



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - socialtjänstavdelningen



System för att fastställa principer för ledning av verksamhet som omfattas av Socialtjänstlagen, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt Hälso- och sjukvårdslagen.

November 2012

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSF 2011:9 - socialtjänstavdelningen

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa verksamhetens kvalitet har Socialnämnden arbetat fram ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänstavdelningen. Ledningssystemet utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i vård- och omsorg (SOSF 2011:9).

Ledningssystemet fastställer grundprinciper för ledning av verksamheten och är ett system för att vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS på ett metodiskt sätt ska:

- Planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra kvalitén i verksamheten.
- För varje process utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, ange hur uppgifter är fördelade och hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.
- Fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Verksamheternas arbete bedrivs utifrån lagstiftning, stadens gällande riktlinjer och utifrån nämndens delegationsordning. Varje chef ansvarar vidare för att anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning och vidare bryta ner det till lokala enhetsspecifika rutiner enligt gällande föreskrifter (SOSF 2011:9).

Kvalitet – utgångspunkt för ledningssystemet

Definitionen av kvalitet är av central betydelse då det utgör grunden för hur ledningssystemet ska byggas upp:

- Kvalitet är att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

(Socialstyrelsen 2012)

Tillämpningsområde

Ledningssystemet är gemensamt för all vård och omsorg som drivs av nämnden i egen regi och ska tillämpas i verksamhet som omfattas av Socialtjänstlagen (SoL 2001:453), Lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU 1990:52), Lagen om vård av missbrukare (LVM 1988:870), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659), Patientdatalag (PDL 2008:355), Tandvårdslagen (1985:125), Offentlighets- och sekretesslagen (OSL 2009:400).

Ansvarsfördelning Socialnämnden

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

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

Socialnämnden ansvarar för att planering och uppföljning av verksamheten sker i enlighet med stadens system för integrerad ledning och uppföljning av ekonomi och kvalitet (ILS).

MAS/MAR i Enskede-Årsta-Vantör har, tillsammans med avdelningschef och verksamhetschef, ansvar för Gamlebo, som är utlagd på entreprenad. MAS ansvar regleras i avtal med socialförvaltningen.

Avdelningschef ansvarar för att:

- Leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbetet.

Enhetschef/Verksamhetsledare ansvarar för att:

- Upprätta och dokumentera samtliga rutiner, regler och arbetssätt.
- Rutiner, riktlinjer och arbetssätt är tillgängliga för medarbetarna och tillämpas. Följa upp verksamheten, analysera och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten.

- Den löpande interna kontrollen är tillräcklig samt att arbetsmetoder och arbetsrutiner överensstämmer med kravet på god intern kontroll.

Medarbetaren ansvarar för att:

- Utföra vård och omsorg av god kvalitet och hög säkerhet.
- Bedriva rättssäker myndighetsutövning.
- Följa verksamhetens rutiner, riktlinjer och arbetssätt.
- Delta i uppföljning, analys och det kontinuerliga förbättringsarbetet.
- Delta i risk-, avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering.
- Delta i framtagande av verksamhetsplan, verksamhetsberättelse och kvalitetsgarantier.

Verksamhetschef enligt 29§ HSL ansvarar för att:

- Tillgodose hög patientsäkerhet, att vården i verksamheten är av god kvalitet och kostnadseffektiv.
- Utarbeta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som används i verksamheten. I ansvaret ingår att styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten samt se till att det finns kvalitetsmål och forum för kvalitetsarbete.
- Medarbetarna har rätt kompetens och att kompetensen upprätthålls och utvecklas.
- Enhetschefen och medarbetarna på vård- och omsorgsboendena, grupp- och servicebostäderna samt på dag- och dagliga verksamheterna inom socialtjänst och LSS informeras av MAS och MAR om hälso- och sjukvårdsregler och rutiner samt utarbeta lokala rutiner utifrån dessa.

MAS/MAR ansvarar för att:

- Upprätta hälso- och sjukvårdsregler och rutiner utifrån gällande lagstiftning, Socialstyrelsens författningar och Stockholms stads riktlinjer.
- Vård och behandling som bedrivs är patientsäker, ändamålsenlig, håller god kvalitet och hygienisk standard.
- Följa upp att verksamhetens följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer på god och säker hälso- och sjukvård. Exempelvis inom läkemedelshantering, journalföring, läkarkontakt, anmälan av risker och vårdskador samt rapportera till nämnden.
- Beslut om att delegera vårduppgifter är förenligt med patientsäkerheten.
- Utredda och bedöma avvikelser inom hälso- och sjukvård.
- Anmäla till Socialstyrelsen enligt Lex Maria på delegation från stadsdelsnämnden.
- MAS/MAR informerar nämnd om Lex Maria anmälan och Socialstyrelsens beslut.
- Samverka med verksamhetschefen och övrig ledningspersonal i patientsäkerhetsarbetet.

