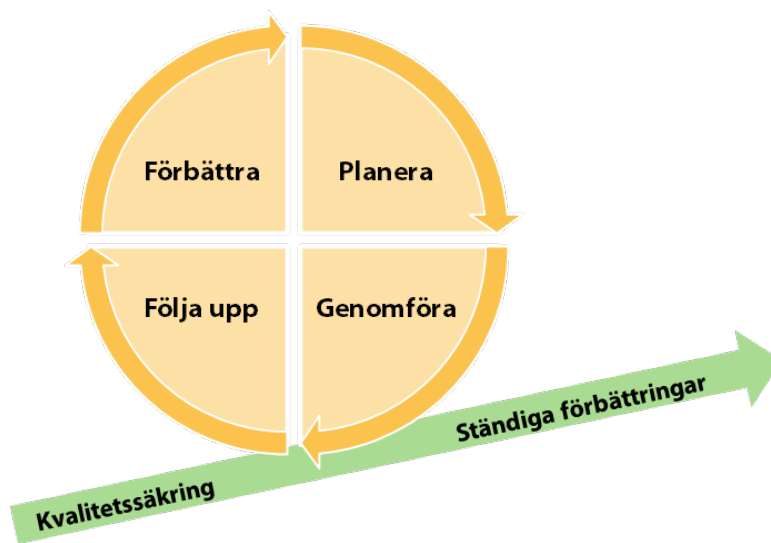
### DEL 4: Ansvarsfördelning – Planering och uppföljning av kvalitetsarbetet

- Förvaltningsdirektören har det övergripande ansvaret för att budget- och uppföljningsprocessen, intern kontrollprocessen och processen rörande planering och uppföljning av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 årligen planeras och följs upp
- Varje chef ansvarar på sin nivå för att planera och följa upp det systematiska kvalitetsarbetet under året, i den mån inte ledningsuppgifterna enligt lag eller annan författning åligger medicinskt ansvarig sjuksköterska.

## 5 Systematiskt kvalitetsarbete – ett gemensamt arbetssätt

Systematiskt kvalitetsarbete utgör grunden i de processer som används för att planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna i funktionsstödsförvaltningen. Syftet med det systematiska kvalitetsarbetet är att tillgodose behoven och infria förväntningarna hos dem vi är till för. Styr- och ledningssystemet är alltid i förändring i förhållande till de krav som ställs på organisationen och i förhållande till de förbättringar som identifieras i arbetet.

I bilden nedan beskrivs det grundläggande arbetssättet. Organisationen behöver ständigt vara vaksam på att alla delar i kvalitetshjulet finns med. Detta minskar risken för att stor kraft exempelvis läggs på planering och genomförande men utan att resultatet tas till vara och används för framtida beslut och förbättringar.



Figur 7: Kvalitetshjulet i funktionsstödsförvaltningen

Funktionsstödsförvaltningen arbetar på flera sätt för att säkerställa att insatserna sker utifrån det gemensamma arbetssättet och för att driva på det systematiska kvalitetsarbetet. De viktigaste verktygen och perspektiven redovisas nedan.

### 5.1 PROCESSKARTLÄGGNING OCH PROCESSFÖRBÄTTRING

Välkända processer är en viktig grund för ett gemensamt arbetssätt och en kvalitetssäkring av verksamheten. En process är en schematisk bild över arbetets gång – ett flödesschema. Det är en sammanhängande kedja av aktiviteter med en väl definierad början och ett väl definierat slut. För att processen ska vara sammanhängande krävs att det finns något som startar och driver den. Processen är något som återkommande upprepas.

