

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Sektor omsorg

2024-11-26

Fastställd av: Socialnämnden

Dokumentansvarig: Socialchef

Giltighetstid: Tillsvidare, omprövning vid behov och minst en gång per år



Götene kommun

Innehåll

1	Inledning	3
1.1	Lagrum.....	3
1.2	Syfte med ledningssystem.....	3
1.3	Ledningssystemets omfattning	4
1.4	Kvalitet.....	4
1.4.1	Kvalitetsarbetets olika faser.....	4
2	Ansvar och användande	5
2.1	Socialnämnden	5
2.2	Socialchef	5
2.3	Områdeschef	6
2.4	Enhetschef.....	6
2.5	Verksamhetschef för hälso- och sjukvård.....	7
2.6	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	7
2.7	Socialt ansvarig samordnare	7
2.8	Medarbetare	8
2.9	Stödfunktioner.....	8
3	Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	9
3.1	Processer och aktiviteter	9
3.2	Rutiner	10
3.3	Samverkan.....	11
3.4	Systematiskt förbättringsarbete	11
3.4.1	Risikanalys	11
3.4.2	Egenkontroll	12
3.4.3	Utredning av avvikelser	13
3.4.4	Åtgärder.....	15
3.5	Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	15
3.6	Dokumentationsskyldighet.....	16
3.7	Dialogdagar	17

1 Inledning

Detta är sektor omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dokumentet anger vad som skall göras och vem som ansvarar för att det görs. Verksamheten har till uppgift att arbeta systematiskt på varje enhet utifrån detta ledningssystem.

1.1 Lagrum

- 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 sjukvårdslag 31 § ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lag (2017:30)
- 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.

1.2 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 systematik 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.

1.3 Ledningssystemets omfattning

De verksamheter som ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete gäller för är:

- Individ- och familjeenhet
- Arbetsmarknadsenhet
- Integration
- Enheter inom äldreomsorg
- Enheter inom funktionshinderområdet
- Kommunens hälso- och sjukvård

1.4 Kvalitet

Kvalitet definieras på följande sätt i Föreskrifter SOSFS 2011:9, 2 kap. 1 §:

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.

1.4.1 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. Till exempel äldreomsorgens värdighetsgarantier.

Kvalitetsstyrning. Kommunfullmäktige beslutar strategiska mål och politiska program. Nämnderna bryter ner de strategiska målen till nämndmål som mäts med indikatorer. Verksamheten bryter ned nämndmålen och mål i politiska program till aktiviteter, som utgör en verksamhetsplan. Målen anger VAD de förtroendevalda vill att verksamheten ska uppnå. Verksamheten beskriver HUR målen ska nås.

Kvalitetskontroll innebär uppföljning av de egenskaper som anges i kvalitetssäkringen och att de utförs på de sätt som anges i kvalitetsstyrning/rutiner och riktlinjer. Exempelvis brukarundersökningar, utvärderingar.

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

2 Ansvar och användande

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:

2.1 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. Socialchef, områdeschefer, verksamhetschefen (för hälso- och sjukvård) och enhetscheferna ansvarar därefter för att på en mer detaljerad nivå fördela arbetsuppgifterna i det systematiska kvalitetsarbetet.

2.2 Socialchef

Socialchef har övergripande ansvar för att:

- Leda, fördela och genomföra kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med socialnämndens direktiv, lagar och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.
- 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.
- Leda kvalitetsarbetet i verksamheten.
- De övergripande strategiska målen och nämndmålen nås och bryts ned på verksamhetsnivå.
- 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.
- Att informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Att dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet.

2.3 Områdeschef

Områdescheferna ansvarar för att inom sina områden:

- Leda kvalitetsarbetet inom området.
- De övergripande strategiska målen och nämndmålen nås och bryts ned på områdesnivå.
- Att bevaka områdets totala resursbehov, för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt.
- Att informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Att dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet.
- 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.
- Se över och revidera processer och tillhörande rutiner vartannat år samt vid behov.
- Uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten.
- Leda enhetscheferna i arbetet med att planera och genomföra åtgärder till framkomna risker eller brister.
- Bistå och ersätta socialchef vid frånvaro.

2.4 Enhetschef

Enhetschefer ansvarar för att:

- Det systematiska kvalitetsarbetet genomförs på enheten i enlighet med upprättade styrdokument, lagar och föreskrifter.
- Leda kvalitetsarbetet på enheten.
- De övergripande strategiska målen och nämndmålen bryts ned på enhetsnivå och för att dessa nås.
- Följa upp och vidareutveckla kvaliteten på enheten utifrån exempelvis avvikelserapportering, inkomna synpunkter, Lex Sarah, Lex Maria, tillsynsrapporter, riskanalyser etcetera.
- Bevaka enhetens resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt
- 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.
- Ta fram rutiner för den egna enheten utöver de verksamhetsövergripande rutiner som finns.
- Informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet.

