

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Förslag till Spånga-Tensta SDN 2022-12-  
15

# Innehåll

<b>Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för Spånga-Tensta stadsdelsnämnd .....</b>	<b>3</b>
Bakgrund .....	3
Tillämpningsområde .....	3
Kvalitetsarbete i Stockholms stad.....	3
Stadens systematiska kvalitetsarbete, kraven utifrån SOSFS 2011:9 och systemstöd .....	5
Målstyrning, utveckling och uppföljning på enhetsnivå i ILS – verksamhetsplanering och ILS - internkontroll .....	5
SOSFS 2011:9-modulen i ILS .....	6
Enheternas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	7
Medarbetarnas tillgång till ledningssystemet.....	7
Dokumentationsskyldighet - kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse .....	7
Verksamhetsuppföljningar .....	8
Ansvarsfördelning .....	9
<i>Spånga-Tensta stadsdelsnämnd</i> .....	9
<i>Förvaltningschef</i> .....	9
<i>Avdelningschef</i> .....	9
<i>Enhetschef (Verksamhetschef)</i> .....	10
<i>Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)</i> .....	11
<i>Medarbetare</i> .....	11
Relaterade dokument .....	12

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för Spånga-Tensta stadsdelsnämnd

## Bakgrund

Socialstyrelsen beslutade den 28 juni 2011 om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ett kvalitetsledningssystem innebär att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Föreskrifterna tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (HSL), tandvårdslagen, lagen om stöd- och service till vissa funktionshindrade (LSS), socialtjänstlagen (SoL), lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Föreskriften och de allmänna råden ställer krav på den eller de nämnder som ansvarar för ledningen av socialtjänsten att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

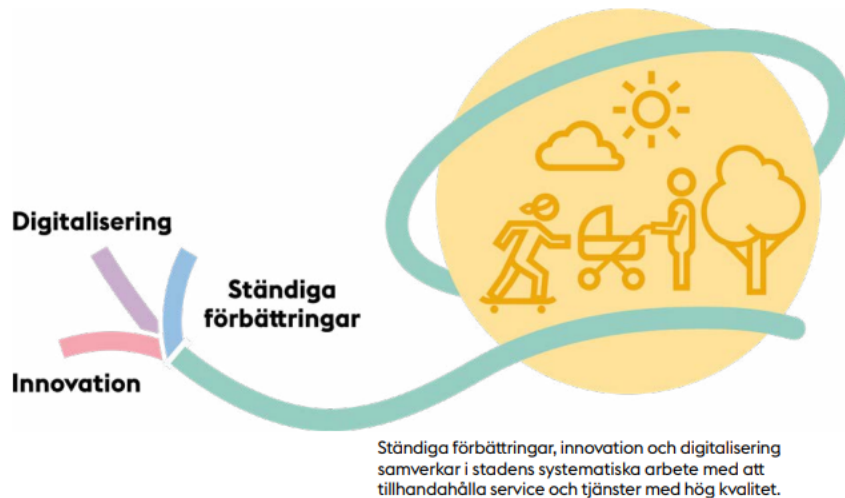
## Tillämpningsområde

Detta ledningssystem gäller för alla enheter inom Spånga-Tensta stadsdelsnämnd som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Verksamhetsområden som berörs är individ och familjeomsorg, stöd och service för funktionshindrade, äldreomsorg och ekonomiskt bistånd. Ledningssystemet gäller myndighetsutövande verksamhet så väl som utförarverksamhet och öppen verksamhet. I det följande benämns dessa verksamheter som ”socialtjänst”.

## Kvalitetsarbete i Stockholms stad

Stockholms stads kvalitetsarbete utgår från kvalitetsprogrammet som antogs i februari 2022. Programmet är stadens styrande dokument för kvalitetsarbetet. Stockholms stad ska tillhandahålla service och tjänster som håller hög kvalitet, för så väl dagens som morgondagens stockholmare. För att nå dit krävs ett systematiskt kvalitetsarbete, som omfattar ständiga förbättringar, innovation och digitalisering. Kvalitetsprogrammet gäller hela staden och dess verksamheter. Kvalitetsprogrammet ger alla verksamheter vägledning och en gemensam förståelse för stadens ambitioner inom det systematiska kvalitetsarbetet. Det tydliggör vilket ansvar

