

Bilaga 3

**Ledningssystem för
systematiskt
kvalitetsarbete inom
socialtjänsten i
Skarpnäck**

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| 1. Inledning | 5 |
| <i>Stockholms stads ledningssystem</i> | <i>6</i> |
| 2. Definition av kvalitet | 7 |
| <i>Socialtjänstlagen</i> | <i>7</i> |
| <i>Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)</i> | <i>7</i> |
| <i>Hälso- och sjukvårdslagen</i> | <i>8</i> |
| 3. Roller och ansvar | 8 |
| <i>Ansvarsfördelning inom Skarpnäcks stadsdelsnämnd</i> | <i>8</i> |
| <i>Stadsdelsnämnden</i> | <i>8</i> |
| <i>Stadsdelsdirektör.....</i> | <i>9</i> |
| <i>Avdelningschefer för individ- och familjestöd, äldreomsorg och förebyggande arbete och kultur</i> | <i>9</i> |
| <i>Verksamhetschef enligt HSL inom äldreomsorg.....</i> | <i>9</i> |
| <i>Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)</i> | <i>9</i> |
| <i>Enhetschef</i> | <i>10</i> |
| <i>Biträdande enhetschef med personal-, budget och arbetsmiljöansvar....</i> | <i>10</i> |
| <i>Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.....</i> | <i>10</i> |
| <i>Medarbetare</i> | <i>10</i> |
| <i>Entreprenörer</i> | <i>11</i> |
| 4. Ledningssystemets huvudpunkter | 11 |
| <i>Processer och rutiner</i> | <i>11</i> |
| <i>Samverkan</i> | <i>13</i> |
| <i>SoL och LSS</i> | <i>13</i> |
| <i>Hälso- och sjukvård.....</i> | <i>13</i> |
| <i>Systematiskt förbättringsarbete – hantering av avvikelser</i> | <i>13</i> |
| <i>Risikanalyis</i> | <i>14</i> |

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom Socialtjänsten

4 (19)

| | |
|---|-----------|
| <i>Risikanalys enligt nämndens system för intern kontroll</i> | <i>14</i> |
| <i>Internkontrollplan</i> | <i>15</i> |
| <i>Uppföljning och utvärdering av internkontrollplanen</i> | <i>15</i> |
| <i>Egenkontroll/löpande kontroller</i> | <i>16</i> |
| <i>Utredning av avvikelser</i> | <i>16</i> |
| <i>Klagomål och synpunkter</i> | <i>16</i> |
| <i>Rapporteringskyldighet – lex Maria och lex Sarah</i> | <i>17</i> |
| <i>Sammanställning och analys</i> | <i>17</i> |
| <i>Förbättrande åtgärder i verksamheten</i> | <i>18</i> |
| <i>Förbättring av processerna och rutinerna</i> | <i>18</i> |
| <i>Personalens medverkan</i> | <i>18</i> |
| <i>Dokumentationsskyldighet</i> | <i>18</i> |
| <i>Socialtjänstens kvalitetsberättelse</i> | <i>18</i> |
| <i>Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård</i> | <i>19</i> |

1. Inledning

Socialtjänsten har en central del i välfärdssystemet. Detta ställer stora krav på rättssäkerhet, likvärdighet och tillgänglighet. Den ska ha en god kvalitet både inom offentlig och privat driven

verksamhet. Det gäller även myndighetsutövning.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS: 2011:6) trädde i kraft 1 januari 2012. Tidigare fanns två föreskrifter, en för socialtjänst och verksamhet enligt LSS¹, en och en för hälso- och sjukvården.

Numera finns bara en som gäller såväl socialtjänst och verksamhet enligt LSS som hälso- och sjukvård.

Föreskrifterna och allmänna råden gäller även för enskilda utförare.

Syftet med de nya föreskrifterna och allmänna råden är att alla verksamheter inom socialtjänsten² ska inrätta ledningssystem genom vilka verksamheternas kvalitet/eller patientsäkerhet utvecklas och säkras.

