



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning

Nivå: Förvaltningsspecifikt styrdokument
Antagen: 2013-01-01



Giltig till och 2013-12-31

med:

Ansvarig ägare: Avdelningschef äldre och funktionshinder

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	4
2. Syfte och tillämpning.....	5
3. Definition av kvalitet.....	6
4. Ansvarsfördelning inom förvaltningen.....	7
5. Processer och rutiner.....	7
6. Dokumentationsskyldighet på individnivå.....	10
7. Samverkan.....	11
8. Systematiskt förbättringsarbete.....	12
9. Utredning av avvikelser.....	15
10. Förbättrande åtgärder i verksamheten.....	17
11. Förbättring av processerna och rutinerna.....	18
12. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....	18
13. Upphandling av varor och tjänster.....	19
14. Uppföljning och utvärdering.....	21
15. Metoder för brukarinflytande och brukaruppföljningar.....	21
16. Dokumentationsskyldighet övergripande.....	22

Läsanvisningar

I kvalitetledningssystemet presenteras lagreglerade krav inom en ruta, där det framgår vad som ska göras och enligt vilket lagrum. Den löpande texten under varje ruta anger hur förvaltningen arbetar för att leva upp till dessa lagkrav.

Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 2011:9 innehåller både föreskrifter och allmänna råd.

Föreskrifter:

Bindande regler, dvs. de bestämmer hur enskilda och myndigheter ska handla.

Allmänna råd:

Är inte bindande regler utan generella rekommendationer om tillämpningen av en författning (lag, förordning eller annan föreskrift) som anger hur någon kan eller bör handla i ett visst hänseende.

Process:

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.

Rutin:

En rutin ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet skall utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Förkortningar:

- HVB Hem för vård eller boende
- SOSFS Socialstyrelsens författningssamling
- ILS Integrerat ledningssystem
- ROV Risk och väsentlighetsanalys
- HSL Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- LSS Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- LVU Lag (1990:52) om särskilda bestämmelser för vård av unga
- LVM Lag (1988:70) om vård av missbrukare i vissa fall
- OSL Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
- PSL Patientsäkerhetslag (2010:659)
- PDL Patientdatalag (2008:355)
- SoL Socialtjänstlag (2001:453)

- TL Tandvårdslag (1985:125)

1. 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 ska 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.

Den som bedriver socialtjänst innefattar;

1. socialnämnd eller motsvarande kommunal nämnd, i fråga om sådan socialtjänst som kommunen har ansvar för,
2. Statens institutionsstyrelse, då den myndigheten bedriver socialtjänst,
3. annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver socialtjänst

Ledningssystemet ska användas för att;

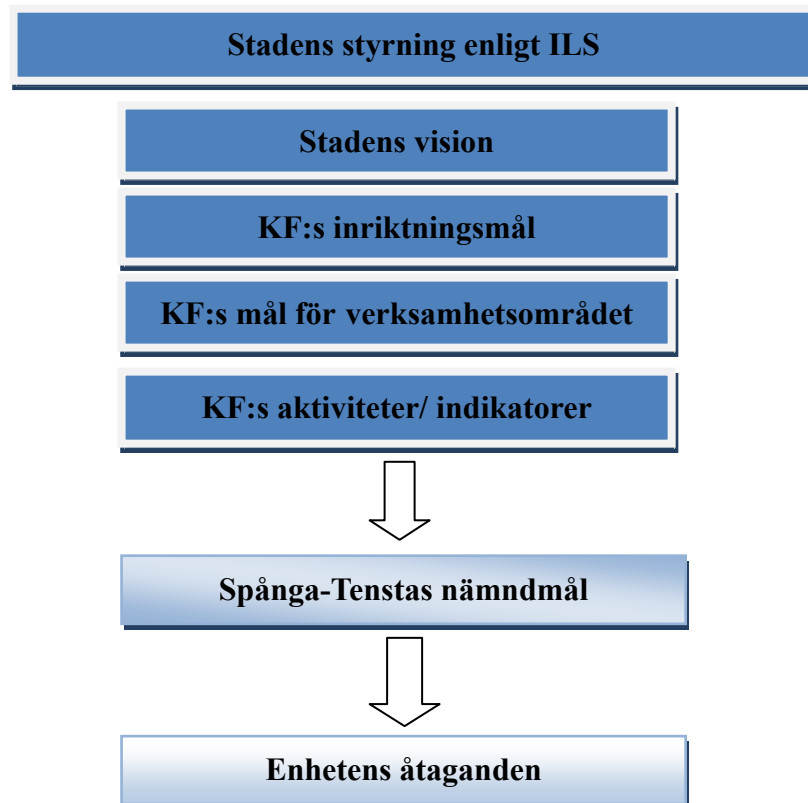
- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- stödja planering, ledning, kontroll, uppföljning, utvärdering samt förbättring av verksamheten
- ange uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten

1.2 Beskrivning av Spånga-Tensta stadsdelsnämnds ledningssystem

Spånga-Tensta omfattas av Stockholms stads integrerade ledningssystem, ILS, för kvalitetssäkring av all verksamhet. Stockholms stads styrmodell omfattar planering och uppföljning på alla nivåer i organisationen. Ledningssystemet bygger på en klassisk styrmodell där kommunfullmäktiges vision 2030 samt mål konkretiseras och bryts ner i organisationen.

Förutom kommunfullmäktiges mål och styrsignaler så styrs verksamheterna även av lagstiftning och nationella styrdokument. Bland de nationella styrdokumenterna finns till exempel socialstyrelsens kvalitetskrav. Varje år sker en verksamhetsplanering för kommande år både för medarbetare på alla nivåer och i den processen ska det även tas hänsyn till socialstyrelsens kvalitetskrav. Kvalitetledningssystemet är en del av den

styrning som beskrivs i Verksamhetsplanen inom respektive verksamhetsområde. Nedan presenteras en bild på hur stadens styrning utifrån ILS är utformat.



Kommunfullmäktige fastställer uppföljningsbara mål för de olika verksamhetsområdena i Kommunfullmäktiges budget. Kvalitetsarbetets inriktning och omfattning anpassas därefter i enheternas uppföljningsbara åtaganden i deras verksamhetsplaner.

2. Syfte och tillämpning

2.1 Syftet med ett kvalitetsledningssystem

Syftet med kvalitetsledningssystemet är att få systematik i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheterna. Ledningssystemet ska omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet.

- Planera
- Leda
- Kontrollera
- Följa upp
- Utvärdera

- Förbättra verksamheten

3. Definition av kvalitet

Föreskrifter SOSFS 2011:9

2 kap. 1 §

Kvalitet definieras på följande sätt: 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.

Kvalitetskrav enligt socialtjänstlagen:

Kommunen har enligt 2 kap. 1 § SoL det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver. Av 4 kap. 1 § SoL ska den enskilde tillförsäkras en rätt till stöd och hjälp från samhällets sida för att uppnå en skälig levnadsnivå.

Kvalitetskrav enligt lagen om stöd- och service till vissa funktionshindrade:

Den enskilde ska genom de insatser som finns i 9 § LSS tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

Kvalitetskrav enligt hälso- och sjukvårdslagen:

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att det uppfyller kraven på en god vård. Där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges, 2 e § HSL. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, 2 a § HSL.

3.1 Socialtjänstlagstiftningarnas krav på kvalitet

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

De krav på kvalitet som finns i lagstiftningen framgår i LSS 6 §:

”Verksamheten skall vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För verksamhet enligt denna lag skall det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges.”



