

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialförvaltningen

Introduktion

Systematiskt kvalitetsarbete är en utveckling av verksamheten och ett säkerställande av kvalitet som är ständigt pågående. Syftet med det systematiska kvalitetsarbetet är, utöver att säkerställa och upprätthålla kvalitet, att främja ett öppet klimat i utvecklingsarbetet där vi drar lärdom av våra misstag och tar tillvara på goda exempel.

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa verksamhetens kvalitet har socialnämnden arbetat fram ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänstavdelningen och avdelningen för mottagande av nyanlända.

Ledningssystemet är ett styrdokument som socialnämndens verksamheter ska utgå från i arbetet med att fortlöpande utveckla och säkerställa verksamheternas kvalitet. Häri fastställs de principer som ska ligga till grund för hur vi planerar, utför och följer upp vårt arbete så att vi kan säkerställa och upprätthålla god kvalitet i våra verksamheter och de insatser som vi erbjuder stadens medborgare.

Innehåll

Ledningssystemets grunder	3
Vad innebär kvalitet?	6
Processer, aktiviteter och rutiner	9
Ansvar och befogenheter	10
 Systematiskt kvalitetsarbete	 13
Riskanalys	14
Egenkontroll	15
 Hantering av avvikelser	 16
Synpunkter, klagomål och förslag	17
Avvikelser	17
Lex Sarah	18
Lex Maria	18
 Dokumentation	 21
 Medarbetarnas delaktighet	 24

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ledningssystemets grunder

Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ställer krav på att det inom varje verksamhet som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, ska finnas ett ledningssystem som säkerställer att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete¹.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är ett system för att samla och fastställa grundprinciper för ledning och styrning av verksamheten. Ledningssystemet finns till för att möjliggöra för verksamhetens ledning att:

- Planera, leda, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten,
- Identifiera, beskriva och fastställa processer som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten,
- För varje process utarbeta och fastställa rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, samt
- Fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Ledningssystemet är ett verktyg för att uppnå och säkerställa god kvalitet inom våra verksamheter. Med ledningssystemet som utgångspunkt i kvalitetsarbetet säkerställer vi att våra verksamheter arbetar utifrån ett systemperspektiv som skapar en gemensam struktur för ledning och styrning, samt möjliggör ett kontinuerligt och gemensamt förbättringsarbete. Målsättningen med det systematiska kvalitetsarbetet är att säkerställa att vi gör rätt sak vid rätt tillfälle, på rätt sätt, samt skapar ordning så att våra brukare skyddas från missförhållanden och vårdskador.

Tillämpningsområde

Ledningssystemet är gemensamt för all den verksamhet som bedrivs av nämnden och ska tillämpas i verksamheter som omfattas av:

- Socialtjänstlag (2001:453)
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
- Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientdatalag (2008:355)

- Tandvårdslag (1985:125)
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

Ledningssystemets huvudprinciper

I ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete fastställs principer för ledning och styrning av den verksamhet som bedrivs. Utifrån dessa ska systemet utgöra ett verktyg för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet är uppbyggt utifrån följande huvudprinciper:

Processorientering

Ledningssystemet är uppbyggt utifrån verksamheternas identifierade processer. Systemet beskriver de huvudprocesser och rutiner som säkerställer kvalitet och förbättringsarbete i verksamheten. Processorienteringen möjliggör en ökad tydlighet i verksamhetens funktion och bidrar till en ökad förståelse för verksamhetens olika uppdrag och ansvarsområden. Med hjälp av tydliga processer tydliggör vi vem som ska göra vad, när och på vilket sätt.

Tillgänglighet

Ledningssystemet är tänkt att kunna användas praktiskt inom verksamhetens samtliga nivåer, av både medarbetare som behöver vägledning och av chefer eller en ledningsgrupp som behöver stöd i att kvalitetssäkra eller utveckla en process i verksamhetens arbete.

Integration och synkronisering

Ledningssystemet ska vara integrerat i befintliga system för styrning och kontroll av verksamhet och ekonomi. Med detta menas till exempel system för verksamhetsplanering, arbetsmiljöprocess, budget- och uppföljningsprocess. De olika systemen ska stödja och komplettera varandra. Ledningssystemet är uppbyggt på ett sådant sätt att nya verksamheter kan lyftas in vid behov.

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 göras minst en gång om året.

Ledningssystemets innehåll och omfattning

Ledningssystemet innehåller följande områden:

- Lagar, krav och mål,
- Policy, verksamhetsplaner och handlingsplaner
- Ansvar och befogenheter,
- Styrning och ledning av ledningssystemet,
- Beskrivning av processer, aktiviteter, rutiner och arbetssätt,

- Förbättring av rutiner och processer
- Samverkan internt och externt,
- Rutiner för egenkontroll och riskanalys,
- Rutiner för att hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål,
- Rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah och lex Maria,
- Sammanställning och analys av avvikelser, synpunkter och klagomål,
- Förbättrande åtgärder i verksamheten,
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet,
- Dokumentationsskyldighet,
- Rutin för dokumentstyrning,

Funktion

Ledningssystemet fastställer principer för ledning och styrning av det systematiska kvalitetsarbetet. Det hjälper ledningen att identifiera 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 avvikelser och risker. Syftet är också att säkerställa att stadens medborgare får tillgång till de tjänster de behöver och har rätt till enligt rådande bestämmelser och lagar.

