

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete December 2014

Farsta stadsdelsnämnd

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
December 2014

Dnr: 1.2.6-18/2014

Fastställt datum: 20xx-xx-xx

Utgivare: Farsta stadsdelsförvaltning

Kontaktperson: Medea Fröderos Sandbladh

Innehåll

Ledningssystemets grunder	5
Definition av ledningssystem	5
Ledningssystemets huvudprinciper	5
Ledningssystemets innehåll och omfattning	6
Definition av kvalitet	7
Processer, aktiviteter och rutiner	8
<i>Huvudprocesser</i>	8
<i>Verksamhetens väsentliga processer</i>	9
Förbättring av processer och rutiner	9
<i>Samverkan</i>	10
<i>Modell för processkartläggning</i>	10
Ansvar och befogenheter	11
<i>Ansvarsfördelningsmatrisen</i>	11
Styrning och ledning	13
Ledningens genomgång av ledningssystemet	13
Stadens ledningssystem	13
<i>IT-stöd och webbverktyg</i>	14
Planera, genomföra, utvärdera och förbättra	14
Risikanalys	15
<i>Rutin för riskanalys</i>	15
Klagomål, synpunkter och avvikelshantering	16
<i>Lagstiftning och krav på rapportering och utredning</i>	16
<i>Definition av avvikelse, klagomål och synpunkt</i>	17
<i>Rutin för hantering av rapporter, klagomål och synpunkter</i>	18
Egenkontroll	18
<i>Rutin för egenkontroll</i>	19
Förbättrande åtgärder	20
Dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet	20
Dokument och dokumentstyrning	21
<i>Dokumentbiblioteket för Farstas socialtjänst</i>	21
<i>Upprättande och hantering av stöd- och styrdokument</i>	21
Kvalitetsberättelse	21
<i>Underlag för kvalitetsberättelse</i>	22
Patientsäkerhetsberättelse	22
<i>Krav på innehåll</i>	22
<i>Underlag för patientsäkerhetsberättelse</i>	23
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	23
<i>I processer och rutiner</i>	24
<i>I samverkan</i>	24
<i>I kraven på dokumentationsskyldighet</i>	24
<i>I egenkontroll och riskanalys</i>	24
Förändringar och uppdateringar av ledningssystemet	24

Ledningssystemets grunder

Definition av ledningssystem

Enligt Socialstyrelsen ska ett ledningssystem fastställa principer för ledning av verksamheten. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vara ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det ska göra det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

Stadsdelsnämnden är vårdgivare och bedriver socialtjänst och verksamhet enligt och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Därmed är nämnden ytterst ansvarig för att ett ledningssystem motsvarande kraven i SOSFS 2011:9 finns och är implementerat. Det är ett ansvar som inte kan delegeras.

Ledningssystemets huvudprinciper

Processorientering

Ledningssystemet utgår från verksamhetens processer. Systemet beskriver de huvudprocesser och rutiner som säkerställer kvalitet och förbättringsarbete i verksamheten.

Tillgänglighet

Ledningssystemet ska kunna användas praktiskt, både av en medarbetare som behöver vägledning och av en ledningsgrupp som vill kvalitetssäkra eller effektivisera en process.

Integration och synkronisering

Ledningssystemet för kvalitetsarbete ska vara integrerat i befintliga system för styrning och kontroll av verksamhet och ekonomi. Med det menas till exempel system för verksamhetsplanering, arbetsmiljöprocess, budget- och uppföljningsprocess. De olika systemen ska stödja varandra.

Ständig förbättring

Ledningssystemet ska användas aktivt i det dagliga arbetet av såväl chefer som medarbetare. Genom dokumentation skapas underlag för ständiga förbättringar av systemet. En samlad utvärdering ska göra minst en gång om året.

Ledningssystemets innehåll och omfattning

Avgränsning

I Färsta omfattas verksamheter inom avdelningarna för socialtjänst och äldre av SOSFS 2011:9. Vissa stödfunktioner, som till exempel HR (kompetens hos medarbetarna), ekonomi (budgetprocessen), kommunikatör och IT-stöd, berörs också av ledningssystemet.

Ledningssystemet är uppbyggt så att också andra verksamheter inom nämndens ansvarsområden kan lyftas in.