2.5 Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Verksamhetschef 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.
- Verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet.

2.6 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att

- Utöva 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.
- Utarbeta och besluta om riktlinjer och rutiner som behövs för sjukvårdsverksamheten. I MAS ansvar ingår även att bland annat 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.
- Personalen har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt påtala behov av utbildning, kompetensutveckling och introduktion.
- Bemanningen är adekvat och påtala behov av förändring.
- Följa upp och vidareutveckla kvaliteten i verksamheten utifrån exempelvis avvikelserapportering, inkomna synpunkter, Lex Maria, tillsynsrapporter, riskanalyser etcetera.
- Vara medicinskt ansvarig för rehabiliteringen, (MAR).

2.7 Socialt ansvarig samordnare

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.
- Utredda, dokumentera och bedöma rapporterade missförhållanden enligt Lex Sarah inom äldreomsorg, funktionshinderområdet och individ- och familjeomsorg.
- Utarbeta riktlinjer och rutiner för det sociala innehållet i verksamheten.
- Utbilda, utveckla, följa upp och säkerhetsställa den sociala dokumentationen.
- Stödja cheferna i det systematiska kvalitetsarbetet.

2.8 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.
- Delta i uppföljning och analys av strategiska mål och resultat.

2.9 Stödfunktioner

I det systematiska kvalitetsarbetet har cheferna stöd av:

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Socialt ansvarig samordnare
- Verksamhetsutvecklare
- Handläggare/utredare
- Digitaliseringsutvecklare

3 Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

3.1 Processer och aktiviteter

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

Det ska finnas processer för alla sektorns verksamhetsområden. Processer kan även skapas för projekt, samverkan och riskområden.

Socialchef har ansvar för verksamhetsövergripande stödprocesser samt att identifiera verksamhetens huvudprocesser.

Områdeschef ska identifiera och fastställa de processer som behövs för att säkra kvaliteten i områdets verksamhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska identifiera och fastställa de processer som behövs för att säkra kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården.

Närmast ansvarig chef för enheten/verksamheten ska beskriva och fastställa vilka aktiviteter som ingår i processerna.

Enhetschef/ansvarig för verksamheten kan vid behov skapa ytterliga processer som är aktuella för enheten.

Dokumentation och tillgänglighet

Som metod för dokumentation används processkartläggning. Fastställda processer dokumenteras som processkartor och görs tillgängliga och sökbara för all personal i kommunens intranät. Till processen läggs styrdokument som rutiner eller riktlinjer, information om hur samverkan sker internt och externt, vilka lagar och förordningar som styr processen samt vem som är ansvarig för processen.

I processkartorna ingår aktiviteter med tillhörande beskrivning av vad som ska göras, vem som är ansvarig och vilka verksamhetssystem som används. Till varje aktivitet ska styrdokument/manualer/checklistor kopplas när det är aktuellt.

Uppföljning

Socialchef ansvarar för att stödprocesser och huvudprocesser följs upp vartannat år eller vid behov.

Områdeschef ansvarar för att processerna inom området följs upp vartannat år eller vid behov.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att processer inom den kommunala hälso- och sjukvården följs upp vartannat år eller vid behov.

Uppföljningen dokumenteras i verksamhetssystemet för kvalitetsarbete i vård och omsorg.

Ansvarig för processen ansvarar för att förbättra processerna om riskanalys eller någon form av avvikelse (klagomål, avvikelse, missförhållande, risk för vårdskador) visar att det finns brister i processerna.

Enhetschefer, ansvariga för verksamheterna och medarbetare ansvarar för att påtala för närmsta chef om det framkommer brister i processerna.

3.2 Rutiner

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

Som ett stöd för utförande ska en rutin tas fram som beskriver hur aktiviteter/arbetsuppgifter 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. Som metod används processkartläggning där aktiviteter fastställs och beskrivs, alternativt fastställs rutinen i ett eget dokument.

Socialchef har ansvar för att fastställa verksamhetsövergripande rutiner och göra dem kända i verksamheten.

Områdeschef har ansvar för att fastställa områdesövergripande rutiner och göra dem kända i verksamheten.

MAS och SAS ansvarar för att fastställa rutiner som rör deras ansvarsområden (se kapitlet 2) och göra dem kända i verksamheten.

Dokumentation och tillgänglighet

Varje chef och medarbetare ska ha en uppdaterad och lättillgänglig sammanställning av de rutiner som gäller i verksamheten. Som metod för detta används kommunens intranät samt sektor omsorgs processer.

Den person som är ansvarig för en rutin är också ansvarig för att säkerställa att den korrekta versionen finns tillgänglig på intranät och i processer.

