



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

Socialnämnden, Söderköpings kommun

Diarienummer: 2019-00292
Antagen: 2019-12-17
Reviderad: 2020-12-15, 2022-01-25, 2022-11-08
Dokumentansvarig: Socialnämnden
Dokumentet gäller till och med: Uppdateras årligen



Innehåll

1. Inledning.....	3
2. Kvalitet.....	3
3. Kvalitetsarbetets olika faser	4
3.1 Planera	4
3.2 Genomföra.....	5
3.3 Utvärdera och följa upp	5
3.4 Förbättra	5
4. Ansvar för ledningssystemet och det systematiska kvalitetsarbetet.....	5
4.1 Socialnämnden	5
4.2 Socialchefen	6
4.3 Verksamhetschef.....	7
4.4 Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen	7
4.5 Administrativ chef	7
4.6 Enhetschef.....	8
4.7 Förvaltningens ledningsgrupp	9
4.8 Medicinskt ansvarig sjuksköterska	9
4.9 Externa utförare.....	9
5. Socialnämndens ledningssystem.....	10
5.1 Processer, aktiviteter och rutiner.....	10
5.2 Samverkan	10
5.3 Systematiskt förbättringsarbete.....	11
5.3.1 Risk- och konsekvensanalys	11
5.3.2 Egenkontroll per enhet	11
5.3.3 Utredning av avvikelser.....	11
5.3.4.1 Klagomål och synpunkter	12
5.3.4.2 Rapporteringsskyldighet.....	12
5.3.5 Förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner	12
5.4 Medarbetarnas medverkan	12
5.5 Dokumentationsskyldighet	13
5.6 Uppföljning av verksamheterna	13
6. Uppföljning av ledningssystemet	13



1. Inledning

Socialtjänst och hälso- och sjukvård är viktiga delar i välfärdssystemet. Det ställer stora krav på rättssäkerhet, likvärdighet och tillgänglighet. Socialtjänst, hälso- och sjukvård och verksamhet enligt LSS är komplexa verksamheter där det ställs krav på god kvalitet. Därför behövs ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna. Ledningssystemet är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten och måste omfatta verksamhetens alla delar.

Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Det möjliggör även ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser kan förebyggas.

SoL¹ (socialtjänstlagen), LSS² (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) samt HSL³ (hälso- och sjukvårdslagen) ställer krav på att verksamhetens insatser ska vara av god kvalitet, utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Socialstyrelsen har i SOSFS 2011:9 tagit fram föreskrifter och allmänna råd för ledningssystem för verksamheter enligt SoL, LSS och HSL. Här inkluderas också verksamheter som bedrivs enligt LVU⁴ (lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga) och LVM⁵ (lagen om vård av missbrukare i vissa fall). Föreskrifterna ska också tillämpas i det systematiska kvalitetsarbetet som ska bedrivas enligt 3 kap. PSL⁶ (patientsäkerhetslagen).

Ledningssystemet för socialnämndens verksamhetsområde i Söderköpings kommun följer Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9.

Dokumentet för ledningssystemet är indelat i sex delar;

I del 1 och 2 ges en bakgrund till och beskrivning av kvalitetsarbete och ledningssystem.

I del 3 beskrivs det arbetssätt som vi i Söderköping har valt att använda för en strukturerad och säker utveckling av nämndens verksamheter.

I del 4 tydliggörs ansvarsfördelningen, vem som gör och ansvarar för vad kopplat till förvaltningens kvalitetsarbete.

I del 5 beskrivs vårt kvalitetsledningssystem det vill säga hur vi gör vi för att kvalitetssäkra verksamheten.

I del 6 finns en beskrivning av hur vi följer upp vårt ledningssystem, det vill säga hur vi kontrollerar att vi gör det vi säger att vi gör.