SoL/LSS

I. Samverkan

5§ Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2§ där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

6§ Vårdgivare ska identifiera de processer enligt 2§ där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Samverkan med landstinget kring: - Barn och ungdomar - Personer med missbruksproblem - Personer med psykisk funktionsnedsättning	Gemensam policy i Stockholms län Gemensamt policydokument för Stockholms läns kommuner och Stockholms läns landstings missbrukar- och specialiserade beroendevård. Överenskommelse om samverkan mellan socialförvaltningen och Beroendecentrum Stockholm rörande barn och ungdomar med missbruksproblem (Maria Ungdomsenhet). Länsövergripande policydokument för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar för personer med fysisk funktionsnedsättning, utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd .	Gemensamma policydokument och överenskommelser följs upp centralt. Årligen, verksamhetsberättelse. Gemensamma policydokument och överenskommelser följs upp centralt.

	• Personer med psykisk funktionsnedsättning, vuxna missbrukare • In- och utskrivning av patienter i slutenvården Samverkan inom Stockholms stad Samverkan med andra huvudmän Samverkan mellan beställare och utförare Samverkan inom den egna	Överenskommelse om samverkan mellan socialförvaltningen, Beroendecentrum Stockholm och Landstingets psykiatri om Pelarbacken och Erstabacken. Överenskommelse i vårdkedjan mellan slutenvården och öppenvård inom socialförvaltningen. • Stadsövergripande rutiner, uppföljningar och kvalitetsförbättrande åtgärder, t.ex. Socialjouren • Stockholms stad program för kvinnofrid – mot våld i nära relationer • Stockholms stad brottsförebyggande program • Stockholms stad sociala program för att minska prostitution • Stockholms tobaks-, alkohol- och narkotikapolitiska program • Stockholm en stad för alla – program för delaktighet för personer med funktionsnedsättning • TÖG, tak över huvudetgaranti • Länsstyrelsen – ORIGO, länskommuner, förekommande projekt • Kriminalvården – Särskild kvalificerad kontaktperson (SKKP), Stockholms Ungdomstjänst, förekommande projekt • Polismyndigheten – MUMIN, Barncentrum, uppbyggnad av Barnahus, Relationsvårdcentrum (RVC), Medling och stöd till brottsoffer, förekommande projekt • Migrationsverket – ensamkommande flyktingbarn • Länskommuner – förekommande projekt Rutiner för samverkan mellan beställare och utförare Samverkansöverenskommelse med andra stadsdelar för stadsövergripande verksamheter Lokal överenskommelse om samverkan för socialnämnden, i enlighet	Ärligen och vid behov.
--	--	--	-------------------------------

		organisationen	med Stockholms stads samverksansavtal FAS-05. Gemensamma rutiner och gemensamt styrsystem, samverkan egna verksamheter	
	Enhetschef/ verksamhetsledare	Samverkan med landstinget kring Samverkan inom Stockholms stad Samverkan inom den egna organisationen Samverkan med den enskilde och anhöriga Samverkan med brukare och anhöriga	Samverka kring gemensamma policyer och överenskommelser inom det egna verksamhetsområdet (se under avdelningschef). Regelbundna samverkansmöten, uppföljning av arbetssätt och avvikelser. Följa gemensamma policyer och överenskommelser inom det egna verksamhetsområdet. Lokal överenskommelse om samverkan för socialnämnden, i enlighet med Stockholms stads samverksansavtal FAS-05. Säkerställa att det skapas en rutin som gör brukaren delaktig i sin insats. Lokal samverkansgrupp, Samverkan med brukarråd	Årligen.