Enhetsspecifika rutiner görs tillgängliga enligt metod fastställd på enheten, till exempel genom enhetens samarbetsrum på intranätet, rutinpärm eller P:-katalog. Enhetschef ansvarar för att medarbetarna vet var de hittar samtliga rutiner.

Uppföljning

Ansvarig för rutinen ansvarar för att förbättra rutinen om riskanalys eller någon form av avvikelse (klagomål, avvikelse, missförhållande, risk för vårdskador) visar att det finns brister i rutinen.

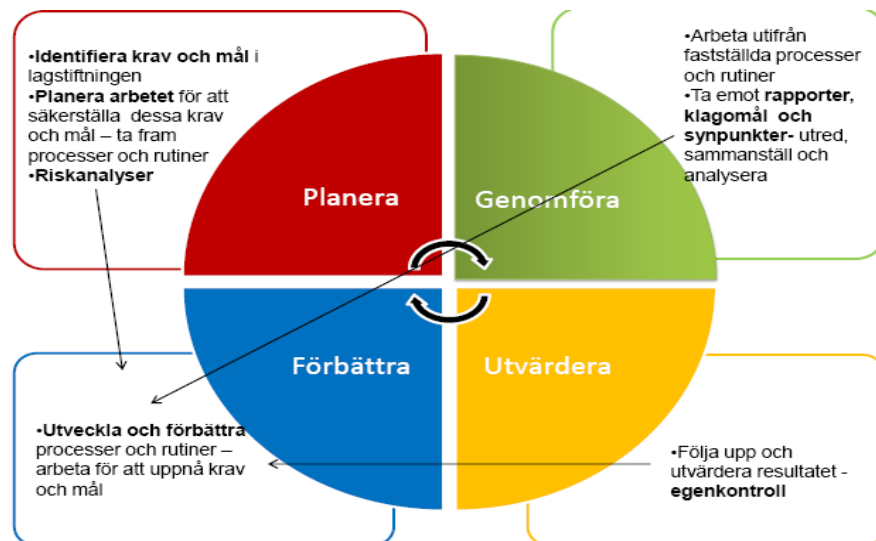
Enhetschefer, ansvariga för verksamheterna och medarbetare ansvarar för att påtala för närmsta chef om det framkommer brister i rutinerna.

3.3 Samverkan

Närmast ansvarig chef ska identifiera i vilka processer det behövs samverkan internt och/eller externt 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.

3.4 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 flera komponenter.

3.4.1 Riskanalys

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

I en riskbedömning görs en genomgång av samtliga aktiviteter av processerna och följande frågor ställs:

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

Det sammanlagda resultatet av riskbedömningar inom ett verksamhetsområde utgör riskanalysen för det området, och ligger till grund för utarbetandet av åtgärder.

Riskanalyserna ligger även till grund för socialnämndens prioritering av områden att ta upp i den årliga interna kontrollplanen.

Riskbedömning av sektorns verksamhetsområden

Samtliga processer ska riskbedömas, som metod för detta används modellen för riskbedömning i verksamhetssystemet för kvalitetsarbete i vård och omsorg.

Socialchef ansvarar för att riskbedöma stöd- och huvudprocesser, områdeschef ansvarar för att riskbedöma verksamhetsprocesser inom området medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att riskbedöma processer inom kommunal hälso- och sjukvård.

Ansvariga för verksamhet och vid behov sakkunniga ska delta vid riskbedömningen.

Enhetschef/ansvarig för verksamheten kan i samråd med områdeschef göra en riskbedömning av en process för enhetens arbete enligt den processen.

Risikanalys vid särskilda tillfällen

Risikanalys görs även i samband med organisationsförändringar, förändring av arbetssätt och metoder, projekt 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 risikanalys i sitt område samt vidta åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet.

Dokumentation och tillgänglighet

Riskbedömningarna dokumenteras i verksamhetssystem för kvalitetsarbete i vård och omsorg och görs där tillgängliga för chefer och stödsfunktioner i sektor omsorg.

Sammanställning av risker med höga riskvärden görs i den årliga kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen.

Uppföljning

Socialchef ansvarar för att riskbedömningar av stöd- och huvudprocesser följs upp vartannat år, områdeschef ansvarar för att riskbedömningar av verksamhetsprocesser inom området följs upp vartannat år och medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att riskbedömningar av processer inom kommunal hälso- och sjukvård följs upp vartannat år. Riskbedömningar ska även följas upp vid behov och i samband med avslutade åtgärder.

3.4.2 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, i jämförelse med andra och med sig själv över tid.