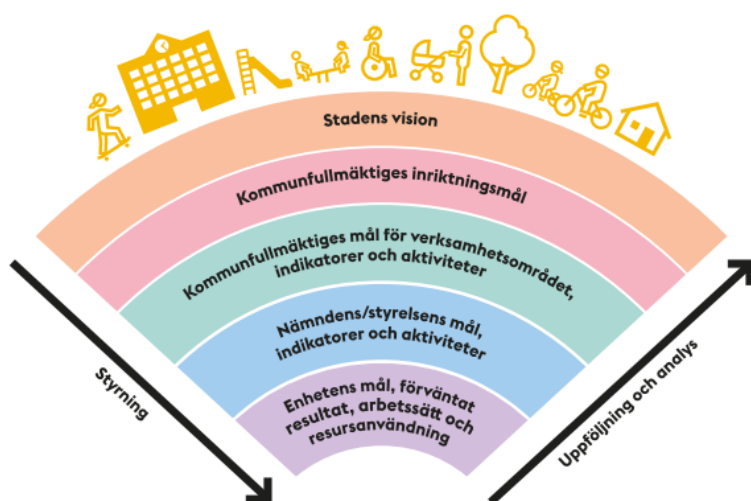
olika nivåer inom staden (kommunstyrelsen, nämnder och styrelser, chefer och medarbetare) har för kvaliteten.



Kvalitet i Stockholms stad innebär

- att leva upp till målgruppernas behov och förväntningar
- att uppnå mål, önskade resultat och effekter
- att säkerställa rättssäkerhet, likställighet, kontinuitet och förutsägbarhet
- hur graden av måluppfyllelse står sig i förhållande till resursanvändning
- i vilken utsträckning medarbetarna bidrar till kvalitet och förändring.

I Kvalitetsprogrammet beskrivs stadens modell för målstyrning och uppföljning. Stödet för ledning och styrning är ledningssystemet ILS.



Ledningssystemet ILS hjälper staden att arbeta med styrning, planering och uppföljning. De politiska målen för Stockholms stad delas av alla och bryts ner på lägre nivåer där de omsätts till specifika mål för stadens olika verksamheter. De verksamhetsspecifika målen bidrar i sin tur till att uppfylla den politiska visionen och till ökad kvalitet för stockholmarna.

## **Stadens systematiska kvalitetsarbete, kraven utifrån SOSFS 2011:9 och systemstöd**

Stadens Kvalitetsprogram gäller alla verksamheter inom alla verksamhetsområden. Ledningssystemet ILS - verksamhetsplanering är en modell för målstyrning utifrån stadens politiskt satta vision och de av politiken antagna målen.

ILS innehåller även en modul för väsentlighets- och riskanalys och internkontroll. Detta är ett systemstöd för internkontroll med utgångspunkt från de politiskt satta målen och verksamhetskritiska processer.

SOSFS 2011:9 ställer krav på verksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård att ha ett dokumenterat, systematiskt kvalitetsarbete som säkrar att verksamheterna har den kvalitet som krävs utifrån den definition som används i SOSFS 2011:9.

Definitionen ser ut så här:

Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Det systematiska förbättringsarbetet i SOSFS 2011:9 består av

- Riskanalys
- Egenkontroll
- Utredning av avvikelserapporter, klagomål och synpunkter
- Förbättrande åtgärder
- Förbättring av processer och rutiner

I ILS tillhandahåller Stockholms stad en särskild modul för ledningssystem för socialtjänstens verksamheter, kallad SOSFS 2011:9-modulen.

## **Målstyrning, utveckling och uppföljning på enhetsnivå i ILS – verksamhetsplanering och ILS - internkontroll**

I Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning upprättar varje enheten en verksamhetsplan i ILS – Verksamhetsplanering med enhetsmål som är relevanta för verksamhetens uppdrag och kommunfullmäktiges mål samt nämndens nämndmål. I inledningen till enhetens verksamhetsplan beskrivs enhetens uppdrag, målgrupper och för

verksamheten relevanta styrdokument listas. Inledningen innehåller även en beskrivning av enhetens viktigaste utvecklingsområden under det kommande året. Vilka utvecklingsområden som prioriteras styrs av analysen av enhetens resultat, måluppfyllelse och nya styrsignaler från KF:s budget som speglas i nämndens verksamhetsplan.

