



SÖDERMALMS STADSDELSFÖRVALTNING

DNR 584-2012-1.1
2012-07-05.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom socialtjänsten



1	Inledning	3
2	Stockholms stads ledningssystem	4
3	Definition av kvalitet.....	7
4	Ansvarig för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.....	9
4.1	Ansvarsfördelning inom Södermalms stadsdelsnämnd.....	9
4.1.1	Stadsdelsnämnden.....	9
4.1.2	Stadsdelsdirektör.....	9
4.1.3	Avdelningschefer för individ- och familjeomsorg, stöd och service till personer med funktionsnedsättning och äldreomsorg.....	9
4.1.4	Verksamhetschef enligt HSL inom äldreomsorg.....	9
4.1.5	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)	10
4.1.6	Enhetschef.....	10
4.1.7	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.....	10
4.1.8	Medarbetare.....	12
4.1.9	Entreprenörer.....	12
5	Ledningssystemets huvudpunkter	13
5.1	Processer och rutiner.....	13
5.1.1	Rutin för chef	14
5.2	Samverkan	14
5.2.1	SoL och LSS.....	14
5.2.2	Hälso- och sjukvård	14
5.3	Systematiskt förbättringsarbete – hantering av avvikelser.....	14
5.3.1	Risikanalys	15
5.3.1.1	Risikanalys enligt nämndens system för intern kontroll.....	15
5.3.2	Egenkontroll.....	17
5.3.3	Utredning av avvikelser	18
5.3.3.1	Klagomål och synpunkter	18
5.3.3.2	Rapporteringskyldighet – lex Maria och lex Sarah.....	18
5.3.3.3	Sammanställning och analys.....	20
5.3.4	Förbättrande åtgärder i verksamheten.....	20
5.3.5	Förbättring av processerna och rutinerna.....	20
5.4	Personalens medverkan	20
5.5	Dokumentationsskyldighet	20
5.5.1	Socialtjänstens kvalitetsberättelse.....	21
5.5.2	Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård	21

1 INLEDNING

Socialtjänstens har en central del i välfärdssystemet. Detta ställer stora krav på rättssäkerhet, likvärdighet och tillgänglighet. Den ska ha en god kvalitet både inom offentlig och privat driven verksamhet. Det gäller även myndighetsutövning.

Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS: 2011:6) trädde i kraft 1 januari 2012. Tidigare fanns två föreskrifter, en för socialtjänst och verksamhet enligt LSS¹, en och en för hälso- och sjukvården. Numera finns bara en som gäller såväl socialtjänst och verksamhet enligt LSS som hälso- och sjukvård. Föreskrifterna och allmänna råden gäller även för enskilda utförare.

Syftet med de nya föreskrifterna och allmänna råden är att alla verksamheter inom socialtjänsten² ska inrätta ledningssystem genom vilka verksamheternas kvalitet/eller patientsäkerhet utvecklas och säkras.

Det systematiska kvalitetsarbetet utgår från övergripande mål och grundläggande värderingar i Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Motsvarande gäller för kommunala hälso- och sjukvården som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Ett ledningssystem är ledningens verktyg för att leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Enligt föreskriften ska verksamheten identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Detta i sin tur ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

Viktiga områden i det systematiska kvalitetsarbetet är

- kvalitetssäkring av sociala tjänster
- samverkan
- förbättringsarbete – riskanalys, egenkontroll, synpunkter och klagomål
- medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet
- dokumentationsskyldighet

För att tillämpa de nya föreskrifterna krävs att verksamheten kartlägger vilka krav och mål som gäller för den egna verksamheten och anpassar ledningssystemet utifrån det.

Resultaten från egenkontroll, risk- och klagomålshantering ska användas för att utveckla verksamheten.

¹ Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

² Verksamhet enligt socialtjänst” omfattar i detta dokument verksamhet enligt SoL, LSS och HSL.

Föreliggande dokument är avsett att kunna användas som en handbok för verksamheterna.

2 STOCKHOLMS STADS LEDNINGSSYSTEM

Stockholms stad har ett integrerat ledningssystem, ILS, för kvalitetssäkring av all verksamhet. Styrmodellen omfattar planering och uppföljning på alla nivåer i organisationen. Systemet bygger på en klassisk styrmodell där kommunfullmäktiges vision 2030 och mål konkretiseras och bryts ner i organisationen. Utöver detta finns nationella styrdokument och lagstiftning till exempel socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamhetsplanering sker årsvis både på nämnd- och enhetsnivå.

