

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (enligt SOSFS 2011:9)

Innehåll

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4
Organisation, styrning och ansvar	4
Hägersten-Älvsjö stadsdelsförvaltning	4
Lagstiftning och föreskrifter som styr verksamheterna	4
Riktlinjer och regler	5
Ansvar	5
Verksamhetsplan	6
Väsentlighets- och riskanalys samt internkontrollplan	7
Kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9	7
Processer, aktiviteter och rutiner	7
Riskanalys/ Risk- och konsekvensanalys	8
Egenkontroll	8
Samverkan	8
Kompetensutveckling	10
Systematiskt förbättringsarbete	9
Avvikelsehantering	9
Synpunkter och klagomål	9
Avvikelser enligt SoL och HSL	9
Lex Sarah	9
Lex Maria	10
Planering, uppföljning, sammanställning och analys	10
Delaktighet för brukare	11
Verksamhetsuppföljning av egen regi	11
Tillämpning	1
1	
Kopplade dokument	

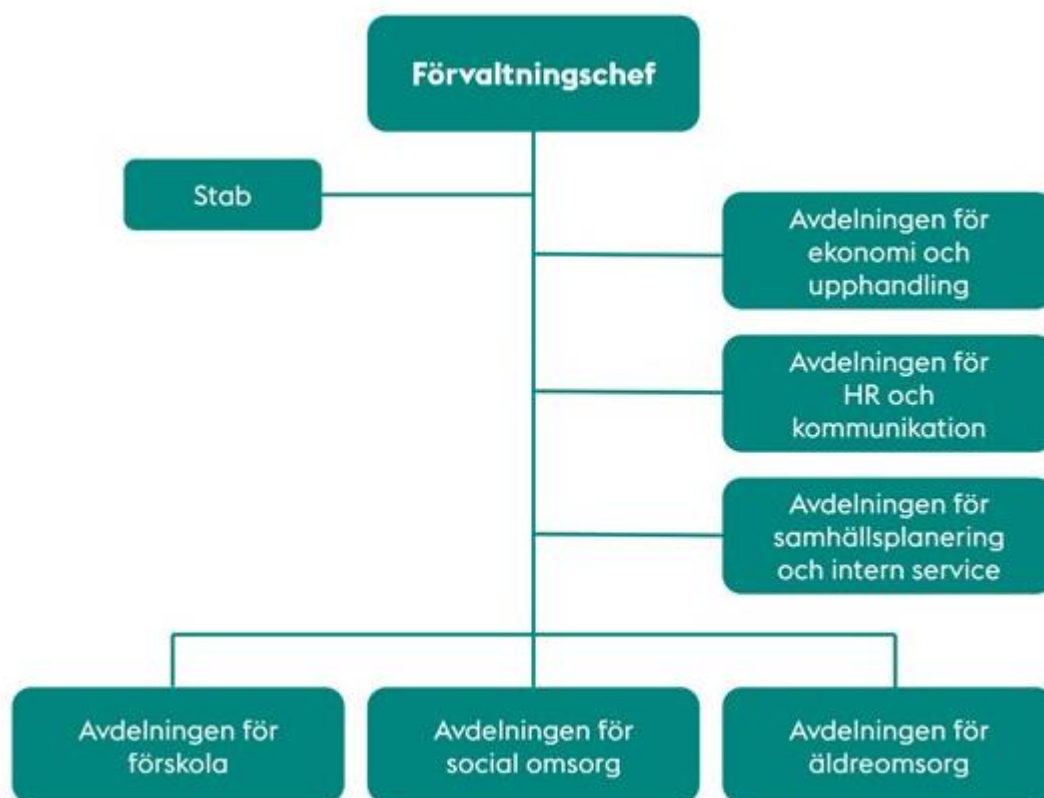
Fel! Bokmärket är inte definierat.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialtjänstens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i stadsdelsförvaltningen Hägersten-Älvsjö är utformat för att ge stöd och beskriva förvaltningens och enheternas arbete med det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9. Styrdokumentet omfattar verksamheterna inom socialtjänst, äldreomsorg, omsorg för personer med funktionsnedsättning samt kommunal hälso- och sjukvård. Insatserna som avdelningarna ger ska vara av god kvalitet och präglas av trygghet, värdighet, valfrihet och delaktig. Ledningssystemet säkerställer ett systematiskt och strukturerat arbetssätt för att ständigt utveckla och förbättra verksamheten.

