

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialförvaltningen, Tyresö kommun

Fastställt av socialnämnden den 19 juni 2013

Ersätter ledningssystem för kvalitet inom socialtjänsten i Tyresö kommun i
verksamhet enligt SoL och LSS, § 1057

Innehållsförteckning

1.	Inledning	3
1.1	Bakgrund.....	3
1.2	Syfte	3
1.3	Kvalitetsbegreppet.....	4
1.4	Tyresö kommuns styrprocess	5
1.5	Övriga styrdokument.....	6
2.	Ansvarsfördelning.....	6
2.1	Socialnämnd	6
2.2	Förvaltningschef.....	6
2.3	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	7
2.4	Avdelningschef	8
2.5	Verksamhetschef med ansvar enligt HSL.....	8
2.6	Enhetschef.....	8
2.7	Medarbetare.....	9
3.	Processer och rutiner	9
4.	Samverkan.....	10
4.1	Samverkansavtal/överenskommelser.....	10
4.2	Branschråd.....	11
4.3	Brukarnas synpunkter	11
4.4	Anhörigstöd.....	11
5.	Systematiskt förbättringsarbete.....	11
5.1	Risk- och konsekvensanalys.....	12
5.2	Internkontrollplan	13
5.2.1	Övriga egenkontroller	13
5.3	Avvikelsehantering	14
5.3.1	Synpunktshantering.....	14
5.3.2	Lex Sarah.....	14
5.3.3	Lex Maria	14
6.	Sammanställning och analys.....	15
6.1	Kvalitetsråd	15
6.2	Verksamhetsberättelse med kvalitetsredovisning.....	15
6.3	Patientsäkerhetsberättelse	16
6.4	Kvalitetsgranskningsrapporter.....	16

Bilaga 1: Lagar och föreskrifter

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Socialstyrelsen har beslutat om föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifterna trädde i kraft den 1 januari 2012 och ersatte tidigare föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för socialtjänsten (SOSFS 2006:11) och hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Föreskrifterna är bindande regler till skillnad från allmänna råd som är rekommendationer.

De nya föreskrifterna ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamhet som omfattas av följande bestämmelser:

- 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (SoL) inklusive
 - lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)
 - lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)
- 6 § lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), inklusive
 - personlig assistans enligt 51 kap. 2 § socialförsäkringsbalken
- 31 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- 16 § tandvårdslagen

1.2 Syfte

Syftet med ett ledningssystem är att skapa en systematik för att utveckla och säkra kvalitet. Fokus ligger på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete. Utifrån SOSFS 2011:9 beskrivs i detta ledningssystem hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Tyresö kommun på förvaltningsnivå (strukturell), avdelningsnivå (verksamhet) och enhetsnivå (individuell nivå) ska arbeta med att:

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

Ledningssystemet ska kvalitetssäkra processer, arbetssätt och rutiner för de tjänster som socialförvaltningen har till uppdrag att utföra (myndighetsutövning och utförande av insatser), oberoende av vem som är utförare.

Ledningssystemet ska säkerställa att de lagar och föreskrifter som gäller för respektive verksamhetsområde inom socialförvaltningen följs. Ledningssystemet beskriver även hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

1.3 Kvalitetsbegreppet

I SOSFS 2011:9 definieras kvalitet som:

”En verksamhet som uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd till vissa funktionshindrade och
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”.¹

I listan över lagar och föreskrifter (bilaga 1) anges vilka lagar och föreskrifter som gäller för socialförvaltningens olika verksamheter. Socialstyrelsen har tagit fram nationella kvalitetsindikatorer som är mått på de krav som ställs och ska användas som ett verktyg för kvalitetsuppföljning. Indikatorerna för socialtjänsten presenteras i rapporten *Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten* (Socialstyrelsen och SKL, 2007) och för HSL i rapporten *Nationella indikatorer för God vård* (Socialstyrelsen, 2009). Verksamheternas processer och rutiner ska säkerställa att dessa krav uppfylls inom respektive verksamhetsområde, se stycke 3.

Utöver lagkraven och kvalitetsindikatorerna ska verksamheterna i samband med framtagande av processer och rutiner utgå från förarbetena till respektive lagrum och rättspraxis som gäller för verksamhetsområdet. Även Socialstyrelsens handböcker, meddelandeblad, nationella riktlinjer och

¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2 kap. 1 §.

vägledning, samt evidensbaserade metoder ska ligga till grund för de arbetssätt som tillämpas i verksamheten.

