

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Omsorgsnämnden

On 2021/435

Innehållsförteckning

Ledningssystemets grunder.....	1
Bakgrund.....	1
Vad är kvalitet?	1
Ledningssystemets innehåll och omfattning.....	2
Ledningssystemets styrning och ledning	2
Processer, aktiviteter och rutiner.....	2
Ansvar och befogenheter.....	3
Ansvarsfördelning inom omsorgsavdelningen.....	3
Omsorgsnämnden.....	3
IFO-chef/VoO-chef.....	3
Verksamhetschef.....	3
Enhetschef.....	3
Kvalitetsansvariga.....	4
Medicinskt ansvarig sjuksköterska.....	4
Medarbetare.....	4
Systematiskt kvalitetsarbete.....	5
Riskanalys	5
Egenkontroll.....	6
Hantering av avvikelser	7
Definitioner.....	7
Rutin för hantering av avvikelser	8
Rutin för hantering av synpunkter och klagomål	9
Förbättrande åtgärder	9
Förbättring av processer och rutiner.....	9
Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet.....	9
Dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet.....	10
Kvalitetsberättelse.....	10
Patientsäkerhetsberättelse.....	10

Ledningssystemets grunder

Bakgrund

Aktörer som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst eller verksamheter enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är skyldiga att ha ett kvalitetsledningssystem.

Omfattning och utformning regleras av Socialstyrelsens föreskrifter.

Ledningssystemet är ett stöd för att personalen ska kunna bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och fortlöpande kunna planera, leda, följa upp, utvärdera, förbättra och på så sätt säkra kvaliteten i verksamheten. Genom ledningssystemet får ledningen ett verktyg att styra verksamheten så att rätt saker görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Ledningssystemet innebär att verksamheten kan arbeta utifrån ett systemperspektiv med fokus att skapa strukturer för verksamhetens ledning och styrning inom det kontinuerliga förbättringsarbetet. Socialstyrelsens föreskrifter och råd ska enligt 1 kap. 1 § SOSFS 2011:9 tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten för all den verksamhet som bedrivs av omsorgsnämnden i Vellinge kommun och ska tillämpas i verksamheter som omfattas av någon eller några av följande bestämmelser:

- 31 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- 16 § tandvårdslag (1985:125)
- 3 kap. 3 § socialtjänstlag (2001:453)
- 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- Patientsäkerhetslag (2010: 659)
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
- Lag (1998:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Föreskrifter SOSFS 2011:9

2 kap. 1 §

Kvalitet definieras på följande sätt:

att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter

Vad är kvalitet?

Definitionen av kvalitet utgör både grunden för **hur** ledningssystemet ska byggas upp och för **vad** som ska uppnås med systemet. Definitionen kan således beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i de ovan nämnda lagarna och de föreskrifter som reglerar verksamheten.

Ledningssystemet är uppbyggt utifrån verksamheternas identifierade processer och beskriver de processer och rutiner som ska säkerställa kvaliteten och förbättringsarbetet i verksamheterna. Tanken är att ledningssystemet ska användas praktiskt inom verksamhetens samtliga nivåer och det ska också vara integrerat i de system som används för styrning och kontroll av verksamheten. Ledningssystemet ska användas aktivt i det dagliga arbetet av såväl medarbetare som chefer och genom dokumentation skapa underlag för ständiga förbättringar av systemet. Förutom krav från lagar och föreskrifter kan också

verksamheten tillföra krav och mål, exempelvis genom kommunala riktlinjer och andra prioriteringar och särskilda satsningar.

God kvalitet inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården kan också beskrivas i termer av att tjänsterna dels svarar mot de mål som finns i lagar, förordningar och föreskrifter, dels att de:

- bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- är kunskapsbaserade och utförs effektivt
- är tillgängliga och jämlikt fördelade
- är trygga, säkra och präglade av rättssäkerhet i myndighetsutövningen

Ledningssystemets innehåll och omfattning

Ledningssystemet omfattar följande områden:

- Ansvar och befogenheter
- Styrning och ledning av ledningssystemet
- Beskrivning av processer, aktiviteter, rutiner och arbetssätt
- Förbättring av rutiner och processer
- Samverkan internt och externt
- Rutiner för egenkontroll och riskanalys
- Rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål
- Rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah och lex Maria
- Sammanställning och analys av avvikelser, synpunkter och klagomål
- Förbättrande åtgärder i verksamheten
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet
- Dokumentationsskyldighet

Ledningssystemets styrning och ledning

En viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet är att kontinuerligt uppdatera ledningssystemet för att hålla det levande inom organisationen. För att säkerställa dess effektivitet och ändamålsenlighet ska ledningssystemet granskas av ledningen en gång per år och vid behov justeras och uppdateras. Den årliga genomgången ska utgå från sammanställningar av det systematiska kvalitetsarbetet på strategisk nivå och omfatta resultat av riskanalys, egenkontroll, avvikelshantering och vidtagna åtgärder samt förbättringar av processer och rutiner.