Det systematiska kvalitetsarbetet utgår från övergripande mål och grundläggande värderingar i Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Motsvarande gäller för kommunala hälso- och sjukvården som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Ett ledningssystem är ledningens verktyg för att leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Enligt föreskriften ska verksamheten identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Detta i sin tur ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

Viktiga områden i det systematiska kvalitetsarbetet är

- kvalitetssäkring av sociala tjänster
- samverkan
- förbättringsarbete – riskanalys, egenkontroll, synpunkter och klagomål
- medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet
- dokumentationsskyldighet

För att tillämpa föreskrifterna krävs att verksamheten kartlägger vilka krav och mål som gäller för den egna verksamheten och anpassar ledningssystemet utifrån det.

¹ Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

² Verksamhet enligt socialtjänst omfattar i detta dokument verksamhet enligt SoL, LSS och HSL

Resultaten från egenkontroll, risk- och klagomålshantering ska användas för att utveckla verksamheten.

Stockholms stads ledningssystem

Stockholms stad har ett integrerat ledningssystem, ILS, för kvalitetssäkring av all verksamhet. Styrmodellen omfattar planering och uppföljning på alla nivåer i organisationen. Systemet bygger på en klassisk styrmodell där kommunfullmäktiges vision 2040 och mål konkretiseras och bryts ner i organisationen. Utöver detta finns nationella styrdokument och lagstiftning till exempel socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamhetsplanering sker årsvis både på nämnd- och enhetsnivå.

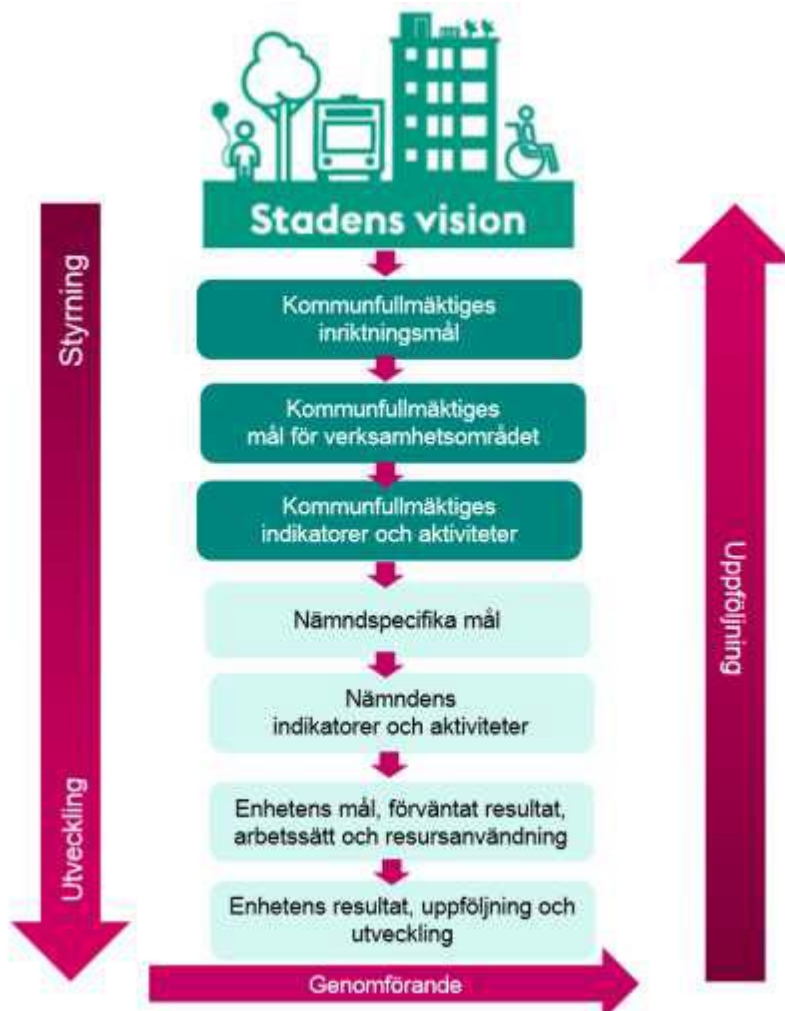


Bild 1. Beskrivning av stadens styrmodell samt hur socialstyrelsens kvalitetskrav kommer in i planerings- och uppföljningsprocessen.

Stadsdelsnämnden fastställer mål för de olika verksamhetsområdena i verksamhetsplanen. Utifrån målen formulerar enheterna uppföljningsbara mål. I tertialrapporter och verksamhetsberättelsen redovisas resultat.