Organisation, styrning och ansvar

Hägersten-Älvsjö stadsdelsförvaltning



Lagstiftning och föreskrifter som styr verksamheterna

De lagar, föreskrifter och allmänna råd som bland annat styr verksamhet och kvalitetsarbetet är:

- Socialtjänstlagen
- Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)
- Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta (LSS)

- Offentlighets- och sekretesslagen
- Förvaltningslagen
- Kommunallagen
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Nationell värdegrund för äldreomsorgen
- Barnkonventionen
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientlagen
- Patientdatalag
- Patientsäkerhetslag
- Föreskrifter och allmänna råd, överenskommelser, förordningar, riktlinjer och rutiner

För en mer omfattande redogörelse av de lagar och förordningar som styr socialtjänstens uppdrag se Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnds delegationsordning. Delegationsordningen finns på Stockholms stads intranät.

Riktlinjer och regler

- [Riktlinjer och dokument för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg](#)
- [Stockholms Stads värdegrund för äldreomsorg](#)
- Riktlinjer och föreskrifter för verksamhetsområden inom socialtjänst, LSS och omsorg för personer med funktionsnedsättning i Stockholm stad finns på [Plattform Socialtjänst - Start sida \(stockholm.se\)](#)
- [Riktlinjer och dokument för hälso- och sjukvård i Stockholm stad](#)
- [Hälso- och sjukvård - Stockholms stads intranät](#)

Ansvar

Ett väl fungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att vidta åtgärder inom ordinarie organisation.

Stadsdelsnämnden

- Ansvar för att stadsdelsförvaltningen har en tydlig gemensam riktning och en god samordning av våra uppdrag
- Övergripande ansvar för de verksamheter som bedrivs i egen regi
- Försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övriga verksamheter inom nämndens ansvarsområden och som nämnden har avtal med, till exempel verksamheter på entreprenad
- Fatta beslut om stadsdelsövergripande riktlinjer och rutiner
- Rapportera resultat tertialvis till nämnden i enlighet med budgetprocessen

Avdelningschef social omsorg respektive äldreomsorg

- Planera, leda, kontrollera, följa upp, dokumentera och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbetet inom sitt verksamhetsområde.
- Identifiera åtgärder utifrån olika resultat avseende det övergripande förbättringsarbetet.
- Rapportera resultat tertialvis till nämnden i enlighet med budgetprocessen.

- Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om risk för allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande har uppmärksammas i nämndens verksamheter.

Enhetschef

- Identifiera och fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten
- Planera, leda, kontrollera, följa upp, dokumentera och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbetet inom sin verksamhet.
- Identifiera förbättringsåtgärder utifrån olika resultat.
- Informera medarbetarna om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah och säkerställa att rapport upprättas vid misstanke om missförhållande
- Rapportera resultat tertialvis i enlighet med budgetprocessen.

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

- Har ett övergripande ansvar, utifrån hälso- och sjukvårdslagen, för att patienter får en säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- Upprätta riktlinjer, lokala regler och anvisningar för att säkerställa patientsäkerheten
- Samverka med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården och i utvärdering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Ansvar för att anmälan görs till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten och till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient drabbats av eller har utsatts för risk att kunnat drabbas av en allvarlig vårdskada.

Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ HSL:

- Ansvar för att ledningssystemets hälso- och sjukvårdsprocesser och rutiner tas fram, fastställs och uppdateras och att den löpande verksamheten fungerar på ett tillfredsställande sätt.
- Ansvar för att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) informeras vid misstanke om vårdskador.
- Samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i att följa upp och analysera kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård/patientsäkerhetsarbetet.

Medarbetare

- Arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner och rapportera avvikelser utifrån dessa.
- Delta i kvalitetsarbetet genom att bland annat medverka i olika aktiviteter, delta i uppföljningar och analys.
- Delta i framtagande av verksamhetsplan, tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

Verksamhetsplan

Enheterna inom respektive avdelning upprättar årligen en verksamhetsplan som utgår ifrån de mål och den ekonomiska ram som stadsdelsnämnden fastställt utifrån kommunfullmäktiges fastställda budget med inriktningsmål och mål för verksamhetsområdena.