Socialtjänstlagen (SoL), Lag om särskilda bestämmelser för vård av unga (LVU), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Socialtjänsten inkluderar verksamhet som omfattas av bestämmelsen i 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) I sådan verksamhet inkluderas även verksamhet som bedrivs enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. I socialtjänst inkluderas även verksamhet som bedrivs enligt LVU eller enligt LVM. Av dessa framgår att insatser inom socialtjänst i vissa fall kan ges utan samtycke, men att innehållet i insatserna och hur de ska utformas styrs av SoL. Verksamhet som bedrivs enligt de lagarna omfattas därför av 3 kap. 3 § SoL och bestämmelserna i SOSFS 2011:9 är därför tillämpliga. I socialtjänst inkluderas såväl individuellt inriktade insatser, allmänt inriktade insatser som strukturinriktade insatser.

4. Ansvarsfördelning inom förvaltningen

Avdelningschefer ansvarar för att själv och genom kvalitetsledningssystemet stödja och inspirera enhetschefer i det ständiga kvalitetsutvecklingsarbetet och i framtagande av ledningssystem för kvalitet och säkerhet i enlighet med nämndens direktiv.

Enhetschefer på varje enhet har ansvar för att ta fram åtaganden och arbetsätt utifrån förvaltningens nämndmål. Dessa åtaganden, rutiner och arbetsätt ska ligga i linje med förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Enhetschefen ska också själv, eller genom beställarens försorg, följa upp verksamheten, analysera resultat och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten.

Medarbetarna inom varje enhet ska delta i framtagandet av åtaganden och arbetsätt, samt vara delaktiga i klagomåls och synpunktshantering, samt risk- och avvikelshantering.

Medarbetarna ska också delta i uppföljning och analys av verksamheten och det kontinuerliga förbättringsarbetet.

5. Processer och rutiner

Föreskrifter SOSFS 2011:9
4 kap. 2 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

2 kap. 1 §

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.

4 kap.3 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 §

1. Identifiera de aktiviteter som ingår
2. Bestämma aktiviteterna inbördes ordning.

4 kap. 4 §

För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriva socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

5.1 Registrering av handlingar

De grundläggande bestämmelserna i myndigheternas skyldighet att registrera allmänna handlingar finns i 5 kap. 1 och 2 §§ offentlighets- och sekretesslagen (OSL). Allmänna handlingar registreras så snart de kommit in till och upprättas hos en myndighet.

Handlingar som rör den enskildes personakt:

Om det finns en personakt sedan tidigare i ett ärende behöver i regel inte handlingen registreras utan fogas till personakten.

Registrering av vissa andra handlingar:

Handlingar som rör ett visst ärende som är självständigt från det grundläggande ärendet ska registreras i enlighet med 5 kap. 1 och 2 §§ OSL. Exempel på dessa handlingar är anmälan om misstänkta missförhållanden enligt 14 kap. 2 § SoL och 24 b § LSS och anmälan om klagomål.

I dessa fall görs en anteckning i den enskildes journal att handlingen inkommit och vad ärendet gäller.

5.2 Kvalitetssäkring av sociala tjänster

De sociala tjänster som stadsdelsnämnden ansvarar för är dels den *myndighetsutövning* som prövar och beslutar om rätten till insatser enligt socialtjänstlagen, lagen om stöd och service, lagen om vård av unga, lagen om vård av missbrukare dels *genomförandet* av beslutade insatser enligt ovanstående lagstiftningar.

5.3 Myndighetsutövning

Till myndighetsutövningen hör att efter ansökan pröva rätten till bistånd till försörjning eller till livsföring i övrigt enligt socialtjänstlagen eller att bedöma rätten till insatser enligt lagen om stöd och service – LSS.

Myndighetsutövningen omfattar även verkställighet av beslutade insatser och uppföljning av dessa.

5.4 Genomförandet av insatser och verksamheter

De verksamheter som bedrivs under stadsdelens ansvar med stöd av LSS är:

- biträde av personlig assistens
- ledsagarservice
- biträde av kontaktperson
- avlösarservice i hemmet
- korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- korttidsutlysning för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet med anslutning till skoldagen
- boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
- bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och som inte utbildar sig.