Kvalitetsansvariga inom omsorgsavdelningen ansvarar för att samla in det underlag som krävs inför ledningens genomgång. Genomgången av ledningssystemet hålls lämpligtvis i februari varje år. Efter genomgången ska ledningen fatta beslut om att antingen godkänna ledningssystemet eller vidta förbättrande åtgärder.

Processer, aktiviteter och rutiner

Ledningssystemet inom omsorgsavdelningen är processinriktat och utgår från väl kartlagda och definierade processer i verksamheten.

En process definieras som ett antal aktiviteter som, utförda i en viss ordning, beskriver vägen från ett behov till ett tillgodosett behov. Aktiviteterna och tillhörande rutiner beskriver ett bestämt tillvägagångssätt, samt hur uppgifter och ansvar är fördelat i verksamheten.

Processkartorna är grunden i det systematiska kvalitetsarbetet och ska användas i planering, genomförande, utvärdering, uppföljning och förbättring av verksamheten. Processkartorna ger en överblick av verksamhetens processer och arbetssätt och underlättar identifiering av brister och felaktigheter. Av processerna ska det framgå hur samverkan ska bedrivas.

Närmast ansvarig chef för en enhet/verksamhet ansvarar för att:

- de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utifrån lagstiftning, författningar, samt nämndens mål för verksamhetsområdet **identifieras, beskrivs och fastställs**.
- de aktiviteter som ingår i varje process **identifieras** och att aktiviteternas inbördes ordning i respektive process **fastställs**.
- rutiner för varje aktivitet för att säkra verksamhetens kvalitet **tas fram**. En rutin beskriver ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Processkartorna ska användas som underlag för riskanalys, när beslut fattas om egenkontroll och för analys av avvikelser, synpunkter och klagomål. Samtliga processer med tillhörande beskrivningar såsom rutiner, riktlinjer, checklistor, ska finnas tillgängliga i verksamhetssystemet QPR ProcessDesigner.

Ansvar och befogenheter

En förutsättning för att kunna bedriva ett fungerande kvalitetsarbete är att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att vidta åtgärder inom organisationen. Det är endast när varje chef och medarbetare aktivt deltar i förbättringsarbetet som en förbättrad kvalitet kan uppnås.

Ansvarsfördelning inom omsorgsavdelningen

Omsorgsnämnden

Omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige har beslutat om. Omsorgsnämnden fastställer ledningssystemet och beslutar om mål och mätvärden för verksamheten och är ytterst ansvarig för att verksamheterna upprätthåller en god kvalitet.

IFO-chef/VoO-chef

Individ- och familjeomsorgschefen och vård- och omsorgschefen har det övergripande ansvaret för att strategiskt leda, följa upp och säkra det systematiska kvalitetsarbetet inom respektive verksamhet. De rapporterar till omsorgsnämnden.

Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för att leda, planera, följa upp, dokumentera och utvärdera det systematiska kvalitetsarbetet, samt stödja och säkerställa enhetschefernas kompetens i detta avseende. Verksamhetschef ansvarar för att utarbeta och förvalta ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete utifrån omsorgsnämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamhetschef rapporterar till individ- och familjeomsorgschefen eller vård- och omsorgschefen. I den årliga verksamhetsberättelsen ska en sammanfattning och analys göras, vilken ska omfatta:

- genomförda riskanalyser och egenkontroller
- avvikelser, klagomål och synpunkter
- förbättrande åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet
- förbättringar av processer och rutiner.