Omfattning

Ledningssystemet innehåller följande:

- Lagar, krav och mål
- Ansvar och befogenheter
- Rutin för ledningens genomgång av ledningssystemet¹
- Beskrivning av verksamhetens huvudprocesser, delprocesser, rutiner och arbetssätt², samt en modell för processbeskrivning
- Förbättring av processer och rutiner³
- Samverkan inom den egna verksamheten samt samverkan med andra⁴
- Rutiner för egenkontroll och riskanalys⁵
- Rutiner för att ta emot, analysera och åtgärda rapporter, klagomål och synpunkter⁶
- Rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah och lex Maria⁷
- Sammanställning och analys av rapporter, klagomål och synpunkter⁸
- Förbättrande åtgärder i verksamheten⁹
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet¹⁰
- Dokumentationsskyldighet¹¹
- Rutin för dokumentstyrning

¹ Vägledning. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SKL 2013

² 4 kap 2-4 §§ SOSFS 2011:9

³ 5 kap 8 §

⁴ 4 kap 5 §

⁵ 5 kap 1-2 §§

⁶ 5 kap 3 §

⁷ 5 kap 4-5 §§

⁸ 5 kap 6 §

⁹ 5 kap 7 §

¹⁰ 6 kap 1,3 §§

¹¹ 7 kap 1 §

Funktion

Ledningssystemet fastställer principerna för ledningen av det systematiska kvalitetsarbetet. Det hjälper förvaltningsledningen att se eventuella kvalitetsbrister och var de uppstår i verksamheten. Systemet ska möjliggöra för ledningen att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Systemet verkar förebyggande genom rutiner för att hantera risker och felaktigheter. Det ska också säkerställa att medborgare får de tjänster de behöver och har rätt till från socialtjänsten och enligt LSS.

För medarbetare ska ledningssystemet göra det lättare att känna till och följa gällande rutiner. Vid organisationsförändringar bidrar det processorienterade arbetssättet till minsta möjliga störning i verksamheten.

Definition av kvalitet

Kvalitet definieras enligt följande i SOSFS 2011:9:

”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.”

Vad som är kvalitet definieras därför i relation till krav och mål i lagstiftningen och beslut som följer av dessa. Kvalitet är också en subjektiv upplevelse som bland annat påverkas av den enskildes förväntningar och i vilken grad de infrias.

Brukarperspektivet är grunden för definitionen av kvalitet. Kvalitet i verksamheten bör också bedömas ur ett personal-, lednings- och medborgarperspektiv.

Socialstyrelsen har identifierat kvalitetsindikatorer för socialtjänstens arbete. Enligt dessa ska de tjänster som erbjuds

- bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet
- utgå från en helhetssyn, vara samordnade och präglas av kontinuitet
- vara kunskapsbaserade och effektivt utförda
- vara tillgängliga och jämlikt fördelade
- vara trygga, säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Dessa indikatorer är utgångspunkt för verksamhetsplanering, verksamhetsutveckling och allt kvalitetsarbete.

Processer, aktiviteter och rutiner

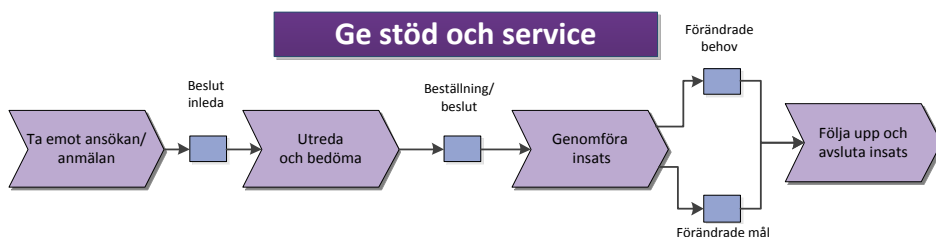
Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete utgår från verksamhetens kartlagda och definierade processer. För Farsta stadsdelsnämnds verksamheter finns de processer som behövs identifierade och beskrivna på den gemensamma samarbetsytan¹² för ledningssystemet.

Ledningssystemet illustreras genom processkartor som visar vilka aktiviteter som i viss ordning utgör processen. Till det kopplas rutiner för att säkerställa att aktiviteterna utförs enligt fastställt tillvägagångssätt. Vem som har ansvaret för varje del av utförandet anges, liksom vem som har ansvaret för att medarbetarna arbetar i enlighet med rutinerna.

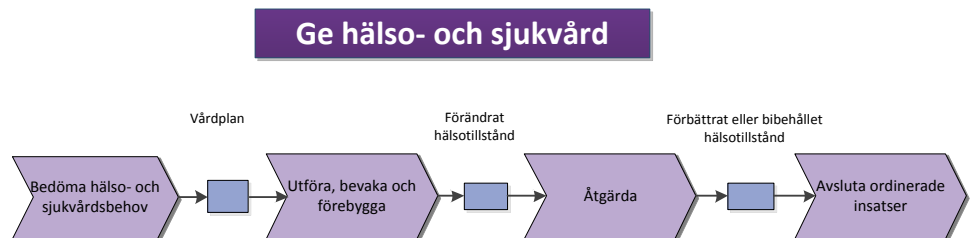
Huvudprocesser

Två huvudprocesser är identifierade för socialtjänsten:

1. Socialtjänstens huvudprocess



2. Huvudprocessen för hälso- och sjukvård i kommunal omsorg



Verksamhetens väsentliga processer

En process definieras som ett antal aktiviteter som utförda i en viss ordning beskriver vägen från ett behov till ett tillgodosett behov. Verksamhetens väsentliga processer har därför definierats och kartlagts utifrån de behov som lagstiftaren ålagt nämnden att tillgodose enligt socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Processkartorna är ett viktigt verktyg i hela det systematiska kvalitetsarbetet och ska användas i planering, genomförande, utvärdering och förbättring av verksamheterna.

