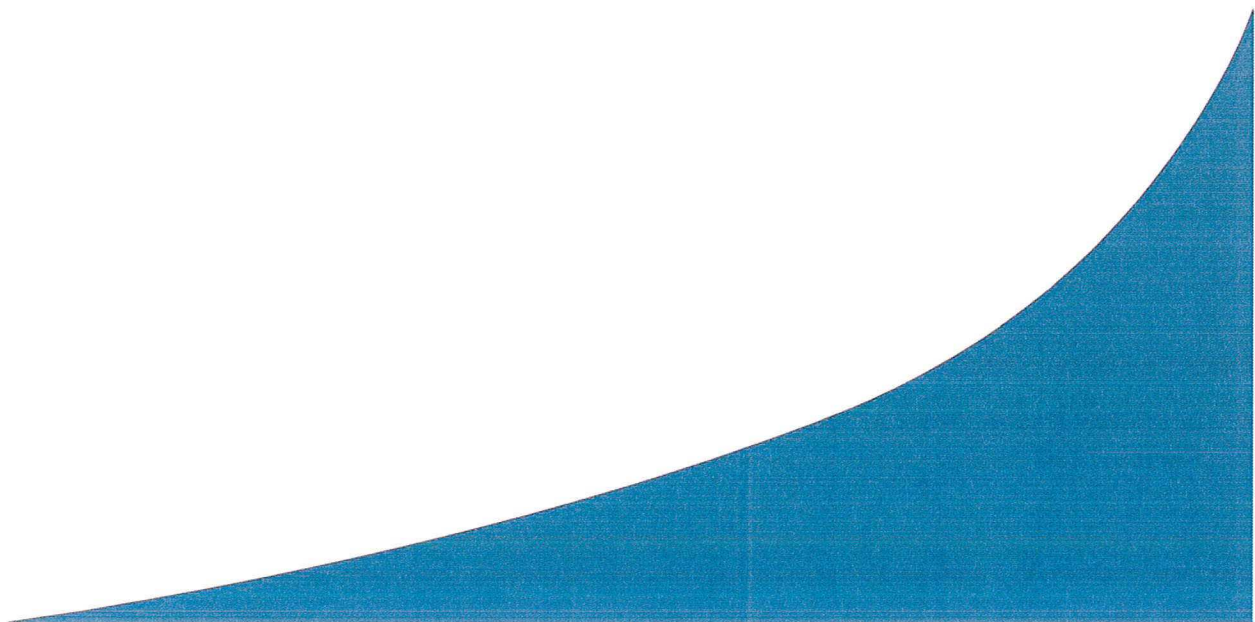




**Ledningssystem för
systematiskt kvalitetsarbete
inom verksamhetsområde för
vård, omsorg och IFO i
Bengtsfors kommun**



Innehållsförteckning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	3
Syfte med ledningssystem	3
Kvalitet.....	3
Definition av kvalitet	3
Tillämpningsområde	4
Ledningssystemets uppbyggnad	4
Ansvar för och användning av ett ledningssystem.....	4
Ansvarsfördelning:.....	5
En ansvarsfördelning har tagits fram inom vård och omsorg	5
Ledningssystemet är för respektive område uppdelat i tre delar enligt följande:	7
1. Mål – hur – uppföljning	7
2. Ansvar.....	7
3. Processer och rutiner	7
Samverkan och samarbete	8
Socialstyrelsens föreskrifter: SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 4	
kap. Samverkan	8
5 § Socialtjänst och LSS	8
6 § Hälso- och sjukvårdslagen	8
Mål	8
Hur	8
Uppföljning	9
Ansvar	9
Dokumentationsskyldighet	10
2 § patientsäkerhetsberättelse	10
Mål	10
Hur	10
Uppföljning	11
Ansvar	11
Förbättringsarbete	12
Socialstyrelsens föreskrifter: SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	12
5 kap. 3 § står	12
Rapporteringsskyldighet	13
Att använda förbättringshjulet i det systematiska kvalitetsarbetet	13
Mål	13
Hur	13
Uppföljning	14
Ansvar	14
Egenkontroll	15
Utredning av avvikelser	15
Mål	16
Hur	16
Uppföljning	16
Ansvar	16
Riskanalyser	16
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	17
SOSFS 2005:12, 4 kap. 5 §	17
Mål	17
Hur	17
Uppföljning	17
Ansvar	17
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....	19
Mål	19
Hur	19
Uppföljning	19
Ansvar	20

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft 1 januari 2012

Detta dokument utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd ska enligt 1 kap. 1 § SOSFS 2011:9 tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av någon eller några av följande bestämmelser:

- 31 § Hälso- och sjukvårdslagen
- 3 kap. 3 § Socialtjänstlagen
- 6 § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Syfte med ledningssystem

Syftet med ett ledningssystem är att ledningen i kommunen ska kunna styra verksamheten så att rätt sak görs på rätt sätt och vid rätt tillfälle.