Enhetschef

Enhetscheferna ansvarar för att planera, leda och utveckla sin enhet och att arbetet bedrivs enligt de rutiner, krav och målsättningar som finns inom sitt eget ansvarsområde. Enhetscheferna ansvarar för utveckling,

uppföljning och analys av enhetens resultat samt för att vidta nödvändiga åtgärder för det fortlöpande kvalitetsarbetet i enlighet med ledningssystemet. Enhetschef rapporterar till respektive verksamhetschef. I den årliga verksamhetsberättelsen ska en sammanfattning och analys göras, vilken ska omfatta:

- genomförda riskanalyser och egenkontroller
- avvikelser, klagomål och synpunkter
- förbättrande åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet
- förbättringar av processer och rutiner.

Kvalitetsansvariga

Kvalitetsansvariga inom individ- och familjeomsorgen och upphandlings- och utredningsansvarig inom vård- och omsorg bevakar att det systematiska kvalitetsarbetet fortlöper inom avdelningen i enlighet med ledningssystemet. Kvalitetsansvariga förvaltar ledningssystemet och ansvarar för dess genomgång och uppföljning i samråd med individ- och familjeomsorgschef respektive vård- och omsorgschef. Ansvarar för årlig uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet genom att upprätta kvalitetsberättelse.

Kvalitetsansvarig vid individ- och familjeomsorgen respektive upphandlings- och utredningsansvarig vid vård- och omsorg ansvarar för att samla in och sammanställa det underlag som krävs för ledningens genomgång. Genomgången genomförs i februari varje år där följande personer deltar:

Individ- och familjeomsorgen

- Individ- och familjeomsorgschefen
- Verksamhetschefer
- Enhetschefer
- Kvalitetsansvarig

Vård och omsorg

- Vård- och omsorgschef
- Verksamhetschefer
- Enhetschefer
- Upphandlings- och utredningsansvarig

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAS har det övergripande ansvaret för tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt bestämmelserna i HSL. MAS ansvarar för att uppföljning och utveckling sker inom området hälso- och sjukvård och samverkar med verksamhetschefen i patientsäkerhetsarbetet. MAS ansvarar för att verksamheten följer rådande lagstiftning och bestämmelser inom hälso- och sjukvårdsområdet, samt upprättar stöddokument. MAS ansvarar ytterligare för utredning och bedömning av uppkomna vårdskador (lex Maria).

Medarbetare

Medarbetare inom individ- och familjeomsorgen samt vård- och omsorg har ansvar för att utveckla, säkra och medverka till att säkerställa kvaliteten i det dagliga arbetet och att följa fastställda rutiner, regler och riktlinjer. Samtliga medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet genom att delta i uppföljning, analys, riskanalyser samt framtagande av verksamhetsplaner.

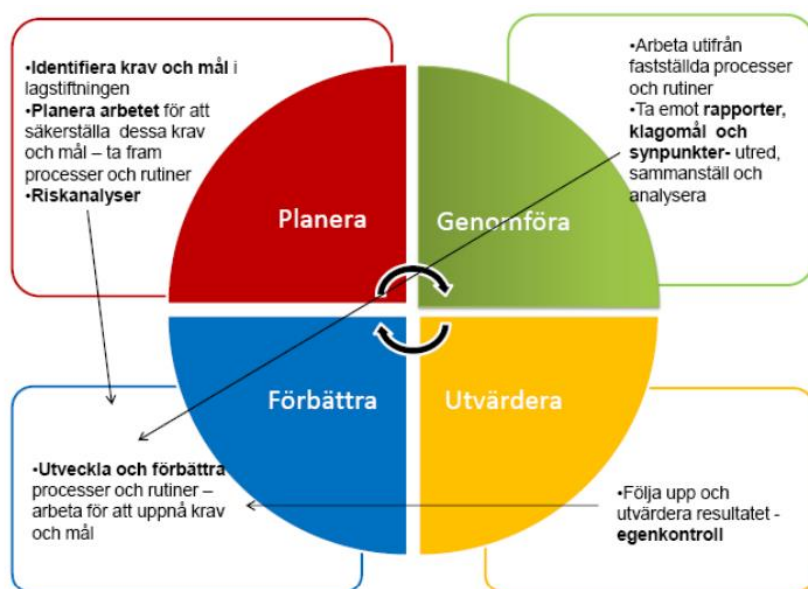
I det dagliga arbetet innebär kvalitetsarbete bland annat att vara uppmärksam och påtala sådant som kan medföra risk för att den enskilde inte får god omvårdnad, gott stöd, god service, trygga levnadsförhållanden eller skyddas från missförhållanden. En viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet är det förebyggande arbetet, som bland annat innefattar att påtala avvikelser, uppkomna fel och brister samt att vara lyhörd för synpunkter och klagomål. Sammantaget bidrar detta till att säkerställa god kvalitet i verksamheten.