Planerings- och uppföljningsarbetet i stadsdelsnämnden dokumenteras i ett årshjul för att synliggöra det gemensamma, systematiska arbetet för alla berörda verksamheter.

2. Definition av kvalitet

Kvalitet definieras i föreskriften ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Kvalitetsdefinitionen kan därför beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i dessa andra lagar och föreskrifter eller beslut som gäller för verksamheten. Det räcker därför inte med att endast läsa SOSFS 2011:9 för att veta vad som ska uppnås med hjälp av ledningssystemet.

Enligt föreskriften definieras kvalitet som ”Den som bedriver verksamhet ska säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter” (2 kap 1 § SOSFS 2011:9).

Socialtjänstlagen

”Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet” (1 kap 1 § SoL, 2011:453).

”Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (3 kap 3 § SoL, 2011:453).

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Verksamheten enligt LSS ”skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som tillhör LSS personkrets. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra” (5 § LSS, 1993:387).

Verksamheten ”skall vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten ska vara grundad på respekt för

den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För verksamheten enligt LSS skall det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges” (6 § LSS, 1993:387).
”När åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas” (6 a § LSS, 1993:387).

Hälso- och sjukvårdslagen

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården” (3 kap 1 § HSL, 2017:30).

”Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (5 kap 4 § HSL, 2017:30).

3. Roller och ansvar

Ett väl fungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att vidta åtgärder inom den ordinarie organisationen.

Ansvarsfördelning inom Skarpnäcks stadsdelsnämnd

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Stadsdelsnämnden

Stadsdelsnämnden fastställer socialtjänstens ledningssystem för kvalitet, beslutar om mål och måtvärden för verksamheten och följer upp målen.

Kvalitetsledningssystemet ska integreras med de befintliga systemen för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med.

Stadsdelsdirektör

Stadsdelsdirektören har det yttersta ansvaret för att upprätta ledningssystem, planera, genomföra och följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.

Avdelningschefer för individ- och familjestöd, äldreomsorg och förebyggande arbete och kultur

Avdelningschef ansvarar för att utarbeta och förvalta ett ledningssystem för kvalitet utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Avdelningschefen ansvarar också för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet.

Verksamhetschef enligt HSL inom äldreomsorg

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 2017:30 kap 2 §, ansvarar för att, i samarbete med avdelningschef inom äldreomsorg, utarbeta och förvalta ett ledningssystem för kvalitet utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att, i samarbete med avdelningschef inom äldreomsorg, det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ska se till att den fungerar på ett tillfredsställande sätt. I ansvaret ingår att det finns personal med rätt kompetens samt att lokaler och utrustning är anpassade utifrån verksamhetens inriktning och behov.

Verksamhetschef ska tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främja kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen ansvarar för utredning, åtgärder och återkoppling av resultat till verksamheten.

Verksamhetschefen ska samverka med MAS/MAR i frågor som rör verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har det övergripande ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård. Ansvaret regleras bland annat i 4 kap 6 § HSF, 2017:80.

Enhetschef

Enhetschef arbetar enligt fastställda mål och mätvärden och har ansvar för att bryta ner målen till enhetsmål för verksamheten och kvalitetssäkra dessa. Enhetschefen ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i enhetens ledningssystem. Enhetschefen ansvarar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta förbättringsåtgärder.

Biträdande enhetschef med personal-, budget och arbetsmiljöansvar

Biträdande enhetschef arbetar enligt fastställda mål och mätvärden och har ansvar för att bidra i arbetet med att bryta ner målen till enhetsmål för verksamheten och att kvalitetssäkra dessa. Biträdande enhetschef ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i enhetens ledningssystem. Biträdande enhetschef ansvarar för egenkontroller, uppföljningar och åtgärder.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- Rapportera avvikelser i samband med vård och behandling till MAS/MAR och verksamhetschef.
- Dokumentera avvikelserna.
- Tillsammans med verksamhetschef vidta adekvata åtgärder för att förhindra återupprepning.
- Om inte omedelbara åtgärder kan vidtas ska en tidsplan upprättas.
- Informera patient/närstående om inträffad händelse lett till vårdskada.