De verksamheter som bedrivs under stadsdelens ansvar med stöd av SoL är:

- korttidsvård
- hemtjänst
- trygghetslarm
- kontaktperson
- boendestöd
- boende i särskilda boendeformer



- daglig sysselsättning
- dagverksamhet
- avlastning

De verksamheter som stadsdelen ansvarar för inom individ och familjeomsorgens område, inkluderar såväl individuellt inriktade insatser, allmänt inriktade insatser som strukturinriktade insatser. Exempel på dessa är:

- familjehem
- öppenvård
- kontaktmannaskap
- HVB hem

Även verksamhet som bedrivs enligt LVU och LVM i regi av Statens institutionsstyrelse innefattas. Förvaltningen bedriver också andra typer av verksamheter med samma kvalitetskrav som ovan nämnda vilka inbegriper förebyggande och uppsökande verksamhet. Dessa är:

- fältassistenter
- familjerådgivning
- kvinnofrid
- anhörigstöd

6. Dokumentationskyldighet på individnivå

I samtlig lagstiftning inom socialtjänstens område ska de beslut och åtgärder som vidtas i ärendet, samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse dokumenteras. Händelser av betydelse för genomförande av insatsen ska också dokumenteras av den som utför insatsen. Alla handlingar som rör en person hålls samman i en personakt. Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för:

- Handläggning och dokumentation av ett ärende
- Dokumentation av genomförandet av en beslutad insats
- Hur uppgifter ska lämnas mellan den som fattar ett beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av insatsen
- Uppföljning och utvärdering av beslutad insats.

Nämnden ska säkerställa att det finns rutiner för handläggning och dokumentation av ärenden som rör enskilda, där brukarens rättsäkerhet, medverkan i utredningen och delaktighet i utformningen av insatsen samt respekten för integriteten är i centrum.

Processer i arbetet:

- Handläggningsrutiner i ärendehandläggningen
- Riktlinjer för social dokumentation för utredning, beslut och genomförandet av insatser
- Olika bedömningsinstrument

7. Samverkan

Föreskrifter SOSFS 2011:9

Socialtjänst och LSS:

4 kap. 5 §

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan krävs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur verksamheten ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Föreskrifter SOSFS 2011:9

Hälsa- och sjukvård:

4 kap. 6 §

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

7.1 Intern och extern samverkan

Att samverka betyder att ha ett gemensamt handlande för ett visst syfte. Människor som kommer i kontakt med socialtjänsten har ofta sammansatta problem, som kräver insatser från olika delar inom stadsdelsförvaltningen – *intern* samverkan eller från andra myndigheter – *extern* samverkan. Extern samverkan kan tydliggöras genom olika former av avtal eller överenskommelser. Exempel på detta är samverkansavtal med landstinget.

Samverkan kan ske på ett övergripande plan genom olika typer av samrådsgrupper. Samverkan sker också kring en enskild person.

Kvalitetslednings systemets uppgift

Samverkan kring enskilda personer kan exempelvis tydliggöras i den enskildes genomförandeplan och vårdplaner.

- Ledningssystemet ska tydliggöra ansvaret för samverkan på ett övergripande plan, kring enskilda personer och hur samverkan hanteras nära inte överenskommelse kan uppnås.
- Ledningssystemet ska tydliggöra gränssnitten mellan stadsdelsnämnden olika enheter.
- Ledningssystemet ska tydliggöra hur bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt ska hanteras.

8. Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I förbättringsarbetet läggs stor vikt vid förebyggande åtgärder som riskanalyser för att förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar.

Egenkontroller är viktiga för att den som bedriver verksamheten ska kunna undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Utöver detta ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas och sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

8.1 Avvikelsehantering

En avvikelse föreligger om verksamheten inte når upp till krav och mål i de författningar som reglerar socialtjänsten.