I enheternas verksamhetsplaner konkretiseras stadsdelsnämndens mål genom egna uppdrag och aktiviteter som dokumenteras i enhetens eller verksamhetens egen verksamhetsplan.

Uppdragen avser det som enheten eller verksamheten åtar sig gentemot den enskilde invånaren eller brukaren samt till nämnden.

Uppdrag och aktiviteter i verksamhetsplan

- utgår ifrån stadsdelsnämndens uppdrag gentemot den enskilde
- är tydligt formulerade
- fokuserar på väsentliga kvalitetsaspekter
- rymms inom avdelningens respektive enhetens/verksamhetens ekonomiska ram.

Enheten och verksamheten följer årligen upp sin verksamhetsplan i tertialbokslut 1 och 2 samt i verksamhetsberättelsen. Enheten och verksamhetens verksamhetsplan och uppföljning dokumenteras i stadens integrerade ledningssystem (ILS).

Väsentlighets- och riskanalys samt internkontrollplan

Väsentlighets- och riskanalysen utgör grunden för arbetet med internkontroll. Den är ett viktigt verktyg som används för att identifiera samt ge underlag för att hantera och motverka oönskade händelser. Väsentlighets- och riskanalys genomförs årligen på nämnd- och enhetsnivå i samband med verksamhetsplaneringen. En väsentlighets- och riskanalys genomförs innan en internkontrollplan tas fram.

I en väsentlighets- och riskanalys identifieras de processer som är väsentliga för att nå kommunfullmäktiges mål och de oönskade händelser som kan uppstå om processerna inte fungerar. Väsentlighets- och riskanalysen ska uppskatta väsentlighetsgraden (konsekvenserna) och risknivån (sannolikheten) för att de oönskade händelserna inträffar.

Väsentlighets- och riskanalysen samt internkontrollplanen dokumenteras i ILS-webben. Uppföljning av internkontrollplanen redovisas i verksamhetsberättelsen.

Kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9

Processer, aktiviteter och rutiner

Enheten och verksamheten inom de områden som omfattas av föreskriften SOSFS 2011:9 ska identifiera sina huvudprocesser och aktiviteter samt de rutiner som behövs för att säkra kvaliteten. Enhetens processer, både huvudprocesser och delprocesser, ska beskriva de uppdrag som enheten har. Aktiviteterna beskriver sedan vad som ska utföras samt i vilken ordning. Samtliga aktiviteter ska ha en rutin som beskriver hur arbetet går till. I ledningssystemet ska det tydligt definieras var enhetens lokala rutiner finns att tillgå.

Rutiner som är förvaltningsövergripande finns tillgängliga på Stockholms stads intranät.

Förvaltningsövergripande rutiner är:

- Rutin för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden till IVO (lex Sarah)
- Hantering av synpunkter och klagomål (rutin med tillhörande blanketter)
- Rutiner för diarietföring
- Rutiner för hantering av arkiv och gallring samt hantering av allmänna handlingar
- Rutiner för ärendehantering i eDok.

Risakanalys/ Risk- och konsekvensanalys

En risakanalys utifrån kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9 ska göras i förebyggande syfte för att förekomma och undvika händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalys görs på lokalnivå och är kopplat till varje aktivitet. Syftet med en riskanalys är att minska risken för felaktiga beslut och negativa konsekvenser för berörd personal, patienter och brukargrupper genom att tydliggöra fördelar och nackdelar.

Att göra en riskanalys innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa ska uppskattas samt att en bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalysen ska leda till åtgärder/aktiviteter i förebyggande syfte som exempelvis vid strömavbrott, utebliven matleverans, telefon/datahaveri, brand, sjukdomsutbrott och omorganisation.

Risakanalysen dokumenteras i **SOSFS-modulen i ILS** och uppdateras årligen.

Risk- och konsekvensanalys ska även genomföras vid organisationsförändringar eller då nya arbetssätt, metoder och ny teknik ska införas. Riskanalys ska även göras på individnivå vid behov.

