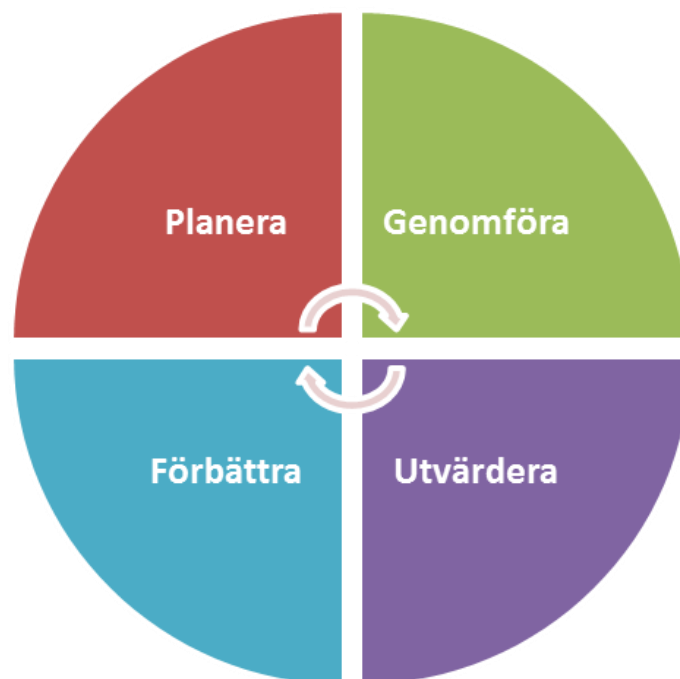




Götene kommun

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom Sektor Omsorg



Fastställt av:	Ledning Sektor Omsorg 2013-12-02
Senast reviderad:	2016-03-08
Giltighetstid:	Tillsvidare
Omprövning:	Vid behov och minst en gång per år, 2017-03-08
Dokumentansvarig:	Socialchef

Innehåll

INLEDNING	3
KVALITETSBEGREPPET	4
MÅL	4
KVALITETSARBETETS OLIKA FASER	4
ANSVAR FÖR OCH ANVÄNDNING AV ETT LEDNINGSSYSTEM	5
<i>SOCIALNÄMND</i>	5
<i>SOCIALCHEF HAR ÖVERGRIPANDE ANSVAR FÖR</i>	5
<i>OMRÅDESCHEFEN ANSVARAR FÖR</i>	5
<i>ENHETSCHEF ANSVARAR FÖR</i>	6
<i>VERKSAMHETSCHEF (FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD) ANSVARAR FÖR</i>	6
<i>MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA – MAS ANSVARAR FÖR</i>	6
<i>SOCIALT ANSVARIG SAMORDNARE – SAS, ANSVARAR FÖR</i>	7
<i>MEDARBETARE</i>	7
<i>STÖDFUNKTIONER:</i>	7
LEDNINGSSYSTEMETS GRUNDLÄGGANDE UPPBYGGNAD	7
1. PROCESSER OCH AKTIVITETER	7
2. RUTINER	8
3. SAMVERKAN – INTERN OCH EXTERN	8
4. SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE	9
<i>RISKANALYS</i>	9
<i>EGENKONTROLL</i>	10
<i>UTREDNING AV AVVIKELSER</i>	11
<i>KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER</i>	11
<i>RAPPORTERINGSSKYLDIGHET</i>	12
<i>SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS</i>	12
6. PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET	12
7. DOKUMENTATIONSSKYLDIGHET	13

Inledning

Detta är Sektor Omsorg ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dokumentet anger **vad** som skall göras och **vem som ansvarar** för att det görs. Utifrån detta har verksamheten till uppgift att arbeta systematiskt på varje enhet.

Enligt Socialtjänstlagen 3 kap 3 § ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. *Lag (2009:596)*

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 31 § ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. *Lag (1996:787)*

Enligt 6 § Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade finns lagkrav på att LSS-verksamhet ska vara av god kvalitet.

Utifrån dessa lagkrav har Socialstyrelsen utarbetat **SOSFS 2011:9 ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”** som gäller för socialtjänst, verksamheten enligt LSS, hälso- och sjukvård och tandvård.