Ledningssystemet ska tydliggöra vad som definieras som en avvikelse inom socialtjänstens olika verksamheter.

Stadsdelsförvaltningen ska fastställa övergripande rutiner för hur avvikelser inom stadsdelen ska registreras i verksamheten utredas och återkopplas till berörd personal. Varje enhet inom stadsdelen ska ha egna rutiner för hur avvikelser inom enheten hanteras.

8.2 Riskanalys och riskbedömning

Föreskrift SOSFS 2011:9

5 kap. 1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver verksamhet enligt LSS

- uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och
- bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

En riskanalys innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande, det vill säga att denne arbetar förebyggande. En riskanalys ska omfatta verksamhetens alla delar. Analysen ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut.

Stadsdelsförvaltningens arbetsätt:

Kartläggning av verksamheternas viktigaste processer samt bedömning av risk och sannolikhet för att processerna inte kan fullföljas sker i förvaltningens årliga risk- och verksamhetsanalys, ROV. Vid hög risk/sannolikhet förs de befarade riskerna över till internkontrollplanen. Detta arbete sker i samband med verksamhetsplaneringen för det nästkommande året.

8.3 Egenkontroll

Föreskrifter SOSFS 2011:9

2 kap. 1 §

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

5 kap. 2 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Allmänna råd SOSFS 2011:9

Egenkontrollen kan innefatta:

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. Patientdatalagen - PDL,
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation,
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- analys av uppgifter från patientnämnder, och
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Exempel på arbetssätt för att genomföra egna kontroller av verksamheten kan vara följande:

- Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen utförs en gång varje år
- Patienter på särskilt boende erbjuds minst en läkemedelsgenomgång årligen
- I Svenska Palliativregistret registreras vård i livets slutskede
- Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i Nationella kvalitetsregistret Senior Alert
- Socialstyrelsens Äldreguide
Äldreguiden jämför kommunernas äldreomsorg i olika hemtjänstverksamheter, äldreboenden och dagverksamheter. Äldreguiden ger information om verksamheterna och bidrar med stöd inför valet av verksamhet.
- Öppna Jämförelser
Öppna jämförelser jämför kvaliteten inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i hela landet. Öppna jämförelser ger insyn och bidrar till lärande uppföljning och förbättring inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.
- Olika brukarundersökningar

9. Utredning av avvikelser

9.1 Klagomål och synpunkter

Föreskrifter SOSFS 2011:9

5 kap. 3§

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från

1. Vård- och omsorgstagare och deras närstående
2. personal
3. vårdgivare
4. de som bedriver socialtjänst
5. de som bedriver verksamhet enligt LSS
6. myndigheter och
7. föreningar, andra organisationer och intressenter

Klagomål:

Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet.

Synpunkt:

Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet som förslag på förbättringar.

Ledningssystemet:

Stadsdelsförvaltningen ska ha övergripande rutiner för hur klagomål registreras, utreds och återkopplas till den som lämnat ett klagomål. Varje enhet ska ha egna skriftliga rutiner för hur enheten utreder och återkopplar klagomål.

Informationsinsatser:

Stadsdelsförvaltningen tillhandahåller skriftlig information om klagomåls- och synpunktshantering inom stadsdelsnämnden. Stadsdelsförvaltningen tydliggör i vilka situationer som information om klagomål ska ges.

Sammanställning och analys av klagomål:

Föreskrifter enligt SOSFS 2011:9

5 kap. 6 §

Inkomna rapporter, klagomål, och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Antalet klagomål redovisas till stadsdelsnämnden två gånger per år. Arbetet med klagomål är en viktig del i stadsdelsförvaltningens kvalitetsarbete.