Eftersom nya lagar och föreskrifter kan komma till ska listan över lagar och föreskrifter årligen ses över och vid behov revideras. Utifrån nya krav och mål ska även tillhörande processer och rutiner ses över och eventuellt revideras.

1.4 Tyresö kommuns styrprocess

Socialförvaltningens styrning utgår från Tyresö kommuns styrprocess.

Socialförvaltningen och socialförvaltningens enheter planerar verksamheten utifrån kommun- och nämndplanen. I enhetsplanen ska varje enhet beskriva sin verksamhet och de mål och aktiviteter de ska arbeta utifrån under året. Mål- och verksamhetsuppföljning sker i samband med verksamhetsberättelsen.

Socialförvaltningens och enheternas systematiska kvalitetsarbete ska införlivas i styrprocessen (enhetsplan/nämndplan, delårsbokslut/tertiärrapporter och verksamhetsberättelse/bokslut). Planering för det systematiska kvalitetsarbetet under året ska ske i samband med att nämnd- och enhetsplanerna upprättas och uppföljningen av det systematiska förbättringsarbetet ska redovisas i verksamhetsberättelserna och nämndens bokslut. I enhetsplanen ska enheten beskriva hur arbetet med att säkra kvaliteten utifrån uppsatta mål, åtaganden och förväntade resultat ska ske under året.

I planeringen ingår att genomföra en risk- och konsekvensanalys för att identifiera och bedöma de risker eller hot som skulle kunna inträffa och som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Utifrån denna riskanalys ska en internkontrollplan upprättas. Planen ska biläggas nämnd- och enhetsplanen. Risk- och konsekvensanalys samt internkontrollplan beskrivs närmare i stycke 5.1.

I verksamhetsberättelsen ska förvaltningen och enheterna, utöver vad som anges i styrprocessen, redogöra för:

- 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.

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska därutöver årligen redovisa det systematiska patientsäkerhetsarbetet som bedrivits under året i en patientsäkerhetsberättelse, se stycke 6.3. En sammanställning för hela förvaltningens patientsäkerhetsarbete upprättas årligen av förvaltningens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS).

1.5 Övriga styrdokument

Utöver krav i lagar och föreskrifter och mål i kommun- och nämndplan ska verksamheterna arbeta utifrån de policys, riktlinjer, uppdragsbeskrivningar, kvalitetsgarantier, värdighetsgarantier och den delegationsordning som gäller för respektive verksamhetsområde.

2. Ansvarsfördelning

2.1 Socialnämnd

Socialnämnden fastställer ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet, beslutar och följer upp mål och måtvärden för socialförvaltningen.

Socialnämnden fastställer de riktlinjer som avser myndighetsutövningen samt delegationsordningen. Socialnämnden är även ansvarig för att fastställa övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet.

Socialnämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med privata utförare.

2.2 Förvaltningschef

Förvaltningschefen har det yttersta ansvaret för att utifrån en strukturell nivå planera, leda, kontrollera samt följa upp, utvärdera och förbättra förvaltningens verksamheter utifrån principerna i detta ledningssystem.

Detta innebär ett ansvar för att:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs på förvaltningsnivå för att uppnå kvalitet

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att kontrollera och följa upp att verksamheter i egen regi och upphandlade verksamheter drivs med god kvalitet
- möjliggöra för allmänheten att få insyn i uppföljningsarbetet.

Förvaltningschef ansvarar även för att policys och riktlinjer utarbetas och antas av socialnämnden inom samtliga verksamhetsområden. Grundprincipen är att socialnämnden fastställer policys och riktlinjer som avser myndighetsutövning och att förvaltningschefen ansvarar för fastställande av övriga policys och riktlinjer.

Socialförvaltningens ledningsgrupp har i uppgift att på ett förvaltningsövergripande plan samordna kvalitetsarbetet samt att ge avdelningarna och enheterna stöd i det systematiska kvalitetsarbetet.

2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har det övergripande ansvaret för att säkerställa att den kommunala hälso- och sjukvården är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet.

Detta innebär ett ansvar för att:

- utöva tillsyn, egenkontroll och uppföljning av verksamheternas HSL-arbete
- utarbeta riktlinjer för HSL
- årligen dokumentera det systematiska patientsäkerhetsarbetet i förvaltningens patientsäkerhetsberättelse
- på ett förvaltningsövergripande plan samordna patientsäkerhetsarbetet samt att ge avdelningarna och enheterna stöd i det systematiska kvalitetsarbetet för HSL-delen.
- i samverkan med verksamhetschef enligt 29 § HSL säkra att en god och säker hälso-och sjukvård bedrivs inom de enheter där kommunen har hälso-och sjukvårdsansvar.

