

Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

7

2024SOCN110

Socialnämnden

Datum
2024-11-07

Diarienummer
2024SOCN110 709

Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Förslag till beslut

Socialnämnden antar *Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Socialnämnden beslutar att upphäva *Riktlinje för kvalitetsledningssystem (KLS) för sektorn för socialtjänst, 2020-03-04*

Sammanfattning av ärendet

Socialnämndens ledningssystem är uppbyggt utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). SOSFS 2011:9 gäller både vid myndighetsutövning och vid genomförandet av insatser.

Riktlinjen ska säkerställa att lagkrav, politiska mål och andra krav inom sektorn tillgodoses, exempelvis sektorns prioriteringar och fokusområden. Syftet med riktlinjen är att de insatser som ges till dem som verksamheterna är till för uppnår god kvalitet.

Välståndsnämnden i Härryda kommun antog i § 59 den 4 mars 2020 *Riktlinje för kvalitetsledningssystem för sektorn för socialtjänst*.

Sektorn för socialtjänst har genomfört en översyn av riktlinjen och sett behov av att revidera den som ett led i arbetet med ständiga förbättringar. En del av det som är nytt i dokumentet är strukturella förändringar så som innehållsförteckning och redaktionella ändringar. Riktlinjen är så pass omarbetad i sitt språk och sitt upplägg att sektorn föreslår en ny riktlinje. Förändringar i riktlinjen har anpassats för att innehålla; Härryda kommuns styrmodell, utgångspunkter för kvalitetsarbetet, kvalitetsområden inom sektorn för socialtjänst, begreppet lärande organisation samt metoder för förbättringsarbete i form av kvalitetsprognoser, årshjul samt halvårsberättelse.

Ekonomiska konsekvenser

Förvaltningen bedömer att förslaget till beslut inte medför ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse 7 november 2024
- Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Riktlinje för kvalitetsledningssystem (KLS) för sektorn för socialtjänst 2020-03-04

Malin Johansson
Sektorschef

Elin Hjalmarsson
Utvecklingschef

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Riktlinje

talar om hur man i normalfallet bör hantera en fråga

Innehåll

Bakgrund	4
Syfte	4
Utgångspunkter för ledningssystemet	5
Kvalitetsdefinition.....	5
Kommunens styrmodell.....	5
Utgångspunkter för kvalitetsarbetet	6
Kvalitetsområden inom sektorn för socialtjänst.....	7
Ansvar för ledningssystemet	8
Ansvarsfördelning.....	8
Socialnämnd.....	8
Sektorschef	8
Verksamhetschef SoL, LSS, HSL.....	8
Utvecklingschef.....	8
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)	9
Socialt ansvarig samordnare (SAS).....	9
Skolchef.....	9
Enhetschef	9
Alla chefer	10
Medarbetare.....	10
Externa utförare.....	10
Ledningssystemets uppbyggnad	10
Processer	11
Processägare	11
Processledare.....	11
Styrdokument	11
Lagkrav	11
Policys och strategier	12
Politiska inriktningar/mål.....	12
Riktlinjer och rutiner	12

Rapportstruktur	13
Övrig styrning.....	13
Samverkan	14
Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete	14
Förbättringsarbete.....	15
Planera	15
Genomföra	16
Följa upp	16
Förbättra	17
Lärande organisation.....	17
Ledarskap.....	17
Brukarmedverkan	18
Kollegialt lärande.....	18
Medarbetardrivet förbättringsarbete	18
Goda exempel.....	19
Metoder för förbättringsarbete	19
Kvalitetsprognos	19
Årshjul.....	19
Dokumentation av kvalitetsarbetet	19
Systemstöd	20
Lagkravslista.....	20

Bakgrund

Socialnämnden ansvarar för kommunens uppgifter inom socialtjänst, såsom omsorg om äldre och personer med funktionsvariationer, samt stöd till barn, vuxna och familjer. Socialnämnden ansvarar också för hälso- och sjukvård samt arbetsmarknadsåtgärder där även vuxenutbildning ingår. I socialtjänst inkluderas såväl individuellt riktade insatser, allmänt riktade insatser och strukturerade insatser. Socialnämnden bedriver socialtjänst genom sektorn för socialtjänst.

Socialnämndens ledningssystem är uppbyggt utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9). SOSFS 2011:9 gäller både vid myndighetsutövning och vid genomförandet av insatser.

Ledningssystemet används för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera, analysera och förbättra verksamheten
- ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiska och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten

Ledningssystemet ska säkerställa att lagkrav, politiska mål och andra krav på verksamheterna inom sektorn för socialtjänst tillgodoses. Syftet med ett systematiskt kvalitetsarbete är att det ska bidra till att de insatser som ges till dem som verksamheterna är till för uppnår god kvalitet.

Externa utförare av verksamhet, upphandlad driftentreprenad enligt lagen om offentlig upphandling och utförare enligt lagen om valfrihet (LOV) ska ha eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Sektorn för socialtjänsts arbete ska baseras på en kultur av behovs- och syftesdriven service, värdeskapande processer, engagerat ledarskap, motivation och kontinuerlig förbättring. Denna kultur stöds av en tydlig struktur och systematik som säkerställer att alla aspekter av verksamheten är välorganiserade och inriktade på att upprätthålla och förbättra kvaliteten på de tjänster som tillhandahålls.

Syfte

Syftet med riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är att redogöra för förutsättningarna för arbetet med att säkerställa god kvalitet och ständiga förbättringar i sektorn för socialtjänst.

Utgångspunkter för ledningssystemet

Kvalitetsdefinition

Med kvalitet menas att verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Kvalitet är att göra rätt saker, på rätt sätt och att med tilldelade resurser nå avsett resultat för dem vi är till för.

Kommunens styrmodell

Kommunens styrmodell innebär att styrning sker via vision, förhållningssätt och tydliga grunduppdrag samt via politiska inriktningar och mål samt ekonomiska ramar.



Visionen utgör en gemensam ledstjärna och pekar ut riktningen för kommunen:

Härryda – här vågar vi! I Härryda kommun bygger vi framtiden. Här har människor och företag möjlighet att växa och blomstra. Här lyfter idéer och landar lösningar som håller för kommande generationer. Våra ledord: mod, nytänkande, handlingskraft.

Genom vårt förhållningssätt - hur vi agerar i vårt uppdrag - påverkar vi alla upplevelsen av Härryda kommun.

Vårt förhållningssätt: Varje dag gör vi mötet med Härryda kommun enkelt. Vi är engagerade, ser möjligheter och skapar lösningar. Vi är kompetenta, professionella och öppna för olika perspektiv. Vi prövar nya idéer och vill alltid bli bättre. Tillsammans åstadkommer vi mer!