För medarbetare ska ledningssystemet göra det lättare att känna till och följa gällande rutiner, samt möjliggöra en tydligare inblick i verksamhetens arbete med att stärka och säkerställa god kvalitet. Vid organisationsförändringar bidrar det processorienterade arbetssättet till minsta möjliga störning i verksamheten.

Ledningssystemet är ett stöd för att nå uppsatta mål och få alla involverade att dra åt samma håll. Utgår från processer snarare än funktioner, vilket möjliggör tydligare översikt och analys av verksamhetens olika delar.

Ledningssystemet ska användas för att fortlöpande och på ett systematiskt vis utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. En förutsättning för ett systematiskt förbättringsarbete är en formaliserad struktur för arbetet. En bra struktur innebär att formulera kvalitetsmål, rutiner för riskanalyser, rutin för egenkontroll, rutiner för att ta emot och utreda klagomål och synpunkter, rutiner för att sammanställa och analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter.

Ledningssystemet består av flera delar:

- Övergripande styrdokument
- Ansvarsfördelning och befogenheter
- Samarbetsyta med dokumentbibliotek och samling av samtliga processer och hanteringsanvisningar
- ILS-webb

Ledningssystemet ska brytas ned lokalt inom alla delar och nivåer av organisationen och anpassas efter den egna verksamheten.

Vad innebär kvalitet?

De insatser och det stöd som socialtjänsten erbjuder ska vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska fortlöpande utvecklas och säkras på ett systematiskt vis².

Begreppet kvalitet definieras i SOSFS 2011:9 som:

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 föreskrifter³.

Begreppet kvalitet skall ställas i relation till verksamheten som bedrivs och i förhållande till de brukare som tar del av verksamhetens arbete. Kvalitetsdefinitionen kan betraktas som en ram som sedan anpassas utifrån varje verksamhets uppdrag, mål och förutsättningar. Kvalitetsdefinitionen är således central för ledningssystemet och varje verksamhet behöver klarlägga vad som är kvalitet inom den egna verksamheten. Detta görs genom att kartlägga vilka krav och mål som finns i lagar och andra föreskrifter. Därutöver finns även resultatmål och åtaganden inom den egna verksamheten som skall ingå i ledningssystemet.

Kvalitet ska också betraktas och bedömas ur olika perspektiv, eftersom att begreppet till stor del är subjektivt och skiljer sig från person till person. Brukarperspektivet utgör grunden för definitionen, men även personal-, lednings- och medborgarperspektiv är av vikt för kvalitetsarbetet.

Socialstyrelsen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting arbetat fram sex områden som är av vikt för att uppnå och upprätthålla kvalitet i verksamheten:

- Självbestämmande och integritet

- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

Därutöver har Socialstyrelsen tagit fram kvalitetsindikatorer för socialt arbete som fastslår att de tjänster och den service som socialtjänsten tillhandahåller ska:

- 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, samt
- Vara trygga, säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen

Dessa områden och indikatorer ska utgöra utgångspunkter för planering av verksamheten, verksamhetsutveckling, samt allt kvalitets- och förbättringsarbete.

Med begreppet *god kvalitet* avses att de tjänster och den service som verksamheten erbjuder och levererar till våra brukare säkerställer:

- God omvårdnad,
- God service,
- Gott stöd,
- Trygga levnadsförhållanden, samt
- Skydd mot missförhållanden och vårdskador

Styrning och ledning

I det systematiska kvalitetsarbetet ingår att kontinuerligt uppdatera ledningssystemet och hålla det levande inom organisationens samtliga delar och nivåer. För att säkerställa ledningssystemets ändamålsenlighet och effektivitet ska ledningssystemet årligen granskas och utvärderas av ledningen, samt, vid behov, justeras och uppdateras. Ledningens genomgång av ledningssystemet ska utgå från sammanställningar av det systematiska kvalitetsarbetet på en strategisk nivå och omfatta resultat av riskanalys, egenkontroll, avvikelshantering och vidtagna åtgärder. Strateg vid avdelningsstab ansvarar för att samla in det underlag som krävs för ledningens genomgång.

Vid ledningens genomgång ska möjligheter till förbättringar i verksamheterna och behovet av förändringar i ledningssystemet