2. Kvalitet

Enligt SOSFS 2011:9 2 kap. 1 § definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- lagar och andra föreskrifter om HSL, SoL och LSS.
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Socialnämnden har uppsatta kvalitetsmål för verksamheterna inom socialförvaltningen som definieras i Uppdragsplanen. Kvalitetsmålen bör belysa om:

- verksamheten svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter, policies, riktlinjer, planer och visioner) som beslutats.

1 Socialtjänstlagen, 2001:453

2 Lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga, 1990:52

3 Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763

4 Lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga, 1990:52

5 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, 1988:870

6 Patientsäkerhetslagen, 2010:659



SÖDERKÖPING.SE

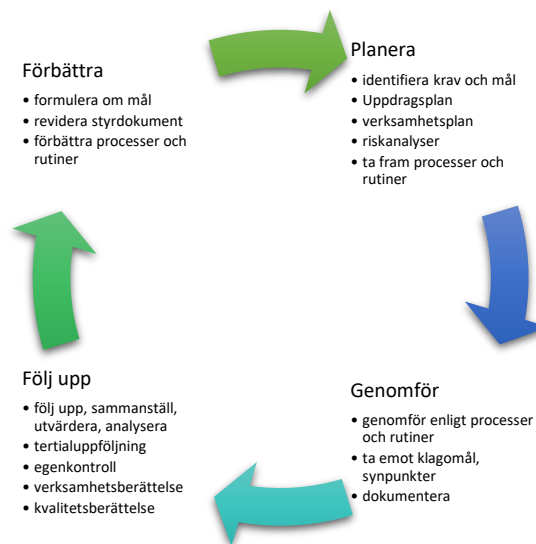
- verksamheten bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet och ska möjliggöra brukarens delaktighet.
- verksamheten utgår från en helhetssyn, är samordnad och präglas av kontinuitet.
- verksamheten är kunskapsbaserad och effektivt utförd.
- service och tjänster är tillgängliga och jämnt fördelade.
- verksamheten är trygg och säker och präglas av rättssäkerhet.
- de som kommer i kontakt med verksamheten upplever att de får ett bra bemötande.
- informationen och kommunikationen om verksamheten är tydlig och lättillgänglig.

3. Kvalitetsarbetets olika faser

Arbetet med utveckling och säkring av kvalitet ska ske systematiskt. Det innebär ett långsiktigt och målmedvetet arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i förvaltningen. Genom att arbeta med ständig uppföljning och utvärdering av verksamheterna kan förbättringsområden identifieras och eller visa på att det rätta görs. Ledningssystemet innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvalitet i verksamheten samt vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras.

Nämndens kvalitets- och utvecklingsarbete följer PDCA⁷-metodiken som utvecklades av Deming⁸. Enligt denna metodik sker systematiskt förbättringsarbete i fyra olika steg:

- planera,
- genomföra,
- utvärdera, följa upp, analysera,
- förbättra.



Genom att upprepa de fyra stegen om och om igen drivs kvalitets- och utvecklingsarbetet framåt.

I processen ska kvalitet, arbetsmiljö och ekonomi beaktas med koppling till verksamhetsplan, årshjul, budget och liknande dokument eller processer som kan beröras.

3.1 Planera

I planeringsfasen beskrivs vad som ska göras, av vem och när.

Det ska sättas upp SMARTa mål. Det vill säga de ska vara:

⁷ P står för Plan, D står för Do, C står för Check och A står för Act
⁸ W Edward Deming, statistiker i USA 1950-talet och föregångare inom kvalitetstekniken



SÖDERKÖPING.SE

- Specifika, tydliga och konkreta.
- Mätbara, tidsspecifika, tydliggjorda till kvantitet och kvalitet.
- Accepterade.
- Realistiska.
- Tidsatta, realistisk tidsram.

Målen som sätts på en övergripande nivå måste brytas ned hela vägen ner till den enskilde medarbetaren. Det är viktigt att verksamhetsplaneringen och budgetarbetet hänger samman i en helhet. Verksamhetens planering hänger samman med resurssättning i budget.

