



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



 Eda kommun	Styrdokument	
	Dokumenttyp	Riktlinje
	Beslutad av	Kommunstyrelsen 2014-09-09
	Dokumentansvarig	Verksamhetschef Vård och Stöd
	Reviderad	2016-09-01, förlängd giltighetstid, ingen ändring 2017-05-03, Kommunstyrelsen § 93 2020-12-01, Kommunstyrelsen § 212 2022-12-06, Socialnämnden § 231
	Träder i kraft	2023-01-01

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	4
1.1 Syfte.....	4
1.2 Mål.....	4
1.3 Kvalitet.....	5
2 Organisationsstruktur och ansvarsfördelning för ledningssystemet.....	6
2.1 Verksamhetens organisationsstruktur.....	7
2.1.1 Förvaltning.....	8
2.1.2 Utveckling.....	8
2.1.3 Tillsyn.....	8
2.2 Ansvarsfördelning.....	8
3 Processer, riktlinjer och rutiner.....	11
4 Samverkan.....	12
5 Systematiskt förbättringsarbete.....	12
5.1 Riskanalyser.....	13
5.2 Egenkontroll.....	13
5.3 Utredning av avvikelser.....	14
5.3.1 Klagomål och synpunkter.....	14
5.3.2 Avvikelser.....	14
5.3.3 Lex Sarah och anmälan om Vårdskada.....	14
5.3.4 Fel och brist.....	14
5.3.5 Årshjul för egenkontroller, se bilaga.....	14
5.3.6 Sammanställning och analys.....	14
5.4 Kvalitetshöjande åtgärder.....	15
6 Dokumentation av kvalitetsarbetet.....	15
7 Utvecklingsområden år 2021–2023.....	15
8 Aktuell lagstiftning och föreskrifter.....	16
8.1 Övergripande lagstiftning och föreskrifter.....	16
8.2 Lagstiftning och föreskrifter för socialtjänsten.....	16
8.3 Lagstiftning och föreskrifter för hälso- och sjukvården.....	16
9 Bilagor.....	17
Årshjul för egenkontroller.....	17

1 Inledning

De medborgare som behöver insatser från verksamheten Vård och Stöd samt andra personer som har kontakt med verksamheten har rätt till ett gott bemötande och insatser utförda med hög kvalitet. För att kunna styra, utveckla och bedriva en verksamhet i ständig förändring/förbättring är behovet av gemensam systematik nödvändig. Detta ledningssystem är framtaget för att stödja det arbetet och ge en gemensam organisatorisk struktur på kvalitetsarbetet. Att det ska finnas ett ledningssystem för de som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS finns fastställt i en föreskrift från Socialstyrelsen, SOSFS 2011:9.

Ledningssystemet ska innehålla följande delar:

- Bakgrund, förutsättningar och ansvarsfördelning.
- Vilka processer och områden som verksamheten omfattar. Utifrån dessa processer finns det riktlinjer och rutiner. Ledningssystemet anger hur dessa är uppbyggda, hålls uppdaterade, beslutas, publiceras och arkiveras.
- Beskrivning hur hantering av risker, egenkontroll, rapportering och hantering av klagomål och synpunkter samt förbättringsarbetet ska genomföras.
- Former för samverkan både internt inom kommunen och externt t.ex. med andra myndigheter.

Utgångspunkten för det systematiska kvalitetsarbetet är förändrings-/förbättringscykelns alla delar, planering, ledning, kontroll, uppföljning och utvärdering, samt styrning för genomförande enligt den.

Socialtjänstprocessens huvuddelar, se nedanstående figur.



1.1 Syfte

Ledningssystemet ska vara verktyget som ger struktur till ledning och styrning av verksamheten för att säkra kvaliteten. Det ska också vara ett stöd för att kontinuerligt arbeta med förbättringar, utveckling och skapa en gemensam struktur för det arbetet inom verksamhetsområdet.

1.2 Mål

Ledningssystemet ska:

- Säkerställa att verksamheten bedrivs utifrån fastställda beslut och med hög kvalitet.
- Vara en grund och främja systematiskt kvalitetsarbete inom verksamheten.

- Ta tillvara medarbetarnas professionella kunskap, deras insikter och åsikter om förbättringsområden.
- Ge möjlighet till delaktighet och engagemang genom en tydlig struktur.