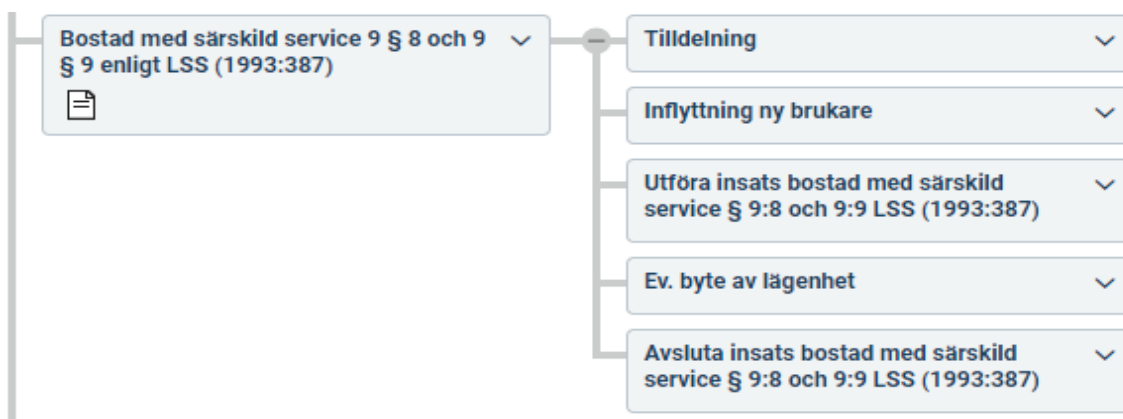
Funktionsstödsförvaltningen arbetar med processer på olika nivåer:

- Övergripande styr- och ledningsprocesser på förvaltningsnivå
- Huvudprocesser som beskriver kärnverksamheterna
- Verksamhetsspecifika processer/delprocesser för att säkra kvaliteten i de insatser som utförs



- Stödprocesser som direkt medverkar till att stödja kvaliteten i huvudprocesserna.

Flertalet processer finns kartlagda på intranätet Komin och i IT-verktyget Stratsys. Kartläggning av processer är ett ständigt pågående arbete.



Figur 8: Exempel på huvudprocess - Bostad med särskild service enligt LSS § 9:8 och § 9:9 i funktionsstödsförvaltningen. Källa IT-verktyget Stratsys (styrmodell SOSFS 2011:9).

#### DEL 5.1: Ansvarsfördelning – Processkartläggning och processförbättring

- Förvaltningsdirektören har ansvar för att det finns framtagna beskrivningar över förvaltningens styr- och ledningsprocesser samt andra standardiserade dokument
- Varje avdelningschef har ansvar för att det finns framtagna beskrivningar över förvaltningens huvudprocesser och stödprocesser
- Varje enhetschef och sektionschef har ansvar för att det finns framtagna beskrivningar över verksamhetsspecifika processer, rutiner och checklistor
- Medicinskt ansvariga har ansvar för det finns framtagna processer, rutiner, checklistor och andra standardiserade dokument som krävs för att säkra patientsäkerheten och förebygga vårdskada
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att följa upp att processerna efterlevs och för att vid behov utbilda eller på annat sätt se till att det finns förutsättningar för medarbetarna att följa processerna, i den mån inte ledningsuppgifterna enligt lag eller annan författning åligger medicinskt ansvariga
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att identifiera, hantera och vid behov lyfta behov av förbättringar och revideringar av processer, rutiner, checklistor och andra standardiserade dokument
- Samtliga medarbetare har ansvar för att följa de processer, rutiner, checklistor och andra standardiserade dokument som finns för förvaltningens verksamheter
- Samtliga medarbetare har ansvar för att lyfta behov av förbättringar eller revideringar av processer, rutiner, checklistor och andra standardiserade dokument

## 5.2 DELAKTIGHET

### 5.2.1 Delaktighet för brukare

Av lagstiftningen framgår att verksamheten ska vara grundad på respekt för brukarnas självbestämmande och integritet samt att brukare i största möjliga utsträckning ska ges inflytande över och inkluderas i beslut och processer. För att kunna säkerställa en god kvalitet där brukarna känner sig delaktiga är det viktigt att välkomna och ta tillvara synpunkter och erfarenheter, samt sträva efter en brukarorienterad verksamhetskultur.

### 5.2.2 Delaktighet för medarbetare

I lagstiftningen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt inom Malmö stads personalpolicy beskrivs att medarbetarna är skyldiga att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Detta innebär att medarbetarna ska vara delaktiga i att planera och utveckla verksamheten, exempelvis genom att delta i analyser av avvikelser och bidra med förbättringar kring processer och rutiner.