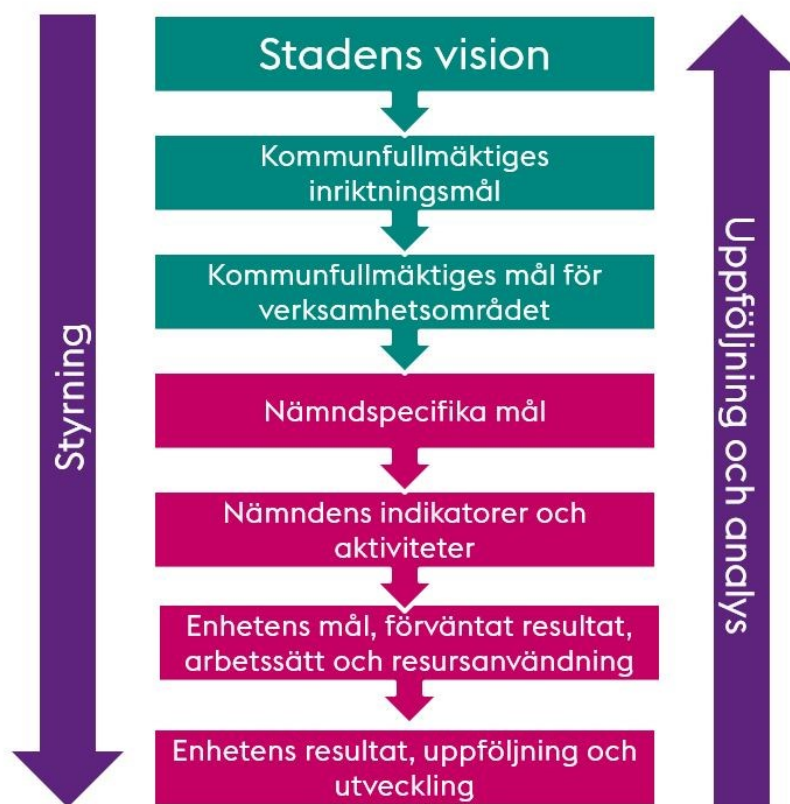
bedömas. Efter genomgången ska ledningen fatta beslut om att antingen godkänna ledningssystemet eller vidta förbättrande åtgärder. Underlag och resultat från ledningens genomgång dokumenteras och bevaras.

Stadens ledningssystem

Stockholms stad har ett integrerat ledningssystem, ILS, för kvalitetssäkring av all verksamhet. Styrmodellen omfattar planering och uppföljning på samtliga nivåer inom organisationen. Systemet bygger på en klassisk styrmodell där kommunfullmäktiges vision 2014 och mål konkretiseras och bryts ned i organisationen. Utöver detta finns nationella styrdokument och lagstiftning.

Verksamhetsplanering sker årsvis på både nämnd- och enhetsnivå. Socialnämnden fastställer mål för de olika verksamhetsområdena i verksamhetsplanen. Utifrån målen formulerar enheterna i sin tur uppföljningsbara mål. Resultat redovisas i tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

Bild 1: Stockholms stads styrmodell



All planering och uppföljning av kommunfullmäktiges mål sker idag i ILS-webb. Resultat av riskanalyser, egenkontroller, sammanställning av avvikelshantering, synpunkter och klagomål, samt allmän planering och uppföljning av kvalitetsarbetet ska

rapporteras genom ILS-webb i enlighet med det ordinarie verksamhetsplanerings- och uppföljningsarbetet.

Processer, aktiviteter och rutiner

Ledningssystemet är processinriktat och utgår från kartlagda och definierade processer i verksamheten. Det systematiska kvalitetsarbetet kan 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. I processkartläggningen anges vem som ansvarar för varje del av utförandet, samt vem som ansvarar för att medarbetarna arbetar i enlighet med rutinerna. Alla nämndens verksamheter som omfattas av ledningssystemet kartläggs efter samma principer. Processkartorna ska vara enhetliga och lätta att förstå.

All verksamhet inom socialtjänstens område utgår från en grundläggande huvudprocess:

Bild 2: Socialförvaltningens huvudprocess



En process definieras som ett antal aktiviteter som, utförda i en viss ordning, beskriver vägen från ett behov till ett tillgodosett behov. Aktiviteterna och tillhörande rutiner beskriver ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, samt anger hur uppgifter är fördelade och hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Processerna finns illustrerade med hjälp av processkartor och kompletteras med hanteringsanvisningar. Processkartorna utgör ett viktigt verktyg i hela det systematiska kvalitetsarbetet och ska användas i planering, genomförande, utvärdering, uppföljning och förbättring av verksamheten. Processkartorna skapar möjligheter att på ett tydligt sätt överblicka verksamhetens processer och arbetssätt och underlättar identifiering av brister och felaktigheter. Till varje process finns dessutom hanteringsanvisningar som bestämmer hur relevanta dokument ska hanteras utifrån respektive process.

Närmast ansvarig chef för en enhet/verksamhet ska:

- Identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utifrån lagstiftning, författningar, samt stadens och nämndens mål för verksamhetsområdet.

- Identifiera de aktiviteter som ingår i varje process och bestämma aktiviteternas inbördes ordning i respektive process.
- Utarbeta rutiner för varje aktivitet för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Processkartorna är ett verktyg för såväl medarbetare som chefer. Det ska vara lätt att ta reda på vad som gäller för varje delprocess och aktivitet genom att allt finns samlat på en gemensam plats. Riktlinjer, rutiner och checklistor kopplas direkt till respektive aktivitet. Processkartorna ska användas som underlag när beslut ska fattas om egenkontroll och för analys av avvikelser, synpunkter och klagomål, samt som underlag för riskanalys och för att koppla processernas aktiviteter till identifierade krav och mål.

Samtliga processer med tillhörande beskrivningar och anvisningar finns tillgängliga via samarbetsytan⁴.

Samverkan

Alla processer innehåller aktiviteter som förutsätter en fungerande samverkan, både internt och externt. Av processerna ska det framgå hur samverkan ska bedrivas. Bristande samverkan eller otydlig ansvarsfördelning är vanliga orsaker till avvikelser och missförhållanden. Ledningssystemet identifierar därför de aktiviteter som förutsätter samverkan. I dokumentbiblioteket samlas de styr- och stöddokument som är aktuella i samverkan, till exempel avtal, överenskommelser och rutiner för kommunikation och ansvarsfördelning.