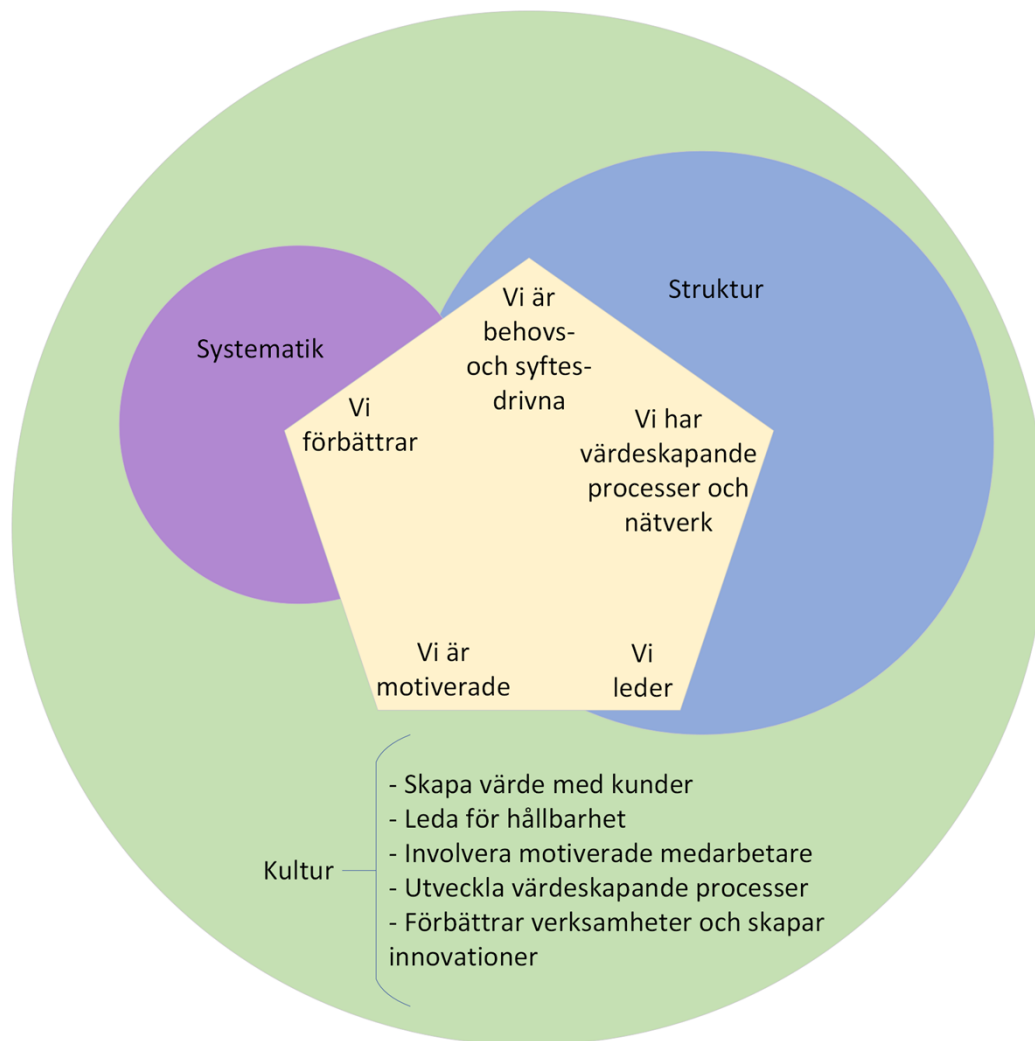
En bärande del i styrmodellen är att tydliggöra verksamheternas grunduppdrag och att säkerställa kvaliteten i grunduppdraget. Verksamhetens grunduppdrag avser uppdrag enligt lagstiftning och andra både statliga och kommunala styrdokument. Politiska beslut

och mål framgår av verksamhetsplan där även kvalitetsindikatorer ingår för att beskriva kvaliteten i grunduppdraget, inriktningar och mål.

Utgångspunkter för kvalitetsarbetet

Sektorn för socialtjänst arbetar och förbättrar i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet med utgångspunkt i tre hörnpelare: kultur, struktur och systematik, samt fem principer:

- **Vi är behovs- och syftedrivna** Sektorn för socialtjänsts arbete är inriktat på att identifiera och svara på individernas behov och syften. Detta innebär att alla insatser är utformade för att skapa verkligt värde för dem vi är till för, vilket är en grundläggande princip i vår kultur. Genom att vara lyhörda för brukarnas behov kan vi säkerställa att våra tjänster är relevanta och effektiva.
- **Vi har värdeskapande processer** Våra processer är utformade för att maximera värdet för våra brukare. Genom att ständigt utvärdera, analysera och förbättra dessa processer säkerställer vi att vi levererar tjänster som gör en positiv skillnad i människors liv. Detta innebär att vi kontinuerligt söker sätt att effektivisera våra arbetsflöden och förbättra våra tjänster.
- **Vi leder** Ledarskap inom sektorn är en central princip. Det innebär att vi tar ansvar för att ge riktning, inspirera och stödja våra medarbetare för att de ska kunna utföra sitt arbete effektivt och med hög kvalitet. Ett tydligt ledarskap är avgörande för att skapa en kultur där ständig förbättring är normen.
- **Vi är motiverade** Motivation är nyckeln till framgång. Vi strävar efter att skapa en arbetsmiljö där alla känner sig värderade och motiverade att bidra till vårt gemensamma mål: att förbättra livskvaliteten för de vi är till för. Motiverade medarbetare är mer benägna att engagera sig i sitt arbete och sträva efter uppsatta mål.
- **Vi förbättrar** Förbättring är en kontinuerlig process. Vi strävar efter att ständigt förbättra våra tjänster och vårt sätt att arbeta genom att lära av erfarenheter och återkoppling från brukare och medarbetare. Detta innebär att vi aldrig är helt nöjda med nuläget utan alltid strävar efter sätt att göra saker bättre.



Hörnpelarna och principerna är hämtade från Swedish Institute for Quality (SIQ) respektive Sveriges bästa verksamheter av Henrik Eriksson.

Kvalitetsområden inom sektorn för socialtjänst

Socialstyrelsen och SKR har tagit fram områden för god kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Områdena utgår från intentionerna i de lagar och föreskrifter som styr socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Socialtjänstens verksamhet och insatser ska:

- bygga på respekt för människans självbestämmande och integritet
- utgå från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- vara kunskapsbaserade och effektivt utförda
- vara tillgängliga och jämlikt fördelade
- trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen

Ansvar för ledningssystemet

Det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst, verksamhet enligt LSS eller hälso- och sjukvård som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Ansvaret för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs följer den ordinarie linjeorganisationens ansvarsfördelning och det som beskrivs i Härryda kommuns styrdokument.