Systematiskt kvalitetsarbete

Systematiskt kvalitetsarbete innebär att ständigt arbeta för att förbättra och utveckla verksamheten och består av:

- Riskanalys,
- Egenkontroll,
- hantering av avvikelser och klagomål
- förbättrande åtgärder och
- förbättring av processer och rutiner.

Det systematiska kvalitetsarbetet kan illustreras som ett kvalitetshjul där de fyra faserna planering, genomförande, uppföljning och analys samt förbättrande åtgärder är ständigt pågående.



Källa: Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Riskanalys

Med riskanalys menas att fortlöpande bedöma om händelser kan uppstå som medför brister i verksamhetens kvalitet, sannolikheten för att de inträffar samt vilka konsekvenser detta medför samt hur allvarliga dessa är (5 kap. 1§ SOSFS 2011:9). Verksamheterna ska löpande diskutera vilka risker som finns inom den egna verksamheten för att lagar, regler och riktlinjer inte följs eller att mål för verksamheten inte uppnås.

Riskanalyser

- ska ske systematiskt i samband med regelbunden genomgång av upprättade processer.
- ska även genomföras i samband med organisationsförändringar som kan få effekter för vårdtagare/brukare/klienter eller andra förändringar av verksamhetens innehåll eller ansvarsområden.
- ska ske inom riskområden som identifierats i samband med rapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål eller lex Sarah/lex Maria.

För alla identifierade risker ska en bedömning av riskvärdet göras utifrån sannolikheten att risken inträffar och hur stor konsekvensen blir för den enskilde. Riskvärde mellan 3 och 6 räknas som mindre allvarlig risk medan ett riskvärde över 8 ses som en allvarlig risk.

Mycket hög sannolikhet	4	8	12	16
Hög sannolikhet	3	6	9	12
Liten sannolikhet	2	4	6	8
Ingen sannolikhet	1	2	3	4
	Ingen konsekvens	Liten konsekvens	Stor konsekvens	Mycket stor konsekvens

Riskanalyser ska ligga till grund för beslut och åtgärder som ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Enheternas riskanalyser utgör grunden för avdelningens övergripande riskbedömningar av verksamheterna, som i sin tur ligger till grund för omsorgsnämndens årliga plan för den interna kontrollen.

Rutin för riskanalys

- Ansvarig enhetschef formulerar syfte och mål med riskanalysen samt vilken eller vilka processer som omfattas.
- Utvalda aktiviteter granskas med avseende på kvalitetsrisker. Sannolikhet och konsekvens för risken/riskerna värderas.
- Riskanalysen registreras i QPR och dokumenteras i avsedd mall.
- Resultat från riskanalyserna återkopplas till medarbetarna.
- Berörd verksamhet/processägare ansvarar för att åtgärder vidtas för att förebygga risker och avvikelser. Beslut om åtgärder och vidtagna åtgärder ska dokumenteras.
- Enhetschefer sammanställer årligen resultat av riskanalyserna inom sin verksamhet, inför ledningens genomgång.

Egenkontroll

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll, med den frekvens och omfattning som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (5 kap. 2§ SOSFS 2011:9)

Egenkontrollen ska utövas dels inom de områden som verksamheten bedömer nödvändiga för att säkerställa kvalitet. Huvudsakligen ska egenkontrollen anpassas och utformas utifrån de risker som finns i verksamheten.

Egenkontrollen kan även innefatta följande moment:

- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser och resultat för andra verksamheter
- Målgruppsundersökningar
- Granskning av journaler, akter, och annan dokumentation

- Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- Inhämmande av synpunkter från revisorer och andra intressenter

Egenkontrollen ska ses som ett hjälpmedel i styrning och ledning av verksamheten och ska integreras i den ordinarie verksamheten.

Egenkontrollen ska dokumenteras i QPR och regelbundet följas upp av ansvarig verksamhetschef. Det är respektive enhetschefs ansvar att försäkra sig om att den löpande egenkontrollen är tillräcklig och att, vid behov, vidta åtgärder för detta samt att arbetet dokumenteras. Den som ansvarar för egenkontrollen ansvarar även för att återkoppla resultaten till medarbetare och ansvarig verksamhetschef.