Dokument som kan vara till stöd i arbetet är lagar, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, kommunens olika styrdokument, budget, verksamhetsplaner, sammanställning av avvikelser, klagomål, jämförelser, undersökningar och liknande.

3.2 Genomföra

I genomförandefasen genomförs det som är sagt i planeringsfasen. Processer, riktlinjer och rutiner beskriver hur de olika tjänsterna ska utföras och hur målen ska uppnås. Arbetet ska dokumenteras löpande för att möjliggöra utvärdering och uppföljning.

3.3 Utvärdera och följa upp

Att följa upp, utvärdera och analysera resultaten från genomförandefasen är viktigt för att utveckling ska kunna ske och för att kunna säkra kvaliteten i det som görs. Olika metoder och verktyg som till exempel brukarundersökningar, jämförelser, synpunkts- och klagomålshantering, fokusgrupper och olika checklistor kan användas.

Kvalitetsarbetet dokumenteras bland annat i verksamhets- och patientsäkerhetsberättelser.

3.4 Förbättra

I förbättringsfasen lär man sig genom analys av erfarenheterna och resultaten. Vad kan göras bättre? Vilka åtgärder ska genomföras i verksamheten för att säkra kvaliteten? Vilka processer och rutiner kan behöva ändras? Finns det tjänster som inte ska erbjudas längre? Finns det nya tjänster som bör införas? Förbättringsåtgärder ska dokumenteras i en handlingsplan som en del av verksamhetsplanen där koppling även görs avseende ekonomi och budget.

4. Ansvar för ledningssystemet och det systematiska kvalitetsarbetet

Det är socialnämnden som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. I kommunens socialförvaltning innebär det att socialnämnden bär ansvaret. Ansvaret kan inte överlätas.

Kvalitetsledningssystemet är integrerat med nämndens befintliga system för budget och verksamhetsplanering. Kvalitet är ett personligt åtagande där varje chef och varje medarbetare tar ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete. Chefer och medarbetare på alla nivåer ansvarar för att delta i det systematiska kvalitetsarbetet.

4.1 Socialnämnden

Socialnämnden i Söderköping ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av socialtjänsten och hälso- och sjukvård och har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialnämnden tar ansvar för att:



SÖDERKÖPING.SE

- besluta om ett ledningssystem som är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.
- med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- fastställa mål för kvalitetsarbetet, samt följa upp och utvärdera dessa mål.
- den interna kontrollen är tillräcklig och årligen upprätta ett system för intern kontroll (internkontrollplanen) med övergripande riktlinjer, regler och anvisningar.
- se till att verksamheten ges resurser så att förutsättningar finns för måluppfyllelse i de mål som finns i respektive verksamhet.
- försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal.
- fastställa en årlig patientsäkerhetsberättelse.
- fastställa tertialrapporter samt en årlig verksamhetsberättelse.
- ta del av verksamhets- och patientsäkerhetsberättelser från verksamheter som bedrivs inom förvaltningen.

4.2 Socialchefen

Socialchefen ansvarar för att avsikten med kvalitetsledningssystemet omsätts i praktisk handling. Socialchefen rapporterar till socialnämnden.

Socialchefens ansvar;

Förvaltningschefen, socialchefen, har det yttersta ansvaret för all verksamhet inom förvaltningen samt personal- och arbetsmiljöansvar för verksamhetscheferna. En verksamhetschef tillika administrativ chef är ställföreträdande socialchef och tillträder som socialchef i den ordinarie socialchefens frånvaro. Socialchefen tar även ytterst ansvar för att säkra organisation- och ledningsstruktur för verksamheten. Vidare ansvarar socialchefen för att verksamheten utför det uppdrag som nämnden ålägger förvaltningen, samt för att bereda och kvalitetssäkra underlag till nämnd. Socialchefen ingår också i kommunledningen och deltar därmed även i den övergripande strategiska ledningen av kommunen.