1.3 Kvalitet

Ledningssystemet är upprättat utifrån de krav och mål som finns definierade i gällande lagar, föreskrifter och verksamhetsplan. Ledningssystemet kommer att uppdateras kontinuerligt till exempel när lagar, föreskrifter eller verksamheten förändras. Verksamheten styrs av samhället och medborgarnas behov och förväntningar vilket ändras över tid. Medborgarnas och den enskildes inflytande över arbetet och respekt för den enskildes integritet har stor betydelse. Kvalitetsperspektivet ska alltid genomsyra de riktlinjer och rutiner som gäller inom verksamheten. Ambitionen är att kvalitetsperspektivet och accepterad nivå ska framgå tydligt och inte lämna utrymme för individuella tolkningar. Tolkas detta på olika sätt i någon form av dokumentation ska det vara ett incitament till att ett förtydligande krävs, kanske efter en utredning.

I allt arbete som bedrivs inom Vård och Stöd ska vår värdegrund utgöra basen:

- *Den enskilde ska känna sig trygg i sina kontakter med Vård och Stöd.*
- *Kontakten ska kännetecknas av tydlighet, respekt och tillit. Verksamheten ska verka för kontinuitet, tillgänglighet och hög rättssäkerhet.*
- *Vårt kunskapsbaserade arbete bygger på en omvärldsbevakning, helhetssyn och förebyggande arbete.*
- *Verksamheten ska verka för god kvalitet.*
- *Den enskilde ska ha möjlighet att påverka och ha inflytande i sin dagliga livsföring.*
- *Verksamheten ska tillhandahålla aktuell och lätt tillgänglig information samt skapa förutsättning för mötesplatser.*

Kvalitet har starka kopplingar till värderingar, synsätt och attityd. Bemötandet från verksamhetsföreträdare ska alltid präglas av objektivitet, vara korrekt och professionellt.

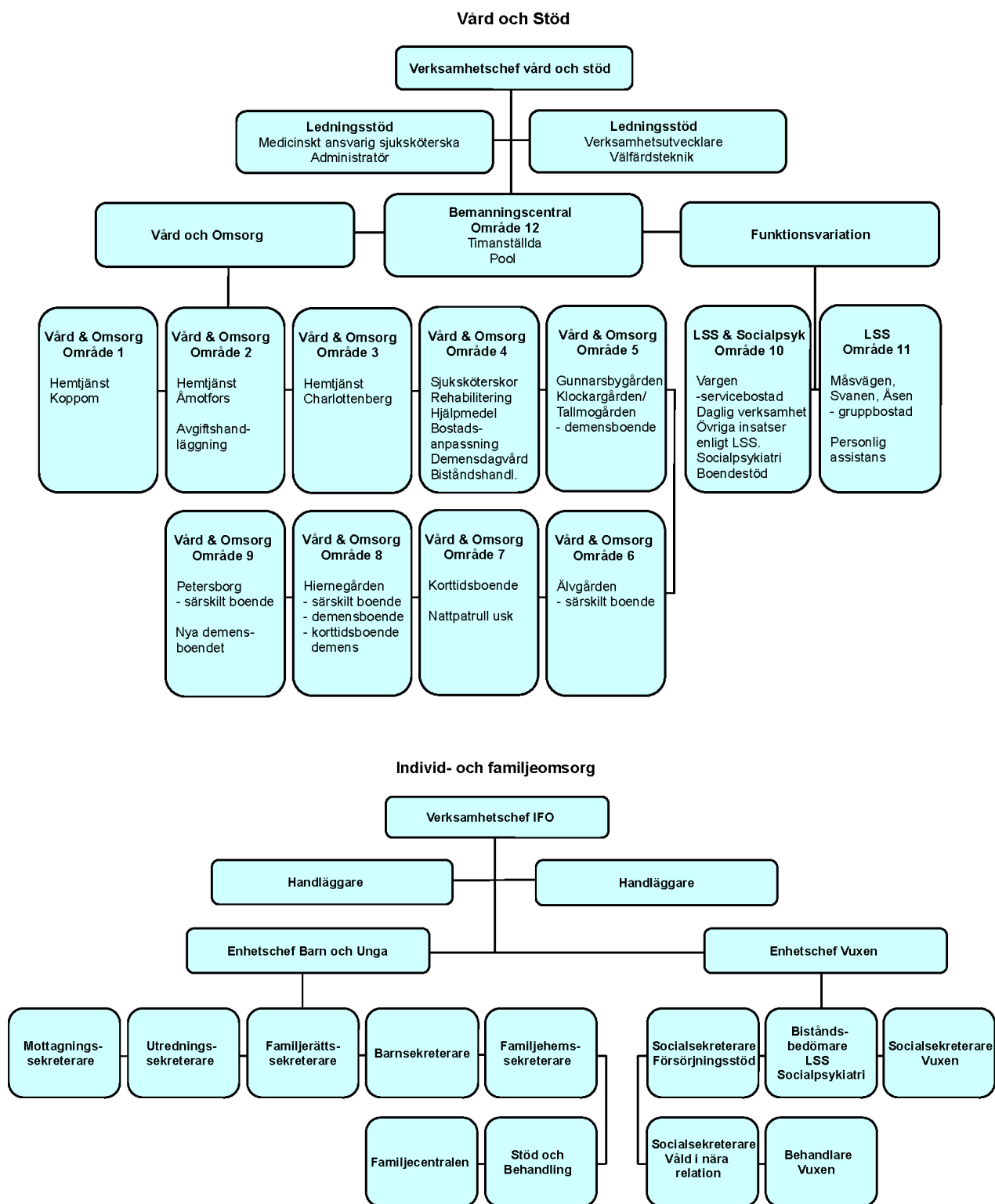
Förhållningssätt utifrån dessa villkor måste därför vara en naturlig del av verksamhetens kritiska granskning och stå på dagordningen i olika mötesforum. En aktiv och stödjande ledning ska bidra till en lärande organisation där förändringar och utveckling utifrån ett kvalitetsperspektiv är en naturlig del av arbetet.