Den planerade egenkontrollen ska ingå i den ordinarie årliga verksamhetsplanen. Genomförda egenkontroller sammanfattas och redovisas i verksamhetsberättelse. Detta gäller både planerade egenkontroller och egenkontroller som beslutas löpande under året.

Intern kontroll

Inför varje verksamhetsår ska omsorgsnämnden besluta om en särskild plan för den interna kontrollen. Planen ska innehålla planerade kontrollområden som väljs ut utifrån en systematiskt genomförd och väl dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys.

En ny risk- och väsentlighetsanalys ska upprättas inför varje ny mandatperiod och ses över inför varje nytt år. Riskvärdet för en process eller rutin kan och bör värderas upp och ner över åren utifrån förändrade omständigheter och hur nära i tiden senaste kontrollen gjorts.

Syftet med risk- och väsentlighetsanalysen är att identifiera eventuella risker som förhindrar nämnderna/styrelsen att uppnå sina mål.

Egenkontroller kan beslutas ingå som en del i nämndens interna kontroll.

Hantering av avvikelser

Enligt Socialtjänstlagen ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska enligt SOSFS 2011:9 ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Det förutsätter att händelser som avviker från god kvalitet uppmärksammas, åtgärdas och följs upp. Hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter utgör således en stor del av det systematiska kvalitetsarbetet. Genom att kontinuerligt rapportera, utreda, åtgärda och följa upp avvikelser, klagomål och synpunkter skapar vi större förståelse för och medvetenhet kring eventuella brister och systemfel i verksamheternas arbete. Varje upptäckt av en avvikelse är något positivt även om händelsen i sig är negativ. Genom upptäckten av en avvikelse säkerställs dels att den kan åtgärdas, dels att verksamheten får en möjlighet att se över sin styrning och därigenom förhindra att en liknande händelse återupprepas.

Definitioner

Missförhållanden

Missförhållanden är utförda handlingar och handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har låtit bli att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa.

Rapporteringskyldigheten vid upptäckt av missförhållanden eller risk för missförhållanden omfattar hela socialtjänsten, det vill säga vård- och omsorgsverksamheten, individ- och familjeomsorgen samt verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Lex Sarah

Lex

Sarah reglerar anställdas skyldighet att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. I lex Sarah ingår också en skyldighet för den som bedriver verksamheten att efter att ha tagit emot en rapport utreda, dokumentera, avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller risken för missförhållandet.

Bestämmelserna om lex Sarah finns i 14 kap. 2 – 7 §§ och 7 kap. 6 § SoL, i 24 b – 24 g §§ och 23 g § LSS samt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.

Avvikelse

Samlingsbegrepp på allt som avviker från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service för vissa funktionshindrade.

En avvikelse uppstår om personal inte arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. En avvikelse kan även uppstå då personal inte arbetar enligt upprättad genomförandeplan eller andra överenskommelser med den enskilde. Avvikelser ska alltid rapporteras och åtgärdas så att verksamheten kvalitetssäkras.

Klagomål

Uttryck för missnöje med en tjänst och som innebär att den service och det stöd som nämnden erbjudit inte levt upp till förväntningarna hos den enskilde.

Synpunkter

Uppfattning om verksamheten som kan vara negativ, positiv eller i form av förslag till utveckling och förbättring.

Rutin för hantering av avvikelser

Respektive verksamhet ansvarar för rapportering av avvikelser. Samtliga rapporterade avvikelser ska utredas och följas upp. Avvikelse som innebär hot mot eller medfört konsekvenser för en brukares liv, säkerhet eller hälsa ska hanteras inom ramen för en lex Sarah. Avvikelse som betecknas som ett allvarligt missförhållande eller risk för ett allvarligt missförhållande ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Sammanställning och analys av rapporterade avvikelser ska användas vid planering av verksamheten. Vidtagna åtgärder ska återkopplas i verksamheten.

För vidare vägledning se gällande rutin för rapportering och utredning av avvikelser och missförhållanden enligt lex Sarah.

Rutin för hantering av synpunkter och klagomål

Brukarens delaktighet är av yttersta vikt för det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med synpunkter, klagomål och förslag är att skapa en aktiv dialog med våra brukare och belysa brister, svårigheter och förslag till förbättring. Alla verksamheter är skyldiga att ta emot och utreda synpunkter och klagomål som rör verksamhetens arbete. Dessa kan lämnas muntligt, skriftligt eller digitalt via kommunens hemsida.