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

Ansvar och befogenheter

Ett väl fungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att vidta åtgärder inom ordinarie organisationen. Kvalitet i verksamheten kan enbart uppnås genom att varje chef och medarbetare tar ansvar för att kvaliteten i sitt eget arbete och aktivt deltar i kvalitetsarbetet.

Ansvarsfördelning inom socialnämnden

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

Socialnämnden

Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige beslutat och de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnden fastställer ledningssystemet och beslutar om mål och mätvärden för verksamheten. Nämnden är ytterst ansvarig för att verksamheten säkerställer och upprätthåller god kvalitet, samt ansvarar för att planering och uppföljning av verksamheten sker i enlighet med stadens system för integrerad ledning och styrning och uppföljning av ekonomi och kvalitet (ILS).

Förvaltningschef

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar för att på ett strategiskt vis leda, följa upp och säkra det systematiska kvalitetsarbetet inom förvaltningen. Rapporterar till socialnämnden.

Avdelningschef

Avdelningschef ansvarar för att leda, planera, följa upp, dokumentera och utvärdera det systematiska kvalitetsarbetet, samt stödja och säkerställa enhetschefernas kompetens i detta avseende. Avdelningschef ansvarar för att utarbeta och förvalta ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § HSL

Verksamhetschef representerar socialnämnden i dess egenskap av vårdgivare inom hälso- och sjukvårdsområdet. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet i vården, samt främjar kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen ska säkerställa att samverkan och samordning fungerar på ett, för patienten, tillfredsställande sätt, samt att personalen har adekvat kompetens som utvecklas och upprätthålls. Verksamhetschef har ett samlat ledningsansvar med undantag för de uppgifter som MAS ansvarar för. I ansvaret ingår att styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten samt se till att det finns kvalitetsmål och forum för kvalitetsarbete.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att planera, leda och utveckla sin enhet och att arbetet bedrivs enligt rutiner, krav och mål inom sitt ansvarsområde. Enhetschef ansvarar för utveckling, uppföljning och analys av verksamhetens resultat, samt att vidta åtgärder för att

säkerställa och förbättra kvaliteten. Enhetschefen ska också involvera sina medarbetare och informera löpande om enhetens resultat och kvalitetsarbete. Enhetschefen ansvarar för att utföra egenkontroll och göra löpande riskanalyser. Rapporterar till avdelningschef.

Strateg vid avdelningsstab

Ansvarar för och bevakar att det systematiska kvalitetsarbetet fortlöper inom avdelningen i enlighet med ledningssystemet. Syftet är att säkerställa att verksamheterna upprätthåller god kvalitet och tillhandahåller insatser och service till våra brukare som lever upp till de krav som ställs av rådande lagstiftning och bestämmelser. Staben förvaltar ledningssystemet och ansvarar för dess genomgång och uppföljning i samråd med avdelningschef. Ansvarar för årlig uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet genom att upprätta kvalitetsberättelse.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS):

MAS har det övergripande ansvaret för tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt bestämmelserna i HSL. MAS ansvarar för att uppföljning och utveckling sker inom området hälso- och sjukvård och samverkar med verksamhetschefen i patientsäkerhetsarbetet. MAS ansvarar för att verksamheten följer rådande lagstiftning och bestämmelser inom hälso- och sjukvårdsområdet, samt upprättar stöddokument och ansvarar för utredning och bedömning av uppkomna vårdskador (lex Maria).

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls⁵. Detta gäller även personer som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett lagstadgat personligt ansvar för att vård och medicinsk behandling bygger på vetenskaplig grund, beprövad erfarenhet och patientens delaktighet.

Medarbetare

Medarbetare ansvarar för att utveckla, säkra och medverka till kvaliteten i det dagliga arbetet och att följa fastställda rutiner, regler och riktlinjer. Samtliga medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet och har ansvar för att informera sig om det systematiska kvalitetsarbetet och att delta i uppföljning, analys och det kontinuerliga förbättringsarbetet, riskanalyser och framtagande av verksamhetsplaner och berättelse.

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete⁶. Att medverka till god kvalitet innebär bland annat att vara uppmärksam och påtala sådant som kan medföra risk för att den enskilde inte får god omvårdnad, gott stöd, god service, lever under trygga levnadsförhållanden eller skyddas från missförhållanden. Stor vikt ska läggas vid det förebyggande arbetet. Att påtala avvikelser, uppkomna fel och brister, samt att vara lyhörd för synpunkter och klagomål är åtgärder som kan bidra till att säkerställa god kvalitet i verksamheten.

Systematiskt kvalitetsarbete

Systematiskt kvalitetsarbete innebär att på ett systematiskt och regelbundet vis planera, styra, följa upp och utvärdera verksamheten. Genom det systematiska kvalitetsarbetet säkerställer vi att verksamheten upprätthåller och utvecklar kvalitet i det löpande arbetet. Det skapar kontinuitet, medvetenhet och delaktighet inom alla nivåer av organisationen. Kvaliteten ska ständigt utvecklas och säkras, därmed är kvalitetsarbetet aldrig slutfört och ett ledningssystem blir aldrig färdigt.