Verksamhetens mål för kvalitet finns dokumenterade och specificerade dels i verksamhetsplanen, dels i uppföljningsinstrumentet. Mätningar och egenkontroll för att följa utveckling och att rätt nivå uppnås görs med fastställda intervall.

2 Organisationsstruktur och ansvarsfördelning för ledningssystemet

En förutsättning för ett fungerande kvalitetsarbete är en tydlig ansvarsfördelning och att det finns beslutat vem som har befogenheter att vidta åtgärder.

2.1 Verksamhetens organisationsstruktur



Ledningssystemet omfattar hela verksamhetsområdet, ansvarsfördelningen inom organisationen framgår i särskilt kapitel i detta dokument.

2.1.1 Förvaltning

Ledningssystemet ägs av Eda kommun. Det är verksamhetschefen för Vård och Stöd samt verksamhetschef för IFO som är ytterst ansvarig för att innehållet i ledningssystemet är korrekt, uppdaterat och tillgängligt. För att ledningssystemet ska vara tillgängligt dels för medarbetare och dels för Eda kommuns medborgare ska det finnas tillgängligt på kommunens hemsida. Det är ledningsgruppen för Vård och Stöd som samordnar och driver ärenden utifrån uppdraget att förvalta ledningssystemet.

2.1.2 Utveckling

Verksamhetschef, områdeschefer, avdelningschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR) och verksamhetsutvecklare (VU) ansvarar för att resultat, erfarenheter och förbättringar inom verksamheten leder till att ledningssystemets styrdokument som t.ex. riktlinjer och rutiner uppdateras med aktuellt innehåll. Operativ utveckling av verksamheten är det respektive chef för området/enheten som ansvarar för.

2.1.3 Tillsyn

Tillsyn och uppföljning enligt fastställda arbetsformer och processer av verksamheten ska främja utveckling inom verksamheten. Tillsynen kan genomföras av chefer, MAS/MAR, VU, utvalda medarbetare eller i vissa ärenden extern konsult.

Utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria ska genomföras och återkopplas utifrån de riktlinjer som är beslutade. I riktlinjen för egenkontroll framgår det hur ofta tillsyn ska göras, vad som ska granskas, hur granskning ska genomföras och hur återrapportering görs.

Resultatet från de egenkontroller som genomförs kan vara utgångspunkten för en fördjupad utredning inom granskat område. Fördjupad utredning kan beställas av kommunstyrelsen, socialnämnden och verksamhetschef.

2.2 Ansvarsfördelning

Grunderna för vem som beslutar vad som finns i Eda kommuns delegationsordning. Kommunens politiska ledning beslutar vilken verksamhet som ska bedrivas och vilka mål som gäller.

Eda kommuns uppdrag med verksamhetschefen som ansvarig för Vård och Stöd har utifrån detta uppdrag att ta fram en verksamhetsplan som beskriver hur målen ska nås och vem som ska genomföra aktiviteterna i verksamhetens processer.

Ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet inom Vård och Stöd visas nedan:

Vem	Vad
Kommun fullmäktige	Fastställa kommunens strategiska plan och övergripande mål
Kommun styrelsen Kommun styrelsen	- Fastställa verksamhetsplan där ledningssystemet ska vara en integrerad del - Besluta om strategier och övergripande mål för kvaliteten, fastställa ledningssystemet, kvalitetsgarantier och riktlinjer - Försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt

Vem	Vad
	kvalitetsarbete Beslutar om internkontrollplan
Socialnämnden	- Ansvara för uppföljning av alla kvalitetsaspekter inom verksamheten inklusive internkontroll - Kvalitetsgranska dokument för verksamheten innan de lämnas för beslut till kommunstyrelsen
Verksamhetschef	- Ansvara för att intentioner från ledningssystem för kvalitetsutveckling omsätts i praktisk handling och genomsyrar verksamheten - Organisera verksamheten utifrån beslutade mål och resurser så att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses - Ansvara för att det finns rutiner för riskanalyser, egenkontroller, hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser samt återföring av resultat och analyser för dem - Ansvara för återrapportering genom uppföljningsinstrumentet till kommunstyrelsen, socialnämnden, Vård och Stöds ledningsgrupp och på verksamhetsrådet - Säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner för samverkan internt och externt, med tydlig ansvarsfördelning - Säkerställa att internkontroll sker systematiskt och kontinuerligt - Bereda ärenden för beslut till socialnämnden och kommunstyrelsen enligt de mål, riktlinjer, förordningar och lagar som gäller - Upprätta riktlinjer och fastställa rutiner enligt delegationsordningen eller lagstiftning - Årligen integrera kvalitetsarbetet i verksamhetsplanen - Årligen säkerställa att kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen dokumenteras och kommuniceras
Ledningsgruppen för Vård och Stöd	- Planera och genomföra verksamhet utifrån beslutad verksamhetsplan. Vid behov komplettera med verksamhetsmål - Prioritera och besluta om strategiska kvalitetsfrågor och utvecklingsområden - Samordna kvalitetsarbetet inom verksamhetsområdet - Utse projektansvariga som kan förbereda och planera aktiviteter för beslutade projekt och utvecklingsarbeten
Områdeschef Enhetschef	Inom sitt område: - Samlat ledningsansvar så att verksamheten bedriver omsorg och insatser med hög kvalitet och som är rättssäkert - Ansvara för att alla delar i förbättringscykeln finns implementerade på ett naturligt sätt för kvalitetsarbetet, planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera - Bryta ned verksamhetsmål till lokala mål - Genomföra egenkontroller, risk- och händelseanalyser - Ta emot och hantera avvikelser
Områdeschef Enhetschef	- Ta emot och hantera synpunkter samt klagomål - Bistå verksamhetschefen och verka för att ta fram relevanta

Vem	Vad
	överenskommelser internt och externt för samverkan, samt ta fram riktlinjer och rutiner för detta • Förankra kvalitetsarbetet hos medarbetarna • Skapa struktur och processer som möjliggör medarbetarnas delaktighet • Vid behov utse ansvariga med särskilt medarbetaruppdrag för specifika kvalitetsområden • Kommunicera och analysera resultat och vidta de förbättringsåtgärder som krävs • Årligen upprätta en lokal verksamhetsplan och i samband med årsredovisningen en kvalitetsberättelse • Fördela arbetsuppgifter för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten • Delta i arbetet med att utforma och uppdatera riktlinjer och rutiner vid behov • Ansvara för att fastställa och utforma lokala arbetsbeskrivningar • Ansvara för att fastställda riktlinjer och rutiner följs
MAS/MAR	Ansvarar för: • Det övergripande medicinska ansvaret för Eda kommuns hälso- och sjukvård • Medborgarna får en säker och ändamålsenlig vård • Att kommunen tillhandahåller behandling av god kvalitet och att den enskilde får den behandling som ordinerats • Bistå verksamhetschefen med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete • Bistå verksamhetschefen och verka för att ta fram relevanta överenskommelser internt och externt för samverkan, samt ta fram riktlinjer och rutiner för detta • Se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följa upp att de efterlevs • Att det finns system för anmälningar av vårdskador/risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt aktuell lagstiftning och att det finns rättssäkra rutiner för delegering av arbetsuppgifter • Följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kompetens utifrån verksamhetens krav • Att nödvändiga riktlinjer och rutiner inom HSL finns och att de uppdateras enligt rutin • Upprätta riktlinjer och rutiner enligt delegationsordningen eller lagstiftning • Upprätta den årliga patientsäkerhetsberättelsen
VU	Ansvarar för: • Medborgarna får insatser enligt SoL och LSS på ett säkert och ändamålsenligt sätt • Bistå verksamhetschefen med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitetsarbete • Bistå verksamhetschefen och verka för att vid behov ta fram relevanta överenskommelser internt och externt för samverkan, samt ta fram riktlinjer och rutiner för detta • Se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följa upp att de efterlevs • Att det finns system för anmälningar av missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt Lex Sarah, hantering av