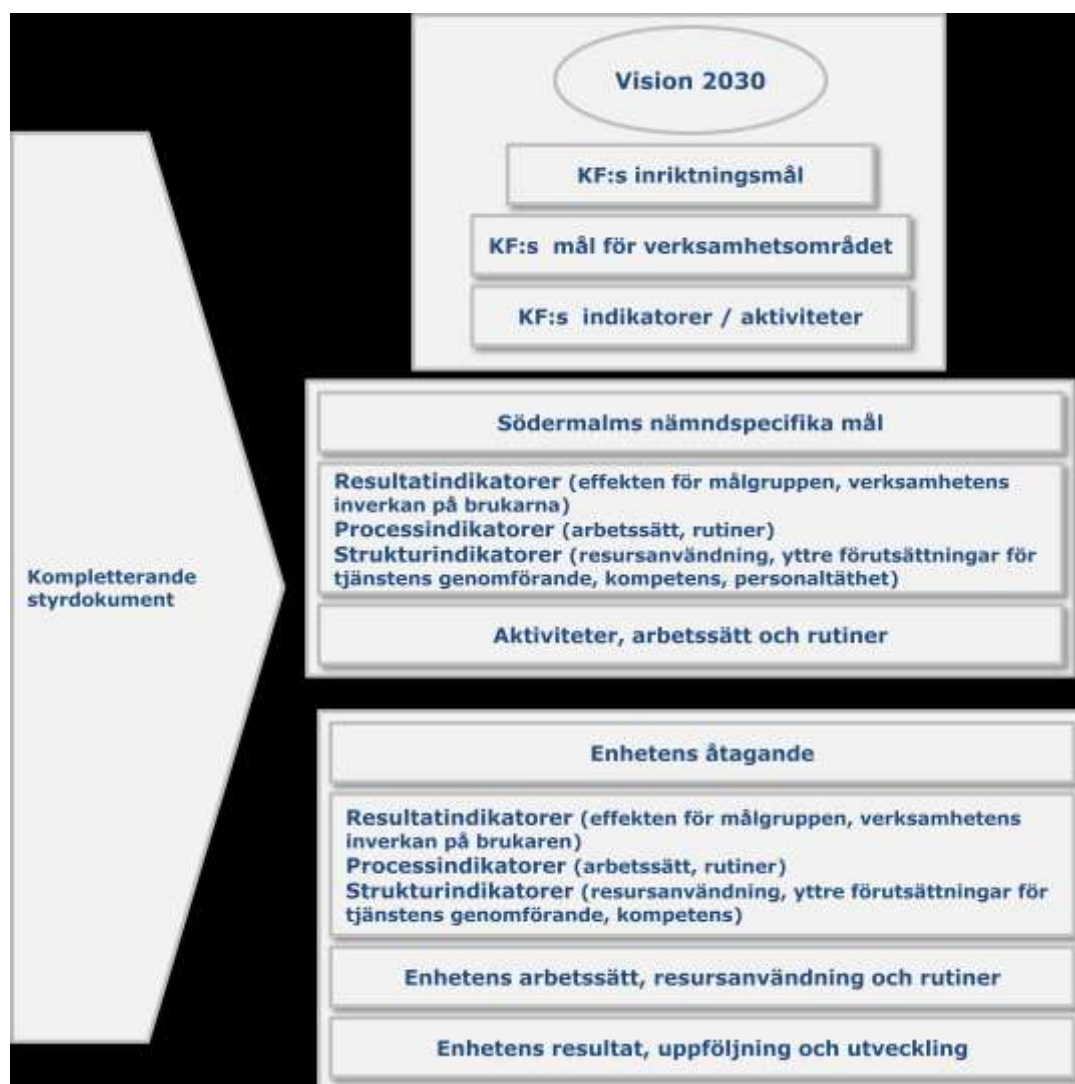


Bild 1. Beskrivning av stadens styrmodell samt hur socialstyrelsens kvalitetskrav kommer in i planerings- och uppföljningsprocessen.