Planering

Processkartorna används som underlag för riskanalys och för att koppla processernas aktiviteter till identifierade krav och mål.

Genomförande

Processkartorna används som ett arbetsverktyg för medarbetare och chefer. Det ska vara lätt att ta reda på vad som gäller för varje delprocess och aktivitet genom att allt finns samlat på ett ställe. Riktlinjer, rutiner och checklistor kopplas direkt till respektive aktivitet.

Utvärdering

Processkartorna används som underlag när beslut ska fattas om egenkontroll och för analys av avvikelser, klagomål och synpunkter.

Förbättring av processer och rutiner

I ledningssystemet finns en processägare¹³ för varje kartlagd process. Alla dokument (riktlinjer, rutiner, checklistor etcetera) som omfattas av ledningssystemet har dokumentägare¹⁴.

¹³ Högst ansvarig chef för aktuell delprocess eller, för verksamhetsöverskridande processer, därtill utsedd processägande chef.

Processägaren fattar beslut om justeringar i processen.
Dokumentägaren beslutar om ändringar i rutiner, instruktioner, regler och checklistor. Ofta har samma ansvariga chef båda rollerna.

När en process eller en rutin förändras ska process- och dokumentägare undersöka om det finns andra processer som påverkas. I så fall ska ansvariga för de processerna involveras. Det är särskilt viktigt om det finns aktiviteter som kräver samarbete.

Processer och rutiner ska ständigt utvecklas och förbättras. Det görs genom systematisk riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering. I ledningssystemet finns rutiner för dessa aktiviteter.

Närmast ansvarig chef ansvarar för uppföljningen av processerna. Resultatet ska rapporteras till förvaltningsledning och nämnd. Uppföljningen innehåller en analys av risker, resultat, och avvikelshantering.

När uppföljningen visar brister i processer eller rutiner ska ansvarig chef vidta åtgärder enligt ledningssystemet.

Samverkan

Alla processer innehåller aktiviteter som förutsätter en fungerande samverkan, både internt och externt. Det beskrivs i de processkartor som ingår i ledningssystemet.

En vanlig orsak till avvikelser och missförhållanden är brister i samverkan eller otydlig ansvarsfördelning. Därför identifierar ledningssystemet de aktiviteter som förutsätter samverkan. I dokumentbiblioteket finns styr- och stöddokument för samverkan, till exempel avtal och överenskommelser eller rutiner för kommunikation och ansvarsfördelning.

De risker som hänger samman med samverkan ska analyseras och åtgärder vidtas.

Modell för processkartläggning

Alla nämndens verksamheter som omfattas av ledningssystemet kartläggs efter samma principer. Processkartorna ska vara enhetliga och lätta att förstå.

¹⁴ Fastställaren av dokumentet, i enlighet med rutin för upprättande och hantering av styr- och stöddokument.

En handbok för processkartläggning har tagits fram under utvecklingen av nämndens ledningssystem. I handboken beskrivs processens delar, vilka frågor som behöver besvaras för processens aktiviteter och hur processen visualiseras. Där finns också en konkret handledning i hur en processkartläggning genomförs.

Ansvar och befogenheter

Ansvarsfördelningsmatrisen

Kvalitet i verksamheter kan bara uppnås genom att varje chef och medarbetare tar ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete och aktivt deltar i kvalitetsarbetet. I det systematiska kvalitetsarbetet måste därför ansvaret för varje område och varje nivå beskrivas tydligt.

Ansvar och befogenheter avseende det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs och fastställs i dokumentet *Ansvarsfördelningsmatris för ledningssystemet*¹⁵. På ett övergripande plan kan man beskriva ansvarsfördelningen inom socialtjänstens organisation i följande roller:

Stadsdelsnämnd

Stadsdelsnämnden är vård- och omsorgsgivare och den som fastställer och äger ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet. Det är stadsdelsnämnden som ytterst ansvarar för att verksamheterna håller god kvalitet.

Stadsdelsdirektör

Stadsdelsdirektör ansvarar för att på ett strategiskt och övergripande plan leda, följa upp och säkra det systematiska kvalitetsarbetet samt säkerställa ledningssystemets förvaltning och utveckling.

Avdelningschef socialtjänst och äldreomsorg

Avdelningschef har det direkta ansvaret för att inom sitt område planera och genomföra det systematiska kvalitetsarbetet enligt ledningssystemet, samt stödja och säkerställa enhetschefernas kompetens i detta arbete.