Ansvarsfördelning

Socialnämnd

Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ytterst för verksamhetens kvalitet. Nämnden ansvarar också för att verksamheten är organiserad så att en hög patientsäkerhet och god kvalitet kan upprätthållas samt att ge förutsättningar för detta.

Sektorschef

Har ett övergripande ansvar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt och för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs. Sektorchefen ansvarar för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

Verksamhetschef SoL, LSS, HSL

Delegerat vårdgivaransvar och ledningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. Verksamhetschef ska tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS) upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet i enlighet med patientsäkerhetslagen (PSL), lag om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) och övriga lagkrav inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Utvecklingschef

Ansvarar för att samordna och organisera kvalitetsarbetet inom sektorn.

Enheten för utveckling och uppföljning stödjer sektorn med att förvalta, säkra, utveckla, följa upp, analysera och kontrollera de olika delarna i ledningssystemet. Det innebär bland annat:

- stöd i processutveckling och uppföljning av processer
- stöd att implementera processer, riktlinjer, rutiner och uppföljning
- kontroll av att innehållet i ledningssystemet hålls uppdaterat
- ta fram förslag till verksamheternas egenkontroll

- stödja verksamheterna i riskanalys och egenkontroll
- sammanställa årlig kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse
- sammanställning och övergripande analys av synpunkter och avvikelser samt identifiera förbättringsåtgärder

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAS och MAR arbetar övergripande med hälso- och sjukvårdsfrågor. Ansvaret för MAS är lagstyrt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår att säkerställa hälso- och sjukvårdens processer och rutiner, uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet i verksamheten. MAS/MAR medverkar i uppföljning av externa utförare. MAS och MAR utreder händelser som har medfört eller hade kunnat medföra risk för vårdskada. MAS ansvarar för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada enligt lex Maria.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

SAS i Härryda kommun utvecklar och följer upp det systematiska kvalitetsarbetet. I uppdraget ingår kvalitetssäkring av socialtjänstens processer och rutiner samt uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet. SAS medverkar i uppföljning av externa utförare. SAS ansvarar för utredning och bedömning av missförhållanden enligt lex Sarah samt för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden.

Skolchef

Skolchef är en författningsreglerad roll i sektorn för socialtjänst avseende skolchef (vuxenutbildning och yrkeshögskola). Skolchefen ska biträda huvudmannen med att se till att de föreskrifter som gäller för utbildningen efterlevs i utbildningsverksamheten.

Enhetschef

Ansvarar för att

- dokumentera det systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet i enhetsplan och enhetsberättelse i Stratsys samt att processkartläggning sker i it-verktyget 2c8.
- involvera medarbetarna i förbättringsarbetet
- tillföra underlag för årlig kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Alla chefer

Ansvarar för att

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera, analysera och förbättra verksamheten
- dokumentera kvalitetsarbetet på respektive nivå

Det innebär att

- ha kännedom om lagar och annat som styr verksamheten
- säkerställa att medarbetare känner till och arbetar efter beslutade processer och rutiner
- säkerställa det systematiska förbättringsarbetet i form av riskanalys, avvikelshantering, egenkontroll, samt använda resultatet i förbättringsarbetet
- att prioriterade områden i verksamhetsplan, sektorsplan samt övriga styrdokument implementeras på enhetsnivå
- föra dialog med personal, brukare och intresseorganisationer om verksamhetens utveckling och resultat

Medarbetare

Alla medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet, vilket bland annat innebär att

- arbeta efter beslutade processer och rutiner och påtala sådant som avviker
- rapportera avvikelser enligt Socialtjänstlag (2001:453) (SoL), lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL) samt organisatoriska avvikelser och avvikelser i vårdssamverkan
- vid behov medverka i arbetet med att kartlägga processer och framtagandet av rutiner

Externa utförare

Externa utförare är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem för sin verksamhet. Externa utförare ska lämna en kvalitetsredovisning till Härryda kommun minst en gång om året samt delta i nationella uppföljningar som kommunen önskar. Det ska framgå av upphandlingsunderlaget vilket underlag Härryda kommun vill ta del av för att kunna följa upp avtalet systematiskt.

Ledningssystemets uppbyggnad

I ett ledningssystem ska de riktlinjer, processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet identifieras, kartläggas och upprättas för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Vid kartläggning och revidering av verksamhetens riktlinjer, processer och rutiner beskrivs och tolkas aktuella lagar, rättspraxis, nationella riktlinjer, föreskrifter och allmänna råd. Processerna ska även tydliggöra sektorns processer för samverkan internt och externt. Kontroll av efterlevnad av lagkrav görs genom olika former av egenkontroll.

Processer

För att ta fram och beskriva värdeskapande processer:

- Bestäm vilka processer som är nödvändiga för att uppfylla verksamhetens krav och mål enligt lagar och föreskrifter
- Identifiera vilka aktiviteter som ingår i processerna och besluta deras inbördes ordning
- Tydliggör vem som äger och ansvarar för processerna

Processerna ska vara tydligt definierade, processkartlagda i it-verktyget 2c8 och kända bland medarbetarna. Processerna ska användas som verktyg för förbättrande utveckling.

Processägare

Sektorschef är processägare för processerna som omfattar hela eller flera verksamheter i sektorn. Verksamhetschef är processägare för processerna som omfattar flera enheter inom ett och samma verksamhetsområde.

Processägaren har på uppdrag av sektorschef ansvar för en specifik process.

Processägaren tillser att processen förvaltas, dokumenteras i 2c8 och utvecklas. Processen ska vara effektiv och ändamålsenlig och processägaren ansvarar för att resultat lever upp till processmålen.

Processledare

På uppdrag av processägaren driver och samordnar processledaren förbättringsarbetet inom processen utifrån behov som uppstår, avvikelser som uppmärksammas och omvärldsförändringar som påverkar processen.

Styrdokument

Lagkrav

Verksamheterna i sektorn för socialtjänst styrs av de specifika lagar som gäller för verksamheten. De övergripande lagarna SoL, LSS och HSL beskriver på olika sätt insatser och verksamheter ska vara av god kvalitet och att den systematiskt ska säkras och utvecklas. Här ingår även insatser som ges enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Lagkraven avgör vilka rutiner och processer som är kritiska och behövs för att säkra kvalitetskraven. Vid kartläggning och revidering av verksamhetens processer och rutiner beskrivs och tolkas aktuella lagar, rättspraxis, nationella riktlinjer, föreskrifter och allmänna råd. Se rubrik ”Lagkravslista”.

Policys och strategier

På kommunövergripande nivå tas policys och strategier fram, dessa fastställs av kommunstyrelsen eller kommunfullmäktige och innebär övergripande mål och grundprinciper för handlande.