DNR 584-2012-1.1.
SID 5(22)

Stadsdelsnämnden fastställer mål för de olika verksamhetsområdena i verksamhetsplanen. Utifrån målen formulerar enheterna uppföljningsbara åtaganden. I tertiärrapporter och verksamhetsberättelsen redovisas resultat.

Planerings- och uppföljningsarbetet i stadsdelsnämndens kan illustreras enligt nedan.

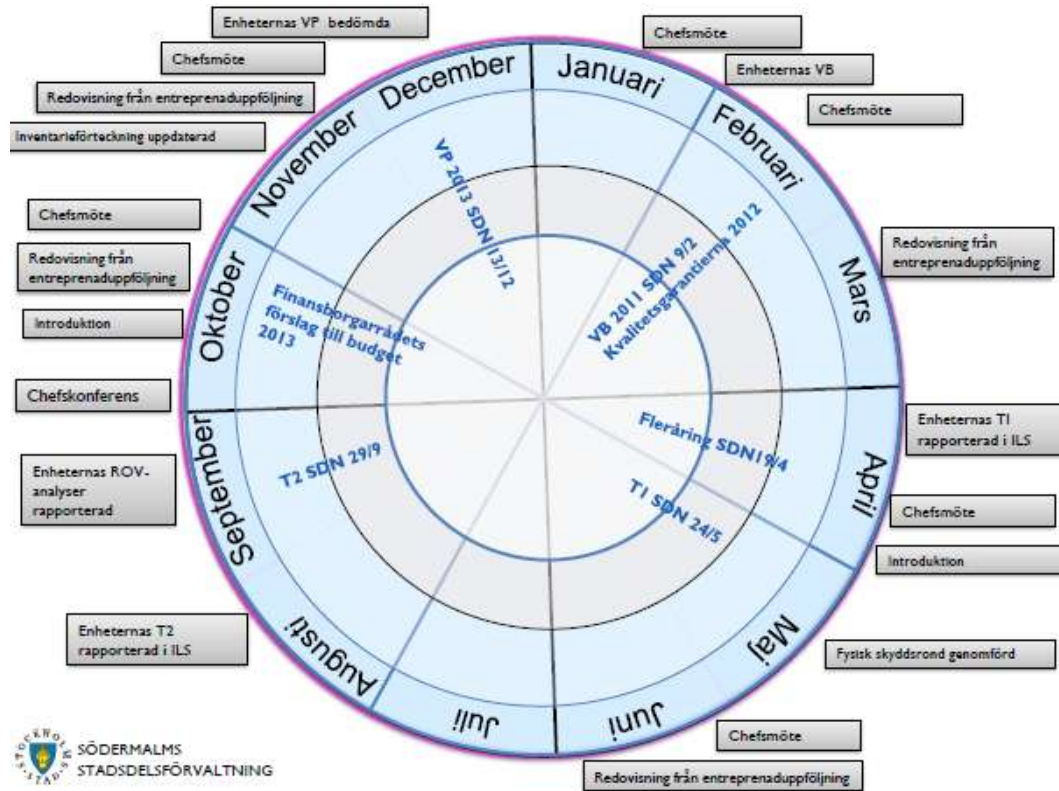


Bild 2. Översiktlig bild av planerings- och uppföljningsarbetet i stadsdelsnämnden.

3 DEFINITION AV KVALITET

Enligt föreskriften definieras kvalitet som ”Den som bedriver verksamhet ska säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter” (2 kap 1 § SOSFS 2011:9).

Socialtjänstlagen

”Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet” (1 kap 1 § SoL).

”Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.

För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (3 kap 3 § SoL).

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Verksamheten enligt LSS ”skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som tillhör LSS personkrets. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra” (5 § LSS).

Verksamheten ”skall vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

För verksamheten enligt LSS skall det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges” (6 § LSS).

”När åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas” (6 a § LSS).

Hälso- och sjukvårdslagen

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården” (2 § HSL).

”Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (31 § HSL).

Ett annat sätt att beskriva kvalitet är enligt nedanstående modell.