2.4 Avdelningschef

Avdelningscheferna är ytterst ansvariga för att på en övergripande nivå planera, leda, kontrollera samt följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten utifrån principerna i detta ledningssystem.

Detta innebär ett ansvar för att:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs på verksamhets-/avdelningsnivå för att uppnå kvalitet (utförande av insatser eller myndighetsutövning)
- se till att befintliga riktlinjer följs i verksamheterna/enheterna
- se till att åtgärdsplan upprättas om brister upptäcks samt att följa verksamhetens åtgärdsarbete.

Avdelningschef med beställaransvar ansvarar även för att:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för upphandling samt kontroll och uppföljning av att upphandlade verksamheter drivs med god kvalitet och enligt avtal.

2.5 Verksamhetschef med ansvar enligt HSL

Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar för att:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att kontrollera och följa upp enheternas HSL-arbete
- säkra att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs inom de enheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Detta sker i samverkan med MAS.

2.6 Enhetschef

Enhetscheferna är ytterst ansvariga för att på individnivå planera, leda, kontrollera samt följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet inom enheten utifrån principerna i detta ledningssystem.

Enhetschefen ansvarar för att:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs på enheten för att uppnå kvalitet (utförande av insatser eller myndighetsutövning)

- säkerställa att personalen arbetar i enlighet med ledningssystemets processer och rutiner, och att avvikelser dokumenteras om så inte sker
- säkra kvaliteten i verksamheten så att var och en, som är i behov av verksamhetens insatser, får sina behov tillgodosedda.

2.7 Medarbetare

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

Personal inom LSS ska bevaka att de personer som får insatser enligt LSS får gott stöd och god service och lever under trygga förhållanden. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Därutöver ska legitimerad personal (arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska) utföra hälso- och sjukvård utifrån vetenskapliga och utprovade metoder och följa de regler och rutiner som finns inom verksamhetens hälso- och sjukvård.

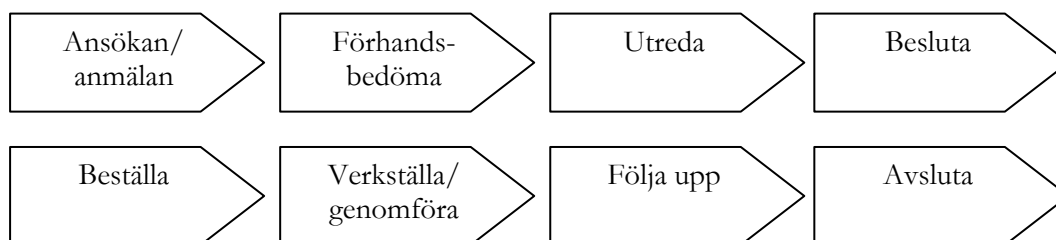
3. Processer och rutiner

Verksamheterna ska beskriva de tjänster som de utför i *processer*. En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.

Processkartläggningar ska finnas på viktiga och vanligt förekommande tjänster inom enheten. Processen beskriver tjänsternas arbetsflöde. I samband med att tjänsterna kartläggs, ska de krav och mål som gäller för tjänsten identifieras.

Processen ska dateras.

Socialtjänstens uppdrag kan beskrivas i en huvudprocess:



Till de olika aktiviteterna i processen ska *rutiner* upprättas. En rutin är en beskrivning av ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, samt hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Rutinen ska säkerställa att alla medarbetare genomför aktiviteten på samma sätt. Även rutinen ska dateras.

Processerna och rutinerna ska säkerställa att verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt de lagar, föreskrifter, mål och andra styrdokument som gäller för verksamhetsområdet. Processer och rutiner behöver kontinuerligt ses över och uppdateras. Verksamheterna ska, i samband med att enhetsplanen upprättas, planera för när och hur dessa ska gås igenom under året. Processer och rutiner ska även justeras kontinuerligt utifrån avvikelser.