Utöver det interna uppdraget har socialchefen ett ansvar att representera kommunen i regionala samverkansfrågor gällande vård- och omsorgsfrågor samt övriga frågor inom socialtjänstens område. Chefen leder i riktning mot vår vision, följer kompassen genom ett tydligt chefs- och ledarskap samt genom ett ansvarstagande medarbetarskap.

Socialchefen leder genom styrdokument och olika mötesarenor. Socialchefen leder utifrån kontinuerliga möten med förvaltningens verksamhetschefer och enhetschefer. Utöver det genomförs medarbetarsamtal, utvecklingssamtal samt lönesamtal en gång per år med verksamhetscheferna.

Genom egen förfrågan eller av chefer inbokade möten genomför socialchefen ett antal verksamhetsbesök varje år för att skapa och upprätthålla relationer med verksamheten, inhämta egna iakttagelser och vara synlig.

Uppföljning genomförs årligen genom egenkontroll per enhet.



4.3 Verksamhetschef

Verksamhetschef har samlat ansvarar för sitt respektive verksamhetsområde.

Uppdraget för verksamhetschef;

Verksamhetschef säkerställer uppföljning samt ledning av verksamheten på en övergripande nivå där strukturella utvecklingsområden identifieras och åtgärdas. Chefen leder gruppens gemensamma åtaganden i verksamhetsplanen och ansvarar för uppföljning av densamma. Verksamhetschefen deltar i ledningsgruppen och har ett särskilt ansvar att föra in verksamhetens frågor i ledningsgruppens styrning och ledning.

Uppföljning genomförs årligen genom granskning av respektive verksamhetsområdes egenkontroll.

4.4 Verksamhetschef enligt HSL (hälso- och sjukvårdslagen)

Verksamhetschef enligt HSL har utöver det ansvar som åläggs enhetschef ett samlat ledningsansvar för förvaltningens hälso- och sjukvård så att patientsäkerhet och god vård säkerställs.

Verksamhetschefens ansvar;

Hälso- och sjukvårdschefen är verksamhetschef enligt HSL och tar därmed det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Hälso- och sjukvårdschefen ansvarar för kommunens sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och specialistundersköterskor. Chefen planerar, leder och utvecklar verksamheten för hälso- och sjukvård utifrån en helhetssyn på kvalitet, ekonomi och måluppfyllelse. Verksamhetschef för HSL arbetar för en god intern och extern samverkan samt samordning med andra enheter, slutenvård och primärvård med fokus på patienten. Hälso- och sjukvårdschefen säkerställer att det finns direktiv, instruktioner och rutiner som personal i vård och omsorg behöver för att säkerställa följsamhet mot lagstiftning. HSL-chefen ansvarar även för delegering och har i uppdrag att säkerställa att kompetenser hos enhetschefer med HSL-ansvar upprätthålls.

Verksamhetschefen ingår i förvaltningens ledningsgrupp och bjuds eller bjuder in sig till chefsmötena för Vård- och omsorg samt Stöd och service.

Uppföljning genomförs årligen genom egenkontroll per enhet.

4.5 Administrativ chef

Administrativ chef har utöver de arbetsuppgifter som åläggs verksamhetschef, ett samlat ledningsansvar ansvarar för stab och central administration.

Den administrativ chefens ansvar;



SÖDERKÖPING.SE

Administrativ chef tar ansvar för de interna gemensamma stödfunktionerna i staben, administration och övriga gemensamma resurser. Chefen tar ett särskilt ansvar för att utveckla verksamheten på ett sätt som med tilldelade resurser bäst stödjer kärnverksamheten samt säkerställer att beredningsprocessen till nämnd är av god kvalitet och inom angivna tidsramar. Vidare ansvarar chefen för uppföljning och kontakt med privata utförare. Chefen leder i riktning mot vår vision, följer kompassen samt genom ett tydligt chefs- och ledarskap med ett ansvarstagande medarbetarskap.