Analysmaterialet kan omfatta

- Utfall på brukarundersökningar
- Synpunkter och klagomål från brukare, anhöriga, samverkansparter och företrädare
- Granskningar från revisorer och tillsynsmyndigheter
- Jämförelser med andra utifrån Öppna jämförelser och stadens Socialtjänstrapport
- Utfall för egenkontroller och systematiska kontroller
- Nyckeltal och indikatorer
- Enhetens ekonomiska utfall/prognos
- Vad som framkommit i dialog med enhetens målgrupper

I inledningen beskrivs hur enhetens medarbetare är delaktiga i upprättande av verksamhetsplan och uppföljning.

Varje enhet upprättar en väsentlighets- och riskanalys i ILS-modulen för internkontroll med systematiska kontroller och åtgärder utifrån de processer som är relevanta för verksamheten och som styrs till enheten från överordnad nivå. Under året genomför enheten planerade åtgärder för att minimera risker samt genomför och analyserar utfallet av de systematiska kontrollerna och vidtar vid behov åtgärder.

Enheten följer stadens årshjul för uppföljningar och följer upp måluppfyllelsen i tertiärrapporter och verksamhetsberättelse.

## **SOSFS 2011:9-modulen i ILS**

I SOSFS 2011:9-modulen i ILS upprättar och utvecklar fortlöpande varje enhet inom socialtjänsten i Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning

- Ansvarsfördelning
- Processer
- Delprocesser
- Aktiviteter
- Rutiner
- Riskbedömningar
- Egenkontroller

- Åtgärder

I SOSFS 2011:9-modulen registreras och analyseras klagomål och synpunkter.

## **Enheternas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

I Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning består enheterna inom socialtjänstens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete av

- Enhetens verksamhetsplan och uppföljningsrapporter
- Enhetens väsentlighets- och riskanalys med tillhörande systematiska kontroller och åtgärder
- Processer, delprocesser, aktiviteter och tillhörande rutiner
- Enhetens riskanalys av händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet med tillhörande åtgärder och uppföljning
- Enhetens egenkontroller med uppföljning, analys och åtgärder

## **Medarbetarnas tillgång till ledningssystemet**

Varje enhet inom socialtjänsten i Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning gör styrdokument, processer, aktiviteter och tillhörande rutiner tillgängliga för medarbetarna. Detta kan göras genom att använda en gemensam gruppdisk med en struktur för mappar med dokument som alla medarbetare har tillgång till eller på annat sätt som passar enhetens förutsättningar och behov.

## **Dokumentationsskyldighet - kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse**

Varje enhet inom socialtjänsten i Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning upprättar årligen en kvalitetsberättelse av vilken det framgår

- 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

Enhetens kvalitetsberättelse ska innehålla en dokumenterad analys av verksamhetens kvalitet utifrån en sammanställning av riskanalys, samtliga avvikelser och egenkontroller.

Enhetens kvalitetsberättelse läggs in i enhetens verksamhetsberättelse under rubriken Övrigt, sist i rapporten.

Förvaltningen sammanställer enheternas kvalitetsberättelser i ett årligt ärende till nämnden.

Varje enhet inom socialtjänsten i Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning som bedriver hälso- och sjukvård enligt HSL upprättar årligen, senast den sista mars, en patientsäkerhetsberättelse. Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur

1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat
2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats
3. samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada
4. risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.
5. rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats
6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 § som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.

Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad

1. att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar
2. att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

## **Verksamhetsuppföljningar**

De avdelningar inom Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning som driver socialtjänstverksamheter genomför verksamhetsuppföljningar av utförarverksamheterna. De verksamheter som omfattas av uppföljningarna är privata utförarverksamheter inom valfriheten (LOV), verksamheter i kommunal regi samt verksamheter som drivs på entreprenad. Verksamheter i kommunal regi samt verksamheter som drivs på entreprenad följs upp årligen. Verksamheter inom LOV följs upp vart annat år.



När det gäller verksamheter i kommunal regi avgränsas verksamhetsuppföljningarna till att gälla verksamheter som utför biståndsbedömda socialtjänstinsatser där individuell genomförandeplan upprättas.

Verksamhetsuppföljningarna syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de lagar, regler, riktlinjer, avtal och program som är styrande för respektive verksamhet. Syftet med uppföljningarna är även att få kunskap om verksamheternas styrkor och utvecklingsområden och ge underlag för förbättringsarbete.

Uppföljningarna genomförs på ett likartat sätt oavsett verksamhetsform

Resultaten av uppföljningarna av verksamheterna i kommunal regi och verksamheter på entreprenad anmäls årligen till stadsdelsnämnden. Resultaten för privata utförare inom LOV redovisas till socialnämnden och äldrenämnden som därefter lämnar vidare rapporteringen till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige.