Se stödmaterial kopplat till Riskanalys/risk- och konsekvensanalys.

Egenkontroll

Egenkontroll innebär att kontrollera att verksamheten följer de lagar, föreskrifter och riktlinjer som styr verksamheten. Egenkontroll är en systematisk uppföljning av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer, aktiviteter och rutiner som ingår i enhetens/verksamhetens ledningssystem.

Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Enheten/verksamheten ska även ha en beskrivning (en rutin) för hur arbetet med egenkontroll går till.

Exempel på områden att utföra egenkontroll på:

- Dokumentation enligt SoL, LSS eller hälso- och sjukvård (SOSFS 2014:5, PDL 2008:355, HSLF-FS 2016:40)
- Delegering
- Följsamhet av basala hygienrutiner
- Följsamheten till kvalitetsledningssystemets övriga dokument och rutiner inkl. kontinuitetsplan, kompetensförsörjningsplan m.m.

Egenkontroller ska dokumenteras och genomföras minst årligen.

Samverkan

För att kvalitetssäkra insatserna till den enskilde samverkar enheten/verksamheten både internt och externt. Varje enhet/verksamhet ska utifrån sin huvudprocess och dess aktiviteter identifiera aktuella samverkanspartners samt beskriva hur samverkan med dessa ska bedrivas.

Systematiskt förbättringsarbete

Avvikelsehantering

Synpunkter och klagomål

Invånare, brukare och anhöriga i stadsdelsområdet ska uppmuntras till att framföra synpunkter och klagomål på verksamheten. Det är i dialog och samråd med dem som verksamheten kan och ska vidareutveckla sin verksamhet.

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Synpunkter kan till exempel inkomma från:

- Brukare/kunder/vård- och omsorgstagare
- Anhöriga
- Personal/medarbetare inom verksamhet som bedriver SoL eller LSS-insatser
- Samverkanspartners
- Föreningar, andra organisationer och intressenter

Synpunkter och klagomål ska hanteras enligt förvaltningens framtagna rutin.

Rutin för synpunkter och klagomål ska tas upp på APT minst en gång/år.

Avvikelser enligt SoL och HSL

En avvikelse är en händelse som innebär avsteg från processer eller rutiner. Till exempel kan det innebära en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra att brukaren/ klienten skadats. Även psykiska konsekvenser, t.ex. oro, kränkande behandling och otrygghet, kan räknas som skada. Exempel på avvikelser kan vara, brister i bemötande, brister i omvårdnad, brister i handläggning, brister i informationsöverföring och samverkan.

Registrering av rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvården sker i avsett digitalt system (Vodok 2.0). Hantering av dessa samt utredning av vårdskador sker enligt framtagna riktlinjer.

Lex Sarah

Alla anställda, uppdragstagare, praktikanter, deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program och liknande, som utför arbetsuppgifter enligt SoL och LSS är skyldiga att rapportera missförhållanden eller risker för missförhållanden. Om en brukare eller vård- och omsorgstagare i samband med insatser från socialtjänsten utsatts för allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden ska nämnden rapportera till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Enheterna ska säkerställa att alla anställda, uppdragstagare, praktikanter, deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program och liknande får information om vad lex Sarah innebär och hur ett missförhållande eller risk för missförhållande ska rapporteras. Samtliga anställda ska genomföra stadens webbutbildning om lex Sarah.

Länk till stadsdelsförvaltningens rutin: [Rutiner för lex Sarah - Stockholms stads intranät](#)

Lex Maria

Lex Maria innebär att vårdgivare har skyldighet att anmäla till IVO om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig vårdskada eller sjukdom. Enligt patientsäkerhetslagen är all personal skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Planering, uppföljning, sammanställning och analys

Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser, synpunkter, klagomål, lex Sarah och lex Maria ligger till grund för förbättringar av såväl verksamhetens kvalitet som ledningssystemets processer och rutiner.

När brister eller avvikelser uppmärksammas har enhetschefen ansvar för att åtgärder vidtas och se över processer och rutiner så att dessa är ändamålsenliga. Detta för att säkra att verksamheten arbetar systematiskt för att förbättra kvaliteten. Därefter ska åtgärder vidtas som säkrar verksamhetens kvalitet utifrån lagstiftning, författningar, stadens och nämndens mål för verksamhetsområdet.