Staben består av sakkunniga, verksamhetsutvecklare samt medicinskt ansvarig sjuksköterska. Stabens uppdrag är att stödja ledningsorganisationen med sin sakkunskap, projekt- och eller processledning samt omvärldsbevakning. Chefen tar även ett särskilt ansvar för att bereda och föredra ärenden i nämnd. Vidare hanterar staben verksamhets- och avtalsuppföljning med externa parter samt är ett stöd i interna verksamhetsuppföljningsprocesser.

Administrativ chef ansvarar även för den centrala administrationen i form av administrativa resurser som registratur, nämndsekreterare samt posthantering, avgiftshandläggning och systemförvaltning. Den centrala administrationen är även ett samlat stöd för de decentraliserade administrativa resurserna. Central administration tar fram gemensamma rutiner för de administrativa processerna.

Uppföljning genomförs årligen genom egenkontroll per enhet.

4.6 Enhetschef

Enhetschef har ett samlat ansvar för sin respektive enhet utifrån såväl kvalitet, arbetsmiljö och ekonomi.

Enhetschefens ansvar;

Varje chef tar ansvar för att inom tilldelad budgetram samt utifrån gemensamma styrdokument, skapa den organisation och ledningsstruktur som på bästa sätt leder, verkställer, följer upp och utvecklar verksamheten vidare i riktning mot gemensamma mål samt på enheten identifierade behov. Chef arbetar för att det finns en ledningsstruktur på varje arbetsplats som säkerställer den dagliga ledningen och uppföljningen av verksamheten. Chefen leder i riktning mot vår vision, följer kompassen samt genom ett tydligt chefs- och ledarskap med ett ansvarstagande medarbetarskap.

Enhetschefen är underställd verksamhetschef dit enhetens och verksamhetens resultat redovisas. Enhetschef ingår också i en verksamhetsnära chefsgrupp som leds av verksamhetschef. Där avhandlas gemensamma frågor och processer. Chefen verkar i en politiskt styrd organisation som anger de ekonomiska förutsättningarna samt mål och uppdrag. Hur de politiska målen och uppdragen ska genomföras tydliggörs i en förvaltningsgemensam uppdragsplan som konkretiseras än mer i en verksamhetsplan inom verksamhetsområdet.

Chefen tar ansvar för verksamhetsutveckling, att medarbetarna utvecklas mot kommunens visioner och aktuella mål och uppdrag, att tillvarata



SÖDERKÖPING.SE

medarbetarnas kompetens och göra dem delaktiga i utvecklingen av verksamheten. Chefen bedriver verksamheten utifrån god ekonomisk hushållning, ansvarar för budget, prognoser, uppföljning och analys för verksamheten samt bistår de förtroendevalda med fakta, sakkunskap, alternativ och konsekvensbeskrivningar inför politiska ställningstaganden.

Uppföljning genomförs årligen genom egenkontroll per enhet.

4.7 Förvaltningens ledningsgrupp

Ledningsgruppen består av socialchef, verksamhetschefer, ekonomicontroller och HR-konsult.

Ledningsgruppens ansvar;

Ledningsgruppen hanterar de större gemensamma processerna i ledningen och uppföljningen av verksamheten, så som budgetunderlag, verksamhetsplan, internbudget, tertialrapporter och verksamhetsberättelse. Det är även inom ledningsgruppen som gemensamma rutiner och andra styrdokument fastställs.

Gruppen medverkar till att skapa en gemensam uppfattning om omvärlden och den egna strategin, följer upp de viktigaste nyckeltalen, identifierar förändringsbehov och tar initiativ till nödvändiga förändringar och driver på utvecklingsfrågor.

Uppföljning genomförs årligen genom egenkontroll per enhet.

