



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

inom verksamhet som omfattas av socialtjänstlagen (inklusive äldre-
omsorg), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt
hälso- och sjukvårdslagen



Inledning

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, M och S) ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamhet som omfattas av socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Ledningssystemet ska vara ett stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska även beskriva hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbete som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap §10 patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ansvarsfördelning (3 kap)

Stadsdelsnämnden är vårdgivare och övergripande ansvarig för den verksamhet som bedrivs i nämndens regi enligt socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt för den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen.

Avdelningschef ansvarar för att:

- planera, följa upp, utveckla och dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet inom sitt verksamhetsområde.
- inom respektive avdelning dokumentera och följa upp kvalitetsarbetet i kvalitetsråd.

Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar för att:

- säkra att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs inom de enheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Detta sker i samverkan med MAS/MAR.

MAS/MAR ansvarar för att:

- upprätta hälso- och sjukvårdsregler och rutiner utifrån gällande lagstiftning, Socialstyrelsens författningar och Stockholms stads riktlinjer.



- säkra att hälso- och sjukvården är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet. Detta sker i samverkan med verksamhetschef enligt 29 § HSL.

Enhetschef ansvarar för att:

- planera, leda, följa upp, utveckla, dokumentera och utforma enhetsspecifika rutiner inom sin enhet.
- inom sin enhet dokumentera och följa upp kvalitetsarbetet i kvalitetsråd.

Medarbetare ansvarar för att:

- utföra vård, omsorg och sociala insatser av god kvalitet och med hög säkerhet
- bedriva en rättssäker myndighetsutövning
- medverka till att verksamhetens rutiner, riktlinjer och arbetssätt följs
- rapportera och dokumentera avvikelser eller risk för avvikelse/vårdskada samt följa upp avvikelsen.
- delta i riskinventering.
- delta i förbättrings- och utvecklingsarbete.

Därutöver gäller för Legitimerad personal (arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska att:

- utföra hälso- och sjukvård utifrån vetenskapliga och utprovade metoder.
- följa de regler och rutiner som finns inom verksamhetens hälso- och sjukvård.

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad (4 kap.)

Ledningssystemet för kvalitet ska så långt som möjligt integreras med befintligt system för uppföljning av ekonomi och verksamhet. Stadens ledningssystem för styrning och uppföljning av ekonomi och verksamhet (ILS) utgör ramen för kvalitetsarbetet i förvaltningen.

Nämndens verksamhetsplan utgör grunden för arbetet inom verksamheterna. Det arbete som bedrivits under året ska följas upp och redovisas i en verksamhetsberättelse (kvalitetsberättelse). Här ingår att beskriva hur arbetet med att säkra kvaliteten utifrån uppsatta mål, åtaganden och förväntade resultat ska ske.

I nämndens verksamhetsberättelse ingår även en patientsäkerhetsberättelse för de verksamheter där nämnden har hälso- och sjukvårdsansvar. I patientsäkerhetsberättelsen ingår ansvarsfördelning, egenkontroll, samverkan för att förebygga vårdskada samt hantering av synpunkter och klagomål gällande hälso- och sjukvård.

De områden som ingår i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 är processer och rutiner för:



- Samverkan
- Systematiskt förbättringsarbete (riskanalys, egenkontroll)
- Utredning av avvikelser (klagomål och synpunkter, avvikelser, fel och brister, missförhållanden/risk för missförhållanden, vårdskada/risk för vårdskada)
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet
- Brukarnas delaktighet i förbättrings- och utvecklingsarbetet
- Dokumentationsskyldighet