#### DEL 5.2: Ansvarsfördelning – Delaktighet

- Förvaltningsdirektören har ansvar för att funktionsstödsförvaltningens styrande processer och dokument genomsyras av lagstiftningens intentioner om brukares rätt till delaktighet och inflytande
- Varje avdelningschef har ansvar för att former för brukardelaktighet och inflytande säkras och utvecklas i verksamheten
- Varje enhetschef och sektionschef har ansvar för att verksamheter utgår från brukarens behov och att brukare tillförsäkras inflytande och delaktighet i de insatser som utförs
- Medicinskt ansvariga har ansvar för att de processer, rutiner och checklistor som tas fram genomsyras av patienters rätt till delaktighet och självbestämmande
- Samtliga medarbetare har ansvar för att lagstiftningens intentioner om rätt till delaktighet och inflytande omsätts i det dagliga mötet med brukare
- Samtliga medarbetare ansvarar för att vara delaktiga i att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet

## 5.3 SAMVERKAN

Många brukare som kommer i kontakt med funktionsstödsförvaltningens verksamheter har sammansatta behov som kräver samverkan såväl internt i förvaltningen och mellan Malmö stads förvaltningar, som externt med andra myndigheter och aktörer. Syftet med samverkan är att säkerställa att administrativa gränser inte innebär hinder för de som är berörda av servicen.

### 5.3.1 Brukarsamverkan och dialog med samverkanspartners

För att leva upp till kraven i lagstiftningen ska verksamheten bedrivas i samverkan med berörda samhällsorgan, organisationer, myndigheter och andra aktörer som exempelvis anhöriga och legala företrädare. Föreskrifterna för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) anger särskilt att processer där samverkan behövs, ska

identifieras. Det ska framgå av funktionsstödsförvaltningens processer och rutiner hur samverkan ska bedrivas i verksamheten. Funktionsstödsförvaltningen arbetar med att identifiera möjligheter och krav om samverkan i samtliga processer som kartläggs i IT-verktyget Stratsys. Utöver detta arbetar förvaltningen med bland annat verktyget samordnad individuell plan (SIP) för att bättre samordna insatser mellan förvaltningen, andra förvaltningar och Region Skåne.

### DEL 5.3: Ansvarsfördelning – Samverkan

- Förvaltningsdirektören har ansvar för att funktionsstödsförvaltningen har etablerade samverkansforum, både inom och utom förvaltningen, för att säkra kvaliteten för den enskilde
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att processer där samverkan behövs, ska identifieras och kartläggas
- Varje chef på sin nivå ansvar för att det framgår av funktionsstödsförvaltningens processer och rutiner hur samverkan ska bedrivas i verksamheten
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att delta i samverkan, både inom och utom förvaltningen, för att säkra kvaliteten för den enskilde
- Medicinskt ansvariga har ansvar för att delta i samverkan, både inom och utom förvaltningen, för att säkra kvaliteten för den enskilde
- Samtliga medarbetare har ansvar för att medverka i samverkan med andra aktörer, både inom och utom förvaltningen, för att säkra kvaliteten för den enskilde

## 5.4 METODUTVECKLING OCH KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Kompetensförsörjning och tydliga kompetenskrav är en viktig del av kvalitetsarbetet. I Malmö stads personalpolicy framgår att Malmö stad som arbetsgivare ska ge medarbetarna förutsättningar för lärande i vardagsarbetet, delaktighet i förbättringsarbete och kontinuerlig kompetensutveckling i olika former.

För att säkra verksamhetens kvalitet är det av stor vikt att förvaltningen strävar efter att utveckla en evidensbaserad praktik. Evidensbaserad praktik brukar beskrivas som en systematisk tillämpning av vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap som används för att ge stöd utifrån brukarens situation, erfarenhet och önskemål. Arbetet sker inom de lagar och riktlinjer som gäller för arbetsområdet. Inom funktionsstödsförvaltningen används olika former av evidensbaserade metoder bland annat inom samtalsmetodik, motiverande arbetssätt och metoder samt olika former av pedagogiska förhållningssätt.