Syfte med ledningssystem

Socialtjänstens verksamheter är komplexa. Ledningssystemet säkerställer att verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och kvaliteten säkerställs. Det ska omfatta verksamhetens alla delar och fastställa principer för ledning. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet

- planera
- leda
- kontrollera
- följa upp
- utvärdera
- förbättra verksamheten

Ledningssystemet säkerställer att rätt saker görs på rätt sätt, vid rätt tillfälle i verksamheten. Det säkerställer ordning och reda så att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser kan förebyggas. Genom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete arbetar verksamheten utifrån ett systemperspektiv som skapar struktur för ledning och styrning där ett kontinuerligt förbättringsarbete bedrivs.

Ledningssystemets omfattning

De verksamheter som ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete gäller för är:

- Enheter inom individ- och familjeomsorg
- Arbetsmarknadsenhet
- Integration, boende ensamkommande barn och unga
- Enheter inom äldreomsorg
- Enheter inom handikappomsorg
- Kommunens hälso- och sjukvård

Kvalitetsbegreppet

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.

- *Kvalitetsdefinitionen kan beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i lagar och andra föreskrifter.*

Mål

Kommunfullmäktige beslutar om fleråriga politiska program och planer som innehåller strategiska mål. De strategiska målen anger VAD de förtroendevalda vill att verksamheten ska uppnå. Verksamheten beskriver HUR målen ska nås genom en handlingsplan.

Kvalitetsarbetets olika faser

Kvalitetssäkring. Genom att beskriva de egenskaper som kommunens verksamheter och tjänster ska ha, så blir det tydligt för medborgarna VAD den aktuella tjänsten ska innehålla och VAD som kan förväntas, det vill säga en slags utfästelse eller garanti. Ex: Vårdighetsgarantier.

Kvalitetsstyrning. Kommunfullmäktige beslutar om fleråriga politiska program och planer som innehåller strategiska mål. Nämnderna bryter ner programmen och planerna till handlingsplaner. De strategiska målen anger VAD de förtroendevalda vill att verksamheten ska uppnå. Verksamheten beskriver HUR målen ska nås genom en handlingsplan.

Kvalitetskontroll innebär uppföljning av de egenskaper som anges i kvalitetssäkringen och att de utförs på de sätt som anges i kvalitetsstyrning/rutiner och riktlinjer. Ex: intern kvalitetsgranskning och målgruppsundersökningar

Kvalitetsutveckling innebär att kunskaperna från kvalitetskontrollen används för utveckling av de egenskaper som en verksamhet/funktion ska ha och för hur dessa egenskaper framställs.

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

För att ledningssystemet ska hållas levande krävs att verksamheten betraktar det som ett pågående, systematiskt arbetssätt. Detta förutsätter både en beskrivning av vem som ansvarar för vad, men också ett engagemang från verksamhetens chefer i alla led. Ett levande ledningssystem medverkar till anpassning av verksamheten till nya krav, metoder och förändringar.

Kvalitet är ett personligt åtagande, där varje chef och varje medarbetare ytterst har ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete. Ansvaret fördelar sig enligt nedan:

Socialnämnden

Den nämnd som ansvarar för att det finns ett ledningssystem för socialtjänsten, verksamhet enligt LSS och för kommunens hälso- och sjukvård.

Socialnämnden ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna.

I Ledningssystemet anger socialnämnden hur de övergripande uppgifterna i det systematiska kvalitetsarbetet är fördelade i verksamheten. Områdeschefer, verksamhetschefen (för hälso- och sjukvård) och enhetscheferna ansvarar därefter för att på en mer detaljerad nivå fördela arbetsuppgifterna i det systematiska kvalitetsarbetet.

Socialchef har övergripande ansvar för

- att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med socialnämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.
- att inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera riktlinjer/rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.
- att de övergripande strategiska målen och verksamhetsmålen nås.
- uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten.
- att bevaka verksamhetens totala resursbehov, för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt.