Egenkontrollen sker fortlöpande, systematiskt under året och innefattar bland annat:

- Brukarundersökningar utifrån brukarnöjdhet
- Målgruppsundersökningar
- Intern kontrollplan
- Medarbetarundersökningar utifrån medarbetarnöjdhet.
- Jämförelser av verksamhetens resultat i jämförelse med andra kommuner, till exempel Socialstyrelsens Enhetsundersökning och Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK).
- Kvalitetsregister såsom Senior Alert, BPSD, Palliativregistret
- Granskningar av journaler, akter och dokumentation.
- Logg-granskning
- Analys av uppgifter från patientnämnden.
- Granskning av sociala akter av kommunens revisorer
- Granskning av statistik
- Utvärderingar
- Kontroller och kvalitetsindikatorer
- Analys av avvikelser

Resultaten av egenkontrollerna analyseras av ansvariga chefer med stöd av sektor omsorgs stödsfunktioner. Resultaten av analyserna rapporteras till ansvariga chefer.

Socialchef och områdeschefer ansvarar för egenkontrollen på ett övergripande plan. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för egenkontrollen inom sina ansvarsområden. Enhetschefen ansvarar för egenkontroll på enheten.

Dokumentation och tillgänglighet

Kontroller och kvalitetsindikatorer beslutade av verksamheten dokumenteras i verksamhetssystem för kvalitetsarbete i vård och omsorg. Inkomna resultat av undersökningar, sammanställda utvärderingar och rapporter dokumenteras i kommunens diarie.

Resultat och slutsatser ska redogöras för ansvariga chefer.

3.4.3 Utredning av avvikelser

Avvikelser inbegriper klagomål och synpunkter samt lagstadgad rapporteringsskyldighet.

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 12
- 6 Myndigheter
- 7 Föreningar, andra organisationer och intressenter

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.

Inkomna 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, MAS, SAS enhetschef.

Dokumentation och tillgänglighet

Inkomna klagomål och synpunkter samt beskrivning av åtgärder dokumenteras i kommunens diarie.

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 finnas med i den årliga kvalitetsberättelsen.

Rapporteringsskyldighet

Det finns en 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)
- Annan avvikelse, SoL och LSS

Socialnämnden har riktlinjer för Lex Sarah, avvikelsehantering inom HSL, Lex Maria och annan avvikelse SoL och LSS. Utöver detta har socialchef i uppdrag att ta fram lämpliga rutiner, utredningsmall med mera för verksamheten.

Socialt ansvarig samordnare 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.

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

Inkomna rapporter 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, MAS, SAS och enhetschef.

Dokumentation och tillgänglighet

Inkomna rapporter utreds och dokumenteras i verksamhetssystem för rapportering av avvikelser.

Analys av avvikelser på enhets-, områdes- och sektorsövergripande nivå görs i verksamhetssystem för kvalitetsarbete i vård och omsorg.

Statistik över inkomna rapporter samt analys dokumenteras i den årliga kvalitetsberättelsen.

3.4.4 Åtgärder

Utifrån riskanalys beslutas vilka åtgärder som ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Åtgärder ska också vidtas i det fall egenkontroller, avvikelser eller revidering av processer och rutiner påvisar brister i verksamhetens kvalitet.

Ansvarig för berörd verksamhet ansvarar för att åtgärderna genomförs.

Dokumentation och tillgänglighet

Åtgärder ska i möjligaste mån dokumenteras i verksamhetssystem för kvalitetsarbete i vård och omsorg. Åtgärderna görs tillgängliga genom att publiceras i systemet till berörda enheter.

Socialchef/områdeschef/enhetschef/verksamhetschef HSL/MAS/SAS ansvarar för dokumentation av hur åtgärden genomförts och utfall i verksamhetssystem för kvalitetsarbete i vård och omsorg.

Åtgärderna sammanställs och redovisas i den årliga kvalitetsberättelsen samt patientsäkerhetsberättelsen.

Uppföljning

Åtgärder ska följas upp för att kontrollera att utfallet blev det önskade. Ansvarig för utförande av åtgärd är även ansvarig för att åtgärden följs upp.

Om utfallet inte blivit det önskade ska en ny åtgärd vidtas.

3.5 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 att personalen har lämplig kompetens.

3.6 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 kvalitetsberättelse 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 med mera.
- Uppföljning av biståndsansökningar som fått avslag samt orsak till avslag.

Utifrån dokumentationen ska verksamheten på enhetsnivå och verksamhetsnivå årligen sammanställa en kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Dessa ska finnas tillgänglig på kommunens intranät.

Det är MAS/verksamhetschef som ansvarar för att sammanställa patientsäkerhetsberättelsen och socialchef, områdeschef samt respektive enhetschefs ansvar att sammanställa kvalitetsberättelse. De årliga patientsäkerhetsberättelserna och kvalitetsberättelserna ska innehålla samma punkter som ovan och presenteras för socialnämnden senast i mars nästkommande år

3.7 Dialogdagar

En gång om året genomförs dialogdagar mellan enhet, ledning och politik för att följa upp och analysera mål, resultat och kvalitet i sektors ansvarsområden. Underlag är kvalitetsberättelse och egenkontroller.