Ledningssystemet gör det möjligt att hålla ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser kan undvikas.

Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet

- Planera
- Leda
- Kontrollera
- Utvärdera
- Följa upp
- Utvärdera
- Förbättra verksamheten

Kvalitet

Kvalitet kan uttryckas som förhållande mellan förväntan och upplevelse. Det ska vara tydligt vad brukare och medborgare förväntar sig.

God kvalitet inom socialförvaltningens område innefattar bland annat rättsäkerhet, bemötande, delaktighet och att socialförvaltningens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som lagar och föreskrifter anger. Det är viktigt att det dokumenteras hur socialförvaltningen arbetar med kvalitetsaspekter för att ge en ökad insyn, öppenhet och transparens för kommunen medborgare och brukare.

En verksamhet ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt de lagar och andra föreskrifter som finns samt de beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Kvalitet kan beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i lagar och andra föreskrifter.

Definition av kvalitet

Kvalitet definieras i 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 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.

En viktig del är att:

- Klargöra vilken verksamhet som bedrivs.
- Kartlägga vad som är kvalitet för verksamheten utifrån vilka krav och mål som ställs i de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.
- Utgå från dessa krav vid uppbyggnaden av ett ledningssystem.

Tillämpningsområde

Ledningssystemet är gemensamt för all vård och omsorg som drivs av nämnden och ska tillämpas i verksamhet som omfattas av:

- Socialtjänstlagen (SoL2001:453)
- Lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU 1990:52)
- Lagen om vård av missbrukare (LVM 1988:870)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387)
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL1982:763)
- Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659)
- Offentlighet och sekretesslagen (OSL 2009:400)

Ledningssystemets uppbyggnad

Ledningssystemet är uppbyggt utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning samt vara ett verktyg för att uppnå kvalitet utifrån de krav och mål som ställs utifrån lagstiftningen. Från dessa krav och mål som ställs tas de processer och rutiner fram som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens olika delar.

Det är processerna och rutinerna som är ledningssystemet grundläggande delar.

Det gemensamma ledningssystemet omfattar:

- Samverkan
- Dokumentationsskyldighet
- Förbättringsarbete – synpunkter och klagomål
- Egenkontroll
- Riskanalys
- Personalens medverkan i kvalitetsarbete

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

Det är alltid vårdgivaren som ansvarar för att det finns ett ledningssystem. Krav ställs på att ange hur uppgifterna är fördelade i verksamheten. En viktig grund för ett välfungerande kvalitetsarbete är att det finns en tydlig och klar ansvarsstruktur där ansvar och befogenheter klart framgår.

Socialnämnden har det övergripande ansvaret för den verksamhet som bedrivs enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Nämnden har som vårdgivare det yttersta ansvaret för den patientinriktade vården inom sådana verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Nämnden ansvarar för att verksamheterna bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheterna.

Nämnden ansvarar för planering och uppföljning av verksamheten. I Bengtsfors kommun är det kommunstyrelsen som är socialnämnd.

Ansvarsfördelning:

- Kommunfullmäktige
- Kommunstyrelsen
- Sociala utskottet
- Förvaltningschef
- Socialchef
- MAS
- Enhetschef
- Medarbetare
- Verksamhetschef enligt 29 § HSL (socialchef)

En ansvarsfördelning har tagits fram inom vård och omsorg

Kommunstyrelsen ansvarar för att:

- Fastställa mål för verksamheten i enlighet med fullmäktiges övergripande mål och riktlinjer
- Följa upp och utvärdera dessa mål
- Ge förutsättningar för att verksamheten kan uppfylla de krav som regleras i lagstiftning, förordningar och föreskrifter
- Fastställa kvalitetsledningssystemet
- Fastställer de riktlinjer som krävs för att det systematiska kvalitetsarbetet ska uppfyllas enligt SOSFS 2011:9

Sociala utskottet ansvarar för att:

- Har uppföljning- och utvecklingsansvar
- Följa upp och utvärdera verksamheterna utifrån mål och riktlinjer

Förvaltningschefen ansvarar för att:

- Det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Följa upp kvalitet och säkerhetsarbetet.
- Intern kontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt.

