

STYRDOKUMENT I BOTKYRKA KOMMUN

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Strategi
Program
Plan
Policy
Riktlinjer
Regler



Diarienummer: SN/2017:78, diarienummer för reviderat dokument SN/2019:541

Dokumentet är beslutat av: Socialnämnden

Dokumentet beslutades den: april 2017, reviderad version december 2019

Dokumentet gäller för: Socialnämndens ansvarsområde

Dokumentet gäller till den: december 2024

**BOTKYRKA
KOMMUN**



Dokumentet ersätter: Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SN/2017:78

Dokumentansvarig är: Socialförvaltningen, Stöd och utvecklingsenheten

För revidering av dokumentet ansvarar: Socialnämnden

För uppföljning av dokumentet ansvarar: Socialnämnden

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	1
Inledning	4
Syfte	4
Definition av kvalitet.....	4
Verksamhet som ledningssystemet omfattar	4
Ansvarsfördelning	5
Processer och rutiner inklusive samverkan	8
Definitioner.....	8
Verksamhetens processer	8
Att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.....	10
Årsagenda	11
Systematiskt förbättringsarbete.....	12
Riskanalys.....	12
Egenkontroll.....	14
Klagomål och synpunkter	16
Utredning av missförhållanden och vårdskador	18
Personalmedverkan.....	20
Dokumentationsskyldighet.....	21
Kompletterande förteckningar	22

**BOTKYRKA
KOMMUN**



Inledning

Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är uppbyggt enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

Ledningssystemet för kvalitet länkar i tillämpliga delar till Botkyrka kommuns övriga system för ledning och styrning. I fastställd "Mål och budget" väger kommunen samman den nationella lagstiftningen och kommunens egna ambitioner för att leda verksamhetens inriktning och utveckling.

Ledningssystemet för kvalitet anger hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas. Socialnämnden och de olika enheterna inom socialförvaltningen beskriver i mål, budget och planer både hur de ska uppfylla lagstiftningen enligt nämndens reglemente och politiska mål. Vägledande i detta arbete är bland annat de brister som uppmärksammas i det systematiska kvalitetsarbetet.

Syfte

Syftet med ledningssystemet är att genom systematiskt och fortlöpande arbete utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

Definition av kvalitet

Med kvalitet avses att de krav och mål uppfylls som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter, andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. En förteckning över aktuella lagar och föreskrifter inom socialnämndens ansvarsområde återfinns i "Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete" som nås via socialförvaltningens sida på kommunens intranät. En samlad uppdatering av denna förteckning sker också årligen i samband med Kvalitetsberättelsen, till årsredovisningen.

Utöver detta definieras kvalitet också som måluppfyllelse utifrån fastställda politiska mål i kommunen.

Verksamhet som ledningssystemet omfattar

Ledningssystemet ska tillämpas i socialnämndens verksamheter, inom myndighetsutövning lika väl som i de verksamheter där stöd och service erbjuds utan föregående myndighetsprövning.

En förteckning över de verksamheter inom socialnämndens ansvarsområde som omfattas av ledningssystemet för kvalitet kan **nås från kommunens intranät, socialförvaltningens sidor, bland annat via "Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete"**.

Ansvarsfördelning

Här beskrivs ansvarsfördelningen inom socialnämnden, för den verksamhet som omfattas av ledningssystemet. En mer detaljerad beskrivning av roller och **ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och i patientsäkerhetsarbetet, finns i särskilt styrdokument samt i patientsäkerhetsberättelsen.**

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden, som bedriver förebyggande arbete, stöd, vård och omsorg enligt socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Kvalitetsarbetet ska omfatta riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser inklusive rapporter enligt lex Sarah. **Kvalitetsarbetet ska också omfatta att identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.** Föreskrifterna om systematiskt kvalitetsarbete ska också tillämpas i det patientsäkerhetsarbete som socialnämnden bedriver enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt i 3 kap. Patientsäkerhetslagen.

Ansvar inom förvaltningen - allmänt

Grunden är att ansvar och befogenheter för kvalitet, ekonomi, personal och arbetsmiljö hålls samman. Ansvaret för arbetsuppgifter i det systematiska kvalitetsarbetet följer de strukturer som finns för ansvar och befogenheter inom organisationen. **Till de ansvar som lyfts fram nedan kommer också sådant som olika funktioner och personer är ansvariga för enligt gällande delegationsförteckning, hit hör exempelvis att ta emot, besluta om och utreda rapporter om missförhållande/risk för missförhållande enligt bestämmelserna om lex Sarah. Även de verksamheter som har uppdrag där hälso- och sjukvård ingår, omfattas av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.**

Ansvaret för att arbeta enligt ledningssystemet ingår i chefsansvaret men alla medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet. På enhetsnivå kan arbetsplatsträffarna vara ett forum för kvalitetsfrågor.