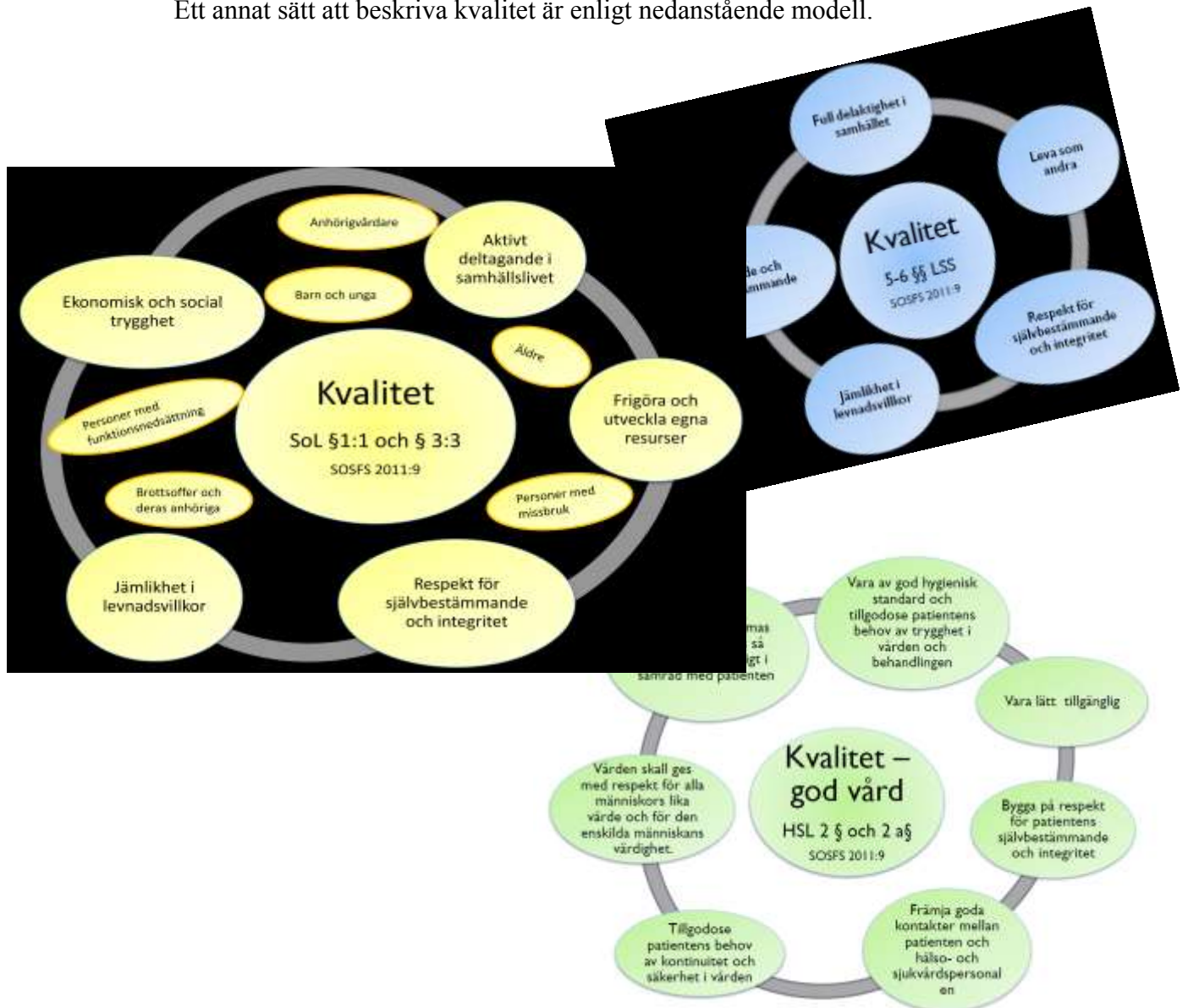


Bild 3. Mål och krav enligt SoL, LSS och HSL.

4 ANSVARIG FÖR LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE, SOSFS 2011:9

Ett väl fungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att vidta åtgärder inom den ordinarie organisationen.

4.1 Ansvarsfördelning inom Södermalms stadsdelsnämnd

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

4.1.1 Stadsdelsnämnden

Stadsdelsnämnden fastställer socialtjänstens ledningssystem för kvalitet, beslutar om mål och måtvärden för verksamheten och följer upp målen.