Områdeschef ÄO/HO ansvarar för

- att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs på i verksamheten i enlighet med upprättade styrdokument, lagar och föreskrifter.
- att leda kvalitetsarbetet i verksamheten.
- att de övergripande strategiska målen och verksamhetsmålen bryts ned på verksamhetsnivå och för att dessa nås.
- att följa upp och vidareutveckla kvaliteten i verksamheten utifrån exempelvis avvikelserapportering, inkomna synpunkter, Lex Sarah, Lex Maria, tillsynsrapporter etc.
- att bevaka verksamhetens resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt.
- att på verksamhetsnivå se till att identifiera de processer och aktiviteter som verksamheten bygger på. Även identifiera i vilka processer det krävs samverkan, internt eller externt, för att kvaliteten ska bli god.
- att ta fram rutiner för den egna verksamheten utöver de verksamhetsövergripande rutiner som finns.

- att informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet.
- att dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet.

Enhetschef ansvarar för

- att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs på enheten i enlighet med upprättade styrdokument, lagar och föreskrifter.
- att leda kvalitetsarbetet på enheten.
- att de övergripande strategiska målen och verksamhetsmålen bryts ned på enhetsnivå och för att dessa nås.
- att följa upp och vidareutveckla kvaliteten på enheten utifrån exempelvis avvikelserapportering, inkomna synpunkter, Lex Sarah, Lex Maria, tillsynsrapporter etc.
- att bevaka enhetens resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt
- att se till att identifiera de processer och aktiviteter som verksamheten bygger på. Även identifiera i vilka processer det krävs samverkan, internt eller externt, för att kvaliteten ska bli god.
- att ta fram rutiner för den egna enheten utöver de verksamhetsövergripande rutiner som finns.
- att informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet.
- att dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef (för hälso- och sjukvård) ansvarar för

- att det finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem, samt ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att fortlöpande kunna styra, följa upp och utveckla samt dokumentera kvaliteten i verksamheten.
- att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska – MAS ansvarar för

- MAS utövar sitt ansvar så att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, ett omhändertagande av hög patientsäkerhet och god kvalitet samt att kvalitet och säkerhet upprätthålls och utvecklas genom att planera, styra, kontrollera samt dokumentera, redovisa och utvärdera arbetet.
- MAS har ansvar för att utarbeta och besluta om riktlinjer och rutiner som behövs för sjukvårdsverksamheten. I MAS ansvar ingår även att bl.a. utvärdera nämndens mål och verksamhetens policy inom hälso- och sjukvård, följa upp verksamhetens hälso- och sjukvård samt att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följa upp att de efterlevs.
- MAS ansvarar för att personalen har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt påtala behov av utbildning, kompetensutveckling och introduktion. Dessutom har MAS att följa upp att bemanningen är adekvat och påtala behov av förändring.
- att följa upp och vidareutveckla kvaliteten i verksamheten utifrån exempelvis avvikelserapportering, inkomna synpunkter, Lex Maria, tillsynsrapporter etc.
- MAS är även medicinskt ansvarig för rehabiliteringen, (MAR).

Socialt ansvarig samordnare – SAS, ansvarar för

- att kvalitet och säkerhet upprätthålls av det sociala innehållet, inom vård och omsorg i enlighet med det systematiska kvalitetsarbetet på en övergripande nivå.
- att utreda, dokumentera och bedöma rapporterade missförhållanden enligt Lex Sarah inom äldreomsorg, handikappomsorg och individ- och familjeomsorg.
- att utarbeta riktlinjer och rutiner för det sociala innehållet i verksamheten.
- att utbilda, utveckla, följa upp och säkerhetsställa den sociala dokumentationen.
- att stödja cheferna i det systematiska kvalitetsarbetet.

Medarbetare

Alla medarbetare ska kontinuerligt delta i det systematiska kvalitetsarbetet genom att:

- arbeta efter gällande riktlinjer och rutiner
- bidra aktivt i kvalitetsutvecklingen på enheten
- rapportera brister i kvaliteten och särskilt missförhållanden/risker för missförhållanden och risker i patientsäkerheten
- redogöra och delta i uppföljning och analys av strategiska mål och resultat.

Stödfunktioner

I det systematiska kvalitetsarbetet har cheferna stöd av:

- IT-samordnare
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska – MAS
- Socialt ansvarig samordnare SAS
- Kommunutvecklare

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Definition: Ett ledningssystem är fastställda principer för ledning av verksamheten.

1. Processer och aktiviteter

Definition: En process är en serie aktiviteter/flöden som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat, vad som skall göras

Närmast ansvarig chef för en enhet/verksamhet ska

- identifiera,
- beskriva och
- fastställa *processer* som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten.