4. Samverkan

Verksamheterna ska även identifiera de processer där samverkan med andra aktörer/vårdgivare är nödvändig för att säkerställa kvalitet i verksamheten. Processerna och rutinerna ska säkerställa att samverkan genomförs samt beskriva hur den genomförs. Samverkan kan förekomma internt (t.ex. mellan myndighet/handläggare och utförarenheterna) samt med externa aktörer. Det gäller även samarbete med andra förvaltningar, myndigheter och organisationer samt samverkan med anhöriga. Det är viktigt att i samband med samverkan uppmärksamma bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt.

4.1 Samverkansavtal/överenskommelser

Förvaltningen har samverkansavtal med en rad aktörer. Det är förvaltnings- och avdelningscheferna som har ansvar för att:

- upprätta samverkansavtal
- upprätta rutiner för samverkan och initiera behov av rutiner inom områden där sådana saknas
- följa befintliga överenskommelser.

4.2 Branschråd

Branschråden är det mötesforum där utförare (egen regi och externa utförare) och beställaransvariga utbyter information och erfarenheter.

4.3 Brukarnas synpunkter

Brukare, närstående och intresseorganisationer ska på olika sätt ges möjlighet till att påverka arbetet med att förbättra tjänsternas kvalitet. Exempel på former för inhämtande av brukarnas synpunkter är brukarundersökningar, kommunens synpunktshantering, referensgrupper, fokusgrupper, kontakt med brukarföreningar m.m.

Kommunala pensionärsrådet och Kommunala rådet för funktionshinderfrågor är organ för samråd och ömsesidig information för kommunens styrelser och nämnder. Råden ska i god tid få information och möjlighet att påverka i ärenden som rör pensionärer eller personer med funktionsnedsättning. Råden behandlar inte ärenden som rör enskilda personer. Ärenden som ska till socialnämnden gällande äldre och personer med funktionsnedsättning delges råden för kännedom.

4.4 Anhörigstöd

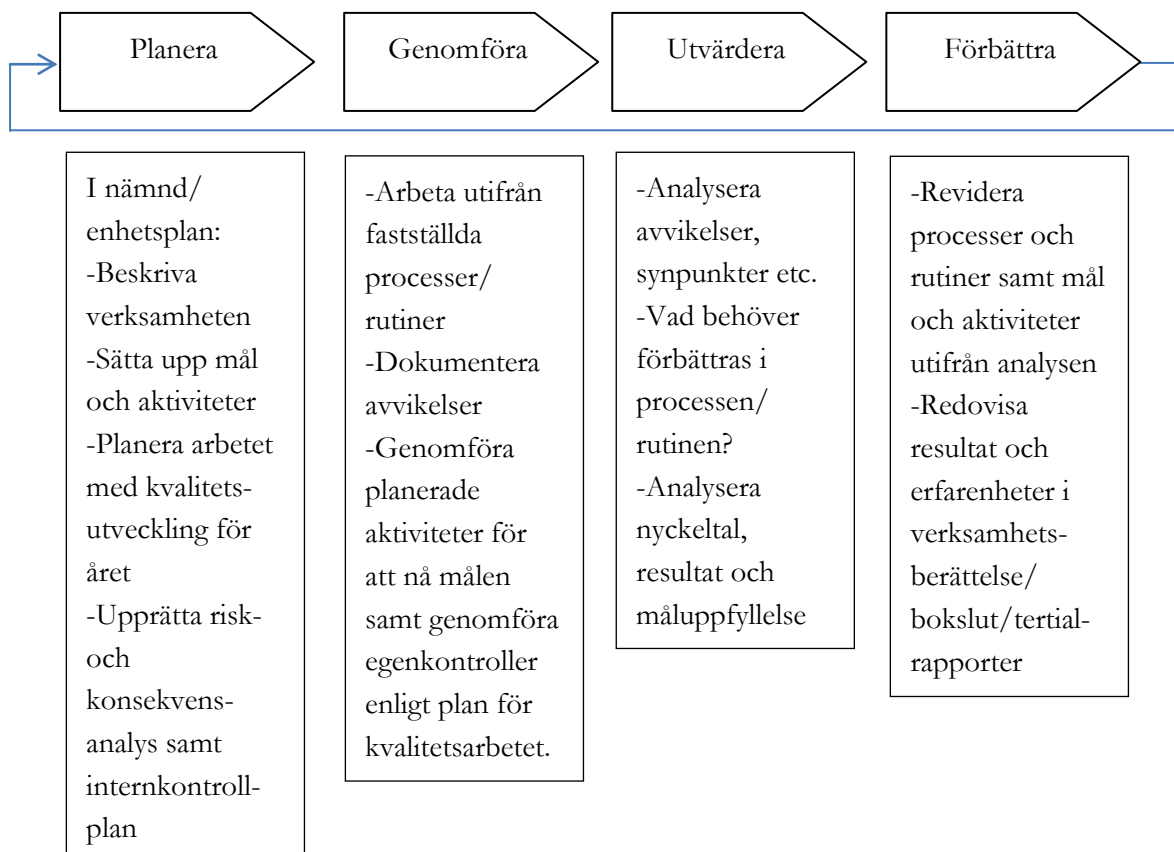
Verksamheterna ska följa förvaltningens policy för anhörigstöd. Enheterna ska i samband med enhetsplanen upprätta mål och aktiviteter (handlingsplan) för anhörigstöd för året. Arbetet ska redovisas i verksamhetsberättelsen.