2. Systematiskt förbättringsarbete - egenkontroll

2§ Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen kan innefatta:

- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- Jämförelser med 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
- Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter

		Systematiskt arbetsmiljöarbete	• Hygien • Städning • Anmälan/ansökan/begäran från annan • Utredning • Beslut • Överföring mellan beställare och utförare • Verkställighet • Uppföljning av insats • Utvärdering • Avslut av insats • Arkivering • Delgivning • Överklagan • Delegationsbestämmelser Öppna jämförelser, för staden centrala brukarundersökningar och förvaltningens egna brukarundersökningar. Ta del av rapporter från stadens revisorer och inspektörer, Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljöplan för uppföljning och kontroll.	Regelbundet enligt verksamhetsuppföljning.
--	--	--------------------------------	--	--

3. Systematiskt förbättringsarbete - riskanalys

1§ Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och för varje sådan händelse:

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Kartläggning av det som kan komma att uppstå i verksamheten, kartläggning av verksamheternas viktigaste processer, bedömning av risk och sannolikhet för att processerna inte kan fullföljas.	ROV – Risk- och väsentlighetsanalys. Utförs på nämnd-, avdelnings- och enhetsnivå. Vid hög risk/sannolikhet förs de befarade händelserna till internkontrollplanen och åtgärdsförslag upprättas. Uppföljning av indikatorer (målvärden). Bedömning av graden av risk samt sannolikhet för att målvärden inte kan uppnås. Den interna kontrollen består av tre delar: 1. Förteckning av styrande dokument 2. Risk- och väsentlighetsanalys 3. Internkontrollplan	Görs i samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelse.
	Enhetschef/ verksamhetsledare	Kartläggning av det som kan komma att uppstå vid framtida planerade händelser i verksamheten, kartläggning av verksamheternas viktigaste processer, bedömning av risk och sannolikhet för att processerna inte kan fullföljas.	ROV – Risk- och väsentlighetsanalys. Utförs på enhetsnivå. Vid hög risk/sannolikhet förs de befarade händelserna till internkontrollplanen och åtgärdsförslag upprättas. Uppföljning av indikatorer (målvärden). Bedömning av graden av risk samt sannolikhet för att målvärden inte kan uppnås. Återkommande forum där chef tillsammans med samtliga yrkeskategorier analyserar inträffade negativa händelser och inventerar eventuella risker. Utredning – beslut - uppföljning/utvärdering eller tjänsten/processen insats – insats påbörjas - insats pågår - insats avslutas (se skiss).	Fortlöpande och vid förändringar i verksamheten. Görs i samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

4. Utredning av avvikelser – klagomål och synpunkter

3§ Vårdgivaren eller 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 verksamhet enligt LSS, myndigheter, föreningar, andra organisationer och intressenter.

4 § *Bestämmelser om rapportskyldighet*

- För den som fullgör uppgifter inom socialtjänstlagen eller i verksamhet enligt LSS.

5 § *Bestämmelser om skyldighet*

- För den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS att dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller påtaglig risk för ett missförhållande.

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Säkerställa att det finns rutiner för att hantera synpunkter och klagomål. Säkerställa att det finns rutiner för att hantera avvikelser enligt SoL/LSS, missförhållanden eller risk för missförhållanden.	Rutiner för att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från enskilda, brukare, anhöriga och närstående. Inhämtande av synpunkter från entreprenörer, uppdragstagare och privata utförare/vårdgivare vid regelbundna möten och uppföljning av avtal. Samverkan med andra myndigheter och Rådet för funktionshinderfrågor. Analys av inkomna synpunkter och klagomål görs på lednings-, avdelnings- och enhetsnivå. Rapportera, dokumentera, utreda, avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller risk för missförhållande. Anmäla risk för allvarligt missförhållande till Socialstyrelsen enligt Lex Sarah. Analys av rapporterade missförhållanden görs på lednings-, avdelnings- och enhetsnivå.	Rapportering görs i samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelse.
	Enhetschef/ verksamhetsledare	Hantering av synpunkter och klagomål enligt SoL och LSS.	Rutin för att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från enskilda, brukare, anhöriga och närstående. Analys av inkomna synpunkter och klagomål.	Rapportering görs i samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

			Inhämtande av synpunkter från entreprenörer, uppdragstagare och privata utförare/vårdgivare vid regelbundna möten och uppföljning av avtal. Samverkan med andra myndigheter och intresseorganisationer.	
--	--	--	---	--

5. Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

1§ Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

2 – 3 §§ Av SoL och LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet	En sammanhållen process för styrning och uppföljning finns enligt årsplan, resultat sammanställs från den samlade uppföljningen och en slutlig analys av måluppfyllelse görs gemensamt. Medarbetarna medverkar vid planering, uppföljning och utveckling av verksamheten. Uppföljning av kvalitetsgarantier. Överenskommelse om samverkan för socialförvaltningen i enlighet med Stockholms stads samverkansavtal, FAS – 05.	Årligen och regelbundet genom verksamhetsuppföljning.
	Enhetschef/ verksamhetsledare	Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet	Genom planering för personalförsörjning och kompetensutveckling säkerställs att personal finns med lämplig utbildning och erfarenhet. Genom överenskommelse om samverkan för socialförvaltningen i enlighet med Stockholms stads samverkansavtal, FAS – 05. Tillsammans med medarbetarna utarbeta kvalitetsgarantier för verksamheten.	Årligen, regelbundet och vid behov.