### LÄS VIDARE

- Länk till [Malmö stads personalpolicy](#)
- Länk till Socialstyrelsen [Att arbeta evidensbaserat](#)

## DEL 5.4: Ansvarsfördelning – Metodutveckling och kompetensförsörjning

- Förvaltningsdirektören har ansvar för att funktionsstödsförvaltningens övergripande processer för styrning och ledning samt övergripande utvecklingsarbete genomsyras av beprövad erfarenhet och aktuell forskning
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att verksamheterna använder sig av beprövad erfarenhet och metoder och/eller kunskapsområden som är evidensbaserade
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att omvärldsbevaka och omsätta aktuell forskning i verksamhetens arbete
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att årligen genomföra medarbetarsamtal samt upprätta individuella kompetensutvecklingsplaner för sina medarbetare
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att kompetensen hos medarbetare upprätthålls genom adekvat kompetensutveckling
- Medicinskt ansvariga ansvarar för att chefer har information om vilken kompetens som krävs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten i förhållande till HSL-lagstiftningen
- Samtliga medarbetare har ansvar för att medverka i den kompetensutveckling som erbjuds

### 5.5 BEDÖMA RISKER

En väsentlig del av det systematiska kvalitetsarbetet är arbetet med att bedöma och analysera risker. Riskbedömningar är en del av ett medvetet förebyggande arbete och syftar till att förhindra att klagomål, avvikelser och allvarliga missförhållanden eller vårdskador faller ut och medför negativa konsekvenser för brukare, patienter och verksamheter. Funktionsstödsförvaltningen arbetar med riskbedömningar på olika vis och olika nivåer.

#### 5.5.1 Gemensamma riskdialoger

*Gemensamma riskdialoger* syftar till att skapa ett effektivt arbetssätt som gynnar synergier och helhetstänk i förvaltningens styrprocesser för kvalitetsarbete. Dialogerna genomförs i respektive avdelning och leder fram till gemensamma beslut om en första hantering av riskerna, det vill säga i vilken styrprocess och på vilken nivå i organisationen riskerna skulle hanteras och följas upp. Avsikten är att dialogerna ska vara startskottet för en första planering och underlätta prioriteringar för nästkommande års systematiska kvalitetsarbete.

#### 5.5.2 Riskanalyser kopplat till processer – en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9

Det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 utgår från de kartlagda processer och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I dessa processer ingår att identifiera och analysera risker, kopplat till aktiviteterna i respektive process. Riskerna värderas enligt sannolikhet och konsekvens i en riskmatris med utgångspunkt i effekter för brukare/patienter. **Underlag till riskanalysen är risker identifierade vid förvaltningens**

gemensamma riskdialoger och i den löpande analysen som sker i förvaltningens kvalitetsråd.

Riskerna följs upp genom egenkontroller och därefter vidtas åtgärder för att undvika att dessa faller ut. Allt arbete planeras och följs upp i IT-verktyget Stratsys.

### 5.5.3 Riskanalys i intern kontroll

Intern kontroll syftar till att kvalitetssäkra förvaltningens uppdrag genom att granska och åtgärda de högsta riskerna relaterat till förvaltningens processer. Risker är i detta sammanhang oönskade händelser vilka utgör hot mot att vi klarar det vi är till för på ett ändamålsenligt sätt, skadar förtroendet mot nämnd och förvaltning eller orsakar onödiga kostnader. Även risker relaterade till politiskt beslutade mål eller gränsöverskridande samarbeten mellan nämnder/styrelser och förvaltningar/bolag kan vara aktuella att ta upp. Underlag till riskanalysen är risker identifierade vid förvaltningens gemensamma riskdialoger. Dessa risker baseras på underlag i form av budgetskrivelse för kommande år, kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för föregående år samt aktuella styrdokument och processer. Arbetet med intern kontroll dokumenteras i IT-verktyget Stratsys.

### 5.5.4 Risk- och händelseanalys

*Risk- och händelseanalys* är en metod som används för att bedöma en risk eller utreda en negativ händelse i ett visst sammanhang. Analysmetoden utgår från ett brukarperspektiv och utmynnar i en konkret åtgärdsplan. Syftet med riskanalysen är att förebygga allvarliga incidenter. Riskanalyser kan användas både inom verksamheter men också inför större förändringar såsom organisationsförändringar eller införandet av ny teknik eller nya arbetssätt. Händelseanalyser används för att identifiera bakomliggande orsaker till att negativ händelse skett, eller när det råder oenighet om händelseförlopp mellan olika aktörer.