5. Systematiskt förbättringsarbete

Med utgångspunkt i resultat från riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering ska enheterna följa upp, analysera och förbättra verksamhetens processer och rutiner. Syftet är att upptäcka och åtgärda brister samt att fånga upp, utveckla och genomföra förbättringsidéer.

Arbetet ska under året kontinuerligt dokumenteras, analyseras, följas upp och utvärderas. Det samlade resultatet för året ska analyseras och erfarenheter tas med till nästa års kvalitetsarbete.

Huvudprocess för det systematiska förbättringsarbetet:



5.1 Risk- och konsekvensanalys

En viktig del i det systematiska förbättringsarbetet är det förebyggande arbetet. Syftet är, att innan någon avvikelse inträffar, upptäcka och förebygga brister i verksamhetens kvalitet. Detta görs årligen (i samband med upprättande av nämnd- och enhetsplaner) genom en risk- och konsekvensanalys där de risker eller hot som skulle kunna inträffa och som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet identifieras och bedöms.

Risker kan bl.a. identifieras utifrån vad som framkommit i tidigare granskningar av verksamheten, internkontroller, jämförelser med andra kommuner, avtalsuppföljning, inkomna synpunkter och avvikelser. Risken bedöms sedan utifrån hur stor sannolikheten är att den inträffar och hur stor konsekvensen i så fall skulle bli. Vid hög risk och/eller stor konsekvens ska risken bedömas som prioriterad och ska tas med i internkontrollplanen.

Risikanalyser ska även genomföras fortlöpande på enheterna, bland annat i samband med förändringar i verksamheten, för att identifiera om den planerade förändringen kan medföra risker eller hot för verksamhetens kvalitet. Då ska även en åtgärdsplan upprättas för att minska riskerna och dess konsekvenser.

Som stöd i risk- och konsekvensanalyser kan enheterna ta hjälp av handböckerna:

- *Risikanalys och händelseanalys*, Socialstyrelsen 2009 (för HSL)
- *Modell för risk- och händelseanalys – Systematiskt förbättringsarbete inom individ- och familjeomsorgen*, SKL 2011 (för individ- och familjeomsorgen)

5.2 Internkontrollplan

De risker som har identifierats som prioriterade ska ligga till grund för internkontrollplanen. Internkontrollen är en arbetsplan för den egenkontroll som verksamheten ska bedriva under året. Internkontrollplanen ska biläggas nämnd- respektive enhetsplanen.

5.2.1 Övriga egenkontroller

Utöver internkontrollen ska verksamheten systematiskt följa upp och utvärdera de egna processerna och rutinerna för att säkerställa att kvaliteten uppnås. Det innebär bl.a. att kontinuerligt arbeta med och analysera uppgifter från exempelvis:

- kvalitetsgranskningar (kvalitetsgruppen)
- jämförelser med andra aktörer i nationella och regionala kvalitetsregister samt i Omsorgsanalys
- jämförelser med andra aktörer i Södertörnsjämförelserna
- jämförelser med andra aktörer i Öppna jämförelser
- brukarundersökningar, fokusgrupper
- övriga relevanta kvalitetsjämförelser för verksamhetsområdet.

5.3 Avvikelsehantering

Om inte processer och rutiner följs, ska detta dokumenteras som en avvikelse och en utredning ska göras. Detta ska även göras när det visar sig att processer och rutiner inte leder till önskad kvalitet, dvs. att verksamheten inte uppnår de krav som anges i lagar, föreskrifter och andra styrdokument. Processer och rutiner ska då ses över och revideras så att inte avvikelsen inträffar igen.