Politiska inriktningar/mål

Varje verksamhet eller enhet som har politiska mål att arbeta efter ska tillsammans med medarbetarna konkretisera vad som ska göras under året för att nå målpuppfyllelse.

Riktlinjer och rutiner

Sektorn för socialtjänsts riktlinjer beskriver, på övergripande nivå, tillämpning av lag eller föreskrift och styr och stödjer verksamheten. Riktlinjer anger ramen för verksamheternas handlingsutrymme. En riktlinje innehåller ett tydligt syfte, bakgrund samt ansvarsfördelning. Riktlinjer kan vid behov brytas ner till lokal rutin för att beskriva hur innehållet ska tillämpas på verksamhets- eller enhetsnivå. Beroende på riktlinjers innehåll fastställs de av till exempel, kommunstyrelsen, socialnämnden, sektorchef, MAS, MAR eller SAS.

Rutiner är en beskrivning av arbetsmetoder och tillämpning av riktlinjer eller andra styrdokument. Rutiner är därmed ett aktivt stöd för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvar ska fördelas. Rutiner fastställs av sektorchef, verksamhetschef, MAS, MAR, SAS eller enhetschef beroende på vilka verksamheter som berörs. Rutinerna ska tydligt beskriva tillvägagångssätt, med vilken tidsfrekvens aktiviteter ska utföras samt vilken funktion som ansvarar för respektive aktivitet. Rutiner arbetas med fördel fram verksamhetsnära.

För sektorn för socialtjänsts riktlinjer och rutiner ska det framgå när den fastställts och hur länge den gäller. Riktlinjer och rutiner förvaras i O-katalogen.

Riktlinjer och rutiner ska ses över och revideras, av den som ansvarar för riktlinjen eller rutinen, årligen för att säkerställa aktualitet.

Rapportstruktur

Nivå	Rapport	Ansvar	Process
Kommunfullmäktige	Strategisk plan	Kommunfullmäktige	Planering
	Budget	Kommunfullmäktige	Planering
Socialnämnd	Verksamhetsplan	Kommundirektör	Planering
	Verksamhetsberättelse	Kommundirektör	Följa upp, utvärdera, analysera och förbättra
Sektorn för Socialtjänst	Sektorsplan	Sektorschef	Planering
	Sektorsberättelse	Sektorschef	Följa upp, utvärdera, analysera och förbättra
	Enhetsplan	Enhetschef	Planering
	Enhetsberättelse	Enhetschef	Följa upp, utvärdera, analysera och förbättra
	Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse	MAS, MAR, SAS och verksamhetschefer	Följa upp, utvärdera, analysera och förbättra
	Halvårsberättelse – kvalitet och patientsäkerhet	MAS, MAR, SAS och verksamhetschefer	Följa upp, utvärdera, analysera och förbättra – förväntad utveckling

Övrig styrning

Enhetsplan

Enhetsplanerna ska fokusera på insatser som enhetschefen och medarbetarna själva kan påverka. Enhetsplanen ska omvandla kommungemensamma strategiska områden till konkreta handlingar liksom styr signaler från sektorsplanen till konkreta aktiviteter. Informationstal ska användas för att beskriva verksamhetens förutsättningar.

Indikatorer

Indikatorer ska användas som hjälpmedel för analys av huruvida grunduppdraget uppnås. Vid behov ska aktivitet/åtgärd formaliseras för att säkerställa att leveransen av grunduppdraget är av god kvalitet. Sektorn fokuserar på indikatorer i tre perspektiv: kvalitativa, ekonomiska och arbetsmiljö.

Mål från kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

MAS, MAR och SAS sammanställer den årliga kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen, samt en halvårsberättelse för kvalitet och patientsäkerhet, vilka godkänns av socialnämnden. I kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen tas mål för kvalitet- respektive patientsäkerhetsarbete för nästkommande år fram, dessa ska omhändertas av verksamheten. Halvårsberättelsen ger en lägesbild av hur målen ter sig kunna uppfyllas innevarande år.

Servicegaranti

En servicegaranti är såväl ett löfte som en upplysning om vad individen kan förvänta sig av sektorn för socialtjänst. Den ser till att tjänster håller samma goda kvalitet och erbjuds på lika villkor för alla. Sektorn för socialtjänst erbjuder i dagsläget servicegarantier inom sju områden. Om en individ upplever att sektorn inte uppfyller servicegarantin ska individen anmäla detta via e-tjänst på hemsidan. Ansvarig för verksamheten kontakter individen för uppföljning och dialog kring hur situationen kan lösas. Synpunkterna utgör en viktig del i sektorns förbättringsarbete. Uppföljning av servicegarantierna sker även på övergripande nivå inom sektorn.



Samverkan

Samverkan är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Krav på att identifiera, beskriva och fastställa samverkansprocesser gäller för den egna verksamheten, exempelvis hur samverkan ska bedrivas mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar och mellan olika personalgrupper. Samverkansprocesserna ska visa hur samverkan möjliggörs med andra aktörer. Inom arenan för vårdssamverkan finns gemensamma samverkansprocesser på regional, delregional och lokal nivå.

Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete

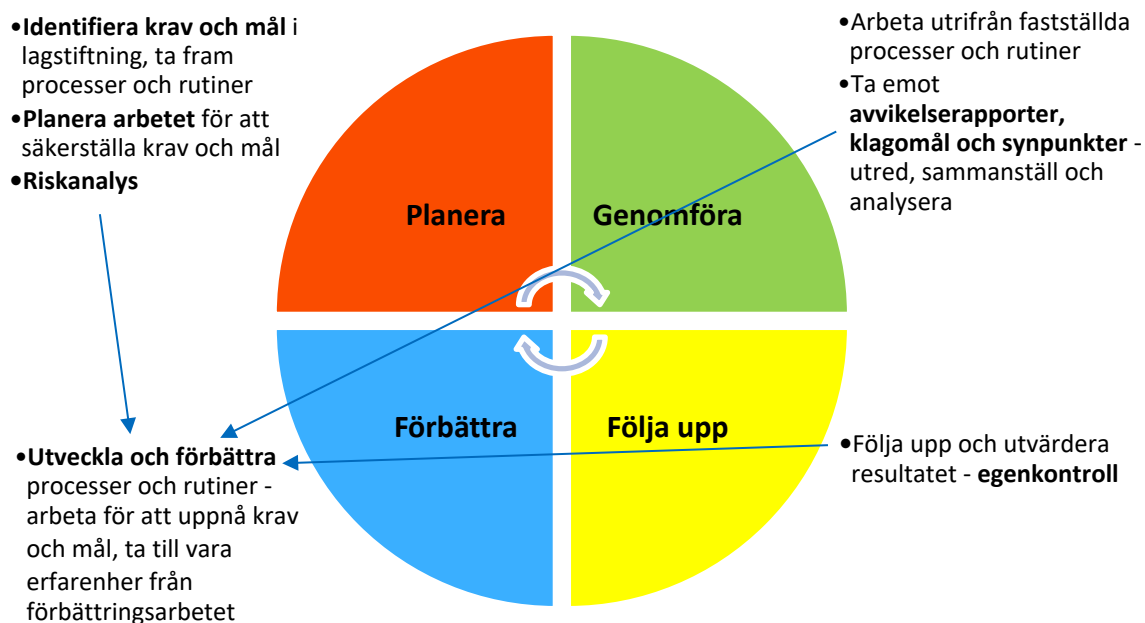
Det systematiska kvalitetsarbetet är ständigt pågående och ska leda till att verksamheten ständigt förbättras. I förbättringsarbetet ingår:

- *riskanalys*, att förutse eventuella händelser som kan påverka verksamhetens kvalitet negativt
- *egenkontroll*, undersöka resultat och kontrollera kvaliteten
- *avvikelsehantering*, negativa händelser, inkomna klagomål, synpunkter
- *åtgärder*, vid kännedom om att verksamheten inte nått upp till krav och mål i föreskrifter och beslut, ska risker och avvikelser åtgärdas och processer och rutiner ska ses över för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen
- *lärande organisation*, erfarenheter av förbättringsarbetet ska tas tillvara

En förutsättning för systematiskt förbättringsarbete är att syftet med verksamheten är klarlagt, det vill säga, grunduppdraget är etablerat och känt av samtliga medarbetare.

Förbättringsarbete

Förbättringshjulet är ett verktyg för det systematiska förbättringsarbetet och består av aktiviteterna Planera, Genomföra, Följa upp och Åtgärda. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår.



Planera

I fasen *Planera* ingår att identifiera lagkrav, mål och andra förutsättningar. I fasen säkerställs också att processer och rutiner är utformade för att säkra lagkrav och

verksamhetens mål. I planeringen ingår även att inför förändringar i verksamheten genomföra riskanalys för att förhindra att oönskade händelser inträffar.

Identifiera lagkrav, mål och andra förutsättningar

Lagkrav, mål och andra förutsättningar identifieras i samband med kartläggning och beslut om processer, riktlinjer och rutiner.

Riskanalys

Riskanalys innebär att verksamheten arbetar förebyggande. Analyser 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. I riskanalysen bedömer verksamheten om det finns risker som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet eller patientsäkerhet. För varje sådan händelse ska verksamheten:

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen

Riskanalyserna ska genomföras fortlöpande. Riskanalyser kan även behöva genomföras inför organisationsförändringar, förändringar i lagstiftning, och innan nya arbetssätt eller metoder börjar tillämpas. Riskanalys görs på enhets-, verksamhets- och sektorsövergripande nivå och följs upp i enhetsberättelsen och kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Samtliga risker ska ha en dokumenterad åtgärd. Riskanalys sker i riskmatrisen i Stratsys när det gäller identifierade risker i processer. Risker på individnivå hanteras i Treserva.

Genomföra

I fasen *Genomföra* ingår att arbeta utifrån fastställda processer, riktlinjer och rutiner samt att rapportera och utreda rapporter om missförhållande, vårdskada samt klagomål och synpunkter.

Avvikelsehantering – utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

All personal har skyldighet att rapportera risker och avvikelser som har eller kunde ha påverkat verksamhetens kvalitet. Avvikelsehanteringen är en viktig källa för att identifiera behov av förbättringar och ska hanteras systematiskt av ansvarig enhetschef. Identifierade avvikelser ska utredas, åtgärdas och återkopplas av ansvarig chef inom berörda enheter samt vara ett av underlagen för förbättringsarbetet. Sektorn har en gemensam process för avvikelsehantering. Gemensamma rutiner för samverkansavvikelser finns genom vårdsamverkan.

Klagomål/synpunkter kan framföras av intressenter såsom vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, andra vårdgivare, myndigheter och föreningar andra organisationer och intressenter. Klagomålen ska handläggas och dokumenteras och utgör underlag till verksamhetens ständiga förbättring. Positiva synpunkter bör tas tillvara som

goda exempel i verksamheten. När klagomål från enskilda inkommer till socialtjänsten via IVO ska dessa hanteras inom ramen för sektorns kvalitetsledningssystem. När klagomål/ synpunkter som gäller en extern utförare verksamhet lämnas till kommunen ska de överlämnas till den externa utföraren. Undantag är om verksamheten har kommunal hälso- och sjukvård och klagomål och synpunkter och klagomål/synpunkt gäller det.

Följa upp

I fasen *Följa upp* ingår att genomföra egenkontroll samt systematiskt följa upp, analysera och utvärdera verksamheten.

Egenkontroll

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten. Egenkontroll ska göras för att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontroll ska göras med den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultatet vid egenkontrollen är avvikande ska åtgärder dokumenteras och genomföras. Egenkontrollerna planeras i Stratsys med utgångspunkt från ledningssystemets processer. Sektorn ska årligen ta fram en plan för egenkontroll som ska genomföras.

Kvalitetsindikatorer

Sektorsplanen och kvalitets- och patientberättelsen ska innehålla lämpliga nationella kvalitetsindikatorer. På enhetsnivå väljer enhetschef själv lämpliga indikatorer, dessa ska väljas utifrån jämförbarhet. I möjligaste mån ska indikatorer som är jämförbara med andra kommuner väljas, såsom indikatorer i Kommunens kvalitet i korthet (KKIK) eller Öppna jämförelser, annars väljs indikatorer som möjliggör jämförelse med den egna enheten över tid.

Enheten för utveckling och uppföljning ansvarar för att samtliga utfall lägre än det nationella genomsnittet analyseras och att en åtgärdsplan tas fram tillsammans med verksamhetschef i de fall analysen visar att så behövs.

Förbättra

I fasen förbättra ingår att utifrån resultat som framgår av övriga faser utveckla processer och revidera rutiner samt säkra kompetens hos medarbetare.

Åtgärder

Genom *riskanalys*, hantering av *avvikelser*, *klagomål/synpunkter samt egenkontroll*, får verksamheten kännedom om avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Visar avvikelserna att processer och rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet för brukarna/patienterna ska de förbättras. Därmed förbättras verksamhetens styrning fortlöpande så att liknande

avvikelser inte återupprepas vilket utvecklar och säkrar verksamhetens kvalitet. Genom att ta till vara erfarenheter från förbättringsarbetet skapas en lärande organisation.