			För statistik över inkomna synpunkter och klagomål.	
--	--	--	---	--

6. Dokumentationsskyldighet

1§ Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Vårdgivare som omfattas av 1 kap 1 § och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentation 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 år
- Vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- Vilka resultat som har uppnåtts

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Kvalitetsarbetet dokumenteras och följs kontinuerligt upp Dokumentation förs enligt gällande lagstiftning.	Upprätta verksamhetsplan, verksamhetsberättelse och tertiärrapporter. Löpande verksamhetsuppföljning.	Kontinuerlig uppföljning med återkoppling till verksamheten samt rapportering i tertiärrapporter och verksamhetsberättelse.
	Enhetschef/ verksamhetsledare	Kvalitetsarbetet dokumenteras och följs kontinuerligt upp Dokumentation förs enligt gällande lagstiftning. Behörighetshantering	Upprätta verksamhetsplan, verksamhetsberättelse och tertiärrapporter. Säkerställa att rutiner finns och att de efterlevs, att personal har den kompetens, utrustning och tid att fullfölja sin dokumentationsskyldighet enligt gällande lagstiftning. Säkerställa att det finns en rutin för tilldelning och borttagning av användarbehörigheter genom genomgång av behörighetslista.	Årligen, regelbundet och vid behov. Löpande och regelbundet.

HSL

I. Samverkan

5§ Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2§ där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

6§ Vårdgivare ska identifiera de processer enligt 2§ där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Samverkan med landstinget kring: Äldre personer med psykisk funktionsnedsättning Tandvård	Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar för äldre samt personer med fysisk funktionsnedsättning, utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd samt för personer med förvärvad hjärnskada eller annan kognitiv svikt. Avtal om läkarmedverkan i särskilda boenden enligt hälso- och sjukvårdslagen 26 § d. Överenskommelse med Stockholms läns landsting om medicinsk fotvård i särskilda boenden för äldre samt dosdispenserade läkemedel, APO-doser. Samverkan med landstingets tandvårdsenhet.	

		Samverkan med den enskilde och anhöriga	Löpande samråd med MAS/MAR utifrån patientsäkerhetsarbetet Rutiner som ger vägledning för hur patienten görs delaktig i sin vård/ behandling och omsorg. Information ska ges på ett sådant sätt att boende och närstående upplever delaktighet och känner att de kan medverka i vården.	
	MAS/MAR	Samverkan med landstinget inom särskilda boendeformer - Hälso- och sjukvård. - Tandvård - In- och utskrivning av patienter i slutenvården - Inom rehabiliteringsområdet	Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar för äldre samt personer med fysisk funktionsnedsättning, utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd samt för personer med förvärvat hjärnskada eller annan kognitiv svikt. Avtal om läkarmedverkan i särskilda boenden och daglig verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen 26 d §. Lokal samverkansöverenskommelse om gemensamma rutiner avseende läkarinsatser i särskilda boenden. Överenskommelse med Stockholms läns landsting medicinsk fotvård i särskilda boenden för äldre samt dosdispenserade läkemedel, s.k. Apodos. Principöverenskommelse med landstinget om kommunalisering av verksamheter som bedrivs av landstingets omsorgsnämnd. Samverkan med landstingets tandvårdschef.	Gemensamma policydokument och överenskommelser som följs upp centralt. Årlig utvärdering där MAS deltar.

2. Systematiskt förbättringsarbete - egenkontroll

2§ Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen kan innefatta:

- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- Jämförelser med 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
- Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter
- Analys av uppgifter från patientnämnder

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbetet utifrån resultat och förväntade effekter	Uppföljning av verksamhet oavsett driftsform. Genomförs i årsplanering och uppföljning utifrån resultat och förväntade effekter enligt stadens integrerade ledningssystem, ILS. Avtalsuppföljning enligt socialnämndens avtal med utförare samt genom regelbundna verksamhetsbesök. Öppna jämförelser, för staden centrala brukarundersökningar och förvaltningens egna brukarundersökningar. Ta del av rapporter från stadens revisorer och inspektörer, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket. Synpunkter från rådet för funktionshinderfrågor. Arbetsmiljöplan för uppföljning och kontroll.	Fortlöpande, tertialvis, verksamhets- och patientsäkerhetsberättelse Regelbundet enligt verksamhetsuppföljning.
	Verksamhetschef (enl 29 § HSL)	Leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera kvalitets- och	Regelbunden uppföljning och kontroll av verksamhet på individ- och verksamhetsnivå.	Fortlöpande, tertialvis, patientsäkerhetsberättelse