5.3.1 Synpunktshantering

Verksamheterna ska följa kommunens och förvaltningens riktlinjer för synpunktshantering. I samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelse ska en sammanställning av inkomna synpunkter för perioden göras. Sammanställningen ska biläggas enhetens verksamhetsberättelse samt nämndens tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

5.3.2 Lex Sarah

Verksamheterna ska följa förvaltningens riktlinjer för lex Sarah. Alla anställda ska kontinuerligt informeras om rapportskyldigheten enligt lex Sarah. Verksamheter i enskild regi ansvarar för utredning och anmälan enligt lex Sarah men ska hålla beställaren (socialförvaltningen) informerad. I samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelse ska en sammanställning av lex Sarah-rapporter och anmälningar för perioden göras.

5.3.3 Lex Maria

Verksamheterna ska följa förvaltningens riktlinjer för lex Maria. För personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter finns bestämmelserna om rapporteringsskyldighet om vårdskada eller risk för vårdskada i patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, om utredningsskyldighet, och i SOSFS 2005:28 om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.

I enskild regi ska anmälan göras av medicinskt ansvarig sjuksköterska i samråd med den enskilde vårdgivaren. I samband med tertialrapporter och patientsäkerhetsberättelse ska en sammanställning av lex Maria-anmälningar för perioden göras.

6. Sammanställning och analys

Avvikelse och missförhållanden ska åtgärdas utan dröjsmål. Resultatet från intern- och egenkontroller, jämförelser och avvikelser ska kontinuerligt sammanställas och analyseras. Resultatet utgör en grund för verksamhetens kvalitetsutvecklings- och förbättringsarbete. Resultatet ska även användas för utvecklandet av mål för verksamhetsområdet samt att förbättra styrdokument såsom riktlinjer.

Det planerade systematiska förbättringsarbetet ska dokumenteras i samband med nämnd- och enhetsplanen. De förbättrande åtgärder som genomförts utifrån avvikelser, egenkontroller och synpunkter ska dokumenteras i samband med verksamhetsberättelse/bokslut.

6.1 Kvalitetsråd

För att säkra en systematisk uppföljning av kvalitetsarbetet på enhets- och avdelningsnivå ska kvalitetsråd genomföras kontinuerligt, minst två gånger per år. Exempel på frågor som kan tas upp i samband med kvalitetsråden är inkomna synpunkter, uppföljning av mål och åtaganden, aktuella utvecklingsfrågor och övrigt som rör verksamhetens kvalitet. Kvalitetsråden ska protokollföras och protokollen från enhetens kvalitetsråd delges avdelningens kvalitetsråd och vice versa.

Syftet med kvalitetsråd är att säkra verksamheternas kvalitet och brukarnas vård och omsorg samt att ge medarbetarna möjlighet att medverka vid planering, uppföljning och utveckling av verksamhetens kvalitetssäkring och -utveckling.

6.2 Verksamhetsberättelse med kvalitetsredovisning

I verksamhetsberättelsen ska enheterna redovisa kvalitetsarbetet som bedrivits under året, dvs. redogöra för:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra enhetens kvalitet har bedrivits
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra enhetens kvalitet
- vilka resultat som har uppnåtts.

Motsvarande redovisning av det övergripande kvalitetsarbetet inom respektive verksamhetsområde samt på förvaltningsnivå görs i nämndens bokslut. Utförare i enskild regi ska delge socialnämnden sina verksamhetsberättelser.

I verksamhetsberättelserna och bokslutet redogörs även för resultatet av internkontrollerna.

6.3 Patientsäkerhetsberättelse

Alla vårdgivare ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla en beskrivning av vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara tillgänglig i verksamheten för den som önskar ta del av den.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska sammanställer patientsäkerhetsberättelserna från egen regi, entreprenad/enskild regi, till socialnämnden.

6.4 Kvalitetsgranskningsrapporter

Kvalitetsgruppen (tillhörande projekt Medborgarfokus, kommunledningen) utför fristående och oberoende granskningar av socialförvaltningens verksamheter i både egen regi och enskild regi. Granskningar kan utföras på olika sätt, alltifrån fördjupade granskningar med oanmälda verksamhetsbesök och intervjuer med brukare, anhöriga och personal, till särskilda temagranskningar inom olika verksamheter samt enkätundersökningar. Kvalitetsgruppens granskningsrapporter delges socialnämnden löpande under året. Om brister påtalas ansvarar socialförvaltningen för att åtgärdsplan upprättas och att åtgärder vidtas. Även detta ska delges nämnden.