## **Ansvarsfördelning**

### **Spånga-Tensta stadsdelsnämnd**

Stadsdelsnämnden har det yttersta ansvaret för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige beslutat och de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnden fastställer ledningssystemet. Nämnden är ytterst ansvarig för att verksamheten säkerställer och upprätthåller god kvalitet.

### **Förvaltningschef**

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar för att på strategiskt nivå följa upp och säkra det systematiska kvalitetsarbetet inom förvaltningen.

### **Avdelningschef**

Avdelningschef ansvarar för att

- genom stöd, uppföljning och kontroll säkerställa att enheternas systematiska kvalitetsarbete motsvarar krav och förväntningar utifrån lagstiftning och förordningar samt stadens och nämndens styrdokument
- säkerställa att enheterna har en adekvat, aktiv och målstyrd dialog med verksamheternas målgrupper

- tydliggöra behov av utveckling i ledarskap och medarbetarskap
- svara för god informationshantering för avdelningens verksamhetsområden och ge stöd i analysarbetet

### **Enhetschef (Verksamhetschef)**

Enhetschef ansvarar, i förhållande till stadens målstyrning för att

- Upprätta enhetens verksamhetsplan och uppföljningsrapporter enligt förvaltningens anvisningar
- Upprätta väsentlighets- och riskanalys och genomföra systematiska kontroller samt vidta nödvändiga åtgärder

Enhetschef ansvarar, i förhållande till stadens kvalitetsprogram för att

- Implementera kvalitetsprogrammet i verksamheten genom att
  - ge medarbetare information om Stockholms stads Kvalitetsprogram
  - säkerställa att de gemensamma förhållningssätten i kvalitetsprogrammet genomsyrar i verksamheten
  - skapa möjlighet för medarbetare till delaktighet och inflytande över enhetens systematiska kvalitetsarbete och tillvarata goda idéer
- En aktiv och målstyrd dialog med verksamhetens målgrupper

Enhetschef ansvarar i förhållande till de krav som ställs i SOSFS 2011:9 för att

- Kartlägga, riskbedöma, följa upp, utveckla och dokumentera enhetens processer och de aktiviteter som ingår i processerna
- Ta fram, följa upp, utveckla och dokumentera de rutiner som gäller för intern och extern samverkan
- Enheten har rutiner för hantering av klagomål och synpunkter som ansluter till nämndens rutiner för detta
- Enheten har rutiner för avvikelshantering
- Enheten har rutiner för lex Sarah som ansluter till nämndens rutiner för lex Sarah
- Enheten har rutiner för lex Maria (verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård) som ansluter till nämndens rutiner för lex Maria
- Säkerställa att enhetens medarbetare arbetar utefter framtagna processer och rutiner
- Driva enhetens systematiska förbättringsarbete genom

- Riskanalys
  - Egenkontroll
  - Utredning av avvikelserapporter, klagomål och synpunkter
  - Förbättrande åtgärder
  - Förbättring av processer och rutiner
- Systematiskt analysera resultat av egenkontroll, avvikelser samt klagomål och synpunkter som underlag för kvalitetsutveckling

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

Inom de enheter som bedriver hälso- och sjukvård finns MAS och MAR. MAS och MAR arbetar till stöd för enhetschef (verksamhetschef). Bestämmelserna om MAS och MAR går tillbaka på 4 kap. 11 § hälso- och sjukvårdslagen och 4 kap. 6 § första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

MAS och MAR har ett särskilt medicinskt ansvar för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- besluten om delegering är patientsäkra
- patientjournaler förs
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.

### **Medarbetare**

Medarbetare i verksamheterna ansvarar för att

- arbeta i enlighet med de fastställda processerna och rutinerna
- bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada. (HSL-personal)
- rapportera avvikelser
- rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden (lex Sarah)

- rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada (HSL-personal, lex Maria)
- vara aktiva och delta i verksamhetens kvalitetsarbete genom att bidra med idéer och tydliggöra behov

## **Relaterade dokument**

Stockholms stads Kvalitetsprogram

Stockholms stads riktlinjer för lex Sarah

Spånga-Tensta stadsdelsnämnds rutin för lex Sarah

Spånga-Tensta stadsdelsnämnds rutin för lex Maria

Spånga-Tensta stadsdelsnämnds rutin för hantering av klagomål och synpunkter