Vem	Vad
	avvikelser, att dokumentation sker enligt aktuell lagstiftning • Att nödvändiga riktlinjer och rutiner inom SoL och LSS finns och att de uppdateras enligt rutin • Upprätta riktlinjer och rutiner enligt delegationsordningen eller lagstiftning • Upprätta den årliga kvalitetssäkerhetsberättelsen
Medarbetare	Varje medarbetare ansvarar för: • Följa riktlinjer och rutiner som finns för aktuell verksamhet • Skapa förtroende och utföra sina uppdrag med god kvalitet • Visa respekt i alla möten med brukare, medborgare, närstående och varandra • Löpande dokumentera sitt arbete enligt gällande riktlinjer och rutiner • Medverka i verksamhetens kvalitetsarbete • Delta i arbetet med att ta fram, uppdatera, använda och vidareutveckla rutiner • Delta i arbetet med uppföljning av resultat, utvärdering av mål och framtagande av förbättringsåtgärder

3 Processer, riktlinjer och rutiner

Definitioner:

- Policy** Dokument som innehåller värderingar och grunder som styr arbetet inom ett avgränsat område. Innehåller inga fasta regler utan principer och ska vara kortfattad.
- Riktlinje** Innehåller vad som ska göras. Bygger på fastställda processer för verksamheten. En riktlinje ska beskriva en serie aktiviteter som ingår i den specifika processen. Vilka aktiviteter som ingår och dess samband ska vara så beskrivna att möjlighet finns att åstadkomma avsett resultat och nå specificerade mål. Riktlinjerna ska vara ett konkret stöd för att se aktiviteterna och ibland vara vägledning för att kunna utföra dem. En riktlinje kan generera flera rutiner som mer detaljerat beskriver hur aktiviteterna ska genomföras.
- Rutin** Innehåller beskrivning av ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och vem som är ansvarig. Benämns regler i Eda kommuns riktlinjer för styrdokument.
- Lokal arbetsbeskrivning** Bygger på fastställda rutiner men innehåller också lokal information för att underlätta och/eller säkerställa att utförandet av aktiviteten blir korrekt. Ska endast finnas i de fall det anges i föreskrift eller när det tillför något mervärde för verksamheten.
- Checklista** Är ett verktyg för att på ett förenklat sätt säkerställa kvalitet och att arbete enligt rutin utförs på liknande sätt.

Inom verksamhetsområdet Vård och Stöd finns nedan angivna processer identifierade och fastställda. Till varje process ska det finnas minst en riktlinje

med ingående aktiviteter. Syftet med riktlinjer och rutiner är att verksamhetens kvalitet ska kunna utvecklas och säkras. Det finns checklista för framtagande och revidering av riktlinjer samt rutiner.

Alla medarbetare som uppmärksammar att en riktlinje eller rutin som är felaktig, behöver revideras eller saknas har ett ansvar att meddela sin närmsta chef. Det är sedan chefens ansvar att ta uppgifterna vidare och följa checklistan, se bilaga, för framtagande eller revidering av riktlinjen eller rutinen.

Samtliga riktlinjer publiceras på Eda kommuns hemsida och intranätet.
Samtliga rutiner publiceras på intranätet.

4 Samverkan

Samverkan ska alltid utgå från att tillgodose den enskildes bästa och för att denna ska få sina insatser utförda med god kvalitet. Exempel på när samverkan är nödvändig är upprättande av vårdplan, samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård, barn som far illa eller riskerar att fara illa och våld i nära relationer.

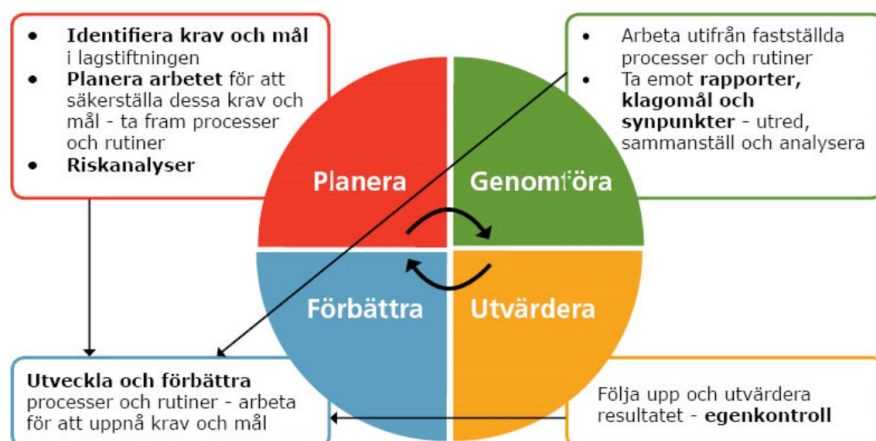
Många gånger är samverkan internt inom kommunen och externt en nödvändighet för att kunna säkra kvaliteten på de insatser som ges inom verksamhetsområdet Vård och Stöd eftersom den enskilde har sammansatta behov. Som exempel på aktörer för samverkan kan nämnas andra verksamhetsdelar inom Vård och Stöd, andra verksamheter inom kommunen, andra vårdgivare, myndigheter och föreningar. Extern samverkan regleras i dokumenterade överenskommelser.