Lärande organisation

Ledarskap

För att verksamheten ska kunna utvecklas i positiv riktning och ständiga förbättringar genomföras behövs tydligt, motiverande och lyhört ledarskap. Ledare ska ge riktning, inspirera och stödja medarbetarna för att de ska kunna utföra sitt arbete effektivt och med hög kvalitet. Ledarskapet är avgörande för att skapa en kultur där lärande och ständig förbättring är normen.

Brukarmedverkan

Att tillvarata brukares, patienters, närståendes och intresseorganisationers erfarenheter är en central del i verksamhetens lärande och följaktligen förbättringsarbete. Brukare, patienter, närstående och intresseorganisationer medverkar i arbetet för bättre kvalitet genom att förbättringsområden och åtgärder identifieras i:

- Brukar- och medborgarunderökningar
- Hantering av synpunkter
- Lokala råd
- Brukarråd, brukarmöten och brukarrevision
- Anhörigforum
- Synpunkter från och samverkan med intresseorganisationer

Kollegialt lärande

Inom socialtjänstens verksamheter finns en bred och varierad kompetens. Att lära av varandra och tillvarata kunskap och kompetens är effektiv användning av den kompetens som finns och höjer kompetensen hos medarbetarna. Genom, till exempel, ombudsorganisation har medarbetare ansvarsområden där de har till uppgift att delge sina kollegor kunskap. Det finns en kvalitetsgrupp bestående av enhetschefer, utvecklingschef, MAS, MAR, SAS och planeringsledare. Syftet med kvalitetsgruppen är att arbetet med systematiskt förbättringsarbete ska hållas ihop, spridas och förankras, från de som arbetar närmast dem vi är till för till ledning, och vice versa. Motsvarande, på en mer övergripande nivå, sker också vid sektorns ledningsträffar där alla chefer i sektorn och de som arbetar med kvalitets- och förbättringsfrågor i sektorn träffas och förbättrings- och kvalitetsfrågor lyfts.

Medarbetardrivet förbättringsarbete

De medarbetare som arbetar nära de vi är till för har goda förutsättningar att identifiera förbättringsområden och ta fram åtgärder som ger förbättrad kvalitet. Medarbetardrivet förbättringsarbete kan ske på olika sätt, till exempel genom förbättringstavlor och förbättringshjulet.

Medarbetarna som på olika sätt följer och verkar i sektorns processer är också de som oftast identifierar felaktigheter eller förbättringsmöjligheter i processerna. De som verkar i processer och använder riktlinjer och rutiner är de som är bäst lämpade delta i framtagandet av nya processer samt att komma med förbättringsförslag i befintliga processer, vilket ska omhändertas av processägare, processledare och de som tar fram riktlinjer och rutiner.

Goda exempel

För att verksamheten ska kunna lära av allt gott arbete som görs behöver goda exempel lyftas och spridas och på så sätt stärka förbättringskulturen. Sektorn premierar och visar goda exempel genom att medarbetare får nominera utifrån kriterier som kan variera årligen. Utifrån kriterierna väljs de bästa goda exemplen ut årligen för presentation på ledningsträffar, publicering på intranätet, samt för att tilldelas pris.

Metoder för förbättringsarbete

Sektorn för socialtjänsts arbete ska vara baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. De metoder som används för förbättringsarbete ska vara vetenskapligt förankrade. Väl beprövade metoder ska användas, allt systematiskt förbättringsarbete ingår i förbättringshjulet enligt principen planera, genomföra, följa upp och förbättra.

Kvalitetsprognos

Kvalitetsprognos genomförs i samband med ekonomiprognoserna. Prognoserna är processinriktade och ska ge en nulägesbild samt visa eventuella åtgärdsbehov som finns för att kunna uppfylla ett önskat läge eller krav som finns inom respektive område. Fokus på prognosmöten är:

- Säkerställande av grunduppdrag med tillhörande kvalitetsindikatorer samt arbete enligt sektorsplan
- Verksamheternas rutiner, risker, egenkontroller och åtgärder
- Risk- och avvikelshantering/klagomåls- och synpunktshantering
- Formell kompetensnivå och uppföljning av sektorns prioriterade områden
- Säkerställande av påbörjat processarbete

Årshjul

För att systematisera återkommande arbete används årshjul. Årshjul finns på nämnds-, sektors-, verksamhets-, och enhetsnivå.

Dokumentation av kvalitetsarbetet

Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, både ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och det systematiska förbättringsarbetet. Åtgärder och resultat ska dokumenteras kontinuerligt och ska användas som underlag i förbättringsarbetet. Dokumentationen ska användas för att göra en samlad analys inför kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Systemstöd

Planeringsledare vid utveckling och uppföljningsenheten administrerar Stratsys och 2c8. Synpunkter och förbättringsförslag lämnas till chefen för utveckling och uppföljningsenheten som tar dessa vidare till sektorsledningen. Sektorchef beslutar vilka förbättringsförslag som ska prioriteras.

Lagkravlista

Att uppfylla lagens krav är grunden för att verksamheten ska vara rättssäker och att utförda tjänster är av god kvalitet. De verksamhets-specifika lagarna inom sektorn som omfattas av ledningssystemet är;

- socialtjänstlag (2001:453)
- lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
 - patientsäkerhetslag (2010:659)4
 - lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
 - lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
 - lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Andra viktiga lagar som är direkt tillämpliga i verksamheterna är;

- förvaltningslag (2017:900)
- offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
- socialförsäkringsbalk (2010:110)

Utöver nämnda lagar finns det ytterligare lagar som är tillämpliga för verksamheterna i vissa fall. Alla lagar är sökbara via www.riksdagen.se eller www.lagrummet.se.

Föreskrifter och allmänna råd utgivna av myndigheter, som till exempel Socialstyrelsen, finns samlat i en gemensam författningssamling, HSLF-FS, sökbara via webbsida på internet www.kunskapsguiden.se. Ett urval av de viktigaste föreskrifterna följer här;

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)
- Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- Handläggning av ärenden som gäller barn och unga (SOSFS 2014:6)
- Våld i nära relationer (SOSFS 2014:4)
- Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3)
- Grundläggande kunskaper hos medarbetare som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12)
- Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning (SOSFS 2014:2)
- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)
- Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)
- Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) (HSLF-FS 2017:41)

Riktlinje för kvalitetsledningssystem (KLS) för sektorn för socialtjänst

Enligt SOSFS 2011:9

Antagen i Valfärdsnämnden § 59 2020-03-04

Inledning

Sektorn för socialtjänst omfattas av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskriften är även tillämplig i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Syftet med ett ledningssystem för det systematiskt kvalitetsarbete är att det ska bidra till att uppnå kvalitet i de insatser som ges för dem som verksamheterna är till för.