Det systematiska kvalitetsarbetet består av följande delar⁷:

- Riskanalys,
- Egenkontroll,
- Hantering av avvikelser,
- Förbättrande åtgärder, samt
- Förbättring av processer och rutiner.

Att arbeta med systematiskt kvalitetsarbete innebär att ständigt arbeta för att förbättra och utveckla verksamheten. Arbetet kan illustreras som ett kvalitetshjul med ett cykliskt förhållande mellan fyra olika faser: planering, genomförande, uppföljning och analys, samt förbättrande åtgärder. Kvalitetshjulet illustrerar grunden i det systematiska kvalitetsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och illustrerar att kvalitetsarbetet är ständigt fortlöpande. De långa pilarna visar på att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas.

Bild 3: Kvalitetshjul⁸



Risikanalys

Att analysera och hantera risker är en stor del av det systematiska kvalitetsarbetet och arbetet med riskanalys utgör en del av verksamhetsplaneringen. Med riskanalys innebär att fortlöpande bedöma om händelser kan uppstå som medför brister i verksamhetens kvalitet, vilka konsekvenser detta medför, samt hur allvarliga dessa är. Riskanalysen ska ligga till grund för beslut och åtgärder som ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. I verksamheternas uppdrag ingår att löpande diskutera vilka risker som finns inom den egna verksamheten för att lagar, regler och riktlinjer följs samt att mål för verksamheten inte uppnås.

Risikanalysen kopplas till de aktiviteter som identifierats i processkartlägningsarbetet. 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.

Enheternas riskbedömningar utgör grunden för avdelningens övergripande riskbedömningar, som i sin tur ligger till grund för nämndens årliga plan för den interna kontrollen. Riskanalys sker systematiskt i samband med ordinarie verksamhetsuppföljning i tertiärrapporter, verksamhetsplan och -berättelse. Riskanalyser skall även genomföras i samband med organisationsförändringar,

omstrukturerings av verksamhetens innehåll eller ansvarsområden, samt inom riskområden som identifierats i samband med rapporterade avvikelser, inkomna synpunkter, klagomål eller förslag, eller lex Sarah och lex Maria.

Väsentlighets- och riskanalys (VOR)

I samband med verksamhetsplanen ska en väsentlighets- och riskanalys (VOR) genomföras. Analysen är en kartläggning av verksamhetens viktigaste processer, aktiviteter och arbetssätt för att uppnå målen i verksamhetsplanen. VOR kan ses som en kvalitetssäkring som syftar till att säkerställa att verksamhetens processer och rutiner efterlevs i praktiken och att arbetet är effektivt. Analysen utgör även underlag för internkontrollplanen.

Rutiner för riskanalys

Riskanalysen utförs enligt följande rutin:

1. Ledningsgrupp/ansvarig 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-webben 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 ska dokumenteras.
6. Resultat av riskanalyserna sammanställs årligen inför ledningen genomgång av ledningssystemet.
7. Beslut om åtgärder omsätts i den årliga verksamhetsplaneringen på alla berörda nivåer.

Egenkontroll

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som behövs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.⁹

Med egenkontroll avses regelbunden och systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder, samt kontroll av att uppföljningen bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen syftar också till att säkra att resurser utnyttjas på bästa sätt samt att skydda medarbetare mot misstankar om oegentligheter. Egenkontrollen ska ses som ett hjälpmedel i styrning och ledning av verksamheten och ska integreras i den ordinarie verksamheten.

Egenkontrollen ska utövas dels inom de områden som verksamheten bedömer nödvändiga för att säkerställa kvalitet och dels inom de områden som avdelningsledningen identifierar. Huvudsakligen ska egenkontrollen anpassas och utformas utifrån de risker som finns i verksamheten.

Egenkontrollen kan bland annat innefatta följande moment:

- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare
- 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
- Inhämtande av synpunkter från revisorer och andra intressenter

Egenkontrollen ska dokumenteras och regelbundet följas upp systematiskt inom ledningsgrupper på samtliga nivåer. Det är respektive chefs ansvar att försäkra sig om att den löpande egenkontrollen är tillräcklig och att, vid behov, vidta åtgärder för detta. Den som ansvarar för egenkontrollen ansvarar även för att återkoppla resultaten till medarbetare och ansvarig ledningsgrupp. Det är viktigt att den löpande kontrollen ingår i den ordinarie årliga verksamhetsplaneringen.

Hantering av avvikelser

Socialtjänstlagen fastslår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och

fortlöpande utvecklas och säkras¹⁰. Det förutsätter att händelser som avviker från god kvalitet uppmärksammas och hanteras. Hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål utgör således en stor del av det systematiska kvalitetsarbetet. Genom att kontinuerligt rapportera, utreda, åtgärda och följa upp avvikelser, synpunkter och klagomål skapar vi större förståelse för och medvetenhet kring eventuella brister och systemfel i verksamheternas arbete. Att en avvikelse inträffar i en verksamhet är något negativt. Men som en del av det systematiska kvalitetsarbetet är det viktigt att betona att varje upptäckt av en sådan avvikelse är positivt. Genom upptäckten av en avvikelse säkerställs dels att den kan åtgärdas, dels att verksamheten får en möjlighet att se över sin styrning och därigenom kan förhindra att en liknande avvikelse återupprepas, eller minska effekten av avvikelser som inte kan motverkas.