Kvalitetsledningssystemet ska integreras med de befintliga systemen för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med.

4.1.2 Stadsdelsdirektör

Stadsdelsdirektören har det yttersta ansvaret för att upprätta ledningssystem, planera, genomföra och följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.

4.1.3 Avdelningschefer för individ- och familjeomsorg, stöd och service till personer med funktionsnedsättning och äldreomsorg

Avdelningschef ansvarar för att utarbeta och förvalta ett ledningssystem för kvalitet utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Avdelningschefen ansvarar också för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet.

4.1.4 Verksamhetschef enligt HSL inom äldreomsorg

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att, i samarbete med avdelningschef inom äldreomsorg, utarbeta och förvalta ett ledningssystem för kvalitet utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att, i samarbete med avdelningschef inom äldreomsorg, det systematiska kvalitetsarbetet planeras,

genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ska se till att den fungerar på ett tillfredsställande sätt. I ansvaret ingår att det finns personal med rätt kompetens, samt att lokaler och utrustning är anpassade utifrån verksamhetens inriktning och behov. Verksamhetschef ska tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ansvarar för utredning, åtgärder och återkoppling av resultat till verksamheten. Verksamhetschefen ska samverka med MAS/MAR i frågor som rör verksamhetens kvalitet och säkerhet.

4.1.5 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har det övergripande ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård vilket innebär ansvar för tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

4.1.6 Enhetschef

Enhetschef arbetar enligt fastställda mål och mätvärden och har ansvar för att bryta ner målen till mål/åtaganden för verksamheten och kvalitetssäkra dessa. Enhetschefen ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i enhetens ledningssystem. Enhetschefen ansvarar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta förbättringsåtgärder.

4.1.7 Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att

- bedöma och utreda händelsen samt vidta nödvändiga åtgärder
- rapportera avvikelser i samband med vård och behandling till MAS/MAR och verksamhetschef
- dokumentera avvikelsen
- tillsammans med verksamhetschef vidta adekvata åtgärder för att förhindra återupprepning
- om inte omedelbara åtgärder kan vidtas ska en tidsplan upprättas
- informera patient/närstående om inträffad händelse lett till vårdskada



DNR 584-2012-1.1.
SID 11(22)

4.1.8 Medarbetare

Alla medarbetare ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att

- arbeta i enlighet med processer och rutiner
- medverka i enhetens olika aktiviteter i kvalitetsarbetet
- delta i och lämna uppgifter till egenkontroll, kvalitetsregister och dylikt
- delta i uppföljning och analys av mål och resultat
- rapportera avvikelser av olika slag
- lämna uppgifter till rapporter och utredningar

Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Att medverka till god kvalitet innebär bland annat att vara uppmärksam och påtala sådant som kan medföra risk för att enskilde inte får god omvårdnad, gott stöd, god service och lever under trygga förhållanden. Stor vikt ska läggas på det förebyggandet arbetet. Att påtala och rätta uppkomna fel och brister, vara lyhörd för synpunkter och klagomål är åtgärder som kan bidra till att säkerställa en god kvalitet. Verksamheter ska bedrivas så att eventuella försummelser, övergrepp och andra missförhållanden så långt som möjligt kan förebyggas och förhindras. En viktig förutsättning är att det finns rutiner för att hantera iakttagelser som görs, fel och brister som upptäcks samt synpunkter och klagomål som tas emot. Likaså att ledningen uppmuntrar och välkomnar ett sådant arbetssätt.

Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Detta gäller personer som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

4.1.9 Entreprenörer

Entreprenörer är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som innebär kvalitetsuppföljning, kvalitetsutveckling, att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet samt att ge information om resultatet till sina medarbetare inom sitt verksamhetsområde. Entreprenörer är ansvariga för att informera nämndens om resultat av kvalitetsuppföljningar.

5 LEDNINGSSYSTEMETS HUVUDPUNKTER

5.1 Processer och rutiner

Verksamheten ska

- identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet
- i varje process identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning

All verksamhet inom socialtjänstens område utgår från huvudprocessen



I Stockholms stad är det Socialnämnden som ansvarar för riktlinjer för handläggning inom stadens socialtjänst exklusive äldreomsorgen. Riktlinjerna uppdateras regelbundet efter exempelvis lagändringar.