#### DEL 5.5: Ansvarsfördelning – Bedöma risker

- Varje chef har på sin nivå ansvar för att identifiera, värdera, åtgärda och följa upp risker som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet i förhållande till förvaltningens kartlagda processer, inom ramen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9
- Medicinskt ansvariga har ansvar för att identifiera, värdera, åtgärda och följa upp risker som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och risk för vårdskada i förhållande till förvaltningens kartlagda processer, inom ramen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att identifiera, granska och åtgärda risker för brister i verksamhetens kvalitet i förhållande till intern kontroll
- Medicinskt ansvariga har ansvar för att identifiera, granska och åtgärda risker för brister i verksamhetens kvalitet och risk för vårdskada i förhållande till intern kontroll
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att identifiera risker för brister i verksamhetens kvalitet som kan behöva analyseras genom risk- och händelseanalys
- Samtliga medarbetare har ansvar för att uppmärksamma och rapportera risker som kan inträffa och som kan medföra brister, missförhållanden eller vårdskador i verksamheten

## 5.6 EGENKONTROLLER OCH GRANSKNINGAR

Egenkontroll innebär att den som bedriver verksamhet regelbundet granskar och följer upp sina egna resultat. Egenkontrollerna sker i förhållande till risker som identifierats i verksamhetens huvudprocesser och utförs på lokal nivå i organisationen av första och andra linjens chefer. Egenkontroll är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

Granskningar inom ramen för intern kontroll baseras på de högsta riskerna ur ett övergripande förvaltningsperspektiv. Granskningarna utförs i regel av en utsedd nyckelperson, exempelvis socialt ansvarig samordnare eller medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering.

Förvaltningen använder olika metoder för att genomföra egenkontroller och granskningar, se ett urval i avsnitten nedan.

### 5.6.1 Målgruppsundersökningar

Förvaltningen följer upp kvaliteten på insatserna samt hur väl delaktighet och samverkan fungerat genom enkäter till brukare, medarbetare eller samarbetspartners där resultatet sammanställs, analyseras och ligger till grund för förbättringsarbetet i verksamheterna.

### 5.6.2 Granskning av journaler, akter och annan dokumentation

Förvaltningen genomför regelbunden granskning av olika former av dokumentation, till exempel genomförandeplaner, patientjournaler och löpande anteckningar, för att säkerställa kvaliteten och identifiera förbättringsområden. Regelbunden loggranskning i journalföringssystemen görs enligt upprättad rutin, för att säkerställa att behörigheterna används i enlighet med patientdatalag och sekretesslagstiftning.

### 5.6.3 Kvalitetsdialoger, reflektion och självskattning

För att kunna arbeta effektivt i en komplex styrmiljö krävs dialog och reflektion. Detta arbetssätt är ett viktigt komplement till övriga uppföljningsmetoder då dialoger om kvalitetsarbetet fångar kvalitativa värden som annars är svåra att uppmärksamma och sammanställa. Ett viktigt syfte med kvalitetsdialoger är också att bidra till ett gemensamt lärande och involvera fler i det systematiska kvalitetsarbetet.

I funktionsstödsförvaltningen finns formaliserade dialogforum på olika organisatoriska nivåer, exempelvis *kvalitetsråd* och *gemensamma riskdialoger*. I arbetet med målkedjan sker dialoger i workshopform med medarbetare och chefer i syfte att öka delaktigheten och göra gemensamma analyser på uppföljningen. En metod för att säkra kvaliteten är också att chefer använder dialoger och självskattningar tillsammans med medarbetare, som en form av egenkontroll. Exempel på detta är de checklistor som används inom ramen för ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9. Kvalitetsområden som följs upp och dokumenteras med stöd av checklistor är till exempel rutiner för basal hygien, sekretess och arbetet med skyddsåtgärder.

## DEL 5.6: Ansvarsfördelning – Egenkontroller och granskningar

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

## 5.7 MÄTA OCH ANALYSERA RESULTAT

### 5.7.1 Hantera och analysera avvikelser, synpunkter och klagomål

Ett sätt att få kunskap om hur väl verksamheten fungerar är att arbeta strukturerat med att hantera avvikelser, synpunkter och klagomål.