4.8 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) tillika MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) har ansvar för att säkerställa och följa upp kvaliteten och säkerheten enligt HSL i den kommunala hälso- och sjukvården, hos egna och externa utförarna.

MAS och MAR tar ett särskilt ansvar för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- besluten om delegering är patientsäkra
- patientjournaler förs
- anmälan görs till nämnden om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.

Uppföljning genomförs årligen genom egenkontroll per enhet.

4.9 Externa utförare

Externa utförare är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som lever upp till de krav som beskrivs i SOSFS 2011:9. Externa utförare är skyldiga att lämna en kvalitetsredovisning (verksamhetsberättelse- och plan samt patientsäkerhetsberättelse) till



kommunen minst en gång om året. I upphandlingsunderlaget framgår vad kommunen vill ha levererat för att kunna följa upp verksamheten och avtalet systematiskt och kontinuerligt.

Uppföljning genomförs enligt av nämnd fastställt dokument.

5. Socialnämndens ledningssystem

Ledningssystemet för Socialförvaltningen är uppbyggt efter de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 och efter de processer, aktiviteter och rutiner som finns i verksamheten.

Ledningssystemet har två huvudsakliga syften; att bidra till att utveckla och säkra kvaliteten samt att skapa förutsättningar för samverkan. I ledningssystemet finns riktlinjer och rutiner för hur vi planerar, genomför, följer upp och utvecklar verksamheten inom socialförvaltningen.

Ledningssystemet säkerställer att:

- verksamheten uppfyller lagstiftningens krav och de kommunala målen.
- det finns uppföljningsbara mål, att dessa dokumenteras och följs upp kontinuerligt och att den politiska ledningen hålls informerad.
- ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet fastställs.
- enskilda och grupper till exempel brukare, anhöriga och brukarorganisationer ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet att utveckla och säkra kvaliteten.
- medarbetarna görs delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten så att kvalitetsarbetet är väl förankrat bland medarbetarna i organisationen.
- brukares behov är tillgodosett utifrån beviljade insatser.
- insatser är av god kvalitet.
- kvalitetsbrister identifieras och åtgärdas.

Ledningssystemet består av:

- föreliggande övergripande dokument med grundläggande information om ledningssystemet.
- lista över aktuell lagstiftning, SOSFS:ar och styrdokument.
- en webbsida där ett samlat stöd i form av processer, riktlinjer och rutiner finns.

5.1 Processer, aktiviteter och rutiner

Enligt SOSFS 2011:9 4 kap. 2-4 § ska de processer i verksamheten som behövs för att säkra kvaliteten identifieras, beskrivas och fastställas. Varje process ska brytas ned i en serie aktiviteter och till varje aktivitet ska det knytas rutiner. I processer, aktiviteter och rutiner ska ansvarsfördelningen tydligt framgå. Förvaltningen följer dessa föreskrifter och allmänna råd.

Med process menas en serie aktiviteter som genomförs för att uppnå ett visst mål eller ett visst resultat. En process är något som återkommer gång på gång. Utgångspunkten för att identifiera processer är aktuell lagstiftning och föreskrifter samt specifika styrdokument för kommunen. Processer kartläggs på verksamhets- och avdelningsnivå. Beslut om övergripande processer fattas i förvaltningsledningen.

Rutinerna är en beskrivning av arbetsmetoder och tillämpning av styrdokument.

Rutinerna tas fram på verksamhetsnivå. Beslut om rutiner fattas i förvaltningsledningen.

5.2 Samverkan

En del av de personer som kommer i kontakt med socialförvaltningen har sammansatta behov som kräver samverkan och samarbete såväl internt som externt.



Samverkansskyldigheten är reglerad i bland annat förvaltningslagen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. I ledningsgruppen fastställs processer som kräver samverkan. Det framgår av processerna och till dem knutna rutiner hur samverkan möjliggörs och bedrivs (SOSFS 2011:9 kap. 5-6 §).