Medarbetare

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

- Arbeta i enlighet med processer och rutiner.
- Medverka i enhetens olika aktiviteter i kvalitetsarbetet.
- Delta i och lämna uppgifter till egenkontroll, kvalitetsregister och dylikt.
- Delta i uppföljning och analys av mål och resultat.
- Rapportera avvikelser av olika slag.
- Lämna uppgifter till rapporter och utredningar.

Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Att medverka till god kvalitet innebär bland annat att vara uppmärksam och påtala sådant som kan medföra risk för att den enskilde inte får god omvårdnad, gott stöd, god service och lever under trygga förhållanden. Stor vikt ska läggas på det förebyggandet arbetet. Att påtala och rätta uppkomna fel och brister, vara lyhörd för synpunkter och klagomål är åtgärder som kan bidra till att säkerställa en god kvalitet. Verksamheter ska bedrivas så att eventuella försummelser, övergrepp och andra missförhållanden så långt som möjligt kan förebyggas och förhindras. En viktig förutsättning är att det finns rutiner för att hantera iakttagelser som görs, fel och brister som upptäcks samt synpunkter och klagomål som tas emot. Likaså att ledningen uppmuntrar och välkomnar ett sådant arbetssätt.

Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Inom nämndens verksamheter gäller även detta personer som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Entreprenörer

Entreprenörer är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som innebär kvalitetsuppföljning, kvalitetsutveckling, att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet samt att ge information om resultatet till sina medarbetare inom sitt verksamhetsområde. Entreprenörer är ansvariga för att informera nämnden om resultat av kvalitetsuppföljningar.

4. Ledningssystemets huvudpunkter

Processer och rutiner

Verksamheten ska:

- Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- I varje process identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

All verksamhet inom socialtjänstens område utgår från huvudprocessen.



I Stockholms stad är det socialnämnden som ansvarar för riktlinjer för handläggning inom stadens socialtjänst exklusive äldreomsorgen. Riktlinjerna uppdateras regelbundet efter exempelvis lagändringar.

Äldrenämnden ansvarar för riktlinjer inom äldreomsorg, hälso- och sjukvård inom stadens särskilda boenden och för dagverksamheter för äldre, oavsett regi.

Riktlinjerna är ett komplement till det regelverk som styr socialtjänsten och hälso- och sjukvården och ska ge vägledning för utarbetandet av lokala regler och rutiner inom respektive stadsdelsnämnd och verksamhet.

Närmast ansvarig chef för en enhet/verksamhet ska:

- Identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utifrån lagstiftning, författningar, stadens och nämndens mål för verksamhetsområdet.
- Identifiera de aktiviteter som ingår i varje process och bestämma aktiviteternas inbördes ordning i respektive process.
- Utarbeta rutiner för varje aktivitet för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten (t ex olika yrkeskategorier, olika enheter inom verksamhetsområde/inom organisationen).

Rutin för chef:

- Processerna ska beskrivas överskådligt, göras kända och finnas tillgängliga för medarbetarna.
- 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.
- Närmast ansvarig chef ansvarar också för att ändra på processerna och rutinerna om någon form av avvikelse (klagomål, avvikelse, missförhållande, risk för vårdskador et cetera) visar att det finns brister i processerna eller rutinerna.

- Varje chef ska ha en uppdaterad och lättillgänglig sammanställning av de rutiner som gäller i verksamheten.

Avdelningschefen har ansvar för att fastställa verksamhetsövergripande rutiner.

Samverkan

SoL och LSS

De processer där samverkan behövs, ska identifieras för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten. Det ska även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Hälso- och sjukvård

De processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada ska identifieras. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Systematiskt förbättringsarbete – hantering av avvikelser

En viktig förutsättning för att medverka till en god kvalitet är att det finns rutiner för att hantera iakttagelser som görs, fel och brister som upptäcks samt synpunkter och klagomål som tas emot.

Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter³ ligger till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. När en avvikelse uppmärksammas ska enhetschefen vidta åtgärder och se över processer och rutiner så att dessa är ändamålsenliga. Detta för att säkra att verksamheten arbetar systematiskt för att förbättra kvaliteten.