Avdelningschef har också det övergripande ansvaret för utredning, beslut och anmälan enligt lex Sarah.

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Verksamhetschefen representerar stadsdelsnämnden i dess egenskap av vårdgivare inom hälso- och sjukvård. Verksamhetschefen svarar

¹⁵ [Ansvar och befogenheter i det systematiska kvalitetsarbetet](#)

för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen ska se till att samverkan och samordning med andra enheter fungerar på ett för patienten tillfredsställande sätt och att personalen har adekvat kompetens. Verksamhetschefen har ett samlat ledningsansvar med undantag för uppgifter som medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för¹⁶.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

MAS och MAR har det övergripande ansvaret för tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt bestämmelserna i HSL, ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och anmälnings-skyldighet enligt lex Maria¹⁷.

MAS och MAR ska samarbeta med verksamhetschef enligt HSL i patientsäkerhetsarbetet, säkerställa att lokala regler för HSL-arbete finns samt följa upp hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs på entreprenad och i egen regi.

Enhetschef i socialtjänstverksamhet

Enhetschef har ansvar för att arbetet bedrivs enligt krav och mål inom sitt ansvarsområde. Varje enhetschef har ansvar för uppföljning av resultat, för att vidta de förbättringsåtgärder som analys av uppföljningen kräver och att ge information om resultatet till sina medarbetare.

Stödresurser

Verksamhetscontrollers arbetar på uppdrag av avdelningscheferna och ska vara ett stöd till cheferna i det systematiska kvalitetsarbetet.

Medarbetare

Alla medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet och har ansvar för att informera sig om och arbeta enligt det systematiska kvalitetsarbetet. I detta ingår att rapportera klagomål, avvikelser och brister, att delta i uppföljningar, riskanalys och kontroller samt att arbeta enligt fastställda regler och rutiner för sin process. Att aktivt delta i kompetens- och metodutvecklingsinsatser är också en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

¹⁶ 24 § HSL och 7 kap 3 § SFS 2010:1369 (patientsäkerhetsförordningen)

¹⁷ SOSFS 2005:28

Hälso- och sjukvårdspersonal har också ett lagstadgat personligt ansvar för att vård och medicinsk behandling bygger på vetenskaplig grund, beprövad erfarenhet och patientens delaktighet¹⁸.

Styrning och ledning

Ledningens genomgång av ledningssystemet

I det systematiska kvalitetsarbetet ingår att kontinuerligt uppdatera ledningssystemet och hålla det levande. Det görs genom *ledningens genomgång*.

Ledningens genomgång är ett årligt beslutsforum som strukturerar kontakten med förvaltningsledningen så att den garanteras översikt över kvalitetsarbetet och fortlöpande kan bedöma ledningssystemets effektivitet och ändamålsenlighet.

Ansvariga chefer ska löpande hålla sig informerade om kvalitetsarbetet på en strategisk nivå genom ledningens genomgång. För att möjliggöra det ska kvalitetsarbetet planeras och rapporteras inom ramen för den ordinarie verksamhetsplaneringen.

Vid ledningens genomgång ska möjligheter till förbättringar i verksamheterna och behovet av förändringar i ledningssystemet bedömas. Det omfattar också kvalitetspolicy och kvalitetsmål. Underlag och resultat från ledningens genomgång dokumenteras och bevaras.

*Rutinen för ledningens genomgång*¹⁹ beskriver strukturen för genomgången, underlagets innehåll, vad som ska utvärderas och bedömas samt hur dokumentationen ska upprättas och bevaras.

Ledningens genomgång ska genomföras årligen. Efter genomgången ska förvaltningsledningen fatta beslut om att antingen godkänna ledningssystemet eller att vidta förbättringsåtgärder.

Stadens ledningssystem

ILS, integrerat system för ledning och uppföljning av stadens verksamheter, är Stockholms stads verksamhetsstyrningsmodell som lanserades i början av 2000-talet. Syftet är att tydliggöra de politiska målen och hur de genomförs. Sedan 2008 är styrmodellen

¹⁸ 6 kap1 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

¹⁹ [Rutin för ledningens genomgång av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete](#)

inlagd i ett webbaserat verktyg, ILS-webb. All planering och uppföljning av kommunfullmäktiges mål sker idag i ILS-webbverktyget, som används på alla nivåer, från enskilda enheter till kommunfullmäktige.