#### *Avvikelser*

Avvikelser är ett samlingsbegrepp för händelser eller tillbud som innebär att något avviker från hur det ska eller borde vara, i förhållande till de krav och mål som finns enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård och socialtjänst. Avvikelser kan delas in i händelser som *ledde* till att en brukare eller patient skadats (händelse) och händelser som *kunde* ha lett till att en brukare eller patient skadats (risk/tillbud). Avvikelser kan också vara en oönskad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra skada på en närstående, medarbetare, utrustning eller organisation. Statistik avseende synpunkter och klagomål, avvikelser, lex Sarah och lex Maria-ärenden analyseras årligen och sammanställs i förvaltningens kvalitets- respektive patientsäkerhetsberättelse.

#### *Anmälan enligt Lex Sarah*

Avvikelser som bestått i en handling eller underlåtenhet av handling och som medfört ett hot mot eller konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa klassas som ett missförhållande enligt lex Sarah. Samtliga medarbetare som fullgör uppgifter inom socialtjänsten är skyldiga att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden enligt både SoL och LSS. Om missförhållandet bedöms vara allvarligt eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande har funktionsstödsnämnden en anmälningsskyldighet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### *Anmälan enligt Lex Maria*

Enligt patientsäkerhetslagens 6 kap. 4 § är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. Om en avvikelse bedöms ha medfört eller riskerat att medföra en allvarlig vårdskada för den enskilde görs en anmälan enligt Lex Maria direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Anmälan görs av medicinskt ansvarig sjuksköterska eller medicinskt ansvarig för rehabilitering.

### *Synpunkter och klagomål*

Synpunkter och klagomål är ett samlingsbegrepp för alla synpunkter, klagomål, invändningar och förslag till förändringar och förbättringar som framförs från de som verksamheten är till för: brukare, anhöriga, Malmöbor, samarbetspartners samt medarbetare med flera. Förutom att de synpunkter och klagomål som kommer in behöver behandlas ska de också sammanställas, så att de kan vara en del av uppföljningen.

### *Kvalitetsråd – Forum för analys av avvikelser, synpunkter och klagomål*

Avvikelse och synpunkter ska hanteras både individuellt och aggregerat som ett underlag till förbättring av verksamheten, i enlighet med det systematiska förbättringsarbetet enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. I handläggningen av dessa ärenden ingår analys av det inträffade, redovisning av vidtagna åtgärder och återrapportering till berörd personal och brukare. *Funktionsstödsförvaltningens kvalitetsråd* är det forum som på övergripande nivå regelbundet följer och bevakar utvecklingen av avvikelser inom lagrummen SoL, LSS och HSL. Syftet med kvalitetsrådet är att analysera bister och initiera förbättringar kopplade till avvikelser. Kvalitetsrådet förgrenar sig till respektive verksamhetsavdelning i form av avdelningarnas kvalitetsråd. Syftet med denna organisering är att kunna lyfta upp både utmaningar och förbättringsarbete på en övergripande nivå i förvaltningen, för att kunna se mönster och trender över tid. Detta är ett värdefullt bidrag till det systematiska kvalitetsarbetet.

Kvalitetsrådet har en direkt koppling till ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, då förbättringsåtgärder kan omsättas till egenkontroller och/eller åtgärder som hanteras och dokumenteras av chefer. Även de två styrprocesserna, intern kontroll och målarbetet, kan användas för att planera och följa upp förbättringsåtgärder kopplade till avvikelser beroende på karaktär, omfattning och lämplig tillämpning i respektive fall.

#### **LÄS VIDARE**

På intranätet Komin finns mer information om det [systematiska förbättringsarbetet](#) med bland annat avvikelser

### **5.7.2 Analys av nyckeltal, indikatorer och statistik**

För att kunna följa förändringar över tid analyseras olika typer av nyckeltal, indikatorer och statistik. Syftet är att kontinuerligt mäta verksamhetens resultat och arbeta med ständiga förbättringar. Kommunfullmäktige har beslutat att all statistik som redovisas ska vara könsuppdelad. Detta för att synliggöra eventuella skillnader mellan kvinnor, män, flickor och pojkar vilket ligger till grund för arbetet med jämställdhetsintegrering. Ett annat



exempel är jämställdhetskortet, som ska användas i tolkning av all individbaserad statistik för att synliggöra och analysera eventuella skillnader eller likheter mellan kvinnor, män, flickor och pojkar. Jämställdhetsanalyserna är ett sätt att kvalitetssäkra verksamheterna.