I dialog och samråd utifrån avvikelshanteringen skapar vi förutsättningar och möjligheter att följa upp och utveckla vår verksamhet och på så sätt säkerställa att vi upprätthåller god kvalitet i de tjänster vi erbjuder våra brukare och stadens medborgare. Samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser som observeras i verksamheten. Medarbetare är även enligt lag skyldiga att rapportera observerade eller misstänkta missförhållanden¹¹.

Strateg vid avdelningsstab samordnar och leder det systematiska kvalitetsarbetet inom avdelningarna. Respektive verksamhet ansvarar dock för att det finns egna lokala rutiner för att inhämta, utreda och följa upp avvikelser, synpunkter och klagomål. Av lokala rutiner skall det tydligt framgå vem som ansvarar för hanteringen och att rutinerna efterföljs.

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

- Vård- och omsorgstagare och deras närstående,
- Personal,
- Vårdgivare,
- De som bedriver socialtjänst,
- De som bedriver verksamhet enligt LSS,
- Myndigheter, samt
- Föreningar, andra organisationer och intressenter.¹²

¹⁰ 3 kap. 3 § SoL

¹¹ 2 kap. 1 § SOSFS 2011:5

¹² 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9

Lex Sarah

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och får kännedom om ett missförhållande eller 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 Sarah¹³. Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål¹⁴.

Lex Maria

Den som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter 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 förhindra¹⁵. Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada ska anmälas till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)¹⁶.

Definitioner

Med *avvikelse* menas en händelse som uppstår när verksamheten avviker från god kvalitet, det vill säga att verksamheten inte lever upp till de krav, mål och regler som styr verksamheten. Det kan också röra sig 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 och det stöd 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.

Ett *missförhållande* är en avvikelse från kvalitet där en handling, eller försummelse/underlåtenhet att genomföra en handling, medfört hot mot eller direkta konsekvenser för den enskildes liv, hälsa eller

¹³ 14 kap. 3 § SoL; 2 kap. 1 § SOSFS 2011:5

¹⁴ 14 kap. 6 § SoL

¹⁵ 3 kap. 3 § Patientsäkerhetslagen

¹⁶ 3 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen

säkerhet. Det kan också röra sig om en påtaglig risk för ett missförhållande. Samtliga missförhållanden ska rapporteras och hanteras enligt bestämmelserna för lex Sarah¹⁷. Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera misstänkta eller observerade missförhållanden.

Vårdskada avser lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är:

1. bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Samtliga vårdskador ska rapporteras och hanteras enligt bestämmelserna för vårdskador (lex Maria)¹⁸.

Rutin för hantering av avvikelser

Respektive verksamhet ansvarar själv för rapportering, utredning och uppföljning av avvikelser. Strateg vid avdelningsstab finns tillgänglig som stöd för verksamheterna i hela avvikelshanteringsprocessen, samt för särskild utredning och uppföljning av enstaka avvikelser, om behov eller önskemål föreligger.

Samtliga avvikelser ska rapporteras, utredas och följas upp. Rapportering sker i incidentrapporteringssystemet *IA*. Respektive verksamhet ansvarar för att ta fram eventuella lokala rutiner för rapportering och uppföljning av avvikelser.

Avvikelser som innebär hot mot eller medför konsekvenser för brukares liv, säkerhet, eller hälsa, skall hanteras inom ramen för lex Sarah. För avvikelser som rapporteras enligt lex Sarah behövs ej avvikelserapport skrivas.

Sammanställning och analys av rapporterade avvikelser ska användas vid planering av verksamheten. Vidtagna åtgärder och uppföljning av dessa ska rapporteras till respektive ledningsgrupp och återkopplas i verksamheten.

Rutin för hantering av synpunkter och klagomål

Brukarens delaktighet är av yttersta vikt för det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med synpunkter, klagomål och förslag är att

¹⁷ SOSFS 2011:5

¹⁸ HSLF-FS 2017:41 om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)

skapa en aktiv dialog med våra brukare och belysa brister, svårigheter eller förslag till förbättring. Alla verksamheter är skyldiga att ta emot och utreda synpunkter och klagomål som rör verksamhetens arbete. Dessa kan lämnas muntligt, skriftligt eller digitalt via socialförvaltningens e-post¹⁹.

Alla synpunkter och klagomål ska tas emot, dokumenteras, och återkopplas till uppgiftslämnaren. En avvägning behöver dock göras huruvida uppgifterna är av *enklare karaktär*. Uppgifter som är av enklare karaktär kan oftast åtgärdas direkt, eller vara helt ovidkommande för verksamheten i fråga och behöver således inte dokumenteras. Avvägning görs i samråd med enhetschef eller motsvarande, alternativt i samråd med strateg vid avdelningsstab.

All dokumentation och kommunikation rörande synpunkter, klagomål och förslag ska diarieföras, med undantag för uppgifter av enklare karaktär. Synpunkter och klagomål som rör hantering eller handläggning av individärenden och inte verksamheten skall ej diarieföras, dessa ska föras till respektive personakt. Vid otydlighet avgör strateg vid avdelningsstab detta i samråd med rapporterande verksamhet.