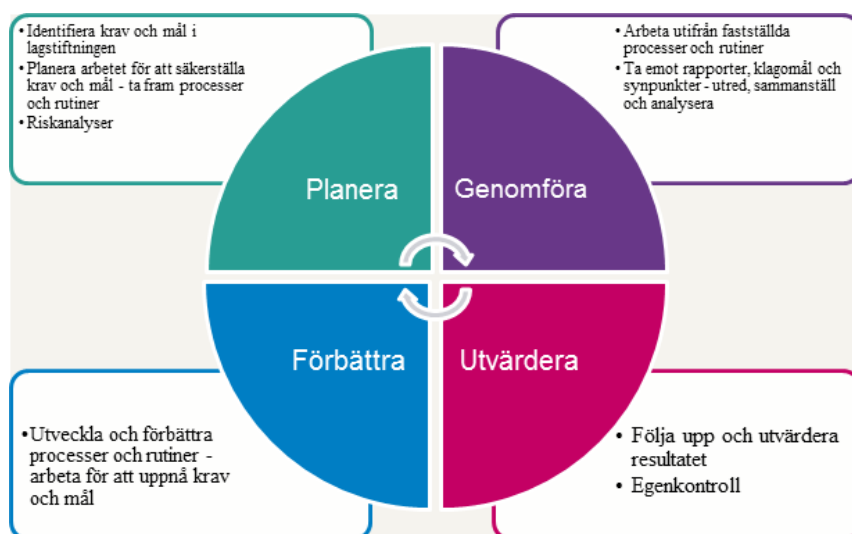
IT-stöd och webbverktyg

Resultat av riskanalyser, egenkontroller, sammanställning av klagomål, synpunkter och avvikelser samt allmän planering och uppföljning av kvalitetsarbetet ska rapporteras genom ILS-webb i enlighet med det ordinarie verksamhetsplanerings- och uppföljningsarbetet.

I ILS-webbverktyget finns även ett verktyg för rapportering och uppföljning av risker, egenkontroll och åtgärder enligt SOSFS 2011:9. Verktöget gör det möjligt att samla ihop och sortera information om vilka riskanalyser, egenkontroller och åtgärder som vidtagits i organisationen och med vilket resultat.

Planera, genomföra, utvärdera och förbättra

Systematiskt kvalitetsarbete innebär att ständigt arbeta för att förbättra verksamheten. Modellen Plan-Do-Check-Act är ett enkelt sätt att beskriva hur det ska gå till.



Risikanalys

Risikanalys är en del av verksamhetsplaneringen. Riskanalys innebär att fortlöpande bedöma om händelser kan uppstå som avviker från god kvalitet, vilka konsekvenserna kan bli av sådana händelser och hur allvarliga de är.

Risikanalysen kopplas till de aktiviteter som identifierats i processkartläggningsarbetet. För varje aktivitet görs en bedömning om det finns risk att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra kvalitetsbrister. För varje sådan händelse görs en uppskattning av sannolikheten att den skulle inträffa och en bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden. Vem som är ansvarig för att genomföra riskanalys och vidta åtgärder, kvalitetssäkra och förbättra processer och rutiner anges för varje aktivitet.

Den som är ansvarig för risikanalysen ansvarar även för att återkoppla resultaten till medarbetare och ansvarig ledningsgrupp.

Rutin för riskanalys

Risikanalys sker systematiskt i april, augusti och december månad i förvaltningens ledningsgrupp samt i ledningsgrupper för socialtjänst och äldreomsorg på alla nivåer.

Risikanalyser genomförs också i samband med organisationsförändringar, vid införandet av ny teknisk utrustning samt inom riskområden som identifierats via lex Maria, lex Sarah och rapporterade avvikelser.

I processer som omfattar hälso- och sjukvård har MAS och MAR ansvar och mandat att formulera och fastställa väsentliga risker samt syfte och mål med riskanalysen.

Risikanalysen utförs enligt följande rutin:

1. Ledningsgrupp/enhetschef formulerar syfte och mål med riskanalysen, vilken eller vilka processer som omfattas och hur analysen knyter an till enhetens övriga förbättringsarbete.
2. Utvalda aktiviteter granskas med avseende på kvalitetsrisker, i samråd med processdeltagare. Sannolikheten och väsentligheten för en viss risk värderas. Om en risk kvarstår

- sedan tidigare görs en bedömning om sannolikheten för risken förändrats efter åtgärder.
3. Analysen registreras i ILS-webb och dokumenteras i avsedd mall.
 4. Resultaten från analyserna diskuteras i ledningsgruppen och återkopplas till medarbetarna. Återkoppling från ledningen sker i dialog med berörd verksamhet.
 5. Berörd verksamhet eller processägare ansvarar för att de åtgärder vidtas som behövs för att förebygga risker och avvikelser. Beslut om åtgärder och vidtagna åtgärder dokumenteras.
 6. I oktober sammanställs riskanalys och åtgärder inför ledningens årliga genomgång av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
 7. Beslut om åtgärder omsätts i den årliga verksamhetsplaneringen på alla berörda nivåer.

Klagomål, synpunkter och avvikelshantering

Lagstiftning och krav på rapportering och utredning

Socialtjänstlagen slår fast att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras²⁰. Det förutsätter att händelser som avviker från god kvalitet uppmärksammas och hanteras. I Socialstyrelsens föreskrift²¹ fastslås att 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.