Ledningssystemet ska användas för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet,
- upptäcka risker medan de fortfarande är möjliga att förebygga samt
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ledningssystemet ska också säkerställa sektorns regelefterlevnad mot SOSFS 2011:9 men ska också säkerställa att lagkrav, politiska mål och interna krav tillgodoses.

Kvalitetsdefinition

Med kvalitet menas att verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Kvalitet är att göra rätt saker, på rätt sätt och att med tilldelade resurser nå avsett resultat.

Roller och ansvar

Ansvar för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs följer den ordinarie linjeorganisationens ansvarsfördelning och det som i beskrivs i Härryda kommuns styrdokument.

Välståndsnämnden

Välståndsnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Sektorschef

Sektorschefen ansvarar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt. Sektorschefen ansvarar för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

Utvecklingschef

Utvecklingschefen på sektorn för socialtjänst ansvarar för att samordna och organisera kvalitetsledningssystemet.

Verksamhetschefer

- ansvarar för att politiska inriktningar och uppdrag från budget och verksamhetsplan och övriga styrdokument omvandlas till konkreta aktiviteter.
- ansvarar ytterst för att lagkrav och interna krav möts.
- avgör vilka åtgärder, egenkontroller, riskbedömningar från enheterna som ska ingå i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

Enhetschefer

Alla enhetschefer ansvarar för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- prioritera vilka mål som enheten ska arbeta mot
- dokumentera det systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet i form av en enhetsplan och enhetsberättelse i Stratsys samt processkartläggning i 2c8.

Medarbetare

Alla medarbetare ansvarar för att:

- aktivt arbeta mot beslutade mål
- arbeta efter beslutade processer och rutiner
- rapportera avvikelser till närmsta chef

Verksamhetschef enligt HSL

Ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att den säkerställer hög patientsäkerhet och god kvalitet. Verksamhetschef enligt HSL har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAS och MAR ansvarar för att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för kommunal hälso- och sjukvård så att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- läkemedelshantering är säkrad
- besluten om delegering är patientsäkra
- hantering av medicinska produkter inom verksamheten är ändamålsenlig och fungerande

- patientjournaler förs.
- tillse att en god samverkan sker inom kommunen såväl som med andra vårdgivare

MAS

MAS ansvarar för att:

- anmälan görs till välfärdsnämnden om en patient utsatts för allvarlig skada
- anmälan görs till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om allvarlig vårdskada enligt lex Maria. MAS är IVOs kontaktperson.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

SAS ansvarar för att:

- Upprätta samt kvalitetssäkra riktlinjer och rutiner för myndighetsutövning och utförande av socialtjänstens insatser enligt SoL, LSS, LVU och LVM
- Ge stöd i det systematiska kvalitetsarbetet och följa upp att/hur gällande kvalitetskrav inom socialtjänsten uppnås
- Sammanställa och analysera avvikelser samt klagomål- och synpunkter
- Utredda och bedöma om händelser inneburit allvarliga missförhållanden eller risk för allvarligt missförhållande. Ställningstagandet utgör underlag för anmälan till IVO enligt Lex Sarah.

MAS, MAR och SAS

MAS, MAR och SAS ansvarar utöver ovanstående för att systematiskt följa upp verksamheter i extern och intern regi.

Samverkan

Alla processer innehåller aktiviteter som förutsätter en fungerande samverkan, både internt och externt. Det beskrivs i de processer som ingår i ledningssystemet. Därför identifierar ledningssystemet de aktiviteter som förutsätter samverkan.

Externa leverantörer

Externa leverantörer är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem. Externa leverantörer är skyldiga att lämna en kvalitetsredovisning till Härryda kommun minst en gång om året. Det ska i upphandlingsunderlaget framgå vad Härryda kommun vill ha levererat för att kunna följa upp avtalet systematiskt och kontinuerligt.

Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs enligt en cyklisk modell och ska leda till att verksamheten ständigt förbättras. Sektorn för socialtjänst kvalitets- och utvecklingsarbete följer PDSA-metodiken som utvecklades av den amerikanska forskaren Edwards Deming. Enligt denna metodik sker systematiskt förbättringsarbete i fyra olika steg; planera (plan), genomföra (do), utvärdera (study) och förbättra (act).

Processer och rutiner ska följas upp, utvärderas och förbättras. En grundförutsättning är att medarbetare görs delaktiga i förbättringsarbetet så att processer och rutiner kan anpassas efter uppgiften som ska utföras.

Arbetet med utveckling och säkring av kvalitet ska ske systematiskt. Det innebär ett långsiktigt och målmedvetet arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna.

Rapportstruktur

Sektorn för socialtjänsts systematiska kvalitetsarbete enligt den cykliska modellen dokumenteras i systemet Stratsys och 2C8.

Rapport	Ansvarig	Typ av rapport
<i>Kommunövergripande</i>		
Verksamhetsplan	Kommundirektör	Planering
Verksamhetsberättelse	Kommundirektör	Utvärdera och förbättra
<i>Sektorn för Socialtjänst</i>		
Sektorsplan	Sektorschef	Planering
Enhetsplan	Enhetschef	Planering
Enhetsberättelse	Enhetschef	Utvärdera och förbättra
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse	MAS, MAR, SAS och Verksamhetschefer	Utvärdera och förbättra

Kvalitetsledningssystemets innehåll

Grunduppdrag

Grunduppdraget för enheten och verksamheten ska tydligt framgå i planerings- och uppföljningsarbetet. Enheternas grunduppdrag ska vara förmedlat till samtliga medarbetare.

Politiska inriktningar/mål

Politiska styrsignaler från budget och verksamhetsplanen och övriga styrdokument ska konkretiseras med enhetsspecifika aktiviteter.

Informationstal

Informationstal ska användas för att beskriva verksamhetens förutsättningar.

Sektorn fokuserar på nyckeltal i följande tre perspektiv; kvalitativa, ekonomiska och arbetsmiljö. Indikatorer ska användas som hjälpmedel för analys av huruvida grunduppdraget uppnås. Vid behov ska aktivitet/åtgärd formaliseras för att säkerställa att leveransen av grunduppdraget är av god kvalitet.

Kommungemensamma strategiska områden

Enhetsplanerna ska omvandla kommungemensamma strategiska områden till konkreta handlingar. Enhetsplanerna ska fokusera på insatser som enhetschefen själv kan påverka.

Prioriteringar och fokusområden från sektorsplanen

Enhetsplanerna ska omvandla styrsignaler från sektorsplanen till konkreta aktiviteter. Enhetsplanerna ska fokusera på insatser som enhetschefen och medarbetarna själva kan påverka.