Socialchef ansvarar för att:

- Inom Vård Omsorg och IFO planera och genomföra det övergripande kvalitetsarbetet.
- Fastställa vilka särskilda insatser verksamheten skall arbeta med för att uppnå de politiska målen och säkerställa ett fortlöpande kvalitetsarbete.
- Ansvarar för att fastställa processer, rollfördelningar och rutiner som krävs i kvalitetsarbetet.

- Tillse att personal med lämplig kompetens finns inom området.
- Socialchef ansvarar för att kvalitetsberättelse upprättas senast 1 mars varje år.

MAS ansvarar för att:

- Upprätta hälso- och sjukvårdsrutiner utifrån gällande lagstiftning.
- Att vård och behandling är patientsäkert, ändamålsenlig håller god kvalitet och hygiensäker standard.
- Se till att verksamheten följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer på god och säker hälso- och sjukvård. Exempel läkemedelsrutiner, journalföring, läkarkontakt, anmälan av risker och vårdskador samt rapportera till nämnden.
- Ansvara för att beslut om delegerade vårduppgifter är förenliga med god och säker vård.
- Utredda och bedöma avvikelser enligt Lex Maria på delegation från nämnden.
- Informera om Lex Maria anmälan och socialstyrelsens beslut till nämnden.
- Samverka med verksamhetschef och övrig ledningspersonal i patientsäkerhetsarbete

MAS har ansvar för att patientsäkerhetsberättelse upprättas senast 1 mars varje år.

Enhetschef ansvarar för att:

- Upprätta och dokumentera samtliga rutiner, regler och arbetssätt
- Säkerställa att rutiner, riktlinjer och arbetssätt är tillgängliga för medarbetare och den tillämpas i verksamheten. Följa upp verksamheten, analysera och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten
- Den löpande interna kontrollen är tillräcklig
- Att arbetsmetoder och arbetsrutiner överensstämmer med kravet på god intern kontroll
- Ange hur uppgifterna, som ingår i arbetet med systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten, är fördelade.

Medarbetare ansvarar för att:

- Utföra vård och omsorg av god kvalitet och hög säkerhet.
- Bedriva rättsäker myndighetsutövning.
- Följa verksamhetens rutiner, riktlinjer och arbetssätt.
- Delta i uppföljning, analys och det kontinuerliga förbättringsarbetet.
- Delta i framtagandet av verksamhetsplan, verksamhetsberättelse.

Verksamhetschef enligt 29§ HSL(socialchef) ansvarar för att:

- Tillgodose hög patientsäkerhet, att vården i verksamheten är av god kvalitet och kostnadseffektiv.
- Att utarbeta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som används i verksamheten. I ansvaret ingår att styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten samt se till att det finns kvalitetsmål och forum för kvalitetsarbetet.
- Medarbetarna har rätt kompetens och att kompetensen upprätthålls och utvecklas.
- Enhetschefen och medarbetarna informeras av MAS om hälso- och sjukvårdens rutiner.

Ledningssystemet är för respektive område uppdelat i tre delar enligt följande:

1. Mål – hur – uppföljning

Här finns lagtext, beskrivning av hur förvaltningen säkerställer kvalitet, beskrivning av mål och hur uppföljning skall ske, på ett övergripande plan.

2. Ansvar

Här beskrivs ansvarsfördelningen inom ledning – genomförande

3. Processer och rutiner

Här finns exempel på processer och rutiner.

Samverkan och samarbete

Kommunstyrelsen säkerställer genom ledningssystemet att det finns riktlinjer och rutiner som klargör ansvaret för samverkan utifrån den enskildes behov av insatser. I ansvaret ligger att tydliggöra vem som har ansvaret för samverkan kring brukaren och hur samverkan ska gå till. Vem som har huvudansvaret för överföring av information vid samverkan gällande den enskilde ska också vara tydliggjort. Exempel vid överföring av information mellan olika aktörer. Om samverkan sker externt med andra aktörer kring enskild person måste bestämmelserna om sekretess beaktas.

Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk, därför ska rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan i gränssnittet mellan olika ansvarsområden.

Socialstyrelsens föreskrifter: SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 4 kap. Samverkan

5 § Socialtjänst och LSS

De processer där samverkan behövs ska identifieras för att säkerställa kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas i 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.

6 § Hälso- och sjukvårdslagen

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.

Mål

- God samverkan, internt och externt, som säkerställer den enskildes behov av vård- och omsorg

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- Riktlinjer och rutiner gällande samverkan internt och externt tas fram.
- Planering av samordnade insatser sker ändamålsenligt.
- Handlingsplaner (överenskommelser) upprättas om internt och externt samarbete kring brukare – myndighet- utförare/ansvarig för insatsen.
- Rutiner för informationsöverföring mellan vårdgivare, förvaltningar och huvudmän.

Uppföljning

- Regelbunden uppföljning, analys och utvärdering av riktlinjer och rutiner.
- Ansvarig funktion för varje rutin skall utses, i ansvaret ligger att regelbundet, minst en gång/år följa upp, revidera och uppdatera rutinerna.

Ansvar

Socialchef ansvarar för att delta i samverkansforum med olika vårdgivare och informera om riktlinjer och överenskommelser.

Ansvarar för att riktlinjer och rutiner upprättas och följs, samt återkoppla när riktlinjer och rutiner inte fungerar.

Socialchef tillsammans med enhetschef ansvarar för att implementeringen av rutinerna sker.

Enhetschef ansvarar för att delta i olika samverkansforum med olika vårdgivare.

Ansvarar för att informera om gällande överenskommelser, riktlinjer och rutiner gällande samverkan internt och externt.

Ansvarar för att riktlinjer och rutiner upprättas och följs samt återkoppla när dessa inte fungerar.

Medarbetarna ansvarar för att följa upprättade riktlinjer och rutiner samt återkoppla när riktlinjer och rutiner inte fungerar. Deltar i samverkan internt och externt.

Dokumentationsskyldighet

I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 7 kap.1 §) står det att: *arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras*

Kommunstyrelsen säkerställer genom ledningssystemet att det finns riktlinjer för handläggning och dokumentation i ärenden som rör den enskilde.

Utgångspunkten ska vara att samtliga insatser som rör den enskilde, sker i beaktande av sekretess och en rättsäker hantering. Syftet är även att insatser genomförs i enlighet med vad som har beslutats.

Dokumentationsskyldigheten under genomförandet gäller alla insatser och dessa skall kunna identifieras och spåras. Ledningssystemet ska medge uppföljning och utvärdering av en beslutad/genomförd insats.

2 § patientsäkerhetsberättelse

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skall vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse, som bl.a. skall innehålla hur

- det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten,
- patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats,
- samverkan ha möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,
- risker för vårdskador har hanterats i dokumentationen.

Mål

- Säkerställa att brukaren får de insatser som beslutats.
- Handläggning och genomförande av insatser sker på ett rättsäkert sätt.
- Sekretessprövning sker innan uppgifter kring den enskilde lämnas ut.
- Beslutade insatser följs upp, utvärderas och dokumenteras.
- Åtgärder som rör den enskilde skall kunna spåras och identifieras.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel:

- Överföring av ärenden från beslut till genomförande.
- Handläggning och genomförande av insatser.
- Uppföljning, utvärdering och dokumentation.
- Det går att spåra åtgärder som rör den enskilde.
- Överföring av uppgifter mellan vårdgivare/handläggare som rör den enskilde
- Tillvägagångssättet vid överklagande är tydligt
- Arkivering och gallring av journaler/akter sker.

Uppföljning

- Uppföljning ska ske för att säkerställa att rutiner finns och att de efterföljs av medarbetarna i verksamheten samt vilka förbättringsåtgärder som vidtagits.
- Ansvarig funktion och person för varje rutin ska utses. I ansvaret ligger att regelbundet, minst en gång/år, följa upp, revidera och uppdatera rutinerna

Ansvar

Socialchef (verksamhetschef) ansvarar för att det finns rutiner för handläggning och dokumentation av ärenden som rör enskilda och att medarbetarna har kunskaper om dessa rutiner.