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får eller kan komma i fråga för insatser inom verksamheten, har en skyldighet att rapportera detta enligt lex

²⁰ 3 kap 3 § SoL

²¹ 5 kap 3 § SOSFS 2011:9

Sarah²². Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål²³.

Den som utför hälso- och sjukvård ska enligt lex Maria utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, ge underlag för beslut om åtgärder som ska förebygga skador eller begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra²⁴. Vårdgivaren ska till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.²⁵

Definition av avvikelse, klagomål och synpunkt

Med *avvikelse* avses händelse som avviker från god kvalitet så som den definieras enligt ovan (se sidan 8). Det kan också handla om brister i förutsättningar, rutiner eller arbetssätt som innebär en sårbarhet eller risk.

Avvikelser kan vara av olika allvarlighetsgrad, från mindre brister till allvarliga missförhållanden och vårdskador. Information om avvikelser och brister kan komma genom klagomål, synpunkter eller rapporter enligt lex Sarah eller lex Maria.

Klagomål är ett uttryck för missnöje med en tjänst och innebär att den service nämnden erbjudit inte levt upp till förväntningarna hos den enskilde.

Synpunkter är en uppfattning om verksamheten och servicen som kan vara negativ, positiv eller i form av förslag till utveckling och förbättring.

Ledningssystemets process *Hantera avvikelser*²⁶ beskriver hur verksamheten systematiskt inhämtar och använder avvikelser för att förbättra verksamheten. Processen finns fastställd på samarbetsytan för ledningssystemet. Där finns flödesscheman till stöd för att avgöra hur rapportering av avvikelser, synpunkter, klagomål och missförhållanden ska ske, vem som ska ta emot informationen och vart den ska återkopplas. I processen ingår även hanteringen av rapporter enligt lex Sarah och lex Maria.

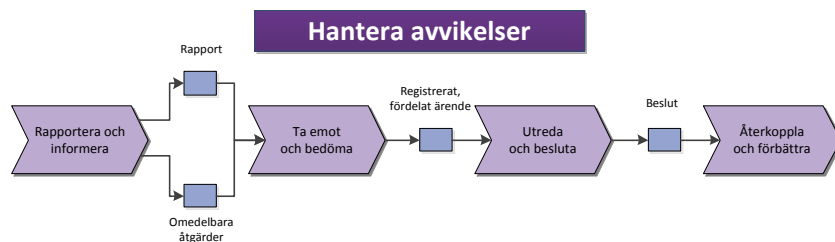
²² 14 kap 3 § SoL

²³ 14 kap 6 § SoL

²⁴ 3 kap 3 § patientsäkerhetslagen

²⁵ 3 kap 5 § patientsäkerhetslagen

²⁶ [Hantera avvikelser, processkarta](#)



Rutin för hantering av rapporter, klagomål och synpunkter

Avvikelser i form av synpunkter, klagomål och lex Sarah-rapporter ska sammanställas, analyseras och återkopplas till verksamheterna enligt fastställd processbeskrivning.

En särskild rutin gäller för rapportering, utredning och anmälan enligt lex Sarah²⁷. Rutinen är fastställd av stadsdelsnämnden.

En särskild regel finns för avvikelserrapportering i hälso- och sjukvården och lex Maria. Regeln är fastställd av MAS/MAR och följs upp av dem.

Sammanställning och analys av registrerade avvikelser ska användas vid verksamhetsplanering. Åtgärder som vidtagits till följd av avvikelser ska redovisas till nämnd och återkopplas i verksamheten.

Rutinen för hantering av rapporter, klagomål och synpunkter fastställer hur sammanställning, analys och återkoppling ska ske.

Rutinen för ledningens genomgång fastställer hur ledningen ska få underlag för att bedöma och besluta om förbättringar till följd av avvikelser, samt vad det underlaget ska innehålla.

Egenkontroll

Egenkontroll avser en regelbunden och systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättrings-åtgärder samt kontroll av att uppföljningen bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontrollen kan innefatta följande moment:

- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.

²⁷ Rutin för lex Sarah inom Farsta stadsdelsnämnd

- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister.
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser och resultat för andra verksamheter.
- Målgruppsundersökningar.
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation.
- Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- Analys av uppgifter från patientnämnder och inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Rutin för egenkontroll

Egenkontrollen följs systematiskt upp i april, augusti och december månad i förvaltningens ledningsgrupp samt i ledningsgrupper på alla nivåer.

I processer som omfattar hälso- och sjukvård har MAS och MAR ansvar och mandat att utifrån fastställda risker, patientsäkerhet och andra krav, planera, utföra, följa upp eller begära resultatet av egenkontroller.

Detta sker enligt följande rutin:

1. Ansvarig chef/MAS/MAR beslutar utifrån sina ansvarsområden vilka aktiviteter, risker och källor som ska analyseras.
2. För varje aktivitet kontrolleras att det är angett vem som är ansvarig för att:
 - genomföra egenkontrollen
 - besluta vilka källor som ska användas
 - vidta åtgärder, kvalitetssäkra och förbättra processer och rutiner.