Bedöma risk och åtgärda röda risker

För att förebygga att oönskade händelser inträffar genomförs riskanalyser. I alla verksamheter finns risk för att oönskade situationer inträffar som inverkar på möjligheten att uppfylla verksamhetens uppdrag och säkra kvaliteten på insatserna. Risker ska därför identifieras och analyseras och ansvariga chefer ska fortlöpande ta ställning till hur dessa risker ska hanteras. Riskanalys görs på enhets-, verksamhets- och sektorsledningsnivå och följs upp i Enhetsberättelsen och Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Enhetschef ska årligen bedöma risker enligt SKR:s riskmatris. Samtliga nämnda risker ska ha en dokumenterad åtgärd som följs upp med en ändamålsenlig frekvens.

Egenkontroller och åtgärder vid behov efter egenkontroll

Egenkontroll är en systematisk analys och uppföljning av verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen innefattar att jämföra resultat över tid, jämföra med andra, ta tillvara synpunkter från målgruppsundersökningar samt kontroll av att verksamheten bedrivs enligt beslutade processbeskrivningar och rutiner. Egenkontroll ska göras i den omfattning som krävs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Om resultatet vid egenkontrollen är avvikande ska en åtgärd dokumenteras och genomföras.

Rutiner

Chef ansvarar för att rutiner är dokumenterade, ändamålsenliga och att enhetens rutiner är kända bland medarbetarna. Rutiner ska årligen uppdateras.

Öppna jämförelser/KKiK/Sektoriella kvalitetsindikatorer
Sektorsplanen och kvalitets- och patientberättelsen ska innehålla lämpliga nationella kvalitetsindikatorer. På enhetsnivå väljer enhetschef själv lämpliga indikatorer. Enheten för utveckling och uppföljning ansvarar för att samtliga utfall lägre än det nationella genomsnittet analyseras och skriver en eventuell åtgärdsplan tillsammans med verksamhetschefer.

Patientsäkerhetsberättelse

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse ska innehålla det som HSL benämner "Patientsäkerhetsberättelsen". MAS, MAR och verksamhetschef enligt HSL ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen är ändamålsenlig. Patientsäkerhetsberättelsen ska beslutas av välfärdsnämnden.

Klagomål och synpunkter

Hur synpunktshandlingen fungerar och vilka förbättringsåtgärder som är gjorda utifrån inkomna synpunkter följs upp kontinuerligt. Även synpunkter på verksamheten från medarbetare, andra myndigheter, externa aktörer och samverkanspartner används som underlag i det systematiska förbättringsarbetet.

Avvikelse och händelseanalys

Processer och rutiner för rapporteringsskyldigheten enligt SoL, LSS och HSL ska vara säkrade, kända och användas i det systematiska kvalitetsarbetet. Avvikelse uppstår om verksamheten inte följer lagkrav, föreskrifter, beslut eller om inte arbetet utförs enligt beslutade processer eller rutiner. Identifierade avvikelser ska åtgärdas samtidigt som processer och rutiner ska ses över för att undvika att inträffad avvikelse sker på nytt.

Kollegialt lärande och goda exempel

Sektorschef ska årligen bjuda in till ledningsträff där goda exempel från sektorns enheter presenteras. Goda exempel på förbättring kan lyftas inom följande områden; kvalitet, ekonomi, arbetsmiljö, egenkontroller, risker och mod. Presentation ska ske av enhetschef och med medarbete.

Genomgång av kvalitetsledningssystemets ändamålsenlighet

För att kontinuerligt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten ska sektorschefen årligen utvärdera huruvida ledningssystemet för kvalitetsarbete är effektivt och ändamålsenligt.

Processkartläggning

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

För att ta fram och beskriva processer:

- Fastställ vilka processer som är nödvändiga för att uppfylla verksamhetens krav och mål enligt lagar och föreskrifter.
- Identifiera vilka aktiviteter som ingår i processerna och besluta deras inbördes ordning.
- Tydliggör vem som äger och ansvarar för processerna.

Varje aktivitet ska ha ett bestämt tillvägagångssätt som finns angivet i en rutin.

Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Processerna ska vara tydligt definierade, processkartlagda i 2c8 och kända bland medarbetarna. Processerna ska användas som verktyg för verksamhetsutveckling.

Processägare

Processägaren har på uppdrag av sektorschefen ansvar för en specifik process. Processägaren tillser att processen förvaltas, dokumenteras i 2c8 och utvecklas. Processen ska vara effektiv och ändamålsenlig och processägaren ansvarar för att resultat lever upp till processmålen.

Sektorschefen är processägare för de processerna som omfattar hela eller flera områden av sektorn. Verksamhetschef är processägare för de processerna som omfattar flera enheter inom ett och samma område. Enhetschef är processägare för de processerna som enbart omfattar enheten.

Processledare

På uppdrag av processägaren driver och samordnar processledaren förbättringsarbetet inom processen utifrån behov som uppstår, avvikelser som uppmärksammas och omvärldsförändringar som påverkar processen.

Övrigt

Systemtekniska synpunkter rörande 2C8 och Stratsys
Synpunkter och förbättringar ska lämnas till planeringsledare kvalitet.
Utvecklingschef ansvarar för att rapportera in krav och förbättringar till sektorsledningen.

Sektorschef beslutar vilka förbättringsförslag som ska prioriteras.

Systemstöd

Planeringsledare kvalitet är systemadministratör för Stratsys och 2C8.

Lagkravslista

Att uppfylla lagens krav är grunden för att verksamheten ska vara rättssäker och att utförda tjänster är av god kvalitet.

De verksamhetsspecifika lagarna inom sektorn som omfattas av ledningssystemet är;

- socialtjänstlag (2001:453)
- lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- hälso- och Sjukvårdslag (2017:30)
- patientsäkerhetslag (2010:659)4
- lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
- lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
- lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Andra viktiga lagar som är direkt tillämpliga i verksamheterna är;

- förvaltningslag (2017:900)
- offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
- socialförsäkringsbalk (2010:110)

Utöver nämnda lagar finns det ytterligare lagar som är tillämpliga för verksamheterna i vissa fall. Alla lagar är sökbara via www.riksdagen.se eller www.lagrummet.se.

Föreskrifter och allmänna råd utgivna av myndigheter, som t.ex. socialstyrelsen, finns samlat i en gemensam författningssamling, HSLF-FS, sökbara via webbsida på internet www.kunskapsguiden.se. Ett urval av de viktigaste föreskrifterna följer här;

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)
- Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- Handläggning av ärenden som gäller barn och unga (SOSFS 2014:6)
- Våld i nära relationer (SOSFS 2014:4)
- Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3)
- Grundläggande kunskaper hos medarbetare som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12)
- Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning (SOSFS 2014:2)
- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)
- Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLFFS 2017:37)
- Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) (HSLF-FS 2017:41)