Därefter ska samma person fastställa vilka *aktiviteter* som ingår i processerna. Socialchefen/områdeschefen har motsvarande ansvar för verksamhetsövergripande processer samt att identifiera verksamhetens huvudprocesser.

Dokumentation och tillgänglighet

Varje chef ska ha en sammanställning av processerna och aktiviteterna inom det arbetsområde som denne ansvarar för.

Som metod används processkartläggning. Fastställda processer dokumenteras som processkartor och görs tillgängliga och sökbara för all personal i kommunens intranät "Källan". I processkartorna ingår aktiviteter med tillhörande rutiner/riktlinjer, hur samverkan sker internt och externt, vilka styrdokument som styr processen samt vem som är ansvarig för processen.

2. Rutiner

Definition: Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten

För varje aktivitet som identifierats enligt ovan ska en rutin tas fram som beskriver hur aktiviteten utförs och hur ansvaret för utförandet är fördelat.

Närmast ansvarig chef ansvarar för att det finns rutiner för de aktiviteter som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten.

Dokumentation och tillgänglighet

Varje chef ska ha en uppdaterad och lättillgänglig sammanställning av de rutiner som gäller i verksamheten. Socialchef/områdeschef har ansvar för att fastställa verksamhetsövergripande rutiner.

Som metod används processkartläggning. Fastställda processer dokumenteras som processkartor och görs tillgängliga och sökbara för all personal i kommunens intranät "Källan". I processkartorna ingår aktiviteter med tillhörande rutiner/riktlinjer, hur samverkan sker internt och externt, vilka styrdokument som styr processen samt vem som är ansvarig för processen.

Uppföljning och förbättringar

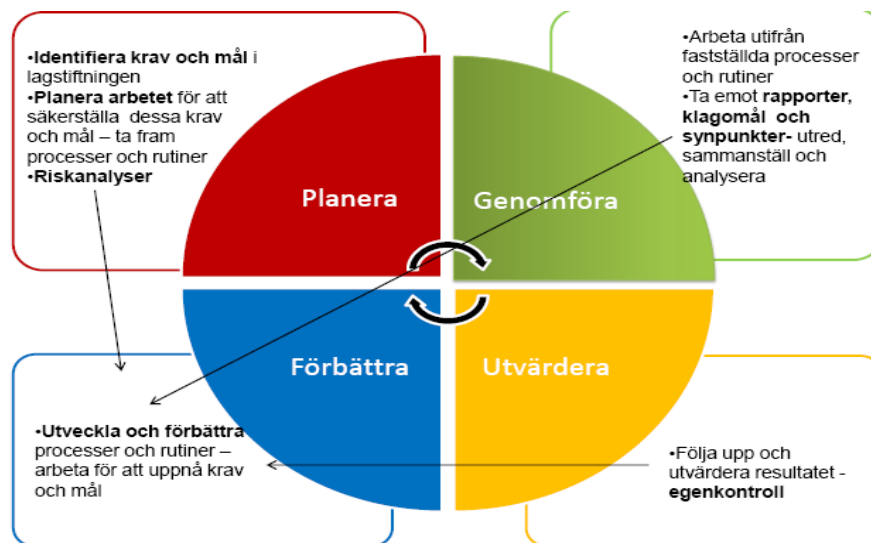
Närmast ansvarig chef (processägare) ansvarar för att förbättra processerna och rutinerna om någon form av avvikelse (klagomål, avvikelse, missförhållande, risk för vårdskador etc.) visar att det finns brister i processerna eller rutinerna

Närmast ansvarig chef (processägare) ansvarar för att fastställda processer tillämpas, följs upp och revideras minst en gång per år.

3. Samverkan – intern och extern

Närmast ansvarig chef ska identifiera i vilka processer det behövs samverkan för att kunna säkra kvaliteten eller förebygga vårdskador. I processer och rutiner ska det beskrivas hur samverkan ska ske och bedrivas i den egna verksamheten.

4. Systematiskt förbättringsarbete



Verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Metoden bygger på att arbeta systematiskt med alla moment i det så kallade förbättringshjulet - planera, genomföra, utvärdera och förbättra. Systematiken bygger på att det finns kartlagda processer och fastställda rutiner.