9.2 Rapporteringsskyldighet av missförhållanden och vårdskador

Lex Sarah

Socialtjänst och LSS:

14 kap. 3§ SoL

24 b § LSS

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten, vid Statens institutionsstyrelse eller verksamhet enligt LSS har en skyldighet att genast rapportera och han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får eller kan komma ifråga för insatser inom verksamheten.

Skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden ska gälla för den som är anställd, uppdragstagare, praktikant eller motsvarande under utbildning och deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program.

Informationsansvar:

Stockholms stad har fattat beslut om riktlinjer för lex Sarah. Stadsdelsförvaltningen fastställer rutiner för arbetet med lex Sarah. Rutinerna omfattar registrering, utredning och beslut om ett missförhållande förelegat eller inte. Stadsdelsförvaltningen har utsett en lex Sarah ansvarig för hela förvaltningen. I stadsdelsförvaltningens rutiner ingår hur informationsansvaret fördelas inom stadsdelen.

Uppföljning:

Varje enhet fastställer egna rutiner för information och rapportering inom enheten. Lex Sarah ansvarig återkopplar varje utredning och beslut till berörda i ärendet. Antalet utredningar om missförhållanden redovisas till stadsdelsnämnden en gång per år.

Lex Maria

6 kap. PSL

Hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet att till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.



I samband med introduktion av nyanställda och därefter återkommande informeras hälso- och sjukvårdspersonal om deras skyldighet att rapportera dels risker för vårdskador, dels händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Rapporteringsskyldighet:

24 § HSL

Inom kommunens ansvarsområde ska det enligt finnas en sjuksköterska som svarar för att anmälan görs till Socialstyrelsen om en patient i samband med vård eller behandling drabbas av vårdskada.

Stadsdelsförvaltningens rutiner för lex Maria anmälan omfattar registrering, vad utredning ska innehålla och anmälan till Socialstyrelsen. Rutiner finns också för vårdgivarens skyldighet att informera patienten om inträffad vårdskada. I rutinerna ingår att hälso- och sjukvårdspersonalen ska delges resultatet av utredningen och att patienten ska underrättas om anmälan till Socialstyrelsen.

Uppföljning:

Antalet anmälningar redovisas till stadsdelsnämnden en gång per år.

10. Förbättrande åtgärder i verksamheten

Föreskrift SOSFS 2011:9

5 kap. 7 §

På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 5 ap. 1 – 6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Genom de olika aktiviteter som ingår i det systematiska förbättringsarbetet får vårdgivaren kännedom om avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Avvikelseerna ska då åtgärdas för att säkra verksamhetens kvalitet.

11. Förbättring av processerna och rutinerna

Föreskrift SOSFS 2011:9

5 kap. 8 §

Om resultaten av de aktiviteter som anges i 5 kap. 1-6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitets, ska processerna och rutinerna förbättras.

Genom att upptäcka avvikelser, kan dessa säkerställas och åtgärdas. Detta innebär att verksamheten får möjlighet att se över styrningen och att förhindra att liknande avvikelser återupprepas. Den största tillgången i förbättringsarbetet, i att upptäcka vad som inte fungerar bra i verksamheten är medarbetarna.

Det är därför viktigt att den som har ansvar för verksamheten har en positiv inställning till att medarbetare lämnar rapporter om olika former av avvikelser på verksamhetens kvalitet, vilket medför att verksamheten blir en lärande organisation.

12. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Lagkrav

6 kap. 4 § och 1 kap. 6 § PSL

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada.

14 kap.2 § SoL

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid statens institutionsstyrelse ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

24 a § LSS

Verksamheten enligt denna lag ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. För verksamhet enligt denna lag ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.



Kvaliteten i socialtjänstens olika verksamheter och insatser är till stor del beroende av personalen och hur den kan tillgodose den enskildes behov av stöd, service och omvårdnad. Det är i mötet mellan den enskilde och hans/hennes närmaste personal som det visar sig om målet med insatserna kan förverkligas.