Socialchef tillsammans med MAS och enhetschef ansvarar för att implementeringen av rutinerna sker.

Alla medarbetare ansvarar för att hålla sig uppdaterad av de rutiner och riktlinjer som finns. Alla medarbetare ansvarar för att, enligt gällande rutiner och riktlinjer, dokumentering sker i anvisat verksamhetssystem.

Förbättringsarbete

Avvikelser

Kommunstyrelsen säkerställer genom ledningssystemet att det finns rutiner för hantering av synpunkter och klagomål samt rutiner för hantering av avvikelser.

Utifrån ett medborgarperspektiv ska åsikter fångas in inom området vård, omsorg och IFOs tjänster och förmedlas till sociala områdets chefer. Denna lyhördhet skall även inrymmas synpunkter från samarbetspartners, myndigheter, organisationer och föreningar.

Ledningssystemet skall syfta till att förebygga fel och brister, utveckla verksamheterna och identifiera nya eller ej tillgodosedda behov. Det ska vara enkelt att lämna synpunkter och man ska kunna göra det på flera olika sätt.

Socialstyrelsens föreskrifter: SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

5 kap. 3 § står

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

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

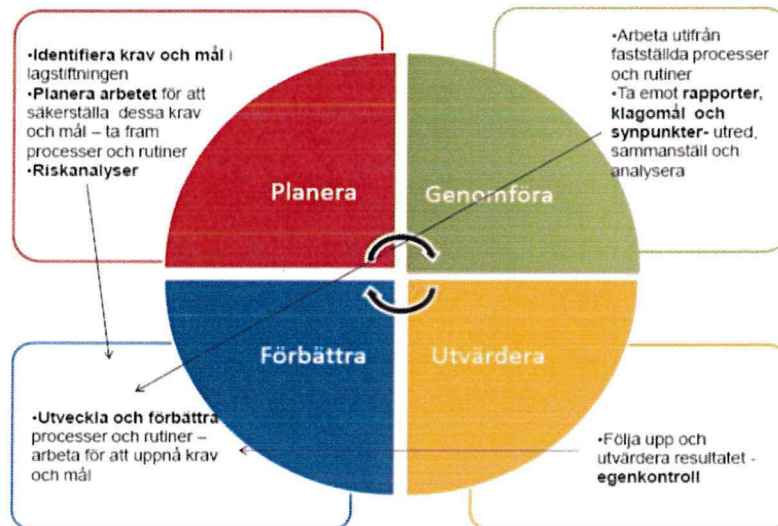
Utgångspunkten ska vara att identifiera och åtgärda strukturella brister och brister i verksamhetens rutiner. Syftet med detta är att ta till vara på medborgarnas/brukarnas synpunkter och klagomål för att kunna utveckla, förbättra och lära av misstagen (Dnr 2011.731.003). Ledningen ska verka för ett klimat som uppmuntrar och stödjer denna del av kvalitetsarbetet. Kvalitetsarbetet ska utgå från ett brukarperspektiv. Möjlighet till kontroll av eget utfört arbete, identifiering och rapportering av avvikelser ska vara självklara delar i personalens dagliga arbete.

Ledningssystemet tillser att problem och brister, om så krävs, omedelbart åtgärdas och att klagomål och synpunkter förs upp i organisationen för sammanställning och analyser på olika nivåer. Sammanställningen görs regelbundet och systematiskt. Oavsett svårighetsgrad och hur synpunkterna/klagomålen inkommit skall registrering och dokumentation fullgöras. Ledningen ska verka för ett klimat som uppmuntrar och stödjer denna del av kvalitetsarbetet. All personal skall vara involverad och delaktig i detta arbete.

Rapporteringskyldighet

Skyldighet finns för vårdgivaren, enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659), att rapportera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Även den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS ska utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (SoL 2001:453)

Att använda förbättringshjulet i det systematiska kvalitetsarbetet



Bilden visar grunden i uppbyggnaden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma direkt under varje fas. (Planering, genomförande och utvärdering, Socialstyrelsen)

Mål

- Att den enskilda verksamheten i dialog med medborgaren/brukaren ska försöka lösa problem när de uppstår.
- Att på ett effektivt sätt upptäcka, åtgärda avvikelser samt använda kunskapen för utveckling i verksamheten.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- Rutiner för synpunkt och klagomålshantering.
- Tillgänglighet av sociala samt hälso- och sjukvårdstjänster
- Synpunkter från revisioner och socialstyrelsen tas till vara i kvalitetsarbetet.
- Rutiner för anmälan av allvarliga missförhållanden.
- Rutin för att identifiera, dokumentera, analysera, åtgärda samt följa upp avvikelser i verksamheten.