Alla synpunkter och klagomål ska tas emot, dokumenteras och återkopplas till uppgiftslämnaren. En avvägning behöver dock göras om huruvida uppgifterna är av *enklare karaktär*. Uppgifter som är av enklare karaktär kan oftast åtgärdas direkt.

Förbättrande åtgärder

Genom de olika aktiviteter som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet kan verksamheten direkt få kännedom om avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten, samt belysa brister och systemfel i det löpande arbetet. Med utgångspunkt i de resultat som ledningssystemets aktiviteter genererar ska åtgärder vidtas som krävs för att säkra och upprätthålla verksamhetens kvalitet.

Sammanställning av risker, resultat av egenkontroll samt avvikelser ska leda till ställningstaganden och beslut om förbättrande åtgärder.

Förbättring av processer och rutiner

Processer och rutiner ska kontinuerligt utvecklas och förbättras (5 kap. 8 § SOSFS 2011:9). Det görs genom systematisk riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Rutiner för riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser finns i ledningssystemet.

Beslut om justeringar i en process fattas av processägaren efter samråd med närmast ansvarig chef. När en process eller rutin ska förändras ska process- och dokumentägare undersöka om det finns andra processer som påverkas. I så fall ska ansvarig för de processerna involveras. Detta är särskilt viktigt om det finns aktiviteter som kräver samverkan.

Närmast ansvarig chef ansvarar för att uppföljning av processer och rutiner sker löpande.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetarnas delaktighet och aktiva deltagande i kvalitetsarbetet utgör centrala delar av ledningssystemet. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänstverksamhet eller verksamhet enligt LSS är skyldig att delta i verksamhetens kvalitetsarbete.

Det är respektive chefs ansvar att säkerställa att medarbetarna arbetar enligt ledningssystemets processer och rutiner. Det är även chefens ansvar att informera sina medarbetare om att de ska medverka i kvalitetsarbetet och i de insatser som genomförs för att stärka och upprätthålla kvalitet i verksamheten.

Medarbetarnas kompetens och erfarenhet är viktiga faktorer i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete. Ansvarig chef ansvarar för att bedöma vilka utbildningsinsatser eller andra åtgärder som behövs för att säkerställa att medarbetarna arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner. Närmaste chef ansvarar för att ta tillvara personalens observationer och förbättringsförslag.

Systematiskt kvalitetsarbete ska vara en stående punkt på APT.

Dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet

Verksamheternas systematiska kvalitetsarbete ska löpande dokumenteras (7 kap. SOSFS 2011:9). Dokumentationen ska vara tydlig och strukturerad och hållas tillgängligt för medarbetarna inom verksamheten. Närmast ansvarig chef för enheten/verksamheten ansvarar för att dokumentation sker.

Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Processer och rutiner ska vara tydligt dokumenterade i QPR, liksom riskanalyser och arbetet med att planera, genomföra och följa upp egenkontroller. Hantering av avvikelser sker i Lifecare.

Kvalitetsberättelse

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska årligen upprätta en kvalitetsberättelse (7 kap. 1 § SOSFS 2011:9). Kvalitetsberättelsen grundar sig på den dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet som skett under året.

Kvalitetsberättelsen ska ge en bild av hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivits inom verksamhetens olika delar d.v.s beskriva det konkreta arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Kvalitetsberättelsen ska återspegla ledningssystemets olika delar och redovisa:

- Resultat från ledningens genomgång
- Resultat från egenkontroller
- Sammanställning och analys av arbetet med riskanalyser
- Sammanställning och analys av rapporterade avvikelser
- Sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter
- Redovisning av de förbättrande åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som uppnåtts.

Ansvarig för upprättandet av kvalitetsberättelsen är kvalitetsansvarig inom individ- och familjeomsorg samt upphandlings- och utredningsansvarig.

Kvalitetsberättelsen ska vara tillgänglig för alla som önskar ta del av den.

Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts (3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen 2010:659 samt 7 kap. 2-3 § SOSFS 2011:9).

Ansvarig för upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen är Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Patientsäkerhetsberättelsen ska publiceras på kommunens hemsida senast 1 mars.