Samtliga medarbetares ansvar

- utföra de arbetsuppgifter som ingår i yrkesrollen, på ett systematiskt och säkert sätt enligt de styrdokument (inklusive beslutade processer) som finns för verksamheten
- utföra de arbetsuppgifter som hör till respektive roll i processarbetet (som processansvarig, processledare osv.)
- återkoppla till berörd chef när styrdokument (inklusive beslutade processer) inte fungerar
- medverka till att de kvalitetskrav som finns för verksamheten uppnås, exempelvis genom att rapportera eventuella avvikelser och missförhållanden
- delta i utvärdering av arbetssätt och föreslå förbättringar för ökad säkerhet, kvalitet och effektivitet i den egna verksamheten
- delta i arbetet med planering, uppföljning och utvärdering av verksamhetens resultat

Förvaltningschefen är ytterst ansvarig för att:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner m.m. som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Genom systematiskt kvalitetsarbete planera, genomföra, följa upp och förbättra verksamhetens kvalitet enligt kraven i ledningssystemet

Individ- och familjeomsorgschefers (IFO-chefers) ansvar

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner m.m. som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, inom sitt ansvarsområde. Genom systematiskt kvalitetsarbete planera, genomföra, följa upp och förbättra verksamhetens kvalitet enligt kraven i ledningssystemet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar:

- se till att hälso- och sjukvården inom verksamheten är säker och ändamålsenlig
- ta fram de styrdokument som behövs för att det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas - för att kunna planera, genomföra, följa upp och förbättra verksamheten
- upprätta rutiner och överenskommelser för samverkan med regionen
- ta emot, utreda och följa upp rapporterade vårdavvikelser
- anmäla vårdavvikelser
- se till att författningsbestämmelser och andra regler inom författningsområdet är kända i verksamheterna, följa upp att de efterlevs samt att det finns nödvändiga rutiner och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten

- ta fram en årlig patientsäkerhetsberättelse

Verksamhetschefers ansvar:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner m.m. som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, inom sitt ansvarsområde
- säkerställa att fastställda processer och rutiner är kända inom sitt ansvarsområde
- genom systematiskt förbättringsarbete planera, genomföra, följa upp och förbättra verksamhetens kvalitet enligt kraven i ledningssystemet
- förmedla information till berörda om när styrdokument inom verksamheten inte fungerar

Enhetschefers ansvar:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner m.m. som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, inom enheten
- säkerställa att fastställda processer och rutiner är kända inom enheten
- genom systematiskt förbättringsarbete planera, genomföra, följa upp och förbättra verksamhetens kvalitet inom enheten, enligt kraven i ledningssystemet
- förmedla information till berörda om när styrdokument inom enheten inte fungerar

Processer och rutiner inklusive samverkan

Krav i författningen: 4 kap SOSFS 2011:9

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.

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

Definitioner

Med *process* menas en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. En *rutin* är ett fastställt styrdokument som beskriver ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat. När en process är kartlagd, beslutad och publicerad är den jämförbar med en rutin och utgör ett styrdokument på den nivå den är beslutad. För att styrdokument ska vara aktuella och relevanta krävs att de följs upp regelbundet. Hur detta ska gå till beskrivs i respektive dokument. Sammanställning av vilka styrdokument som följts upp under det år som gått, ska finnas i den årliga kvalitetsberättelsen och i patientsäkerhetsberättelsen.

I arbetet med att identifiera processområden, aktiviteter och rutiner är utgångspunkten aktuell lagstiftning och föreskrifter. I praktiken går det i korthet till så att ett team av utsedda personer identifierar och beskriver respektive process genom att visualisera den i verktyget 2consiluate (2c8), närmast ansvarig chef godkänner en process när den är färdig. Hur arbetet går till beskrivs i en särskild rutin för processkartläggning.

Kartlagda processer inom socialnämndens ansvarsområde publiceras successivt på kommunens intranät.

Verksamhetens processer

Socialnämndens verksamhet består av processer. Aktuella beskrivningar av dessa processer innehåller de styrdokument (riktlinjer, rutiner osv.) som finns

fastställda inom respektive verksamhetsområde. Av de aktuella beskrivningarna framgår också när samverkan behövs för att säkra kvaliteten.