Uppföljning

- Uppföljning ska ske för att tillse att rutiner finns och hur de följs av personal i verksamheten samt vilka förbättringsåtgärder som vidtagits.
- Ansvarig funktion och person för varje rutin ska utses. I ansvaret ligger att regelbundet, minst en gång/år, följa upp, revidera och uppdatera rutinerna.
- Uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens internkontroll.
- Årlig sammanställning av synpunkter och klagomål.
- Årlig kvalitetsrapport.

Ansvar

Socialchef ansvarar för att alla medarbetare har kunskap om kommunstyrelsens synpunkt- och klagomålshantering och att synpunkter på verksamheten tas emot och används som ett kvalitetsverktyg.

MAS ansvarar för att upprätta riktlinjer och rutiner för avvikelshantering inom hälso- och sjukvård.

Socialchef ansvarar tillsammans med MAS och enhetschef för implementeringen av rutinerna i verksamheten.

Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Uppföljning avser att man insamlar och studerar olika mått på verksamheten, till exempel personalresurser och antal fattade beslut. Uppföljning är en sorts kontroll huruvida olika insatser blivit utförda eller inte. Skillnaden mellan utvärdering och uppföljning är en fråga om kvalitet. Utvärderingen innebär att man drar kvalitativa slutsatser utifrån vad siffrorna säger. Siffrorna kan vara nödvändiga för att göra en kvalitetsbedömning. Genom att i ett tidigt skede identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att kunna följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Denna egenkontroll avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

I ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 2 § står:

Egenkontroll kan vara jämförelse

- Av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala jämförelser.
- Av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser
- Målgruppsunderökningar.
- Granskning av journaler, akter och dokumentation.
- Om det finns förhållningssätt och attityder som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- Analys av uppgifter från patientnämnder.
- Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Utredning av avvikelser

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Klagomål och synpunkter ska ses som en möjlighet till förbättring. Genom att analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter kan även mönster och trender som inte framkommit i utredningen av ett enskilt fall upptäckas. Framkommer mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska verksamheten ses över så att den har ändamålsenliga processer och rutiner för att kunna säkra sin kvalitet.

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska utredas från:

- Vård och omsorgsmottagare
- Närstående
- Personal
- Vårdgivare
- Myndigheter
- Organisationer

Mål

Målet är att säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet omfattar metoder för uppföljning och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- Regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens kvalitetsresultat sker.
- Dokumentation av förbättringsåtgärder rapporteras till nämnden.
- Nationella mätningar i *Öppna jämförelser* sker.
- Resultaten i mätningar och undersökningar följs upp, analyseras och används som grund för kvalitetsförbättringar.
- Brukarundersökningar och brukardialoger sker.
- Regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens kvalitetsresultat sker.
- Externa entreprenörers uppföljning och utvärdering av verksamheten regleras i avtal samt rapporteras till kommunstyrelsen.

Uppföljning

- Uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens interna kontroll.
- Årlig kvalitetsrapport.
- Ledningens uppföljning av kvalitetsledningssystemet.
- Avtalsuppföljningar med externa entreprenörer.
- Delårsrapport och bokslut.

Ansvar

Socialchef skall tillsammans med MAS och enhetschef samt med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. De skall ange hur uppgifterna, som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten, är fördelade.

Medarbetare ansvarar för att ge information om synpunkts- och klagomålssystemet. Vid behov vara behjälplig med att dokumentera synpunkter, klagomål och avvikelser. Ansvara för att identifiera, åtgärda och dokumentera inkomna klagomål och avvikelser i verksamheten.

Risikanalyser

Risikanalyser innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande, det vill säga att denne arbetar förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut, enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 1 §. Riskanalyser ska ske fortlöpande.