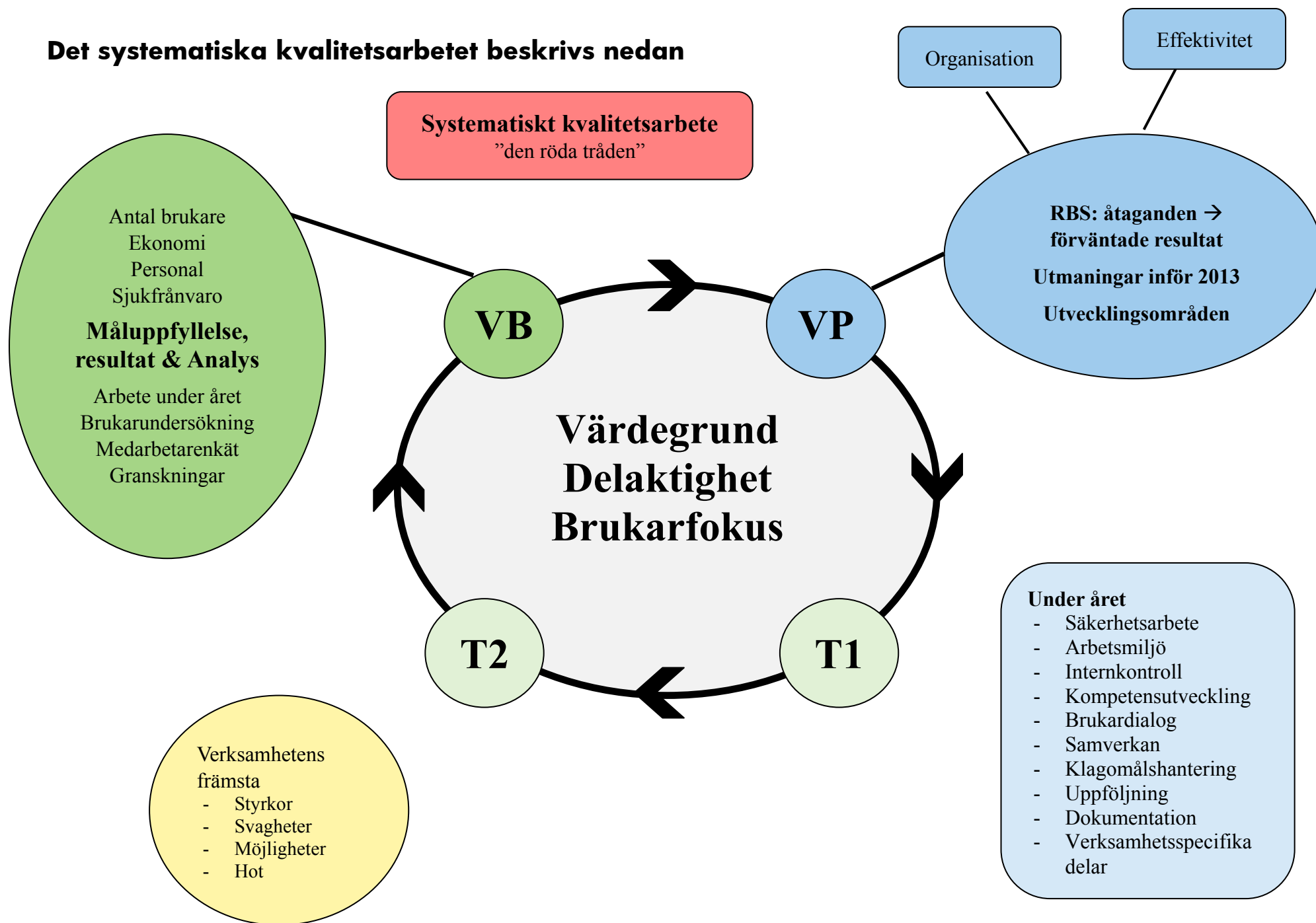
Processer och rutiner som stödjer arbetet och ansvarsfördelning mellan avdelningen och enheten framgår av bilaga 1. Policies och riktlinjer finns tillgängliga på **intranätet** som stöd till verksamheterna.

För att underlätta det systematiska kvalitetsarbetet finns **årsplanering/ "årshjul"**, sidan 5, som tydliggör när olika planerings- och uppföljningsaktiviteter ska äga rum under året, t.ex. tertiärrapporter eller arbete med risk- och väsentlighetsanalys.

Stadens **ILS-webb** är det verktyg som används för att dokumentera verksamhetsplaneringen samt uppföljningen under året.

Inom förvaltningen finns en **ILS-grupp** bestående av ILS-samordnare och utredare/kvalitetsutvecklare från de olika avdelningarna. ILS-gruppen samordnar kvalitetsarbetet i förvaltningen och stöttar enhetscheferna i planerings- och uppföljningsarbetet.

Det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs nedan



Tillämpning av ledningssystemet



**Värdegrund
Delaktighet
Brukarfokus**

Det systematiska kvalitetsarbetet kännetecknas av att:

Verksamheten präglas av god kvalitet, är grundad på den enskildes självbestämmanderätt och integritet samt att den enskilde i största möjliga utsträckning ska ges inflytande och möjlighet att vara delaktig kring insatser som ges.

Bedömningen av brukarens behov bygger på en helhetssyn där individens situation och möjligheter sammanvägs med medicinska, psykiska, sociala och existentiella behov. Insatserna är flexibla och tillgodoser så långt det är möjligt brukarens egna önskemål.

Dialog förs med brukare, närstående och medarbetare vid de mötesforum som finns. Detta sker vid utredning av biståndsbehovet men också när utförandet av beviljade insatser följs upp.

Mötesforum genomförs fortlöpande för att säkra vård och omsorg för den enskilde. För utförarenheter genomförs teammöten där respektive yrkeskategori deltar. För myndighetsutövande enheter genomförs bl a ärendedragning, boråd, och metodmöten.

Dessutom genomförs särskilda möten med brukare/ närstående (ex brukarråd, anhörigträffar m m).

Årliga dialogmöten genomförs med ledning och medarbetare för respektive enhet utifrån verksamhetsplan, kvalitetsgarantier och verksamhetsberättelsen.

Planering



Vid planering av årets arbete tillämpas resultatbaserad styrning (RBS) där inriktningen har fokus både på nyttan för brukaren och på de resultat som ska uppnås för brukaren. Att följa upp både nyttan och resultaten ger en bra grund för att utveckla verksamheten. Aktuella utvecklingsområden och utmaningar vägs in i årets arbete. Dialog förs fortlöpande med medarbetare och brukare. Detta sker vid olika mötesforum.