³ Rapport om lex Sarah, lex Maria, tillsynsrapporter, revisionsrapporter mm

Risکاناليس

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa och som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Med hjälp av en riskanalys bedöms sannolikheter för olika oönskade händelser och dess konsekvenser. Med det som underlag kan beslut tas och åtgärder vidtas i syfte att minimera dessa risker. För varje händelse som utgör en risk ska den som bedriver socialtjänst dels uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, dels bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

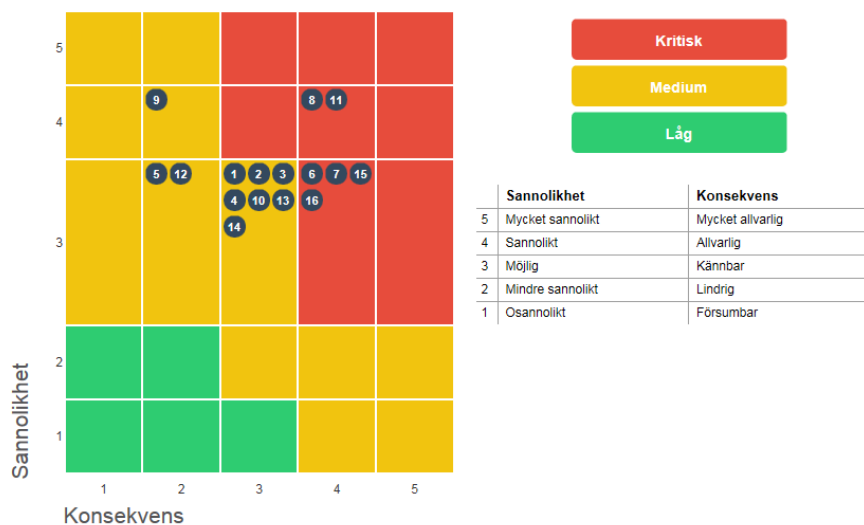
I anslutning till verksamhetsplaneringen inför kommande år gör alla enheter en väsentlighets- och riskanalys (VOR-analys). Enheternas analyser ökar förutsättningarna att "rätt" områden kontrolleras i nämndens årliga internkontrollplan.

Risکاناليس enligt nämndens system för intern kontroll

Det första steget i att ta fram granskningsområden till den årliga internkontrollplanen är att väsentliga processer, arbetssätt och oönskade händelser och risker identifieras och analyseras. Syftet med väsentlighets- och riskanalysen (VoR) är att öka förutsättningarna för att "rätt" områden kontrolleras. I väsentlighets- och riskanalysen uppskattas väsentlighetsgraden (konsekvenserna) och risken (sannolikheten) för att oönskade händelser inträffar.

Analysen syftar till att

- identifiera möjliga felkällor i verksamhetens arbete
- bedöma sannolikheten för att felet uppstår
- bedöma vilka konsekvenser felet skulle kunna ha
- prioritera vilka risker som behöver arbetas med för att säkerställa att felet inte uppstår



Väsentlighets- och riskanalysen genomförs i ett antal steg som beskrivs i förvaltningens anvisningar till enheter inför den årliga verksamhetsplaneringen.

Internkontrollplan

Nämnden och enheterna beslutar vilka oönskade händelser som ska ingå i enhetens internkontrollplan. Av planen framgår aktuell process, oönskad händelse, sannolikhet och konsekvens. Därutöver beskrivs:

- Uppföljning av arbetssätt/löpande kontroll (vad som ska kontrolleras).
- Beskrivning av uppföljning/kontroll (hur kontrollen ska gå till).
- Metod för uppföljning/kontroll.
- Start- och slutdatum för uppföljning/kontroll.
- Ansvarig för uppföljning/kontroll.

Uppföljning och utvärdering av internkontrollplanen

Med utgångspunkt från planen för den interna kontrollen genomförs kontrollerna. Kontrollerna dokumenteras och eventuella åtgärder ska ligga till grund för enhetens förbättringsarbete. Årets uppföljningar och utvärderingar ligger till grund för enhetens förbättringsarbete för att uppnå verksamhetens mål (verksamhet och ekonomi) och följsamhet till lagar, riktlinjer och rutiner. Uppföljningen används som underlag i den årliga väsentlighets- och riskanalysen. Nya och kvarstående brister tas upp i nästa års väsentlighets- och riskanalys och ingår eventuellt åter i internkontrollplanen.

