

06

Till  
Hässelby-Vällingby  
stadsdelsnämnd  
2015-11-26

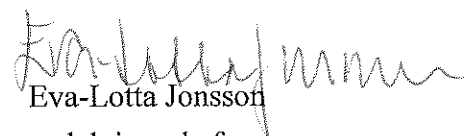
## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens förslag till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.



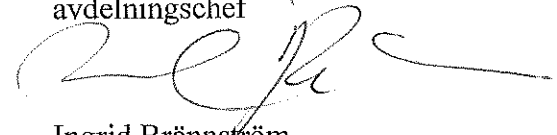
Ulla Thorslund  
stadsdelsdirektör



Eva-Lotta Jonsson  
avdelningschef



Ingrid Friberg  
avdelningschef



Ingrid Brännström  
avdelningschef

### Sammanfattning

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd beslutade 2012-04-17 om en struktur för ledningssystem för förvaltningens verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Detta ärende avser en revidering och förtydligande av det lokala ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

### Bilaga

1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

### **Ärendets beredning**

Ärendet har utarbetats inom avdelningen för individ- och familjeomsorg tillsammans med avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

### **Bakgrund**

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) trädde i kraft 2012-01-01.

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd beslutade 2012-04-17 om en struktur för ledningssystem för förvaltningens verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Detta ärende avser en revidering och förtydligande av det lokala ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

### **Förslag till beslut**

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens förslag till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

---



Stockholms  
stad

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning

Dnr 1.1-360-2015



## Innehåll

Inledning	4
Ansvarsfördelning	5
Ledningssystemets uppbyggnad	7
Övrigt	8

## Inledning

Socialtjänsten är en central del i välfärdssystemet. Detta ställer stora krav på rättssäkerhet, likvärdighet och tillgänglighet. Verksamheten ska vara av god kvalitet.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) gäller sedan 2012-01-01. Med utgångspunkt från dessa föreskrifter beslutade Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd 2012-04-17 om en struktur för ledningssystem för nämndens verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och funktionshinder. Detta ärende avser en revidering av nämndens ledningssystem för kvalitet i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter.

Det systematiska kvalitetsarbetet utgår från övergripande mål och grundläggande värderingar i Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Motsvarande gäller för den kommunala hälso- och sjukvården som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Ett ledningssystem för kvalitet är ledningens verktyg för att leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Enligt föreskrifterna ska verksamheten identifiera, beskriva och fastställa processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till missförhållanden eller avvikelser kan åtgärdas och förebyggas. Medarbetarnas erfarenheter och delaktighet i att utveckla och förbättra verksamheten är av stor betydelse.

Som ett komplement till nämndens ledningssystem för kvalitet har ett konkret stödmaterial tagits fram för enheternas arbete med att upprätta ett ledningssystem för kvalitet på enhetsnivå.

### **Lagområden för vilka ledningssystemet gäller**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter definieras kvalitet på följande sätt "Den som bedriver verksamhet ska säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter" (2 kap 1§ SOSFS 2011:9).

### *Socialtjänstlagen*

”Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet” (1 kap 1 § SoL).

”För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (3 kap 3 § SoL).

### *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)*

”Verksamheten enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som till LSS personkrets. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra” (5 § LSS).

”För verksamheter enligt LSS skall det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges” (6 § LSS).

”När åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas” (6a § LSS).

### *Hälso- och sjukvårdslagen*

”Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (31 § HSL).

### **Riktlinjer**

Till stöd i arbetet finns centralt framtagna riktlinjer. Socialnämnden ansvarar för att ta fram riktlinjer för handläggning inom socialtjänsten och funktionshinder. Äldreförvaltningen ansvarar för att ta fram riktlinjer för äldreomsorgen. Dessa riktlinjer är ett komplement till lagstiftningen.

## **Ansvarsfördelning**

Ett väl fungerande ledningssystem för kvalitet förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning i organisationen. Nedan redogörs för förvaltningens ansvarsfördelning.

### **Stadsdelsnämnd**

Stadsdelsnämnden fastställer ledningssystem för kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett

systematiskt kvalitetsarbete i verksamheter där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med och som omfattas av dessa föreskrifter.

#### **Stadsdelsdirektör**

Stadsdelsdirektören har det yttersta ansvaret för att upprätta ett ledningssystem samt planera, genomföra, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.

#### **Avdelningschef**

Avdelningschefen ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet på avdelningen planeras, genomförs, dokumenteras, följs upp och utvärderas. I detta arbete ingår att vidta åtgärder för att utveckla och förbättra verksamheten.

#### **Enhetschef**

Enhetschefen ansvarar för att upprätta ett ledningssystem för kvalitet utifrån de krav och mål som gäller för verksamheten.

Enhetschefen går igenom vilka processer och rutiner som enheten behöver fastställa för att uppfylla verksamhetens mål och åtagande.

Enhetschefen ansvarar för uppföljning, analys och förbättring av verksamheten.

#### **Medarbetare**

Medarbetare ansvarar för att följa lagar, förordningar, riktlinjer för att uppnå en god kvalitet i verksamheten. Medarbetare rapporterar avvikelser till närmaste chef.

#### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har det övergripande ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård vilket innebär tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt hälso- och sjukvårdslagen.