Det är viktigt att göra riskanalyser som underlag till förbättringar i verksamheten. En riskanalys innebär att identifiera sannolikheten att en negativ händelse inträffar, exempelvis vid organisationsförändringar,

införande av ny teknik och nya metoder. Det är viktigt att göra en kartläggning och analys av vilka fel och brister som kan uppstå.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I 4 kap. 3 § 2 st. står följande:

Kvalitetssystemet ska omfatta en bedömning av vilka fel och brister som kan komma att uppstå vid planerade förändringar i verksamheten. Den bedömning som gjorts ska användas som ett underlag för att minimera risken för att fel och brister uppkommer.

SOSFS 2005:12, 4 kap. 5 §

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten. Åtgärda orsakerna till riskerna och göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.

Mål

- Att förebygga risker innan de inträffar.
- Att säkerställa god kvalitet i verksamheten.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- Rutiner för att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa.
- Utföra systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Utföra särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.

Uppföljning

- Uppföljning skall göras fortlöpande och vid förändringar i verksamheten.

Ansvar

Förvaltningschef ansvarar för att säkerställa att det finns rutiner för att identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten.

Socialchef ansvarar för att värdegrundsarbetet pågår inom förvaltningen och att medarbetarna efterlever detta. Se till att medarbetarna medverkar då verksamhetsberättelser upprättas.

Socialchef (verksamhetschef), MAS och enhetschef ansvarar för att riskbedömningar görs fortlöpande när brister upptäcks i verksamheten, som kan innebära risk för skada eller bristande kvalitet i verksamheten.

Socialchef (verksamhetschef) och enhetschef ansvarar för att kartlägga och upprättande av handlingsplaner sker inom det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Alla medarbetare ansvarar för att delta i arbetsmiljöarbetet genom att upplysa om risker, tillbud, sjukdom och olycksfall, föreslå åtgärder och lämna synpunkter på det som genomförts samt ansvarar för att följa de rutiner och

riktlinjer som fastställs. Medverkar vid framtagande av processer och rutiner samt verksamhetsberättelser.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Kommunstyrelsen säkerställer genom kvalitetsledningssystemet att medarbetarna har den kompetens och de färdigheter som verksamheten kräver. Personalen har en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls och att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Möjligheten till stöd för att hantera svåra situationer i det dagliga arbetet måste också tas med i planeringen, enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 6 kap. 1-3 §.

All personal omfattas av kompetenskrav och ska ta del av och följa Bengtsfors kommuns Handlingsplan för gott bemötande.

All personals medverkan är av stor betydelse för kvaliteten i verksamheterna. Enligt lagrum finns följande paragrafer som berör personalens medverkan i kvalitetsarbetet:

6 kap. 4 § och 1 kap. 6 § PSL

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada.

14 kap. 2 § SoL

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

24 a § LSS

Var och en som fullgör uppgifter enligt denna lag ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

För att kvalitetsarbetet skall få genomslagskraft är det viktigt att all personal inom verksamheterna är inblandade i detta arbete.

Mål

- Medarbetarna ska ha de kunskaper och färdigheter som krävs för att utföra de arbetsuppgifterna som finns inom sina respektive ansvarsområde.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- Rekrytering, bemanning och kompetens svarar mot uppdraget.
- Personalens ansvar och befogenheter beskrivs.
- Kontroll av legitimation.
- Introduktion av nyanställd personal sker.
- Tillräcklig bemanning finns.
- Utdrag från belastningsregister.
- Individuella kompetensutvecklingsplaner finns.

Uppföljning

- Uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens intern kontroll.
- Medarbetarsamtal.

- Årlig kvalitetsrapport.
- Beakta kompetensbrister vid avvikelser.

Ansvar

Kommunstyrelsen ansvarar för att det finns resurser för kompetens- och personalförsörjning.

Förvaltningschef ansvarar för att det finns förvaltningsövergripande riktlinjer och rutiner för personal- och kompetensförsörjning och upprättande av långsiktig plan för utbildning.

Socialchef och enhetschef ansvarar för personal- och kompetensförsörjning bedrivs utifrån gällande riktlinjer och rutiner.

Enhetschef ansvarar för att medarbetarna deltar vid de fortbildningsinsatser som genomförs.

Medarbetare ansvarar för att delta vid fortbildningsinsatser och att omsätta teoretiska kunskaper i praktisk handling.