Arbetet med att identifiera, beskriva och fastställa processer för att säkra verksamhetsens kvalitet utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete sker inom socialförvaltningen integrerat med det kommunövergripande arbetet för att processorientera verksamheterna i Botkyrka kommun. Socialnämndens verksamhetsprocesser kan kort beskrivas som:

- Utreda – Under denna sammanfattande rubrik ryms i ledningssystemets processer allt som rör; aktualisera, utreda, besluta och följa upp myndighetsbeslut
- Ge stöd – Under denna sammanfattande rubrik ryms i ledningssystemets processer allt som rör att verkställa myndighetsbeslut och genomföra insatser
- Förebygga - Under denna sammanfattande rubrik ryms i ledningssystemets processer allt som rör förebyggande arbete samt råd och stöd
- Hälso- och sjukvård - förekommer och beskrivs som en integrerad del i genomförandet av olika insatser inom socialnämndens ansvarsområde. I första hand återfinns dessa insatser i verksamheter för personer med olika funktionsnedsättningar.

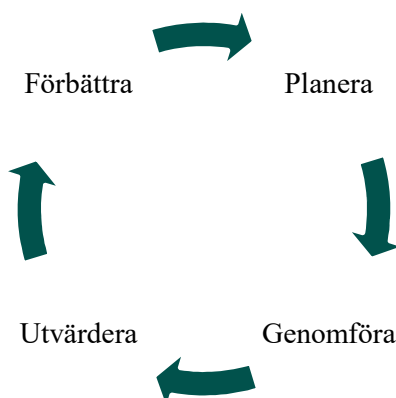
Utöver detta finns identifierade processer för stöd och för styr- och ledning av verksamheten.

Rutiner för arbetet med processkartläggning:

- Rutin för processkartläggning
- Det finns också kommunövergripande riktlinjer, anvisningar osv. för kommunens processorientering, genvägar till dessa dokument nås även via socialförvaltningens sidor på intranätet, fliken "Processkartläggning"

Att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten

Ledningssystemet är utformat som en fortlöpande process där planering, genomförande, uppföljning och förbättring länkar i varandra. Många av aktiviteterna i processen sker löpande under året, andra har en mer bestämd plats i årsagendan. De aktiviteter som har en mer bestämd plats illustreras i det "Årshjul" som finns publicerat i Stratsys. De olika aktiviteterna i förbättringshjulet beskrivs också mer ingående, längre fram i detta dokument, utifrån föreskriftens paragrafer.



Förbättra

- utifrån riskanalys
- utifrån analys av egenkontroll
- utifrån analys av klagomål och synpunkter
- utifrån analys av avvikelser
- utifrån jämförelser och andra underlag

Utvärdera/följa upp/analysera

- kontrollera, följa upp och utvärdera enligt mål och planer
- arbeta med riskanalys
- arbeta med egenkontroll
- utreda klagomål, synpunkter och avvikelser
- jämföra resultat över tid och med andra
- sammanställa, analysera och presentera det som följts upp

Planera

- mål-, budget och verksamhetsplan
- internkontrollplan
- kvalitetsberättelse
- patientsäkerhetsberättelse
- övriga förutsättningar

Genomföra

- arbeta enligt dokumenterade processer, riktlinjer och rutiner
- arbeta enligt prioriteringar utifrån mål
- dokumentera
- rapportera
- arbeta för personalmedverkan
- delta i förbättringsarbete

Årsagenda

I socialnämndens fastställda **mål och budget** samt verksamhetsplaner finns mål och **uppdrag** som syftar till att säkerställa verksamhetens kvalitet. I internkontrollplanen finns **också** kontrollmoment som syftar till att fästa särskild uppmärksamhet på (och i förlängningen säkra) att socialnämnden uppfyller lagar och föreskrifter. Andra kontroller och åtgärder som syftar till att säkra kvaliteten i verksamheten sker successivt under året som en konsekvens av **verksamhetens riskanalys och** egenkontroll.

Inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet beslutas successivt under året om åtgärder som syftar till att säkerställa patientsäkerheten utifrån patientsäkerhetslagen och socialnämndens hälso- och sjukvårdsansvar utifrån Hälso- och sjukvårdslagen. Sådana åtgärder redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Uppföljningen av mål och av kontrollmoment i internkontrollplanen utgör, tillsammans med det som lyfts fram i kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse, underlag för att föreslå revideringar av följande års mål och budget samt internkontrollplan.

Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet beskrivs här utifrån de olika paragraferna i föreskriften; riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser. Till alla dessa delar hör också ansvar för förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processer och rutiner. Genom att ta vara på resultatet från riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser får vi underlag för att förbättra och planera hur vi ska genomföra insatser och säkra kvaliteten.

Riskanalys

Riskanalys görs för att bedöma om det finns risk för att en händelse skulle kunna inträffa som kan medföra brister i kvaliteten. Till riskanalysen hör att uppskatta sannolikheten och bedöma vilka negativa konsekvenser som kan bli följden av en händelse. Såväl planerad som befintlig verksamhet kan analyseras utifrån olika typer av risker.

Krav i författningen: 5 kap SOSFS 2011:9

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. För varje sådan händelse ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följderna av händelsen.

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

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.

Arbete med riskanalys

Riskanalyser görs vid behov utifrån det ansvar som chefer samt MAS har för att säkerställa verksamhetens kvalitet och bör vara en återkommande punkt vid arbetsplatsträffar (APT). Vid minst ett tillfälle under året uppmärksammas riskanalyser särskilt utifrån årsagendan. Den rutin som beskriver hur verktyget Stratsys används har ett särskilt avsnitt som erbjuder stöd för arbetet med riskhantering och egenkontroll.

Riskanalys kan också göras:

- som en direkt konsekvens av enskilda rapporter, vårdavvikelser, klagomål eller synpunkter.
- vid organisationsförändringar
- vid införande av ny teknik eller nya arbetsmetoder

Utöver detta sker riskanalys i samband med att förslag till kontrollmoment tas fram inför följande års internkontrollplan.

En riskanalys ska alltid innehålla bedömning av såväl sannolikheten för att en viss händelse inträffar, och bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följderna av händelsen.

Ansvarig chef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) beslutar om sådana riskanalyser ska göras som inte följer av internkontrollplan, **planerade egenkontroller** eller andra på förhand bestämda rutiner eller planer.

Ansvarig chef eller MAS ansvarar för att beslutad riskanalys genomförs. Själva analysen kan göras av olika professioner, efter behov och situation. Av resultatet från en genomförd riskanalys ska framgå om något ska åtgärdas och i så fall vad.

Chef för närmast berörd(a) verksamhet(er) ansvarar för att beslutade åtgärder och **kontroller** genomförs, för att eventuella nya styrdokument tas fram och för att processer och styrdokument förbättras utifrån gjorda analyser.

Rutiner m.m. i anslutning till riskanalys:

- Rutin för att använda verktyget Stratsys
- "Förberedelse för riskanalys" checklista som stöd för användaren i verktyget Stratsys, dokumentet nås direkt från händelsen "Riskanalys" i årshjulet
- Särskilda mallar/rutiner finns när riskanalysen är kopplad till enskild individ
- Riskanalys finns som en del av processen för att:
 - Utredda avvikelser och Lex Sarah
- Riskanalys finns som en del i aktuella styrdokument för patientsäkerhetsarbetet inklusive arbetet med vårdavvikelser

Egenkontroll

Egenkontroll **följer av** riskanalyser och analyser av avvikelser och görs för att säkerställa att verksamheten **lever upp till satta kvalitetskrav**. Genom egenkontroll kan vi inte bara upptäcka brister och svagheter innan de lett **till avvikelser, vi kan också identifiera** områden som behöver värnas. Genom egenkontroller får vi möjlighet att jämföra vår verksamhet över tid och med andra. En viktig del av egenkontrollen är att ta reda på vad de som tar del av insatserna tycker om verksamheten, detta utgör grunden för möjligheterna att avgöra om processerna når sina mål.

Krav i författningen: 5 kap SOSFS 2011:9

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.

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

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.

Arbete med egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt beslutade processer och rutiner. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Internkontroll syftar också till att kontrollera och säkra kvaliteten i den egna verksamheten och regleras i Kommunallagen som omfattar alla kommunens nämnder. Arbetsprocessen är i stora delar lik arbetet med egenkontroll men innefattar fler områden, så som ekonomi och frågor som rör medarbetares arbetsvillkor osv. De internkontroller som kommunstyrelsen beslutar om för kommunen samlas i en internkontrollplan. Utöver detta ser varje nämnd över vilka risker och behov av kontroller som behövs inom ramen för internkontroll.