Äldrenämnden ansvarar för riktlinjer inom äldreomsorg, hälso- och sjukvård inom stadens särskilda boenden och för dagverksamheter för äldre, oavsett regi.

Riktlinjerna är ett komplement till det regelverk som styr socialtjänsten och hälso- och sjukvården och ska ge vägledning för utarbetandet av lokala regler och rutiner inom respektive stadsdelsnämnd och verksamhet.

Närmast ansvarig chef för en enhet/verksamhet ska

- identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utifrån lagstiftning, författningar, 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 (t ex olika yrkeskategorier, olika enheter inom verksamhetsområde/inom organisationen)

5.1.1 Rutin för chef

- Processerna ska beskrivas överskådligt, göras kända och finnas tillgängliga för medarbetarna
- För varje aktivitet som identifierats enligt ovan ska en rutin tas fram som beskriver hur aktiviteten utförs och hur ansvaret för utförandet är fördelat
- Närmast ansvarig chef ansvarar för att det finns rutiner för de aktiviteter som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten
- Närmast ansvarig chef ansvarar också för att ändra på processerna och rutinerna om någon form av avvikelse (klagomål, avvikelse, missförhållande, risk för vårdskador et cetera) visar att det finns brister i processerna eller rutinerna
- Varje chef ska ha en uppdaterad och lättillgänglig sammanställning av de rutiner som gäller i verksamheten. Avdelningschefen har ansvar för att fastställa verksamhetsövergripande rutiner.

5.2 Samverkan

5.2.1 SoL och LSS

De processer där samverkan behövs, ska identifieras för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten. Det ska även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

5.2.2 Hälso- och sjukvård

De processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada ska identifieras. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

I bilaga 2 finns exempel på väsentliga processer som stöd i arbetet med att identifiera, beskriva och fastställa verksamhetens väsentliga processer.

5.3 Systematiskt förbättringsarbete – hantering av avvikelser

En viktig förutsättning för att medverka till en god kvalitet är att det finns rutiner för att hantera iakttagelser som görs, fel och brister som upptäcks samt synpunkter och klagomål som tas emot.

Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter³ ligger till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. När en avvikelse uppmärksammas ska chefen vidta åtgärder och se över processer och rutiner så att dessa är ändamålsenliga. Detta för att säkra att verksamheten arbetar systematiskt för att förbättra kvaliteten.

5.3.1 Riskanalys

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa och som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Med hjälp av en riskanalys bedöms sannolikheter för olika oönskade händelser och dess konsekvenser. Med det som underlag kan beslut tas och åtgärder vidtas i syfte att minimera dessa risker.

För varje händelse som utgör en risk ska den som bedriver socialtjänst

- uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar
- bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen

I anslutning till verksamhetsplaneringen inför kommande år gör alla enheter en *risk- och väsentlighetsanalys (ROV-analys)*. Enheternas analyser ökar förutsättningarna att ”rätt” områden kontrolleras i nämndens årliga *internkontrollplan*.

5.3.1.1 Riskanalys enligt nämndens system för intern kontroll

Identifiering av relevanta risker i verksamhetens processer

Riskinventeringen av enhetens processer handlar om att kartlägga och prioritera de risker som finns. Ett visst risktagande måste dock alltid accepteras.

Ett sätt att försöka identifiera relevanta risker i verksamhetens processer kan ske genom att ställa sig följande frågor:

- Vad är vårt uppdrag och vilka är våra viktigaste processer och mål?
- Utifrån denna fråga; Vilka processer måste vi absolut ha fullständig kontroll över? Har vi det? Vilka risker ser vi?
- Vad får absolut inte hända? Har vi beredskap för detta?
- Vad vill vi inte läsa om i tidningarna?

³ Rapport om lex Sarah, lex Maria, tillsynsrapporter, revisionsrapporter mm

Ett annat sätt att försöka hitta riskerna är att använda sig av nedanstående modell:

Risken att...(en viss händelse) inträffar på grund av (någon orsak), vilket leder till (en konsekvens).