Den enskilde ska i så stor utsträckning som möjligt ge samtycke till eventuell informationsöverföring. Rutiner för att upprätthålla sekretessen så väl internt som externt ska finnas, vara väl kända och följas i verksamheten.

5 Systematiskt förbättringsarbete

Fokus för förbättringar ska ligga på hantering av risker, klagomål/synpunkter, avvikelser, egenkontroller och medarbetarnas egna idéer på förbättringar som kvalitetsfrämjande utveckling.

Det systematiska förbättringsarbetet utgår från och är beroende av samtliga delar som beskrivs nedan i detta kapitel. Dessa ska ses som en helhet och en cykel som ständigt pågår som kan ses på nedanstående figur.



För att det ska vara tydligt för alla finns behovet av systematik och transparens i

förbättringsarbetet. Det ska finnas en plan för verksamheten som utgår både från krav och mål. När dessa inte kan uppfyllas ska det som avviker registreras, hanteras och åtgärdas för att undvika att det händer igen. Viktigt att händelser och åtgärder ska kommuniceras och göras kända i verksamheten. Arbetsplatsträffar, skyddsronder och olika ledningsgrupper är naturliga möten där det systematiska förbättringsarbetet alltid ska vara en stående punkt för rapportering och diskussion.

5.1 Riskanalyser

Att genomföra riskanalyser ska vara en integrerad del av verksamhetens utvecklingsarbete. Verksamheten ska fortlöpande bedöma och dokumentera om det finns risker för händelser som kan innebära kvalitetsbrister. Syftet är att tydliggöra behov av åtgärder för att kunna förebygga brister och negativa händelser. Bedömningen ska innehålla:

- Sannolikheten för att händelsen inträffar.
- Vilka negativa konsekvenser skulle kunna inträffa på grund av händelsen.

Risikanalys ska alltid göras vid förändringar inom verksamheten som t.ex. när nya arbetssätt eller metoder införs eller när organisationsförändringar planeras och genomförs.

5.2 Egenkontroll

Verksamhetens resultat ska följas upp och analyseras systematiskt. Egenkontrollen ska innehålla utvärdering av verksamhetens mål, kontroll att processer och riktlinjer följs och jämförelser med nationella/andra verksamheters resultat när det är möjligt. Vissa parametrar återkommer i verksamhetsplanen.

En övergripande strategi för hela verksamhetsområdet är att följa helheten och kunna se olika samband. Därför har ett uppföljningsinstrument skapats. I det lyfts kvalitetsparametrar och mål fram som den första delen av uppföljningen, därefter följer produktion/volym och sist de ekonomiska parametrarna. De flesta av dessa parametrar är månadsresultat. Presentationen görs dels per område dels för hela verksamheten där så är möjligt. Övriga kontroller och mätningar som är återkommande men följs med längre intervall presenteras i bifogat årshjul. Vilka resultat/parametrar som obligatoriskt ska ingå beslutas av vårdutskottet och verksamhetschefen. Det står varje verksamhetsområde fritt att lägga till och följa fler parametrar därutöver.

Rapportering av egenkontroller görs i vårdutskottet, på ledningsmöte, på verksamhetsråd och på respektive verksamhetsområdes arbetsplatsträffar. Syftet är att redovisa verksamhetens resultat, skapa diskussioner och tillvarata alla förslag till förbättringar och utveckling. Exempel på innehåll i egenkontroll är:

- Individuppföljning
- Internkontroll
- Systematisk granskning av verksamhet
- Brukarundersökningar
- Nationella uppföljningar

5.3 Utredning av avvikelser

5.3.1 Klagomål och synpunkter

Verksamhetens riktlinjer för hantering av synpunkter/klagomål följer kommunens övergripande riktlinje.

Synpunkter och klagomål som inkommer till verksamheten från till exempel brukare, anhöriga, enskilda, andra vårdgivare eller myndigheter sker genom kommunikation direkt med verksamheten, via kommunens hemsida eller medborgarkontoret. Möjlighet finns också för enskilda att anmäla klagomål till Inspektion för vård och omsorg (IVO).

5.3.2 Avvikelser

Alla avvikelser som berör brukare och som upptäcks inom verksamheten ska rapporteras och åtgärdas. Vid analys ska beslut tas om fortsatt handläggning och eventuella åtgärder. Återkoppling till den som lämnat avvikelse ska alltid göras när det är möjligt.