5.3 Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet består av risk- och händelseanalys, egenkontroll, utredning av klagomål, synpunkter och rapporter. Den information som verksamheten får via ovanstående ligger till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och styrdokument.

Erfarenheter och kunskaper som framkommer tas tillvara och sprids. För att utveckla kvaliteten i verksamheten följs organisation, processer, resultat och mål kontinuerligt upp.

5.3.1 Risk- och konsekvensanalys

Alla större förändringar som införs på enheten föregås av risk- och konsekvensanalyser avseende kvalitet, arbetsmiljö och ekonomi. Bedömningen genomförs strukturerat enligt mall för ändamålet. Chef tar ansvar för att analysen genomförs samt för dess kvalitet.

Medarbetarna görs delaktiga. Risk- och konsekvensanalyserna sammanställs och rapporteras tillsammans med avvikelser kvartalsvis. Sammanställning av risk- och konsekvensanalyser rapporteras i verksamhets- och patientsäkerhetsberättelserna (SOSFS 2011:9 5 kap. 1 §).

5.3.2 Egenkontroll per enhet

Uppföljningar och utvärderingar genomförs. Dessutom har enheten kontroll så att den bedrivs enligt beslutade processer och rutiner. Detta sker genom årlig egenkontroll (SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §). Egenkontrollen tar hänsyn till kvalitet, arbetsmiljö och ekonomi. Egenkontrollen genomförs innan nästkommande verksamhetsår och resultatet är en del av verksamhetsberättelse och verksamhetsplan.

5.3.3 Utredning av avvikelser

Avvikelser, tillbud, fel och brister i verksamheten kan leda till att brukarnas behov inte tillgodoses, att medarbetare skadas och påverkan på ekonomin. Ett systematiskt arbete genomförs för att upptäcka brister och förebygger så att fel inte uppstår. Syftet är att lära av misstagen. Arbetet regleras i fastställda processer.

Avvikelser graderas i Söderköpings kommuns socialförvaltning från 1 till 3 där 1 är den lägsta graden av avvikelser och 3 innebär utredning enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Avvikelser grad 1 sammanställs och analyseras därefter. Avvikelser som har påverkat den enskilde negativt samt frekvent upprepning av grad 1-avvikelser graderas till 2 och utreds. Avvikelser som bedöms som ett missförhållande, har eller hade kunnat innebära en vårdskada graderas till 3 och utreds enligt Lex Sarah eller Lex Maria av ansvarig verksamhetschef och eller tillsammans med utredare från stab. Socialchef bedömer om händelsen ska anmälas till IVO.

En viktig del av utredning av avvikelser är analys som genomförs enligt femstegsprincipen, det vill säga man ställer frågan varför i fem steg, för att få fram orsak till det inträffade så att rätt åtgärder kan sättas in.

Samtliga avvikelser grad 1 till 3 och alla tillbud sammanställs, analyseras skriftligt kvartalsvis och skickas till sakkunnig för övergripande analys.



5.3.4.1 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet tas emot, sammanställs och analyseras för att se om det finns mönster och trender som pekar på brister i verksamhetens kvalitet (enligt SOSFS 2011:9 5 kap. 3 § samt 5 kap. 6 §). Medborgare, brukare och anhöriga uppmuntras att framföra synpunkter och klagomål på verksamheten. Verksamheten utvecklas i dialog med brukare och medborgare.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och används i förbättringsarbetet.

Hanteringen av klagomål och synpunkter sker enligt övergripande rutin för Söderköpings kommun. Det framgår tydligt i varje verksamhet och på varje avdelning hur man lämnar synpunkter och klagomål.

5.3.4.2 Rapporteringsskyldighet

Enligt patientsäkerhetslagen⁹, socialtjänstlagen¹⁰ samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade¹¹ finns en lagstadgad skyldighet att rapportera vårdskador och risk för vårdskador samt missförhållanden och risk för missförhållanden.