Exempelvis: *Risken att hemtjänstinsatsen uteblir inträffar på grund av att schemalaggningen av brukarnas insatser inte är tillräckligt tydlig för att oerfaren personal ska veta till vem och när stödet ska ges vilket leder till att brukaren kan känna att den inte längre kan lita på att insatserna utförs enligt överenskommen tid vilket leder till att brukaren kan överväga att välja annan hemtjänstutförare.*

Riskkategori, rutinbeskrivning och löpande kontroller.

Processen och risken kategoriseras enligt stadens fastställda riskkategorier (omvärldsrisk, verksamhetsrisk, finansiell risk, redovisningsrisk, legal risk respektive IT-baserad risk). I analysen anges om rutinbeskrivningar finns eller inte och om löpande kontroller sker.

Bedömning av sannolikheten och väsentlighetsgraden (konsekvenserna)

Sannolikhet är ett mått på hur troligt det är att en viss händelse inträffar.

Med väsentlighet avses verksamhetsmässiga konsekvenser. Det vill säga konsekvenser för brukarna, förtroendet för verksamheten eller ekonomiska konsekvenser för verksamheten som kan uppstå vid brister i hantering av rutiner och processer.

Hur höga eller låga riskerna är beror bland annat på vilken nivå enheten har på sin egenkontroll, hur rutiner efterlevs et cetera. Riskerna för att något negativt kan inträffa är som störst om regler eller rutinbeskrivningar är otydliga eller saknas, vilket kan ge utrymme för egna tolkningar i allt för vid bemärkelse.

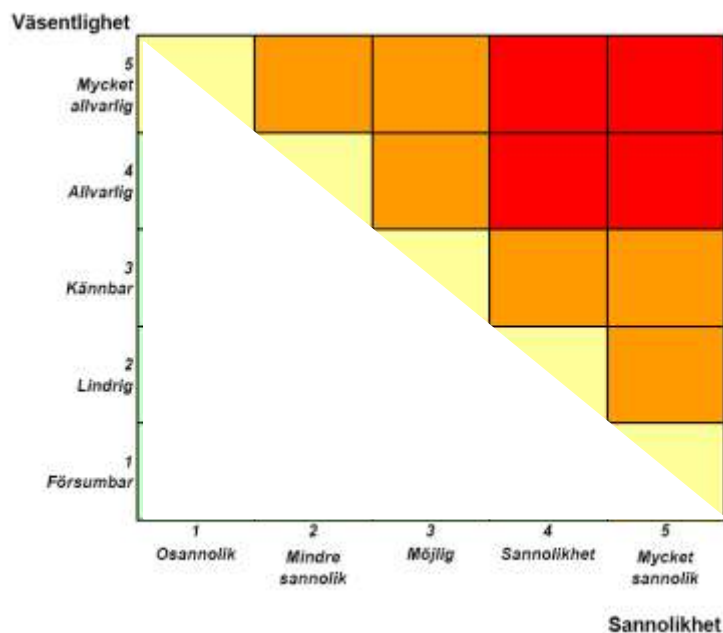
Exempel: *Sannolikheten* för att hemtjänstinsatsen uteblir är *möjlig (3)*.

Väsentligheten (konsekvensen) för brukaren är *allvarlig (4)* eftersom brukaren kan känna att den inte längre kan lita på att insatserna utförs enligt överenskommen tid.

Väsentligheten (konsekvensen) för verksamheten är *kännbar (3)* på grund av minskade intäkter om brukaren väljer annan utförare.

Riskenivå

Vid höga värden anges aktivitet för att minska riskerna.



Figur 6 Den skuggade delen i matrisen är ett exempel på riskacceptans. Den accepterade riskenivån kräver inget agerande. En något högre grad av sannolikhet och väsentlighet gör att rutinen/processen kopplad till målen, bör hållas under uppsikt. En ännu högre väsentlighet och sannolikhet gör att riskerna åtgärdas direkt eller tas med i kommande internkontrollplan.

Internkontrollplan

De väsentliga processer och risker (inklusive sannolikhet och väsentlighet) som enheten bedömer ska kontrolleras noteras i internkontrollplanen. Kontrollmomentet beskrivs med uppföljningsansvarig och datum.

Uppföljning av internkontrollplanen

Inför arbetet med verksamhetsberättelsen görs en uppföljning av internkontrollplanen. I uppföljningen redovisas resultat och förbättringsåtgärder.