Utöver egenkontroller kan även olika åtgärder knytas till respektive risk. Chef för närmast berörd verksamhet ansvarar för att beslutade åtgärder genomförs, för att eventuella nya rutiner tas fram och för att processer och rutiner förbättras utifrån gjorda analyser.

Inom egenkontrollen kan uppgifter med fördel jämföras med sammanställningar av resultat i offentlig statistik som öppna jämförelser, medborgarundersökningar, brukarundersökningar, regionala och andra lokala mätningar eller undersökningar av utsedda grupper/personer. Verksamhetens nuvarande resultat kan också jämföras med tidigare resultat. För att kunna följa hur vissa variabler utvecklas och på så sätt förbereda för behov av åtgärder och kontroller osv. finns en rad nyckeltal särskilt identifierade.

Sammanställning av fastställda egenkontroller bifogas kvalitetsberättelsen till årsredovisningen.

Rutiner m.m. för arbetet med egenkontroll

- Rutin för att använda verktyget Stratsys
- Internkontrollplan, beslutas varje år av socialnämnden. Vissa av kontrollmomenten i internkontrollplanen fastställs på förhand av kommunfullmäktige
- Rutiner för att följa upp (extern) verksamhet som utförs på uppdrag finns i gällande avtal
- Riskanalys, egenkontroller och åtgärder som dokumenterats i verktyget Stratsys utgör en del av det som redovisas i den årliga kvalitetsberättelsen

Klagomål och synpunkter

Genom att ta vara på klagomål och synpunkter kan vi bidra till att fel och brister åtgärdas. Klagomål och synpunkter ger oss underlag för att förbättra verksamheten. Genom att klagomål och synpunkter tas tillvara på ett sådant sätt att fel och brister effektivt kan förebyggas och åtgärdas lägger vi grunden för kvaliteten i vår avvikelshantering.

Det är en väsentlig del av kvalitetsarbetet att identifiera och analysera avvikelser samt att återföra erfarenheter från analysen av dessa avvikelser till verksamheten. Botkyrka kommuns förmåga att ta hand om medborgares och brukares synpunkter på verksamheten har hög prioritet.

Krav i författningen: 5 kap SOSFS 2011:9

3 § Klagomål och synpunkter

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

- Vård- och omsorgstagare och deras närstående
- Personal
- Vårdgivare
- De som bedriver socialtjänst
- De som bedriver verksamhet enligt LSS
- Myndigheter
- Föreningar, andra organisationer och intressenter

6 § Sammanställning och analys.

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.

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

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.

Arbete med klagomål och synpunkter

I kommunen finns ett övergripande system för synpunkter och klagomål, det tillämpas för sådana synpunkter och avvikelser som inte är personrelaterade eller avser myndighetsutövning.

Synpunkter och klagomål som gäller ett pågående ärende inom socialförvaltningen och lämnas av den person som det pågående ärendet rör eller, om det gäller ett minderårigt barn, av barnets vårdnadshavare, sådana synpunkter hanteras av berörd verksamhet. Sådan synpunkt och svar till den

som lämnat synpunkten dokumenteras i de flesta fall i ärendet i verksamhetssystemet (Procapita).

Övriga synpunkter och klagomål som är personrelaterade eller avser myndighetsutövning hanteras även de av berörd verksamhet, men i dessa fall dokumenteras såväl synpunkt som svar i socialnämndens ärendehanteringssystem (Lex). Exempel på denna typ av synpunkt är om det inte gäller ett pågående ärende eller om den synpunkt som lämnas rör en annan person än den som lämnar synpunkten.

Synpunkter som kan föranleda en politisk behandling anmäls till socialnämndens ordförandeberedning.

Uppgifter om de synpunkter och klagomål som kommit in under året som gått ska sammanställas i den årliga kvalitetsberättelsen.

Inför kvalitetsberättelsen sammanställs information om bland annat de synpunkter och klagomål som kommit in under året som gått. Underlaget analyseras och diskuteras på olika sätt, i ledningsgrupper och vid olika seminarier. Om dessa analyser leder fram till behov av ytterligare åtgärder återkopplas detta i dialog med berörda chefer eller andra nyckelpersoner. En tidplan för återkoppling av åtgärder tas fram om behov finns. Nya egenkontroller samt förslag till kontrollmoment och/eller nya mål i internkontrollplan och verksamhetsplan kan också bli ett resultat av detta.