#### **Entreprenörer**

Entreprenörer är ansvariga för att upprätta ett ledningssystem för kvalitet och informera nämnden om resultatet av kvalitetsuppföljningar.



## Ledningssystemets uppbyggnad

### Processer och rutiner

Verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra en god kvalitet. För varje process ska aktiviteter och rutiner tas fram.

### Samverkan

De processer där samverkan behövs med andra enheter, myndigheter och vårdgivare ska identifieras. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas för att säkra en god kvalitet i verksamheten.

### Systematiskt förbättringsarbete

En viktig förutsättning för att medverka till en god kvalitet är att det finns rutiner för att hantera fel och brister som upptäcks samt synpunkter och klagomål.

Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter i form av lex Sarah och lex Maria ligger till grund för förbättringar av verksamhetens process och rutiner. Tillsynsrapporter och revisionsrapporter utgör också en del i verksamhetens förbättringsarbete.

### Risikanalys

Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa och som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Med hjälp av en riskanalys bedöms sannolikheter för oönskade händelser och dess konsekvenser. Med detta som underlag kan beslut fattas om åtgärder i syfte att minimera risker. I anslutning till verksamhetsplaneringen genomförs en risk- och väsentlighetsanalys. Detta finns mer utförligt beskrivet i dokumentet "System för internkontroll" beslutat av stadsdelsnämnden 2015-08-27.

### Dokumentation

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Dokumentationen kan ske genom protokoll i ledningsgrupper och från arbetsplatsträffar. Det kan också ske genom dokumentation i särskilda ärenden exempelvis lex Sarah och lex Maria.

### *Socialtjänstens kvalitetsberättelse*

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

- hur arbetet med ett 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

### *Patientssäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård*

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Nämnden ska godkänna den egna verksamhetens patientsäkerhetsberättelse medan entreprenörernas endast ska anmälas till nämnden.

I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur

- ansvaret för patientsäkerhetsarbetet varit fördelat
- egenkontrollen följts upp och utvärderats
- samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador
- risker för vårdskador har hanterats och rapporterats
- uppföljningar, rapporter klagomål och synpunkter har hanterats och använts för utvecklingsarbete
- många händelser som utretts enligt 3 kap 3§ patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga.

## **Övrigt**

Till stöd för verksamheterna har ett lokalt anpassat material tagits fram som ska underlätta för enheterna att upprätta ett ledningssystem för kvalitet på lokal nivå.

---

# Socialstyrelsens författningssamling



Socialstyrelsen

Ansvarig utgivare: Chefsjurist Eleonore Källstrand Nord

## Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitets- arbete;

SOSFS  
2011:9  
(M och S)

Utkom från trycket  
den 20 juli 2011

beslutade den 28 juni 2011.

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 14 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade, 8 kap. 5 § socialtjänstförordningen (2001:937), 4 § 2 och 3 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. samt 8 kap. 5 § första stycket 1 och 4 och andra stycket patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och beslutar följande allmänna råd.

### 1 kap. Tillämpningsområde

1 § Dessa föreskrifter ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av

1. 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. 16 § tandvårdslagen (1985:125),
3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
4. 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

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

### 2 kap. Definitioner

1 § I dessa föreskrifter och allmänna råd avses med:

hälso- och sjukvård	verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel
---------------------	--

	med kvalitet endast att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659)
egenkontroll	systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem
vårdskada	lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården
allvarlig vårdskada	vårdskada som <ol style="list-style-type: none"><li>1. är bestående och inte ringa, eller</li><li>2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit</li></ol>

### **3 kap. Ansvar för och användning av ett ledningssystem**

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

### **4 kap. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad**

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.

#### *Allmänna råd*

Standarder, tekniska specifikationer och modeller för kvalitets- och verksamhetsutveckling kan ge stöd då ett ledningssystem ska byggas upp.

### **Processer och rutiner**

**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.

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

1. identifiera de aktiviteter som ingår, och
2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

**4 §** För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de 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.

### **Samverkan**

#### ***Socialtjänst och LSS***

**5 §** Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.

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 verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

#### ***Hälso- och sjukvård***

**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.

## **5 kap. Systematiskt förbättringsarbete**

### **Riskanalys**

**1 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

### *Rapporteringskyldighet*

#### **4 §** Bestämmelser om rapporteringskyldighet

1. för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
2. för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse finns i 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), och
3. för den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns i 24 b § LSS.

#### **5 §** Bestämmelser om skyldighet

1. för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
2. för den som bedriver socialtjänst att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), och
3. för den som bedriver verksamhet enligt LSS att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 24 e § LSS.

### *Sammanställning och analys*

**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.

### **Förbättrande åtgärder i verksamheten**

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

### **Förbättring av processerna och rutinerna**

**8 §** Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

## **6 kap. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

**1 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

**2 §** Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

**3 §** Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

## **7 kap. Dokumentationskyldighet**

**1 §** Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

### *Allmänna råd*

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

- 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, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

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.

**2 §** Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta 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, och
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.

**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.

## **8 kap. Undantagsbestämmelse**

**1 §** Socialstyrelsen kan medge undantag för en viss verksamhet från en eller flera av bestämmelserna i 3–7 kap., om det finns särskilda skäl.

- 
1. Denna författning träder i kraft den 1 januari 2012.
  2. Genom författningen upphävs
    - Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
    - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

Socialstyrelsen

LARS-ERIK HOLM

Georg Lagerberg