Vårdgivare som bedriver socialtjänst eller LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen dokumentation av vilken det bör framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- vilka resultat som har uppnåtts

Genom att enheterna årligen tar fram tertiärrapporter och verksamhetsberättelser enligt stadens integrerade ledningssystem redovisas verksamhetens resultat och vad som fortlöpande behöver utvecklas.

Patientsäkerhetsberättelsen omfattar verksamheter som bedriver hälso- och sjukvårdsinsatser. I enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659) är utföraren skyldig att arbeta förebyggande genom att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete. Utföraren ska beskriva hur det organisatoriska ansvaret är fördelat inom verksamheten och senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska finnas tillgänglig hos vårdgivaren för den som önskar ta del av den.

Av patientsäkerhetsberättelsen ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående år
- vilka åtgärder som vidtagits
- och vilka resultat som uppnåtts

Kompetensutveckling

Enhetens och verksamhetens arbete med medarbetarnas delaktighet och kompetensutveckling utgår från kompetensutvecklingsplaner, dels på en övergripande nivå för hela enheten och dels på individnivå. Planerna uppdateras årligen. Enhetens kompetensutvecklingsplan ska uppdateras och redovisas årligen i samband med enhetens/verksamhetens verksamhetsplan.

Delaktighet för brukare

Verksamheterna ska vara grundade på respekt för brukarnas självbestämmande och integritet samt att målgrupper för insatser i största möjliga utsträckning ska ges inflytande över och inkluderas i beslut och insatser. Att ta del av brukarnöjdhet på olika sätt är en del av det systematiska kvalitetsarbetet och ska följas upp kontinuerligt under året. Resultatet från olika uppföljningsmetoder används för att utveckla verksamheten på både avdelnings- och enhetsnivå. Resultatet sammanställs och rapporteras årligen i samband med verksamhetsberättelsen.

Verksamhetsuppföljning av egen regi

Det ingår i nämndens uppdrag och ansvar att följa upp verksamheter som utför beslutade biståndsinsatser. Till grund för uppföljning av verksamheterna är 3 kap 3§ socialtjänstlagen samt 6 § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Verksamhetsuppföljningen är en del i att kvalitetssäkra insatserna till den enskilde och säkerställa att stadsdelsförvaltningen har den enskildes fokus. Genom uppföljningen får förvaltningen och verksamheterna kunskap om utvecklingsområden, styrkor och svagheter för att styra mot arbetssätt och insatser som har hög kvalitet. Stadsdelsnämnden beslutar om eventuella åtgärder och handlingsplaner utifrån genomförda uppföljningar.

Stadsdelsförvaltningen har även ett ansvar att följa upp vissa verksamheter i privat regi med ramavtal med Stockholms stad. Uppföljningarna av verksamheter i privat regi är fördelade mellan stadens 13 stadsdelsförvaltningar. Stadsdelsförvaltningarna rapporterar resultatet av verksamhetsuppföljningarna bland annat genom en webbaserad rapport till berörd fackförvaltning. Berörd fackförvaltning ansvarar för åtgärder i de fall bristerna är allvarliga eller av återkommande karaktär.

Tillämpning

Varje enhet inom avdelningen för social omsorg respektive avdelningen för äldreomsorg ska utifrån *Mall för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* tillämpa ledningssystemet utifrån verksamhetens uppdrag och mål.

Identifiering av huvudprocesser, delprocesser och aktiviteter ska genomföras i SOSFS-modulen i ILS. I modulen genomförs även riskanalys och identifiering av nödvändiga egenkontroller för att kunna säkerställa en god kvalitet.

Enhetens rutiner och relevanta styrdokument ska förvaras på ett samlat och lättåtkomligt sätt exempelvis i gruppdisk, samarbetsyta, fysisk pärm eller liknande.

Stöddokument

Kopplat till styrdokumenterna finns det framtagna tillämpningsanvisningar och stödmallar. Anvisningar och mallar finns tillgängliga inom respektive verksamhetsområde.