Ledningssystemet:

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att det finns:

- Den bemanning som krävs för att utföra socialtjänstens uppdrag
- Att personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna
- Att personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet.

Varje verksamhet ska ha rutiner för att regelbundet säkra bemanning och kompetens.

Varje verksamhet ska ha rutiner för att regelbundet gå igenom förändringar i personalens arbetsbelastning och i brukarnas behov av stöd, vård och behandling.

Varje verksamhet ska ha rutiner för introduktion och internutbildning för nyanställda och personer som varit frånvarande länge från verksamheten.

Alla medarbetare ska vara involverade i arbetet med kvalitets-, uppföljnings- och förbättringsarbetet. Det är viktigt att medarbetarna uppmuntras till att delta i kvalitetsarbetet genom ett öppet klimat. Det finns olika metoder för att skapa delaktighet hos medarbetarna.

Metoder i arbetet:

- Medarbetarsamtal
- Medarbetarenkäter
- Arbetsplatsträffar
- Samverkansgrupper
- Individuella kompetensutvecklingsplaner
- Lönesamtal
- Kompetensutvecklingsplaner för varje enhet/verksamhet

13. Upphandling av varor och tjänster

Ledningssystemet ska säkerställa att det vid formulering av kriterier inför en upphandling särskilt uppmärksamma sådana kriterier som bidrar till att det varor och tjänster som tillhandahålls är av god kvalitet.

I förfrågningsunderlaget ska det framgå vilka krav man ställer på att enskilt bedriven verksamhet bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9. I princip ska samma regler gälla för upphandling av såväl tjänster som varor. Nämnden ska ha rutiner för att följa upp att enskild verksamhet uppfyller de krav som ställdes i samband med upphandlingen. Avtal med upphandlad verksamhet följs regelbundet upp. I samband med dessa uppföljningar granskas hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs inom enheten.

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för inköp av tjänster, produkter och informationssystem från leverantörer som är godkända samt att det finns rutiner hur produkterna används och hanteras på ett säkert sätt i verksamheten. Nämnden ska försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i verksamheter som läggs ut på enskilt bedriven verksamhet.

13.1 Ansvarsfördelning

Respektive avdelningschef ansvarar för att:

- alla som genomför köp, har de kunskaper som krävs för att göra inköp och upphandling i enlighet med gällande lagar och förordningar, stadens policy och anvisningar inom området samt gällande delegationsbeslut,
- inventera och dokumentera sina verksamheters behov av köp av varor och tjänster,
- delta med sakkunniga i referensgruppsarbete för upphandlingar som genomförs som centrala eller gemensamma upphandlingar gällande varor och tjänster för förvaltningens gemensamma behov,
- förvalta och följa upp de avtal rörande verksamhet som tillhör avdelningen,
- medverka i uppföljning av avtal gällande varor och tjänster för gemensamma behov.

Respektive enhetschef ansvarar för att:

- inköp görs på ett korrekt sätt inom den egna enheten
- göra avrop (beställningar) på för verksamheten gällande ramavtal
- genomföra direktupphandlingar enligt gällande riktlinjer och rutiner
- förvalta och följa upp de avtal som tecknats för den egna enheten

14. Uppföljning och utvärdering

Ledningssystemet ska säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet omfattar metoder för uppföljning och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling.

Det är nämndens ansvar att säkerställa att både verksamheten och ledningssystemet följs upp och utvärderas. Detta ska ske regelbundet.

Uppföljningar och utvärderingar görs med utgångspunkt från:

- Hur väl verksamheten uppfyller lagstiftarens krav och stadsdelsnämndens mål för verksamhetsområdet
- Hur väl verksamheten tillgodoser enskilda och grupperns behov
- Hur den enskilde och andra intressenter uppfattar verksamhetens kvalitet

Exempel på när övergripande uppföljning ska ske:

- Icke verkställda gynnande beslut
- Utredning överstigande 4 månader för barn
- Uppföljningsrapporter
- Revisionsrapporter
- Brukarundersökningar
- Uppföljning av klagomål
- Öppna jämförelser
- Sammanställda rapporter om avvikelser i verksamheten två gånger per år.