Rutiner m.m. för arbetet med klagomål och synpunkter

- Kommunövergripande rutin för synpunkter
- Socialförvaltningens stödprocess för synpunkter och klagomål

Utredning av missförhållanden och vårdskador

Avvikelsehantering ska säkerställa att bland annat rapporter om missförhållanden, eller risk för missförhållanden, tas tillvara på ett sådant sätt att rapporterna snabbt och effektivt kan ligga till grund för att förebygga fel och brister. Det är en väsentlig del av kvalitetsarbetet att identifiera och analysera fel och brister samt återföra erfarenheter från det som hänt till verksamheten.

Krav i författningen: 5 kap SOSFS 2011:9

4 § Bestämmelser om rapporteringsskyldighet

- för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
- för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse finns i 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), och
- 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

- för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
- 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
- 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.

6 § Sammanställning och analys.

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.

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

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.

Arbete med utredning av missförhållanden och vårdskador

Avvikelser utreds utifrån rapporteringsskyldighet med utgångspunkt från lagstiftningen.

Åtgärder som beslutas i samband med utredning av enskilda rapporter följs upp inom tre månader.

Inför den årliga kvalitetsberättelsen sammanställs information om bland annat de avvikelser och rapporter som kommit in under året som gått. Dessa

analyseras och diskuteras på olika sätt, i ledningsgrupper och vid olika seminarier. Om analyserna leder fram till behov av ytterligare åtgärder återkopplas detta i dialog med berörda chefer eller andra nyckelpersoner. En tidplan för återkoppling av åtgärder tas fram om behov finns. Egenkontroller eller aktiviteter i verksamhetsplan samt förslag på kontrollmoment i internkontrollplan kan också bli ett resultat av detta.

Chef för närmast berörd verksamhet ansvarar för att beslutade åtgärder genomförs, för att eventuella nya rutiner tas fram och för att processer och rutiner förbättras utifrån gjorda analyser.

Fastställda styrdokument följs upp enligt vad som dokumenterats i respektive styrdokument. Sammanställning av vilka styrdokument som följts upp under det år som gått, ska finnas i den årliga kvalitetsberättelsen. Kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen.

Rutiner för arbetet med missförhållanden och vårdskador

- Socialförvaltningens stödprocess för att utreda avvikelser och lex Sarah

Personalmedverkan

Arbetet med att verka för att alla medarbetare medverkar i förbättringsarbetet sker utifrån paragraferna i 6 kap SOSFS 2011:9.

Krav i författningen: 6 kap SOSFS 2011:9

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

2 § Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

3 § Enligt SoL och LSS framgår det att personalen som är verksam enligt lagstiftningen är skyldig att medverka i verksamhets kvalitetsarbete

Arbete med personalmedverkan

För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är alla medarbetares engagemang och delaktighet nödvändigt. Rätt kompetens ökar möjligheterna att medverka i kvalitetsarbetet och att kunna ge god vård och omsorg. Alla uppmuntras att delta i kvalitetsarbetet och verka för att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ses som en möjlighet att utveckla verksamhetens kvalitet.

Personalmedverkan eftersträvas och görs möjligt på olika sätt, exempelvis genom:

- Kompetenskrav / kompetensbeskrivningar
- Samverkansgrupper
- Arbetsplatsträffar
- Intern utbildning
- Information från kommunens ledning
- Medarbetarsamtal

Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att uppfylla dokumentationsskyldigheten som stöd för förbättringsarbetet sker med utgångspunkt från paragraferna i 7 kap SOSFS 2011:9.

Krav i författningen: 7 kap SOSFS 2011:9

- 1 § Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.
- 2 § Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.
- 3 § Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad
 - att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar.
 - att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Arbete med dokumentation

Klagomål, synpunkter och rapporter enligt ovan sammanställs och analyseras för att göra det möjligt att se mönster och trender som kan indikera brister i verksamhetens kvalitet. Sammanställningarna görs centralt inom förvaltningen, av förvaltningschefen utsedd person samt av MAS. Sammanställningarna dokumenteras årligen i en kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse som redovisas för socialnämnden.

Dokumentation sker också inom ramen för arbetet med mål, budget och verksamhetsplaner, internkontrollplan, års- och delårsredovisning samt inom ramen för avtalsuppföljningar.

Kompletterande förteckningar

Till Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete hör:

- Förteckning över verksamheter inom socialnämndens ansvarsområde, som omfattas av ledningssystemet för kvalitet
- Förteckning över aktuella lagar och föreskrifter som styr uppdragen inom socialnämndens ansvarsområde
- Kartlagda processer inom socialnämndens ansvarsområde

Senaste versioner av dessa förteckningar finns tillgängliga via kommunens intranät.