Sammanställning av avvikelser skall göras enligt årshjul och redovisas till socialnämnden.

Avvikelser är positivt och en naturlig del i förbättringsarbetet då de ger kunskap om att det som behöver åtgärdas eller förebyggas.

5.3.3 Lex Sarah och anmälan om Vårdskada

När vårdskador, risker för vårdskador, missförhållanden eller allvarliga risker för missförhållanden finns är det en lagstadgad skyldighet för medarbetare att rapportera detta. Vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS är skyldig att utreda rapporterade avvikelser och vidta åtgärder för att förbygga att avvikelserna upprepas. Anmälan enligt Lex Sarah och anmälan om vårdskada ska göras enligt gällande lagstiftning och utifrån kommunens delegationsordning.

5.3.4 Fel och brist

Fel och brister som inte berör en brukare och som upptäcks inom verksamheten ska rapporteras och åtgärdas. Återkoppling till den som lämnat in om fel och brister ska alltid göras när det är möjligt.

Sammanställning av avvikelser skall göras enligt årshjul och redovisas till socialnämnden.

Att uppmärksamma fel och brister är positivt och en naturlig del i förbättringsarbetet då det ger möjlighet att åtgärda och förebygga.

5.3.5 Årshjul för egenkontroller, se bilaga

5.3.6 Sammanställning och analys

Verksamhetens stab ska göra övergripande sammanställningar och analyser av inkomna rapporter, synpunkter och klagomål kontinuerligt under året. Den övergripande sammanställningen främjar att mönster och trender lättare identifieras. Syftet är att kunna sprida resultatet till hela verksamhetsområdet för att lära av varandra.

En årlig sammanställning görs som ingår i patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen. Sammanställningar och analyser ska kommuniceras till socialnämnden, på ledningsmöte, och på verksamhetsrådet. I analysen ska eventuella förslag på förbättrande åtgärder framgå. Motsvarande sammanställningar och analyser ska göras av respektive verksamhetsområde och kommuniceras på arbetsplatsträffar.

5.4 Kvalitetshöjande åtgärder

Förbättrande åtgärder ska göras utifrån gjorda sammanställningar och analyser. Det kan vara förbättring av processer och rutiner för att säkerställa kvaliteten. Förbättrande åtgärder ska gälla för all aktuell verksamhet inom verksamhetsområdet. Genom strukturerade processer för risk- och kvalitetsarbetet säkerställs att kunskap och åtgärder sprids.

6 Dokumentation av kvalitetsarbetet

Alla processer med betydelse för kvaliteten inom verksamheten ska vara dokumenterade enligt den struktur som tidigare beskrivits (riktlinjer och rutiner) och med hjälp av de mallar som finns. Kvalitets- och förbättringsarbetet ska dokumenteras på den nivå som arbetet sker och omfatta alla aktiviteter. Dokumentation ska finnas både på respektive verksamhetsområde och övergripande.

Dokumentationen som beskriver verksamhetens genomförande och utveckling ska vara skriven så att den är enkel och lättförståelig för alla. Tillgänglighet och spridning både internt och till allmänheten är viktig och ska finnas beskriven i riktlinjer. Det ska finnas en spårbarhet i dokumentationen över förändringsprocessen även efter att ändringar är gjorda i t.ex. riktlinjer.

7 Utvecklingsområden år 2021–2023

Utvecklingsinsatser behöver göras inom flera områden för att säkerställa kvalitetsarbetet inom verksamheten.

För att satsa på de mest angelägna områdena måste prioriteringar göras. Det behövs dels ett grundläggande arbete med att ta fram processer och gemensamma mallar mm men den största utmaningen torde dock vara att nå ut och förankra en samsyn i kvalitets- och förbättringsarbetet inom alla verksamhetsområden.

Prioriterade aktiviteter är:

- Gemensam modell och struktur för att beskriva processer
- Processkartor och riktlinjer till alla områden som har betydelse för kvalitetsarbetet
- Rutiner för att säkerställa gemensamma arbetssätt och metoder används i verksamheten
- Arbetsformer för att tillvarata medarbetarnas reflektioner och synpunkter
- Implementera ”ständiga förbättringar” som en naturligt integrerad del av vardagsarbetet inom alla verksamhetens område

- Spridning av verksamhetens resultat, vidareutveckla analysarbetet och samordna åtgärder
- Former för ökad delaktighet från brukare/anhöriga/medborgare
- Öka informationen och informationstillgängligheten till brukare/anhöriga/medborgare

8 Aktuell lagstiftning och föreskrifter

Många av de processer med tillhörande riktlinjer och rutiner som finns upptagna i ledningssystemet har beroende till lagstiftning och föreskrifter, dessa listas nedan.