Egenkontroll/löpande kontroller

Egenkontroll innebär att enhetschefen själv ska kontrollera att verksamheten följer de lagar, föreskrifter och riktlinjer som styr verksamheten. Egenkontrollen är en systematisk uppföljning av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Den ska ske med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Exakt hur egenkontrollen ska utformas finns inte reglerat i föreskriften. Det viktigaste är att egenkontrollen är anpassad efter de risker som finns i verksamheten.

Egenkontrollen innebär att ta fram följande:

- Vad kontrolleras?
- Hur sker kontrollen?
- När utförs kontrollen?
- Hur dokumenteras kontrollen?
- Vem kontrollerar?

Egenkontrollen kan innefatta:

- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355).
- Jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter.
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.
- Målgruppsundersökningar.
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation, exempelvis kontrollistor.
- Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos medarbetare som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- Analys av uppgifter från patientnämnder.
- Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Utredning av avvikelser

Klagomål och synpunkter

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från:

- Vård- och omsorgstagare och deras närstående.

- Personal.
- Vårdgivare.
- De som bedriver socialtjänst.
- De som bedriver verksamhet enligt LSS.
- Myndigheter.
- Föreningar, andra organisationer och intressenter.

Inom nämndens verksamhet finns rutiner för hur klagomål och synpunkter hanteras.

Medborgare, brukare och anhöriga i stadsdelsområdet ska uppmuntras till att framföra synpunkter och klagomål på verksamheten. Det är i dialog och samråd med brukare och medborgare som verksamheten kan vidareutveckla verksamheten.

Synpunkter kan framföras via förvaltningens blankett "Tyck till". Andra sätt är exempelvis per brev eller e-post.

Rapporteringskyldighet – lex Maria och lex Sarah

Lex Maria

Lex Maria innebär att vårdgivare har skyldighet att till IVO anmäla om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom.

Enligt patientsäkerhetslagen är all personal skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Lex Sarah

Skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden gäller för anställda, uppdragstagare, praktikanter, deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program och liknande som fullgör uppgifter enligt SoL och LSS.

Lex Sarah innebär att socialtjänsten har skyldighet att till Inspektionen för vård och omsorg anmäla om en brukare i samband med insatser från socialtjänsten utsatts för allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden.

Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Risakanalysen, egenkontrollen, utredningar från avvikelser i form av klagomål och synpunkter, avvikelser och rapporter om lex Maria och lex Sarah ska analyseras. Därefter ska åtgärder vidtas som säkrar verksamhetens kvalitet utifrån lagstiftning, författningar, stadens och nämndens mål för verksamhetsområdet.

Förbättring av processerna och rutinerna

Risakanalysen, egenkontrollen, utredningar från avvikelser i form av klagomål och synpunkter, avvikelser och rapporter om lex Maria och lex Sarah ska analyseras. Om analysen visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

Personalens medverkan

Enligt SoL, LSS och HLS är all personal inom socialtjänsten skyldig att medverka till hög kvalitet respektive patientsäkerhet. Ansvarsfördelningen framgår i avsnitt ansvarsfördelning Skarpnäcks stadsdelsnämnd, se sidan 7. Respektive chef ska säkerställa att medarbetarna arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras enligt HSLF-FS 2017:40. Dokumentationen kan ske genom mötesanteckningar i ledningsgrupper och från arbetsplatsträffar, i väsentlighets- och riskanalysen, internkontrollen och egenkontrollen. Det kan också ske genom dokumentation i särskilda ärenden, exempelvis lex Sarah eller lex Maria.

Socialtjänstens kvalitetsberättelse

Vårdgivare som bedriver socialtjänst bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet.

- Vilka resultat som har uppnåtts.

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att:

- Det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar.
- Informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Genom att enheterna årligen tar fram tertiärrapporter och verksamhetsberättelser enligt stadens integrerade ledningssystem redovisas verksamhetens resultat och vad som fortlöpande behöver utvecklas i enlighet med kravet på kvalitetsberättelse.

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Nämnden ska godkänna den egna verksamhetens patientsäkerhetsberättelse medan entreprenörernas endast anmäls till nämnden.

I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur:

- ansvaret för patientsäkerhetsarbetet varit fördelat.
- egenkontrollen har följts upp och utvärderats.
- samverkan möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.
- risker för vårdskador har hanterats.
- rapporter enligt patientsäkerhetslagen har hanterats.
- inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.
- många händelser som utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvariga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att:

- det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar.
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.