



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

Socialnämnden, Söderköpings kommun

Diarienummer: 2025-00272

Antagen: 2019-12-17

Reviderad: 2020-12-15, 2022-01-25, 2022-11-08, 2023-12-05, 2024-11-04,
2025-11-25

Dokumentansvarig: Socialnämnden

Dokumentet gäller till och med: Tills vidare med årlig uppföljning



Innehåll

1. Inledning	3
2. Kvalitet.....	4
3. Kvalitetsarbetets olika faser	4
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 HSL (hälso- och sjukvårdslagen)	7
4.6 Enhetschef.....	7
4.7 Förvaltningens ledningsgrupp	8
4.8 Medicinskt ansvarig sjuksköterska	8
4.9 Externa utförare	9
5. Socialnämndens ledningssystem.....	9
5.1 Processer, aktiviteter och rutiner	9
5.2 Samverkan	9
5.3 Systematiskt förbättringsarbete	10
5.3.1 Patientsäkerhet.....	10
5.3.2 Risk- och konsekvensanalys	11
5.3.3 Egenkontroll per enhet	11
5.3.4 Utredning av avvikelser	11
5.3.5.1 Klagomål och synpunkter	11
5.3.5.2 Rapporteringsskyldighet.....	12
5.4 Medarbetarnas medverkan	12
5.5 Dokumentation	12
5.6 Uppföljning av verksamheterna.....	13
6. Uppföljning av ledningssystemet	13



1. Inledning

Bakgrund;

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. Framtidens hälso- sjukvård, vård och omsorg står också inför stora utmaningar med en demografisk förändring som innebär ökad andel äldre, flera i behov av samhällets resurser och ändrade behov av digital teknik. 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 och är uppbyggt efter de krav som finns.

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.

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



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:

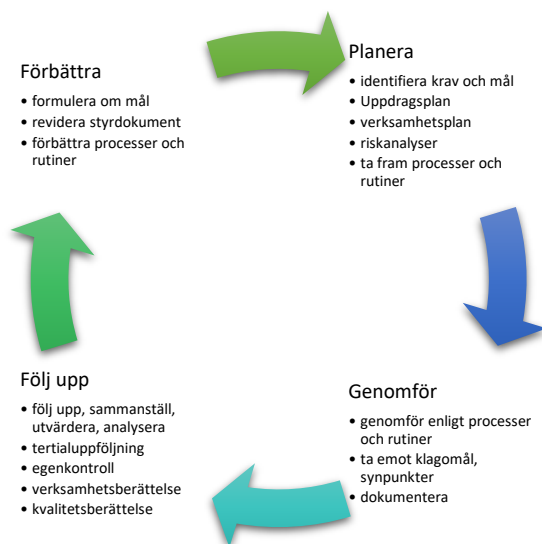
- verksamheten svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter, policys, riktlinjer, planer och visioner) som beslutats.
- verksamheten bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet och ska möjliggöra brukarens delaktighet.
- verksamheten utgår från en helhetssyn, är samordnad och präglas av kontinuitet.
- verksamheten är kunskapsbaserad och effektivt utförd.
- service och tjänster är tillgängliga och jämlikt 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.



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



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

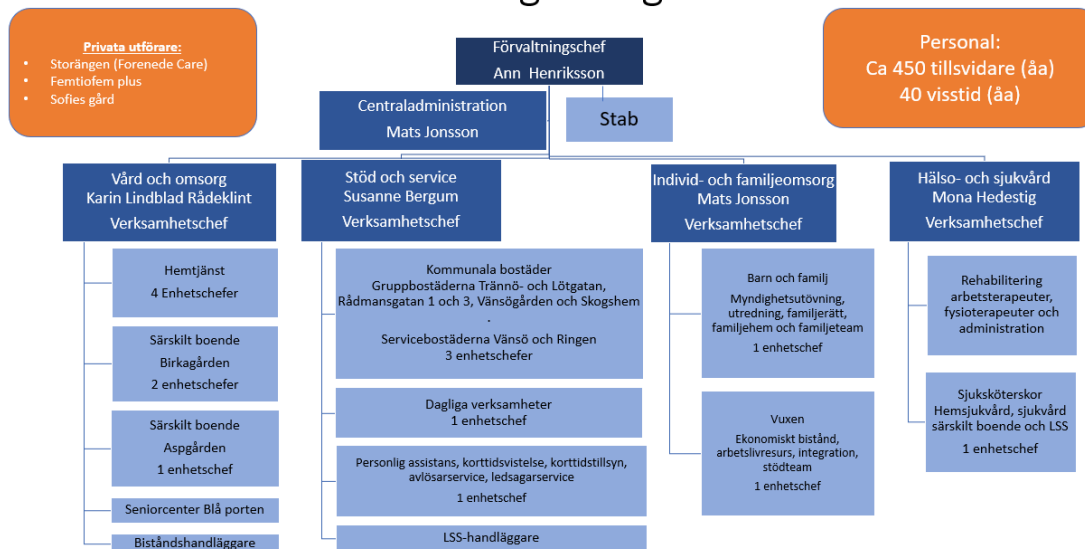
I processen ska kvalitet, arbetsmiljö och ekonomi beaktas med koppling till verksamhetsplan, årshjul, budget och liknande dokument eller processer som kan beröras. Arbetets alla delar ska också ta sin utgång i Nära vård med fokus på vad som är bäst för individen, god arbetsmiljö och effektivt användande av resurser. PDSA-cykeln ska följas på alla nivåer i verksamheten, såväl strategisk, taktisk som operativ på individnivå.