8.1 Övergripande lagstiftning och föreskrifter

Lagstiftning

Kommunallag

Lag om vissa kommunala befogenheter

Förvaltningslagen

Lagen om offentlig upphandling (LOU)

Offentlighets- och sekretesslagen

Dataskyddsförordningen (GDPR)

Föreskrifter

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

8.2 Lagstiftning och föreskrifter för socialtjänsten

Lagstiftning

Socialtjänstlagen (SoL)

Socialtjänstförordningen

Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Förordning om stöd och service till vissa funktionshindrade

Föräldrabalken

Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Förordning om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Föreskrifter

SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

SOSFS 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah

SOSFS 2002:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

8.3 Lagstiftning och föreskrifter för hälso- och sjukvården

Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen

Lag om medicintekniska produkter

Patientlagen
Patientdatalagen
Patientsäkerhetslagen

Föreskrifter

SOSFS 1997:14	Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
HSLF-FS 2017:37	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
HSLF-FS 2017:40	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
HSLF-FS 2017:41	Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada (lex Maria)
HSLF-FS 2016:40	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
SOSFS 2015:10	Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg

9 Bilagor

Årshjul för egenkontroller

Uppföljning 1 gång/år

Månad	Uppföljning
Januari	Kommunens avgift för vården och omsorgen om äldre, Socialstyrelsen
Januari	Mängduppgifter insatser för barn och unga, Socialstyrelsen
Februari	Årsredovisning inklusive kvalitetsberättelse
Februari	Mängduppgifter familjerätt, Socialstyrelsen
Februari	Mängduppgifter kommunal familjerådgivning, Socialstyrelsen
Februari	Mängduppgifter insatser för vuxna personer med missbruks och beroendeproblem, Socialstyrelsen
Februari	Mängduppgifter insatser för övriga vuxna inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg, Socialstyrelsen
Mars	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetssäkerhetsberättelse
Mars/April	Extern granskning läkemedelshantering
April	Kommun- och enhetsundersökning: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen
Maj	Nationell brukarundersökning: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, Socialstyrelsen
Maj	Kommunens stöd till anhöriga, äldre, IFO och LSS,

Månad	Uppföljning
	Socialstyrelsen
Oktober	Individuppgifter insatser inom LSS, Socialstyrelsen
November	Mängduppgifter insatser enligt socialtjänstlagen till äldre personer och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen
December	Boverket, bostadsanpassning

Uppföljning 2–6 gånger/år

Månad	Uppföljning
Januari, mars, maj, juli, september, november	Loggning av användare i verksamhetssystem HSL, Cosmic Link, NPO
Januari, mars, maj, juli, september, november	Loggning av användare i verksamhetssystem SoL
Januari, april, augusti, oktober	Sammanställning avvikelserapporter, klagomål och synpunkter samt brister och fel
Februari, maj, september, november	Analys av sammanställning avvikelserapporter, klagomål och synpunkter samt brister och fel
Februari, maj, augusti, november	Individuppgifter insatser barn och unga, Socialstyrelsen
Februari, september	Individuppgifter insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsen
Februari, maj, augusti, november	Följsamhet till hygienrutiner
Mars, oktober	Mätning av nattfasta i särskilt boende och korttidsboende
Mars, juni, september, december	Ej verkställda beslut inom 3 månader avseende särskilt boende inom vård och omsorg samt LSS
April, oktober	Granskning av SoL-dokumentation inom Vård och Stöd inklusive genomförandeplaner avseende kvalitet och kvantitet
Maj, november	Journalgranskning av HSL-dokumentation avseende kvalitet
Valfria månader	Intern granskning av lyftselar

Uppföljning varje månad

Uppföljning
Individuppgifter insatser enligt socialtjänstlagen till äldre personer och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen
Individuppgifter ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen
Avvikelser och tillbud
Fallolyckor
Sjukfrånvaro

Uppföljning
Frisknärvaro
Beläggning korttidsplatser
Antal vårdtagare i hemtjänsten
Beviljade och utförda timmar SoL-insatser inom hemtjänsten
Beviljade och utförda timmar HSL-insatser inom hemtjänsten
Antal dagar institutionsplacerade barn och unga
Antal placeringar i familjehem
Antal placeringar i förstärkt familjehem
Antal orosanmälningar barn och unga och antal startade utredningar
Antal pågående ärenden barn och unga
Antal brukare med personlig assistans internt och externt
Antal brukare inom daglig verksamhet
Antal brukare inom socialpsykiatri
Ekonomisk uppföljning