Detta samt frekvens för egenkontrollen och eventuell tidplan ska rapporteras i ILS-webb.

3. Resultaten analyseras på uppdrag av ansvarig chef/enhetschef/MAS/MAR.
4. Resultaten från analyserna diskuteras i ledningsgruppen.
5. Återkoppling från ledningen sker i dialog med berörd verksamhet.
6. Ansvarig chef för berörd verksamhet eller processägare ansvarar för att de åtgärder vidtas som behövs för att säkra

verksamhetens kvalitet och förbättra de processer och rutiner som inte är ändamålsenliga.

7. Egenkontroller dokumenteras på ett sätt som gör det möjligt att sammanställa, följa upp och analysera resultaten. I oktober sammanställs verksamheternas resultat till ledningens årliga genomgång av ledningssystemet.
8. Beslut om övergripande aktiviteter omsätts i den årliga verksamhetsplanen på alla nivåer.

Den som är ansvarig för egenkontrollen ansvarar även för att återkoppla resultaten till medarbetare och ansvarig ledningsgrupp.

Förbättrande åtgärder

Sammanställning och analys av risker, resultat av egenkontroll samt avvikelser ska leda till ställningstaganden och beslut om förbättrande åtgärder.

I första hand ska ställningstagande och beslut om åtgärder göras av berörd verksamhet och närmast ansvarig chef. Ställningstagande och beslut ska dokumenteras och åtgärdsförslag ska tidsbestämmas med ett datum för uppföljning och kontroll av åtgärden och eventuellt resultat.

Sammanställning och analys ska även göras på aggregerad nivå och rapporteras i ledningens genomgång och i verksamhetsberättelsen. Då ska även status på åtgärder rapporteras. Beslut om strategiska och övergripande åtgärder fattas av högst ansvariga chefer och omsätts i den ordinarie verksamhetsplaneringen.

Dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras²⁸. Det innebär att alla aktiviteter inom ledningssystemet ska dokumenteras, registreras, samlas och göras sökbara i någon form. Det ställer krav på struktur i arbetet och på verksamhetens dokumentstyrning.

²⁸ 7 kap 1 § SOSFS 2011:9

Dokument och dokumentstyrning

Dokumentbiblioteket för Farstas socialtjänst

Farstas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar ett dokumentbibliotek som finns tillgängligt för alla verksamheter inom socialtjänst inklusive äldreomsorg och verksamheter enligt LSS. Dokumentbiblioteket återfinns på en för detta ändamål upprättad samarbetsyta på intranätet²⁹.

Alla dokument av betydelse för det systematiska kvalitetsarbetet ska samlas i dokumentbiblioteket. Där ska också finnas de riktlinjer, rutiner och checklistor som ska stödja processerna för att säkerställa kvalitet i varje aktivitet.

Upprättande och hantering av stöd- och styrdokument

En rutin har fastställts för upprättande och hantering av stöd- och styrdokument för socialtjänst inklusive äldreomsorg³⁰ och verksamheter enligt LSS. Syftet med denna rutin är att beskriva kraven på styrning och hantering av interna stöd- och styrdokument, hur upprättande och revidering av interna dokument ska gå till samt vilka roller och ansvarområden som finns. Rutinen ska säkerställa att dokument som är väsentliga för att upprätthålla arbetssätt som främjar en hög kvalitet, är aktuella, legitima och tillgängliga för alla som behöver dem.

Kvalitetsberättelse

Socialstyrelsen anger i föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete att varje vårdgivare inom socialtjänst och LSS bör upprätta en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse. Av berättelsen 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 kvaliteten och vilka resultat som har uppnåtts³¹.

Om dokumentationen genomförs enligt kraven på ledningssystemet kommer relevant information att kunna sammanställas och presenteras för att ge interna och externa intressenter god inblick i årets kvalitetsarbete.

²⁹ [Dokumentbibliotek för Farstas socialtjänst](http://samarbete.stockholm.se/sites/LedningssystemFarsta/Dokumentbibliotek%20Farsta/Forms/AllItems.aspx)

(<http://samarbete.stockholm.se/sites/LedningssystemFarsta/Dokumentbibliotek%20Farsta/Forms/AllItems.aspx>)

³⁰ [Rutin för upprättande och hantering av dokument.](#)

³¹ 7 kap 1 § SOSFS 2011:9

Underlag för kvalitetsberättelse

Det underlag som ska presenteras vid ledningens genomgång av ledningssystemet kan sammanställas till en kvalitetsberättelse.