Det systematiska förbättringsarbetet består av följande komponenter:

Riskanalys

Definition: den som bedriver verksamheten ska vara framåtblickande, det vill säga att arbeta förebyggande.

Riskanalyser görs fortlöpande i samband med organisationsförändringar, projekt, i processer eller riskområden som identifierats via Lex Sarah, Lex Maria och inrapporterade avvikelser

Det är närmast ansvarig chefs ansvar att för sin verksamhet identifiera risker, riskbedöma och genomföra riskanalyser i sitt område samt vidta åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet.

- Kan händelser inträffa som kan medföra brister i kvaliteten?
- Vad är sannolikheten för detta?
- Vad blir konsekvenserna?

Riskanalyser sker på följande sätt:

1. Ledningsgruppen inom Sektor Omsorg/enhetschefer ansvarar för att identifiera risker, riskbedöma och genomföra riskanalyser inom sitt ansvarsområde.

2. Utifrån riskanalyserna beslutas vilka åtgärder som ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.
3. Berörd verksamhet ansvarar för att åtgärderna genomförs.
4. Åtgärderna sammanställs och redovisas i den årliga kvalitetsredovisningen samt patientsäkerhetsberättelsen.

Ansvarsfördelning

- Socialchefen tillsammans med områdeschefen ansvarar för övergripande riskanalyser.
- MAS/verksamhetschef ansvarar för riskanalyser inom sitt ansvarsområde.
- Enhetschef ansvarar för att i sin verksamhet analysera riskerna i verksamheten.

Sammanställning av genomförda riskanalyser och åtgärder görs i samband med den årliga kvalitetsredovisningen och patientsäkerhetsberättelsen.

Inför framtagandet av socialnämndens årliga internkontroll ansvarar socialchefen för att sammanställa de processer som han/hon bedömer som mest angelägna att lyfta in i internkontrollen.

Egenkontroll

Definition: Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontroll innebär att granska den egna verksamheten i den omfattningen och med den frekvens som krävs för att säkerställa kvaliteten.

Egenkontroll innebär att man granskar hur man arbetar och har arbetat, särskilt i jämförelse med andra och med sig själv över tid. Närmast ansvarig chef ansvarar för att det görs.

Egenkontrollen sker fortlöpande, systematiskt under året och innefattar bl.a:

- Interna kvalitetsgranskningar utifrån uppfyllelse av lagstiftning, föreskrifter, mål, riktlinjer, rutiner och andra styrdokument.
- Brukarundersökningar både interna och externa utifrån brukarnöjdhet.
- Målgruppsundersökningar (Fokusgrupper, Open Space).
- Kvalitetsredovisningar, årliga sammanställningar av verksamhetens kvalitet och underlag till kommande verksamhetsplaneringar.
- Medarbetarundersökningar utifrån medarbetarnöjdhet.
- Öppna jämförelser av verksamhetens resultat i jämförelse med andra
- Kvalitetsregister såsom Senior Alert, BPSD för att arbeta förbyggande med risker.
- Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) jämförelser av verksamheten med andra kommuner.

- Äldreguiden, jämförelser inom vår egen verksamhet men även med andra kommuner.
- Granskningar av journaler, akter och dokumentation.
- Analys av uppgifter från patientnämnden.
- Granskning av sociala akter av kommunens revisor.
- Granskning av statistik
- Internrevision utifrån politisk efterfrågan

1. På uppdrag av ledningsgruppen inom Sektor Omsorg analyseras resultaten av t. ex. kommunutvecklare, MAS eller andra stödpersoner.
2. Resultaten från analyserna rapporteras till ledningsgruppen
3. Resultaten diskuteras och ledningsgruppen fattar beslut om ev. åtgärder alternativt lämnar över till verksamheten att genomföra åtgärder som de anser lämpliga.
4. Berörd verksamhet genomför de åtgärder som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet
5. Förbättringsåtgärder och resultatet av dessa redovisas i den årliga kvalitetsredovisningen samt patientsäkerhetsberättelsen.

Ansvarsfördelning

- Socialchefen tillsammans med områdeschefen ansvarar för egenkontrollen på ett övergripande plan.
- MAS/verksamhetschef HSL ansvarar för egenkontrollen inom sitt ansvarsområde.
- Enhetschefen ansvarar för sin egenkontroll.