I förvaltningen används olika former av verktyg för att analysera och mäta verksamheternas resultat i förhållande till målen. Till nämndsmålen finns indikatorer som används för att indikera måluppfyllelse och förflyttning. Indikatorer kan vara antingen kvantitativa eller kvalitativa. Målvärde/bedömningsgrund till varje indikator anger den förflyttning nämnden vill uppnå.

### **5.7.3 Jämförelse av verksamhetens resultat**

Förvaltningen jämför på olika sätt verksamhetens resultat med andras exempelvis via nationella kvalitetsregister, öppna jämförelser eller att genom delårsrapporter och årsanalys jämföra den egna verksamheten med andra inom förvaltningen eller staden.

### **5.7.4 Verksamhetstavlor**

Ett sätt att arbeta med systematiskt förbättringsarbete inom förvaltningen är kontinuerliga tavelmöten vid verksamhetstavlor. På verksamhetstavlorna visualiseras arbetet med verksamheternas mål, aktuell statistik och pågående ständiga förbättringar kopplade till mätpunkter. Mätpunkterna ska kännas relevanta och begripliga för medarbetarna och gärna följas upp med korta intervaller för att kunna visa på snabba framgångar eller leda till snabba korrigeringar i verksamheten. Användande av SMARTa mål underlättar uppföljning av arbetet, SMART står för Specifikt, Mätbart, Accepterat, Relevant och Tidsatt. Vid tavelmöten involveras medarbetare i styrning och systematisk utveckling av verksamheten.

### **5.7.5 Tillsyner och externa granskningar**

Även tillsyner och externa granskningar av till exempel tillsynsmyndigheter och kommunrevisionen är bra sätt att identifiera förbättringsområden. Vid tillsyner och granskningar är det, precis som vid andra analyser, viktigt att fokusera på brister och förbättringar av systemen, snarare än på enskilda personers handlingar.

## DEL 5.7: Ansvarsfördelning – Mäta och analysera resultat

- Varje chef har på sin nivå ansvar för att systematiskt hantera, analysera och vidta åtgärder rörande avvikelser samt synpunkter och klagomål utifrån förvaltningens fastställda rutiner
- Socialt ansvarig samordnare ansvarar för att utreda händelser i verksamheten som klassas som missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. Funktionsstödsnämndens arbetsutskott ansvarar för att anmäla allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg
- Medicinskt ansvariga ansvarar för kvalitetssäkring av avvikelshantering enligt HSL, samt för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt lex Maria samt att anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att vid nyanställning samt årligen informera medarbetare om deras rapporteringskyldighet om avvikelser, missförhållanden samt vårdskador enligt LSS, SoL och HSL
- Samtliga medarbetare ansvarar för att följa förvaltningens rutiner för rapportering av avvikelser, synpunkter och klagomål samt missförhållanden enligt lex Sarah
- Förvaltningsdirektören har ansvar för att förvaltningen tar fram övergripande nyckeltal och indikatorer för att kunna mäta och följa utvecklingen av förvaltningens kvalitet och måluppfyllelse samt att föra kontinuerlig dialog med nämnden om resultaten
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att följa och analysera kvalitetsutvecklingen i respektive verksamhet i förhållande till de förvaltningsövergripande nyckeltalen och indikatorerna
- Förvaltningsdirektören har ansvar för att det finns verktyg för att undersöka vad de människor som berörs av förvaltningens verksamhet anser är god kvalitet på verksamheten
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att systematiskt undersöka vad de människor som berörs av förvaltningens verksamhet anser är god kvalitet på verksamheten

## 5.8 DOKUMENTATION

Att dokumentera de insatser och det arbete som görs är viktigt för att kunna säkerställa kvalitet, kontinuitet och rättssäkerhet och för att göra verksamheten spårbar och lättillgänglig. Dokumentationen är en lagstadgad skyldighet.