Samtliga ledningsfunktioner verkar för ett klimat som uppmuntrar och stödjer medarbetarna i denna viktiga del av kvalitetsarbetet. Att kontrollera eget utfört arbete, identifiera och rapportera fel, brister och avvikelser är en självklar del av det dagliga arbetet.

Utifrån rapporterade vårdskador, risker för vårdskador, missförhållanden och risker för missförhållanden vidtar ansvarig chef åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet. Hanteringen av avvikelser sker enligt fastställda processer.

5.3.5 Förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster och trender som visar på brister i verksamhetens kvalitet (enligt SOSFS 2011:9 5 kap. 7-8 §). Analyserna leder till förbättringar av såväl processer som riktlinjer och rutiner.

Förbättringsprojekt drivs enligt kommunens projektmodell. Revidering och förbättring av processer och rutiner sker enligt beslutade rutiner.

5.4 Medarbetarnas medverkan

De enskilda medarbetarna är en viktig tillgång i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten (SOSFS 2011:9 6 kap. 1-3 §). Att medarbetarna har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet. Därför planeras personalförsörjning och kompetensutveckling noggrant. Enhetschef följer fastställd kompetensförsörjningsplan och arbetar sedan vidare genom framtagande av individuella utvecklingsplaner och identifierade behov exempelvis i kvalitetsuppföljningarna.

⁹ 6 kap. 4 § samt 3 kap. 3 §

¹⁰ 14 kap. 3 § samt 14 kap. 6 §

¹¹ 24 b § LSS samt 24 e §



Genom att medarbetarna rapporterar avvikelser avseende kvalitet skapas förutsättningar för att kunna utveckla kvaliteten i verksamheten på ett bra och effektivt sätt. En förutsättning för detta är att den politiska och tjänstemannaledningen efterfrågar och tar tillvara på medarbetarnas synpunkter.

Medarbetarna rapporterar de synpunkter och klagomål som de fångar upp från brukare och anhöriga enligt en kommunövergripande rutin.

5.5 Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet dokumenteras (se SOSFS 2011:9 7 kap. 1 §). Dokumentation sker via minnesanteckningar från ledningsgrupper, protokoll från arbetsplatsträffar eller i särskilda ärenden som Lex Sarah och Lex Maria. Dokumentationen utgör underlag för den årliga kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen (se SOSFS 2011:9 7 kap. 2-3 §).

Viktiga saker som dokumenteras utöver Lex Sarah och Lex Maria är vilka processer, aktiviteter, riktlinjer och rutiner som finns i verksamheten, uppföljning av medarbetarnas kompetens, resultat och analys av eventuella brukarundersökningar, uppföljning av inkomna klagomål och synpunkter etc.

Det löpande kvalitetsarbetet dokumenteras av enhetschef och sammanställs i en kvalitetsberättelse. Central administration gör en verksamhetsövergripande sammanställning. Denna utgör underlag för den samlade kvalitetsberättelsen för hela förvaltningen.

5.6 Uppföljning av verksamheterna

Samtliga verksamheter i förvaltningen, interna och externa, följas upp enligt av nämnden fastställd rutin och plan.

6. Uppföljning av ledningssystemet

Ledningssystemet följas av upp av ledningsgruppen en gång per år. Vid ledningens genomgång bedöms ledningssystemets lämplighet och effektivitet.

Som underlag för bedömningen används resultat från egenkontroll, hantering av klagomål och synpunkter, genomförda brukarundersökningar och resultat från kvalitetsregister. Efter genomförd genomgång rapporterar socialchef resultatet till socialnämnden som godkänner ledningssystemet eller så beslutas det om förbättringsåtgärder.

Förbättringsåtgärder som rör struktur och ansvarsfördelning, det vill säga sådana frågor som berörs i föreliggande dokument, beslutas av socialnämnden. Förbättringsåtgärder som rör processer och rutiner beslutas av ledningsgruppen.