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 överlåtas. Nämnden följer i sitt kvalitetsarbete kommunens styrmodell som framgår i fastställd strategisk plan.

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.

Socialförvaltningen organisation



4.1 Socialnämnden

Med stöd av ledningssystemet tar socialnämnden i Söderköping ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet. Det lägger grunden för planering, ledning, kontroll, uppföljning och utvärdering. Socialnämndens ansvar och uppdrag finns fastställt i ”Reglemente för styrelse, nämnder, beredningar och revision Söderköpings kommun”.

Socialnämnden tar ansvar för att:

- det finns en fastställd delegationsordning.



- besluta om ett ledningssystem som är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.
- fastställa mål för kvalitetsarbetet, samt följa upp och utvärdera dessa mål (uppdragsplanen).
- den interna kontrollen är tillräcklig och årligen upprätta ett system för intern kontroll (internkontrollplanen) med övergripande riktlinjer, regler och anvisningar.
- ge resurser och förutsättningar för måluppfyllelse.
- försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal.
- fastställa tertialrapporter samt en årlig verksamhetsberättelse.
- fastställa en årlig patientsäkerhetsberättelse.
- 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.

Förvaltningschefen, socialchefen, har det yttersta ansvaret för all verksamhet inom förvaltningen samt personal- och arbetsmiljöansvar för verksamhetscheferna. Förvaltningschefen har även det övergripande budgetansvaret för hela nämndens verksamhet. En verksamhetschef 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.

Socialchefen tar även ett särskilt ansvar för att bereda och föredra ärenden i nämnd med stöd av stab.

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.



4.3 Verksamhetschef

Verksamhetschef har samlat ansvarar för sitt respektive verksamhetsområde inklusive privata utförare och ger enhetschef förutsättningar att leda sina respektive enheter utifrån nedan beskrivet ansvar.

Uppdraget för verksamhetschef;

Verksamhetschefen har personalansvar för exempelvis enhetschefer inom verksamhetsområdet och budgetansvar på övergripande nivå för verksamhetsområdet.

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.

Verksamhetschef arbetar för en god intern och extern samverkan samt samordning med andra enheter, slutenvård och primärvård med fokus på individen.

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 övriga verksamhetschefer 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. Arbetet bedrivs i nära samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Hälso- och sjukvårdschefen säkerställer att det finns direktiv, instruktioner och rutiner som personal i vård och omsorg behöver för följsamhet till lagstiftning. HS-chefen tar ansvar för att förutsättningar ges att arbeta med delegering på ett säkert sätt i verksamheterna. HS-chefen har även i uppdrag att säkerställa att kompetenser hos enhetschefer med HSL-ansvar upprätthålls. Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete beskrivs årligen i en patientsäkerhetsberättelse.

4.6 Enhetschef

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

Enhetschefens ansvar;

**SÖDERKÖPING.SE**

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 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.

4.8 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) 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 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.

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

Socialnämndens ledningssystem består av detta dokument med grundläggande information om ledningssystemet samt av en webbsida där ett samlat stöd i form av processer, riktlinjer och rutiner finns. Lokala interna rutiner finns även i en gemensam intern mapp.

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

Socialförvaltningen följer kommunövergripande ”Riktlinjer för styrdokument och författningssamling” Syftet med det här dokumentet är att skapa en enhetlig struktur och terminologi för kommunens olika styrdokument.

5.2 Samverkan

Samverkan är grundläggande i allt arbete som utförs inom förvaltningen och en viktig del i att hålla en hög kvalitet och hushålla med våra resurser. En del av de personer som kommer i kontakt med socialförvaltningen har sammansatta behov som kräver samverkan och samarbete såväl internt som externt. Samverkansskyldighet finns även



reglerad i bland annat förvaltningslagen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

5.3 Systematiskt förbättringsarbete

Som grund för förbättringar av ledningssystemets processer och styrdokument används underlag används risk- och händelseanalyser, egenkontroll, hantering av klagomål och synpunkter, rapporter, genomförda brukarundersökningar och resultat från kvalitetsregister. Erfarenheter och kunskaper som framkommer tas tillvara och sprids. För att utveckla kvaliteten i verksamheten följs organisation, processer, resultat och mål kontinuerligt upp, dels per tertiäl, dels genom en fördjupad analys två gånger per år. Underlaget sammanställs årligen i en kvalitetsberättelse. Resultatet presenteras för socialnämnden för godkännande 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.