5.3.2 Egenkontroll

Egenkontroll innebär att chefen själv ska kontrollera att verksamheten följer de lagar, föreskrifter och riktlinjer som styr verksamheten.

Egenkontrollen är en systematisk uppföljning av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Den ska ske med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen kan innefatta

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355)
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- målgruppsundersökningar
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation, exempelvis kontrollistor
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- analys av uppgifter från patientnämnder
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter

5.3.3 Utredning av avvikelser

5.3.3.1 Klagomål och synpunkter

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
- föreningar, andra organisationer och intressenter

Inom nämndens verksamhet finns riktlinjer för klagomål och synpunkter

Medborgare, brukare och anhöriga i stadsdelsområdet ska uppmuntras till att framföra synpunkter och klagomål på verksamheten. Det är i dialog och samråd med brukare och medborgare som vi kan vidareutveckla förvaltningens olika verksamheter. Synpunkter kan framföras via stadens hemsida under www.stockholm.se/tycktill eller via förvaltningens blankett ”Tyck till”. Andra sätt är exempelvis per brev eller e-post. Förvaltningens policy [”Tyck till”](#) och rutin finns på intranätet.

5.3.3.2 Rapporteringsskyldighet – lex Maria och lex Sarah

Lex Maria

Rutiner för avvikelshantering enligt Lex Maria finns i [MAS-handboken](#).



Lex Maria innebär att vårdgivare har skyldighet att till Socialstyrelsen anmäla om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom.

Enligt patientsäkerhetslagen är all personal skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Lex Sarah

Skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden gäller för anställda, uppdragstagare, praktikanter, deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program och liknande som fullgör uppgifter enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lex Sarah innebär att socialtjänsten har skyldighet att till socialstyrelsen anmäla om en brukare i samband med insatser från socialtjänsten utsatts för allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden.

Nämnden har antagit [preliminära riktlinjer](#) för lex Sarah i avvaktan på stadsgemensamma riktlinjer avseende lex Sarah.

5.3.3.3 Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

5.3.4 Förbättrande åtgärder i verksamheten

Riskanalysen, egenkontrollen, utredningar från avvikelser i form av klagomål och synpunkter, avvikelser och rapporter om lex Maria och lex Sarah ska analyseras. Därefter ska åtgärder vidtas som säkrar verksamhetens kvalitet utifrån lagstiftning, författningar, stadens och nämndens mål för verksamhetsområdet.

5.3.5 Förbättring av processerna och rutinerna

Riskanalysen, egenkontrollen, utredningar från avvikelser i form av klagomål och synpunkter, avvikelser och rapporter om lex Maria och lex Sarah ska analyseras. Om analysen visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

5.4 Personalens medverkan

Enligt SoL, LSS och HLS är all personal inom socialtjänsten skyldig att medverka till hög kvalitet respektive patientsäkerhet. Ansvarsfördelningen framgår i avsnitt ansvarsfördelning Södermalms stadsdelsnämnd, 4.1.

Respektive chef ska säkerställa att medarbetarna arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

5.5 Dokumentationskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Dokumentationen kan ske genom protokoll i ledningsgrupper och från arbetsplatsträffar. Det kan också ske genom dokumentation i särskilda ärenden, exempelvis lex Sarah eller lex Maria.

5.5.1 Socialtjänstens kvalitetsberättelse

Vårdgivare som bedriver socialtjänst bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det 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 verksamhetens kvalitet
- vilka resultat som har uppnåtts

Berättelsen bör 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
- informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses

Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

5.5.2 Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Nämnden ska godkänna den egna verksamhetens patientsäkerhetsberättelse medan entreprenörernas endast anmäls till nämnden.

I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur

- ansvaret för patientsäkerhetsarbetet varit fördelat
- egenkontrollen har följts upp och utvärderats
- samverkan möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador
- risker för vårdskador har hanterats
- rapporter enligt patientsäkerhetslagen har hanterats
- inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- många händelser som utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att

- det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses

Se bilaga 3.

Bilagor:

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9 (M och S))



2. Broschyr "Information om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
3. Processkartor
4. Mall för patientberättelse
5. Urval av stadens riktlinjer för verksamhet inom socialtjänsten