Genomförande

Arbetet under året



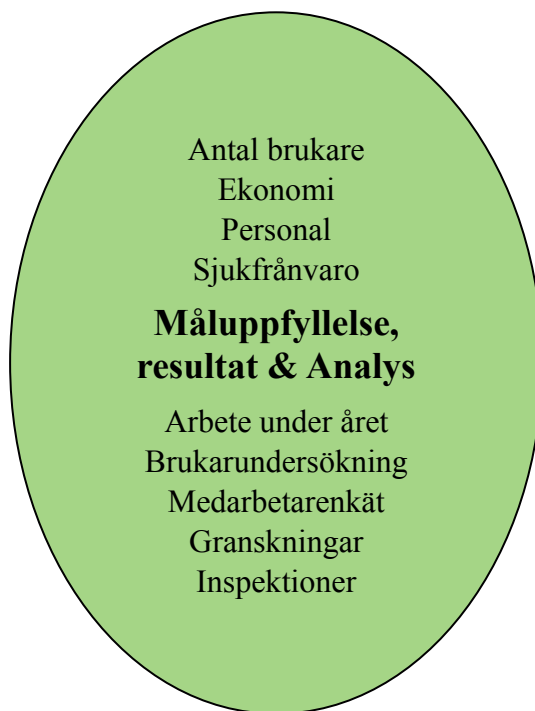
Grunden i arbetet är att arbeta förebyggande så att risker för brukarna och verksamheten så långt det är möjligt minimeras. För att kunna arbeta förebyggande krävs en kartläggning av brukarnas och verksamhetens behov.

Utgångspunkten för den vård, omsorg och de insatser som ges är tillämpningen av ett vardagsrehabiliterande/salutogent förhållningssätt. Det innebär att brukarens egna

resurser och styrkor är i centrum både vid kartläggning/ bedömning och vid utförandet av den vård, omsorg och de insatser som ges.

Uppföljning, Utvärdering och utveckling

Verksamhetsberättelse



Arbetet under året dokumenteras, analyseras, följs upp samt utvärderas. För att möjliggöra detta används olika uppföljnings instrument, balanslistor, minnesanteckningar m m vid olika mötesforum. Syftet är att ge en samlad bild över verksamhetens olika områden. Det samlade resultatet analyseras och erforderliga förbättringar i verksamheten planeras och vidtas.

För systematisk uppföljning genomförs kvalitetsråd på enhetsnivå och avdelningsnivå för att säkra vård, omsorg och stödinsatser för brukarna och för verksamhetens utveckling.

Kvalitetsråd genomförs fyra gånger per år inför tertialrapport 1, tertialrapport 2, verksamhetsberättelse och verksamhetsplan. På avdelningsnivå kan kvalitetsråd genomföras mer frekvent utifrån verksamhetens behov.

De frågor som ska behandlas framgår av dagordning, sidan 10. Kvalitetsråden ska protokollföras och protokollen från enhetens kvalitetsråd delges avdelningens kvalitetsråd och vice versa.



Syftet med kvalitetsråd är att:

- Säkra brukarnas vård, omsorg och stödinsatser som helhet .
- Säkra verksamhetens vård, omsorg och stödinsatser som helhet.
- Ge medarbetarna möjlighet att medverka vid planering, uppföljning och utveckling av verksamheten inför upprättande av verksamhetsplan, tertiärrapporter och verksamhetsberättelse inklusive risk- och väsentlighetsanalys och patientsäkerhetsberättelse.

Inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet genomförs medarbetarsamtal, arbetsplatsträffar (APT) och lokala samverkansgrupper (LSG) inom enheterna. Motsvarande forum dvs medarbetarsamtal, samverkansgrupper (SG) och arbetsplatsträffar (APT) genomförs för respektive avdelning.



KVALITETSRÅD (DATUM) **ENHETENS/AVDELNINGENS NAMN**

Närvarande:

Ämne:	Beslut/åtgärd:
Uppföljning inför T1, T2, VP och VB	Måluppfyllelse av nämndmål, åtaganden, indikatorer, aktiviteter:
	Klagomål, synpunkter och beröm:
	Internkontroll (RoV och genomförda kontroller)
	Fel och brister enligt SoL/LSS:
	Avvikelser enligt HSL:
	Kvalitetsindikatorer för HSL:
	Redovisning av domar, Lex Sarah, Lex Maria:
	Budget
Ej verkställda beslut (gäller beställaren):	
Jämförelsetal (brukarundersökningar, öppna jämförelser mm)	
Aktuellt till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SoL/LSS/HSL	
Aktuella utvecklingsfrågor	
Aktuella inspektioner	
Verksamhetsuppföljningar	
Genomgång av balanslistor	
Anmälan av protokoll från enheternas/avdelningens kvalitetsråd	
Övrigt	



ENSKEDE-ÅRSTA-VANTÖRS
STADSDELSFÖRVALTNING

SID 11 (11)
2013-04-29

Nedtecknat av
Sekreterarens namn

Justeras
Chefens namn