Underlaget för ledningens genomgång ska innehålla följande delar:

1. Uppföljning av resultat och åtgärder från ledningens föregående genomgång.
2. Resultat från revisioner och granskningar.
3. Resultat från egenkontroller och interna utvärderingar och uppföljningar.
4. Återkoppling från verksamheterna, samverkanspartners med flera kring metoderna, produkters eller rutiners lämplighet.
5. Sårbarheter, risker och förändringar som kan påverka kvalitetsarbetet.
6. Status avseende åtgärder, förebyggande eller åtgärdande.
7. Redovisning av sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter.
8. Bedömning av krav- och måluppfyllelse samt lagefterlevnad.
9. Förändringar i organisation eller omvärld som kan påverka ledningssystemet.
10. Rekommendation till förbättringar.

Patientsäkerhetsberättelse

Krav på innehåll

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts³².

Vårdgivaren ska i patientsäkerhetsberättelsen dokumentera hur det *organisatoriska ansvaret*³³ för patientsäkerhetsarbetet har varit fördelat inom verksamheten under året, hur patientsäkerheten följts upp och utvärderats genom *egenkontroll*³⁴, och hur *samverkan*³⁵ har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

³² 7 kap 2 § SOSFS 2011:9

³³ 3 kap 9 § patientsäkerhetslagen

³⁴ 5 kap 2 § SOSFS 2011:9

³⁵ 4 kap 6 §

Det ska vidare dokumenteras hur *risker* för vårdskador och *rapporter* om skador och vårdskador enligt 6 kap 4 § patientsäkerhetslagen hanterats genom riskanalys, avvikelshantering och förbättrande åtgärder³⁶.

Av patientsäkerhetsberättelsen ska framgå hur inkomna *klagomål och synpunkter* enligt 5 kap 3 § patientsäkerhetslagen som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap 3 § patientsäkerhetslagen under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och så att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses³⁷.

Underlag för patientsäkerhetsberättelse

Liksom för kvalitetsberättelsen kommer en stor del av underlaget för patientsäkerhetsberättelsen att tas fram inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, genom den ordinarie riskanalysen och egenkontrollen och hanteringen av avvikelser. Vid planeringen av riskanalyser och egenkontroller ska särskilt säkerställas att patientsäkerhetsfrågorna blir belysta.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller LSS-verksamhet är skyldig att delta i verksamhetens kvalitetsarbete³⁸. Det är vårdgivarens ansvar att säkerställa att så sker, och att personalen arbetar enligt ledningssystemets processer och rutiner³⁹.

Personalens kompetens och erfarenhet är den enskilt viktigaste faktorn för att uppnå kvalitet i verksamheterna. Därför blir personalens aktiva medverkan i kvalitetsarbetet centralt i ledningssystemet. Enhetschefer ansvarar för att ta tillvara personalens observationer och förbättringsförslag.

³⁶ 5 kap

³⁷ 7 kap 3 §

³⁸ 14 kap 2 § SoL och 24 a § LSS

³⁹ SOSFS 2011:9, 6 kap 1§

I processer och rutiner

Processer och rutiner tas fram i samverkan med berörd personal, där personalens kompetens och erfarenhet är ett viktigt underlag. Personal ansvarar för att arbeta enligt fastställda processer och rutiner.

I samverkan

Personalen ansvarar för att generöst och lösningsfokuserat samverka internt och externt på ett sätt som sätter brukarens behov i centrum. Personal ansvarar också för att omedelbart kommunicera eventuella brister i samverkan till ansvarig chef. Konflikter gällande ansvarsområden ska inte drabba brukare.

I kraven på dokumentationsskyldighet

Personalen ansvarar för att dokumentera på ett sätt som uppfyller de krav och mål som fastställts i lagar och riktlinjer. Det är också personalen som enligt de krav som ställs utifrån det systematiska kvalitetsarbetet, ska dokumentera på ett sätt som möjliggör uppföljning, egenkontroll och riskhantering. Personalen ska också kommunicera eventuella brister i dokumentation och rutiner till närmaste chef.

I egenkontroll och riskanalys

Personalen samlar in och dokumenterar uppgifter till egenkontroll och riskanalys. Personalen ansvarar för att uppmärksamma risker i processerna och kommunicera dem till ansvarig chef. Personalen deltar i kartläggandet av processer och rutiner och utifrån detta arbete även i åtgärder för att identifiera och förebygga risker.

Förändringar och uppdateringar av ledningssystemet

Ledningssystemet ägs och fastställs av stadsdelsnämnden. Förändringar som rör ledningssystemets grundläggande funktioner enligt ovan beslutas av nämnd. Nämnden är också mottagare av den information om det systematiska kvalitetsarbete som ledningssystemet strukturerar.

Förvaltningschef ansvarar för kontinuerlig översyn av ledningssystemets effektivitet och ändamålsenlighet och fattar beslut om nödvändiga justeringar och strategisk utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet. Förändringar i ledningssystemets processer och rutiner samt förbättrande åtgärder i verksamheterna beslutas av ansvariga chefer.