Inkomna synpunkter och klagomål ska även registreras i ILS-webb för uppföljning.

Förbättrande åtgärder

Genom de olika aktiviteter som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet kan verksamheten direkt få kännedom om avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten, samt belysa brister och systemfel i det löpande arbetet. Med utgångspunkt i de resultat som ledningssystemets aktiviteter genererar ska åtgärder vidtas som krävs för att säkra och upprätthålla verksamhetens kvalitet.²⁰

Sammanställning av risker, resultat av egenkontroll samt avvikelser ska leda till ställningstaganden och beslut om förbättrande åtgärder. Ställningstagande och beslut om åtgärder tas av berörd verksamhet och närmast ansvarig chef. Beslut om strategiska och övergripande åtgärder fattas av högst ansvariga chefer och omsätts i den ordinarie verksamhetsplaneringen. Ställningstagande och beslut om åtgärd ska dokumenteras och förses med datum för genomförande, uppföljning, samt kontroll av eventuellt resultat. Sammanställning

¹⁹ socialforvaltningen@stockholm.se

²⁰ 5 kap. 7 § SOSFS 2011:9

och analys av vidtagna åtgärder, samt status för pågående och planerade åtgärder ska göras i ordinarie verksamhetsplanering.

Vidtagna åtgärder ska följas upp systematiskt för att säkerställa att de får önskad effekt och bidrar till att stärka verksamhetens kvalitet.

Förbättring av processer och rutiner

Processer och rutiner ska kontinuerligt utvecklas och förbättras. Om resultaten av ledningssystemets aktiviteter visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska åtgärder vidtas för att justera och förbättra processerna och rutinerna²¹. Det görs genom systematisk riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Rutiner för dessa aktiviteter finns i ledningssystemet.

Beslut om justeringar i en process fattas av processägaren efter samråd med strateg vid avdelningsstab. När en process eller rutin ska förändras ska process- och dokumentägare undersöka om det finns andra processer som påverkas. I så fall ska ansvarig för de processerna involveras. Detta är särskilt viktigt om det finns aktiviteter som kräver samverkan.

Närmast ansvarig chef ansvarar för uppföljning av processer och rutiner. När uppföljningen visar på brister i processer eller rutiner ska ansvarig chef vidta åtgärder enligt ledningssystemet. Om en process behöver justeras eller kompletteras tas kontakt med strateg vid avdelningsstab som samråder med processägaren inför eventuell justering.

Dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras²².

Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

Dokumentationen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande

Verksamheternas arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska löpande

dokumenteras. Med detta menas att alla aktiviteter inom ramen för ledningssystemet ska dokumenteras, registreras, samlas och göras sökbara i någon form. Dokumentation utgör en viktig del i kvalitetsarbetet och ska föras på ett tydligt och strukturerat sätt, samt hållas tillgängligt för medarbetare inom organisationen. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Processer, rutiner och arbetsätt ska vara tydligt dokumenterade, likväl arbete med att planera, genomföra och följa upp egenkontroll, riskanalys, avvikelshantering, med mera.

Dokumentbibliotek

Alla dokument av betydelse för det systematiska kvalitetsarbetet finns samlade i ett dokumentbibliotek på samarbetsytan²³. I dokumentbiblioteket samlas även alla de rutiner, riktlinjer och checklistor som ska stödja processerna för att säkerställa kvalitet i varje aktivitet. Samtliga processkartor som omfattas av ledningssystemet finns även samlade i dokumentbiblioteket.

Dokumentstyrning

Samtliga dokument som är av betydelse för det systematiska kvalitetsarbetet ska upprättas utifrån gemensamma mallar och riktlinjer. Syftet med detta är att samtliga medarbetare ska kunna ta till sig av informationen oberoende av vilken verksamhet eller del av organisationen hen tillhör. Med dessa dokument avses bland annat rutindokument, riktlinjer, checklistor, blanketter, med mera.

Dokument som upprättas bör innehålla:

- ett tydligt definierat syfte och användningsområde,
- dokumentägare som ansvarar för dokumentets utformning och uppföljning,
- en plan för hur dokumentet ska följas upp och eventuellt revideras, samt
- datum för upprättande och revidering.

Kvalitetsberättelse

Med dokumentationen av det systematiska kvalitetsarbetet som utgångspunkt bör den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse varje år²⁴. Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en detaljerad bild av hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits inom verksamhetens olika delar, samt möjliggöra för såväl interna som externa intressenter att få en inblick i arbetet. Kvalitetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att

systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses²⁵. Kvalitetsberättelsen ska göras tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Av kvalitetsberättelsen ska det framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående år,
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet,
- Status för pågående åtgärder som ej avslutats,
- Vilka resultat som har uppnåtts, samt
- Hur uppföljning ska ske av resultaten och kvalitetsarbetet i stort

Förslag på underlag för kvalitetsberättelse:

- Uppföljning av resultat och åtgärder från ledningens föregående genomgång
- Resultat från revisioner och granskningar
- Resultat från egenkontroller och interna utvärderingar och uppföljningar
- Återkoppling från verksamheterna, samverkanspartners med flera kring metoders, produkters eller rutinens lämplighet och effektivitet
- Sårbarheter, risker och förändringar som kan påverka kvalitetsarbetet
- Status avseende åtgärder, förebyggande eller åtgärdande
- Redovisning av sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter
- Redovisning av sammanställning och analys av rapporterade avvikelser
- Bedömning av krav- och måluppfyllelse samt lagefterlevnad
- Förändringar i organisation eller omvärld som kan påverka ledningssystemet
- Rekommendation till förbättringar

Patientsäkerhetsberättelse

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 uppnåtts²⁶.