Förbättringsprojekt drivs enligt kommunens projektmodell.

5.3.1 Patientsäkerhet

I socialförvaltningens verksamheter är en del av brukarna/invånarna/kunder/boende också patienter. Hälso- och sjukvårdande insatser ges av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och omvårdnadspersonal inom hemsjukvård, hemtjänst, särskilt boende och LSS-verksamheter.

En god vård kännetecknas av att den:

är av god kvalitet med en god hygienisk standard,
tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet
främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
är lätt tillgänglig.

Ett samlat stöd för patientsäkerhet finns på socialstyrelsens hemsida för att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador.

Ett nationellt underlag för handlingsplan för patientsäkerhet finns framtaget och resultatet av kommunens arbete redovisas i en årlig patientsäkerhetsberättelse.



Definition av patientsäkerhet



Patientsäkerhet definieras som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen (2010:659). Patientsäkerhet handlar alltså om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. Patienten ska heller inte komma till skada på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd.

Definition av vårdskada

I patientsäkerhetslagen står att en vårdskada är "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".

5.3.2 Risk- och konsekvensanalys

Större förändringar som införs på enheten föregås av risk- och konsekvensanalyser avseende kvalitet, patientsäkerhet, 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 konsekvensanalyser är en del av den dialog som genomförs två gånger per år och där socialchef, verksamhetschef och stab ingår. Sammanställning av risk- och konsekvensanalyser rapporteras i verksamhets- och patientsäkerhetsberättelserna (SOSFS 2011:9 5 kap. 1 §).

5.3.3 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.

5.3.4 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 på Utförarwebben.

Allvarliga avvikelser utreds av verksamhetschef enligt Lex Sarah och Lex Maria. Socialchef bedömer om händelsen ska anmälas till IVO.

Avvikelser och tillbud sammanställs och analyseras per tertial.

5.3.5.1 Klagomål och synpunkter

Hanteringen av klagomål och synpunkter sker enligt övergripande rutin för Söderköpings kommun.

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. Det framgår tydligt i varje verksamhet och på varje avdelning hur man lämnar synpunkter och klagomål, det stöd som finns att få genom Patientnämnden och IVO som aktör.

Medborgare, brukare och anhöriga uppmuntras att framföra synpunkter och klagomål på verksamheten. Verksamheten utvecklas i dialog med brukare och medborgare.



5.3.5.2 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.

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.

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.

Medarbetarna får återkoppling från inrapporterade avvikelser för att stärka medverkan.

5.5 Dokumentation

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet dokumenteras. 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.

Processer, aktiviteter, riktlinjer och rutiner som finns i verksamheten, resultat och analys av eventuella brukarundersökningar, uppföljning av inkomna klagomål och synpunkter, in- och utgående dokumentation etc. dokumenteras, registreras och sparas digitalt centralt i förvaltningen.

Löpande dokumentation i verksamheterna skrivs in i ett digitalt verksamhetssystem. Som stöd till medarbetare finns information i form av utbildning, lathund, checklista och ett verktyg med frågor att besvara vid granskning av journalanteckningar och genomförandeplan på vår [hemsida](#).

I våra verksamheter finns även utsedda dokumentationsombud. Denna roll innebär att medarbetaren har ytterligare kunskaper om social dokumentation än övriga kollegor och

⁹ 6 kap. 4 § samt 3 kap. 3 §

¹⁰ 14 kap. 3 § samt 14 kap. 6 §

¹¹ 24 b § LSS samt 24 e §

**SÖDERKÖPING.SE**

kan på så sätt tillsammans med enhetschef ansvara för att vara ett stöd för övriga medarbetare.

Vi tillser regelefterlevnad i arkivverksamheten och att handlingar hanteras på ett för verksamheten rättssäkert sätt. Förvaltningen har en aktuell informationshanteringsplan.

Det löpande kvalitetsarbetet rapporteras in från verksamheterna och sammanställs i en kvalitetsberättelse.

5.6 Uppföljning av verksamheterna

Samtliga verksamheter i förvaltningen, interna och externa, följs upp enligt av nämnden fastställd plan. I uppföljningsplanen fastställs det hur socialförvaltningen ska följa upp de verksamheter som Socialnämnden är ansvariga för. Syftet med verksamhetsuppföljning är att få kunskap om verksamheterna uppfyller kravet på kvalitet. Syftet är även att kontrollera att eventuella krav på åtgärder som föranletts utifrån tidigare uppmärksammade brister i verksamhetens kvalitet åtgärdats och på vilket sätt verksamheten arbetat med påtalade förbättringsområden.

6. Uppföljning av ledningssystemet

Ledningssystemet följs av upp av ledningsgruppen en gång per år enligt Socialstyrelsens checklista. Vid ledningens genomgång bedöms ledningssystemets lämplighet och effektivitet. Vid behov av revidering lyfts ledningssystemet till socialnämnden för beslut.