### 5.8.1 Dokumentation – en del av det systematiska kvalitetsarbetet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. De rutiner, checklistor och andra standardiserade dokument som krävs för att verksamhetens kartlagda processer ska fungera, ska upprättas och vid behov revideras. Upprättade processbeskrivningar med tillhörande rutiner och mallar publiceras på Komin och i IT-verktyget Stratsys. Verksamhetsspecifika rutiner ska finnas dokumenterade och kunna nås av alla medarbetare. En löpande dokumentation av det arbete vi genomför och de resultat vi uppnår är det viktigaste redskapet för att kunna ha ett underlag att följa upp och bedriva förbättringsarbete utifrån.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars upprätta en *patientsäkerhetsberättelse* avseende föregående kalenderår. Berättelsen ska beskriva hur ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat, hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroller, hur risker har analyserats samt hur samverkan med aktuella aktörer har skett för att förebygga vårdskador. För det arbete som utförts inom ramen för socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska ett liknande dokument, en *kvalitetsberättelse*, upprättas årligen. I kvalitetsberättelsen ska det framgå hur risker har analyserats, resultat av egenkontroller samt vidtagna åtgärder för att säkra och utveckla kvaliteten. IT-verktyget Stratsys möjliggör automatisk koppling av information om processer, aktiviteter, riskanalyser, egenkontroller och åtgärder till sammanställningar i form av rapporter/berättelser.

### 5.8.2 Löpande dokumentation av handläggning och genomförande av insatser

Bedömning av brukarens samtliga behov, beslut om insatser, åtgärder, genomförande och uppföljning ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen. Den huvudsakliga dokumentationen sker i olika IT-system. För dokumentation i IT-systemen krävs en individuell behörighet vilket innebär att endast personlig inloggning är tillåten. Dokumentationen ska skötas i enlighet med framtagna rutiner och riktlinjer, för att leva upp till lagstiftningens krav. Dokumentationsskyldigheten berör de insatser som omfattas av ett myndighetsbeslut, men kan även omfatta vissa övriga insatser. Dokumentationen kring brukaren ska hållas samlad i en personakt hos den som handlägger eller genomför insatser. För de brukare som berörs av hälso- och sjukvårdande insatser ska det upprättas en patientjournal.

Annan form av dokumentation som till exempel rutiner, riktlinjer och avtal ska diarieföras i IT-stödet Platina. På funktionsstödsförvaltningens Komin-sida om hantering av allmänna handlingar finns mer information om diarieföring, förvaring, arkivering och hantering av olika dokument, inklusive en rutin för förvaltningens hantering av allmänna handlingar. För Malmö stad finns också övergripande regler och även handbok för arkivhantering.

## LÄS VIDARE

På intranätet Komin finns mer information om [hantering av allmänna handlingar](#)

### DEL 5.8: Ansvarsfördelning – Dokumentation

- Varje avdelningschef har ansvar för att det systematiska kvalitetsarbetet dokumenteras löpande samt att det årligen upprättas delårsrapporter, årsanalys, kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse
- Varje enhetschef och sektionschef har ansvar för att det systematiska kvalitetsarbetet dokumenteras löpande samt att bidra med underlag till delårsrapporter, årsanalys, kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse
- Medicinskt ansvariga har ansvar för att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse i samarbete med chefer inom varje verksamhetsområde
- Varje chef har på sin nivå ansvar för att dokumentation av de insatser som handläggs och utförs sker i enlighet med gällande lagstiftning, förordningar och förvaltningens rutiner
- Medicinskt ansvariga ansvarar för att följa upp och granska att insatser enligt HSL journalförs i enlighet med patientdatalagen
- Varje chef har på sin nivå ansvar för diarieföring av allmänna handlingar
- Varje enhetschef har ansvar för att det finns registratorer som diarieför allmänna handlingar i enheten
- Samtliga medarbetare ansvarar för att följa förvaltningens rutiner för dokumentation av handläggning och genomförande av insatser, samt rutiner för hantering av allmänna handlingar

## 6 Uppföljning och revidering av styr- och ledningssystemet

Förvaltningens styr- och ledningssystem antas av funktionsstödsnämnden. Det ska följas upp minst vartannat år och revideras vid större förändringar, exempelvis när förändringar sker i lagstiftning eller vid nya rekommendationer från kommunfullmäktige.

### DEL 6: Ansvarsfördelning - uppföljning och revidering av styr- och ledningssystemet

- Förvaltningsdirektören ansvarar för att styr- och ledningssystemet följs upp och revideras, minst en gång vartannat år