²⁵ 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9

²⁶ 3 kap. 9 och 10 §§ PSL

Av patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå²⁷:

- hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har varit fördelat inom verksamheten under året,
- hur patientsäkerheten följts upp och utvärderats genom egenkontroll och riskanalys,
- hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av skador och vårdskador.
- hur risker för skador och vårdskador hanterats genom riskanalys, avvikelshantering och förbättrande åtgärder,
- hur rapporter om vårdskador har hanterats, utretts och åtgärdats enligt bestämmelser om vårdskador (lex Maria)²⁸ och hur många som har bedömts som allvarliga,
- hur rapporter om skador enligt 6 kap. 4 § PSL²⁹ har hanterats genom riskanalys, avvikelshantering och förbättrande åtgärder,
- hur inkomna synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats, samt

Innehållet för patientsäkerhetsberättelsen tas huvudsakligen fram i det löpande systematiska kvalitetsarbetet utifrån ledningssystemet, genom riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Vid planering av dessa delar är det därför särskilt viktigt att beakta att patientsäkerhetsfrågorna särskilt lyfts fram.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar. Patientsäkerhetsberättelsen ska göras tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Samverkan och dialog är de främsta verktygen vi har att tillgå i det systematiska kvalitetsarbetet och medarbetarnas delaktighet är en förutsättning för detta. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänstverksamhet eller verksamhet enligt LSS är skyldig att delta i verksamhetens kvalitetsarbete³⁰. Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet innebär att alla arbetar på ett likartat sätt, vilket i sin tur underlättar kvalitetsarbetet genom att arbetssätt kan följas upp, utvärderas och vid behov förändras. Det är respektive chefs ansvar att säkerställa att så sker, och att medarbetarna arbetar enligt ledningssystemets processer och rutiner. Det är även chefsansvar

²⁷ 7 kap. 2 § SOSFS 2011:9

²⁸ 3 kap. 3 § PSL

²⁹ Gäller andra skador och vårdskador än de som avses i 3 kap. 3 § PSL (lex Maria)

³⁰ 14 kap. 2 § SoL; 24a § LSS

att informera sina medarbetare om att de ska medverka i kvalitetsarbetet och de insatser som genomförs för att stärka och upprätthålla kvalitet i verksamheten. Aktiv dialog och samverkan i och mellan arbetsgrupper underlättar kvalitetsarbetet.

Medarbetarnas kompetens och erfarenhet är således viktiga faktorer i verksamheternas systematiska kvalitetsarbete. Ansvarig chef ansvarar för att bedöma vilka utbildningsinsatser eller andra åtgärder som behövs för att säkerställa att medarbetarna arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner. Medarbetarnas delaktighet och aktiva deltagande i kvalitetsarbetet utgör således centrala delar av ledningssystemet. Enhetschefer ansvarar för att ta tillvara på personalens observationer och förbättringsförslag.

I processer och rutiner

Processer och rutiner tas fram i samverkan och dialog med berörda medarbetare – i detta arbete är medarbetarnas kompetens och erfarenhet viktiga underlag. Medarbetarna ansvarar för att arbeta enligt fastställda processer och rutiner och rapportera eventuella avvikelser och brister i dessa.

I samverkan internt och externt

Medarbetare ansvarar för att samverka internt och externt på ett sätt som upprätthåller god kvalitet och håller brukarens behov i centrum. Medarbetare ansvarar även för att omedelbart kommunicera eventuella brister i samverkan till ansvarig chef.

I kraven på dokumentationsskyldighet

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

I egenkontroll och riskanalys

Medarbetare ansvarar för att uppmärksamma risker och brister i aktuella processer och kommunicera dessa till ansvarig chef. Det underlag och de uppgifter som samlas in och dokumenteras av medarbetare ska användas i verksamhetens egenkontroll och riskanalys. Medarbetare deltar i kartläggandet av processer och rutiner och utifrån detta arbete även i åtgärder för att identifiera och förebygga risker.

Utveckling av ledningssystemet

Ledningssystemet ska utgöra en aktiv och levande del i verksamhetsplaneringen och det systematiska kvalitetsarbetet. Det måste således ständigt utvecklas och anpassas efter förändringar i verksamheten. Eftersom att kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt. Ledningssystemet ägs och fastställs av socialnämnden. Förändringar som rör ledningssystemets grundläggande funktioner enligt ovan beslutas av nämnd. Förändringar i ledningssystemets innehåll och utformning beslutas av avdelningschef.

Strateg vid avdelningsstab ansvarar för kontinuerlig översyn av ledningssystemets effektivitet och ändamålsenlighet och anpassar ledningssystemet vid behov. Beslut om nödvändiga justeringar och strategisk utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet fattas av avdelningschef. Förändringar i ledningssystemets processer och rutiner samt förbättrande åtgärder i verksamheterna beslutas av respektive enhetschef.