Exempel på när individuell uppföljning skall ske:

- Uppföljning av icke verkställda gynnande beslut
- Uppföljning av utredningar över 4 månader för barn
- Uppföljning av domar från förvaltningsrätter och beslut från tillsynsmyndigheter för att följa upp rättsäkerheten i stadsdelsnämndens beslut.

15. Metoder för brukarinflytande och brukaruppföljningar

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att skapa möjligheter och förutsättningar för brukarnas delaktighet i verksamhetens förbättrings- och utvecklingsarbete.



Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Ledningssystemet ska innehålla rutiner för hur brukare av tjänsterna görs delaktiga i vård, insatser och behandling. Staden genomför regelbundet brukarundersökningar för att ta del av hur enskilda och intressenter uppfattar kvaliteten i verksamheten. Resultat redovisas till stadsdelsnämnderna och publiceras på stadens hemsida.

Antalet klagomål, anmälda vårdskador och missförhållanden samt åtgärder med anledning av detta följs upp och redovisas till nämnden två gånger per år. Förvaltningens tjänstemän träffar brukarråden tio gånger per år. Brukarråden består av representanter för pensionärsorganisationerna och organisationer för personer med funktionshinder. Förvaltningens tjänstemän bjuder in brukarråden till olika möten för att diskutera verksamhetsfrågor och för att få ta del av brukarrådets synpunkter. Gruppledarna i de olika politiska partierna träffar förvaltningsledningen en gång per år för att diskutera verksamhetsfrågor inom förvaltningen.

16. Dokumentationsskyldighet övergripande

Föreskrifter SOSFS 2011:9
7 kap. 1 §

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens resultat ska dokumenteras.

Den som bedriver verksamhet ska dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade.

Det innebär även att arbetet med planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till. Det kan dels vara fråga om dokumentation av planeringen av de olika aktiviteterna, dels fråga om dokumentation av framkomna resultat och hur dessa har hanterats.

Kravet på dokumentation av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet innebär ingen inskränkning av krav på dokumentation avseende patienter enligt PDL och enskilda inom socialtjänsten enligt SoL respektive LSS. Varje verksamhet ska följa upp, analysera och vidta åtgärder. För dokumentation av detta arbete ska Stockholms stads webbaserade system ILS användas.

I systemet dokumenterar alla nivåer från Kommunfullmäktige till enhetsnivå sin planering och uppföljning av resultat.

I den årliga risk- och väsentlighetsanalysen (ROV), identifieras och dokumenteras de risker som finns i verksamheten samt riskernas väsentlighetsgrad. Utifrån denna inventering upprättas en internkontrollplan innehållande de risker som har både en hög sannolikhet att de inträffar samt en hög väsentlighetsgrad.

16.1 Kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse

Allmänna råd SOSFS 2011:9

Allmänna råd till 7 kap. 1 §

Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

1. Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som uppnåtts.
3. Berättelsen 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 och
 - Att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses
 - Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Föreskrifter

7 kap. 2 §

Enligt 3 kap.10 § PSL ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § PSL ska patientberättelsen innehålla uppgifter om hur

1. Ansvar enligt 3 kap. 9 § PSL 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 § PSL har hanterats och

6. Inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 § som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. Av patientsäkerheten ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § PSL under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad

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

Förvaltningens verksamhetsberättelse är likställd med den kvalitetsberättelse som vårdgivare och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör upprätta. Varje enhet har också en kvalitetsberättelse på enhetsnivå. Utöver att dokumentera kvalitetsarbetet har vårdgivaren också en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada. Vårdgivaren kan upprätta kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen i samma dokument. Berättelsen ska antas av stadsdelsnämnden och finnas tillgänglig på staden hemsida.