

## Styrdokument funktionsstödsförvaltningen

<b>Gäller för:</b> Förvaltningsövergripande	<b>Senast uppföljd:</b> -
<b>Beslutad av:</b> Funktionsstödsnämnden	<b>Följs upp:</b> 2022-08-23
<b>Datum för beslut:</b> 2021-08-23	<b>Diarienummer:</b> FSN-2021-1812
<b>Senast reviderad:</b> -	<b>Ansvarig för revidering/uppföljning:</b> Linn Hellström Strategiska avdelningen

## Regler och anvisningar 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 för vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Funktionsstödsförvaltningens ledningssystem är digitalt och hanteras i IT-stödet Stratsys.

Insatser inom dessa verksamhetsområden ska vara av god kvalitet och arbetet ska bedrivas systematiskt. 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 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**

### **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 verkar också 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.

Funktionsstödsförvaltningen har rutiner fastställda för att säkra kvaliteten i utförandet av insatser. Dessa är kopplade till olika steg i processerna beroende på vad de avser. 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 bedöma och säkra kvalitet. Riskanalyser 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. I funktionsstödsförvaltningen används metoden i ett flertal situationer såsom risk- och händelseanalys, riskbedömningar kopplade till arbetsmiljö med flera. I ledningssystemet inleds arbetet med att säkra kvaliteten i insatserna som finns i de kartlagda processerna genom gemensamma riskanalyser som genomförs årligen i samtliga avdelningar genom riskdialoger.

På riskdialogerna identifieras olika risker, de analyseras och en bedömning görs utifrån sannolikhet och konsekvens. Utgångspunkten är att prioritera hantering av risker med högt riskvärde. I samband med riskdialogen görs också en bedömning gällande i vilken styrprocess risken ska hanteras, exempelvis kan hantering inom ramen för intern kontroll, systematiskt arbetsmiljöarbete, planering och uppföljning med mål eller ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 vara aktuella. Risker som hanteras inom ramen för ledningssystemet läggs in i Stratsys och till dessa kopplas egenkontroller och/eller åtgärder, risker med höga riskvärden sammanställs varje år i dokumentet ”Plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”. Riskdialogerna är ett tillfälle där större och övergripande risker lyfts men risker ska hanteras när de upptäcks under hela året. Vid identifiering av en risk ska den läggas in i Stratsys.

### **2.3. Egenkontroller och åtgärder**

Egenkontroller syftar till att den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kvaliteten. 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. Egenkontrollerna läggs in i Stratsys och kopplas till det steg i processen som de syftar till att säkra. 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 läggas in direkt på ett steg i processen i ledningssystemet utan att en egenkontroll genomförts 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.

## **2.4. Kvalitetsråd**

Funktionsstödsförvaltningen har kvalitetsråd inom respektive verksamhetsavdelning samt ett kvalitetsråd på förvaltningsövergripande nivå. Kvalitetsråden är ett forum för att regelbundet följa, bevaka och analysera kvalitetsarbetet, 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. Råden är också ett forum för diskussion av aktuella händelser och utmaningar som kan påverka verksamhetens kvalitet. Förbättringsåtgärder som identifieras vid råden kan omsättas i egenkontroller och åtgärder i ledningssystemet.

## **2.5. Plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och uppföljande rapporter**

Risker som hanteras inom ramen för ledningssystemet samt egenkontroller och åtgärder som planeras för året sammanställs i dokumentet ”Plan för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” som presenteras för funktionsstödsnämnden i början av året.

Uppföljningsrapporter tas fram två gånger per år, en avstämning och årsrapporter i form av en patientsäkerhets- och en kvalitetsberättelse. Dessa beslutas av funktionsstödsnämnden.

Att kvalitetsberättelsen bör och patientsäkerhetsberättelsen ska tas fram regleras i SOSFS 2011:9 samt 3 kap. 10 § Patientsäkerhetslagen. Risker, egenkontroller och åtgärder kopplade till hälso- och sjukvårdslagstiftningen som ingår i ledningssystemet följs upp i patientsäkerhetsberättelsen. Övriga risker, egenkontroller och åtgärder följs upp i kvalitetsberättelsen.

Vid avstämningstillfället delrapporteras arbetet med de egenkontroller och åtgärder som är kopplade till risker med höga riskvärden. Vid årsrapporteringen redovisas resultaten av de egenkontroller och åtgärder som genomförts under året. Dessa analyseras på verksamhetsnivå samt på övergripande nivå där även större händelser och utmaningar som påverkat verksamhetens kvalitet inkluderas i en övergripande analys. Berättelserna bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, inklusive patientsäkerhetsarbetet och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska utöver ovanstående även beskriva hur ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat, samt hur samverkan med aktuella aktörer har skett för att förebygga vårdskador.

### **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 utövare av 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 plan för det kvalitetsarbete som ska bedrivas under året. Planen behandlas av funktionsstödsnämnden. Direktören ansvarar även för att kvalitetsarbetet följs upp och rapporteras till nämnden i form av kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. 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 verksamhets-specifika 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.

### **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 i överensstämmelse med gällande författningar, föreskrifter och rutiner. Medicinskt

ansvariga ska också bedöma vilka övergripande processer och rutiner som behöver fastställas för att den kommunala hälso- och sjukvården ska uppfylla lagstiftade krav och mål. Medicinskt ansvariga har ansvar för att delta i samverkan, både inom och utom förvaltningen, för att säkra kvaliteten för den enskilde.

Utifrån resultat av riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser ska medicinskt ansvariga föreslå förbättringsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Medicinskt ansvariga ska också anmäla till IVO om allvarlig vårdskada enligt lex Maria inträffat eller riskerat att inträffa. Slutligen ansvarar medicinskt ansvariga för att årligen ta fram en patientsäkerhetsberättelse.

### **3.6. Samordnare systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9**

Samordnare ansvarar för att årligen ta fram förslag till plan för ledningssystem samt förslag till kvalitetsberättelse. Samordnare ansvarar för att det finns stöd i arbetet med ledningssystemet, exempelvis i form av rutiner och manualer. Samordnare deltar i kvalitetsråd 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 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 styrdokumenterna 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.