Utifrån enhetschefernas egenkontroll granskas dokumentationen på ett övergripande plan

Utredning av avvikelser

Klagomål och synpunkter

Definition: Med **klagomål** avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med **synpunkter** avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel beröm eller förslag på förbättringar.

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda inkomna klagomål och synpunkter avseende verksamhetens kvalitet från

1. vård- och omsorgstagare och deras närstående
2. personal
3. vårdgivare
4. de som bedriver socialtjänst
5. de som bedriver verksamhet enligt LSS
6. myndigheter, och

7. föreningar, andra organisationer och intressenter

Åtgärder och förbättringar

Närmast ansvarig chef ansvarar för att inkomna klagomål och synpunkter åtgärdas och att åtgärder vidtas för att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet enligt gällande rutin.

Utifrån enheternas systematiska arbete med klagomål och synpunkter ansvarar socialchefen för att årligen presentera en sammanställning för socialnämnden kring inkomna klagomål och synpunkter samt åtgärder vidtagna med anledning av brister som uppdagats i dessa. Sammanställning ska även finnas med den årliga kvalitetsredovisningen.

Rapporteringskyldighet

Det finns en lagstadgad skyldighet att rapportera

- vårdskador och risk för vårdskador (HSL)
- missförhållanden och risk för missförhållanden då någon lidit skada eller det finns en konkret och uppenbar risk att någons liv, säkerhet, psykiska eller fysiska hälsa kan skadas (SoL och LSS)

Socialnämnden har riktlinjer för Lex Sarah, avvikelshantering inom HSL och Lex Maria. Utöver detta har socialchef i uppdrag att ta fram lämpliga rutiner, utredningsmall m.m. för verksamheten.

Särskilt utsedda enhetschefer utreder och rapporterar Lex Sarah anmälningar.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att ta fram lämpliga riktlinjer och rutiner inom hälso- och sjukvårdsområdet samt att utreda och rapportera fel och brister inom medicintekniska produkter och Lex Maria anmälningar.

Åtgärder och förbättringar

Utifrån rapporterade vårdskador, risker för vårdskador, missförhållanden och risker för missförhållanden, ska åtgärder vidtas för att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet.

Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att kunna visa på mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Ansvaret för sammanställning och analys ligger hos socialchef, områdeschef, medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS), socialt ansvarig samordnare och enhetschef.

6. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enligt HSL, SoL och LSS, är personalen skyldig att medverka till hög patientsäkerhet respektive god kvalitet.

Respektive chef ska säkerställa att deras personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet och har lämplig kompetens.

I respektive verksamhets ledningssystem beskrivs hur personalen konkret medverkar i kvalitetsarbetet.

7. Dokumentationsskyldighet

Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

Närmast ansvarig chef ansvarar för dokumentationen av det löpande kvalitetsarbetet. Dokumentation utgör underlag för verksamhetens årliga kvalitetsredovisning och patientsäkerhetsberättelse. Viktiga saker att dokumentera är exempelvis:

- Vilka processer och aktiviteter som styr kvaliteten i verksamheten.
- Vilka rutiner som finns i verksamheten.
- Uppföljning av Lex Sarah/Lex Maria statistik, avvikelserapportering.
- Uppföljning av personalens utbildningsnivå.
- Uppföljning av inkomna synpunkter och klagomål.
- Resultat av målgruppsundersökningar på området.
- Resultat av granskning av social dokumentation, HSL-dokumentation och annan dokumentation.
- Uppföljning av överklagningsärenden.
- Uppföljning av verkställda beslut; väntetider och ställtider m.m.
- Uppföljning av biståndsansökningar som fått avslag samt orsak till avslag.

Utifrån dokumentationen ska verksamheten på enhetsnivå och verksamhetsnivå årligen sammanställa en kvalitetsredovisning- och patientsäkerhetsberättelse. Dokumentationen ska finnas tillgänglig på kommunens intranät och webbsida.

Det är MAS/verksamhetschef som ansvarar för att sammanställa patientsäkerhetsberättelsen och områdeschef respektive enhetschefs ansvar att sammanställa kvalitetsredovisningen.

De årliga patientsäkerhetsberättelserna och kvalitetsredovisningarna ska innehålla samma punkter som ovan och presenteras för socialnämnden senast i mars nästkommande år.