		säkerhetsarbetet utifrån patientsäkerheten Säkerställa att lokala rutiner finns i enlighet med lagstiftning, MAS/MAR regler och att dessa efterlevs.	Säkerställa att övergripande riktlinjer för kontroll av åtkomst av hälso- och sjukvårdsjournaler i Stockholms stads verksamhetssystem VODOK efterlevs. Upprätta rutiner för t.ex. riskbedömning, diagnostik, delegering, medicintekniska produkter (MTP), vård och behandling, vårdhygien och möjliggöra för hälso- och sjukvårdspersonal att fullfölja/utföra dessa. Upprätta en åtgärdsplan för uppmärksammade brister. Upprätta patientsäkerhetsberättelse och säkerställa samt upprätthålla rätt kompetens i verksamheten.	Följa upp att åtgärder är genomförda enligt beslutade datum.
	MAS/MAR	Planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Upprätta regler gällande medicintekniska produkter (MTP) och förbrukningsartiklar vid vissa inkontinensstillstånd.	Upprätta regler för hälso- och sjukvårdslagen. Följa upp tillämpningen av fastställda rutiner och att ansvarsfördelningen följs upp regelbundet, utvecklas och säkras oavsett driftsform. Uppföljning av samtliga verksamheter med kvalitetssystemet QUSTA, följa hälso- och sjukvårdsstatistik, av hälso- och sjukvårdsindikatorer till nämnd och äldreförvaltning, följa upp avvikelser i läkemedelshanteringen, lokala rutiner och vårdhygien. Upprätta en patientberättelse. Utarbeta och besluta om lokala instruktioner för läkemedelshantering, godkänna utsedda personer för läkemedelshanteringen. Utfärda behörighet till förskrivning av förbrukningsartiklar vid vissa inkontinensstillstånd. Säkra hantering, användning och inköp av MTP genom kontroll.	Fortlöpande, tertialvis, och i patientsäkerhetsberättelse årligen senast 1 mars.

3. Systematiskt förbättringsarbete - riskanalys

1§ Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och för varje sådan händelse:

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Kartläggning av det som kan komma att uppstå i verksamheten, kartläggning av verksamheternas viktigaste processer, bedömning av risk och sannolikhet för att processerna inte kan fullföljas.	ROV – Risk- och väsentlighetsanalys. Utförs på nämnd-, avdelnings- och enhetsnivå. Vid hög risk/sannolikhet förs de befarade händelserna till internkontrollplanen och åtgärdsförslag upprättas. Uppföljning av indikatorer (målvärden). Bedömning av graden av risk samt sannolikhet för att målvärden inte kan uppnås. Den interna kontrollen består av tre delar: 4. Förteckning av styrande dokument 5. Risk- och väsentlighetsanalys 6. Internkontrollplan	Görs i samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelse.
	Verksamhetschef (enl 29 § HSL)	Risikanalys genom att kontinuerligt identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerheten kan tillgodoses.	Rutin för riskanalys enligt HSL inför alla exempelvis vid organisationsförändringar, införande av ny teknik eller metoder, samt göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten. Inventera, dokumentera och åtgärda möjliga risker i verksamheten som skulle kunna medföra att patienter drabbas av vårdskada. Utbilda personal i risk- och händelseanalys.	Fortlöpande och vid förändringar i verksamheten.
	MAS/MAR	Risikanalys genom att kontinuerligt identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerheten kan tillgodoses.	I de fall då både sannolikhet och väsentlighet bedöms som allvarlig upprättas en skriftlig åtgärdsplan med uppföljningsdatum och ansvariga. Uppföljning av bemanningen av hälso- och sjukvårdspersonal och påtala behov av organisationsförändringar, utbildningsbehov, kompetensutveckling och utförande av arbetsuppgifter och regler.	Utvärdering om åtgärderna har gett önskad effekt. Årlig uppföljning eller efter behov.

4. Utredning av avvikelser – klagomål och synpunkter

3§ Vårdgivaren eller 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 verksamhet enligt LSS, myndigheter, föreningar, andra organisationer och intressenter.

4 § *Bestämmelser om rapportskyldighet*

- För den som fullgör uppgifter inom socialtjänstlagen eller i verksamhet enligt LSS
- För hälso- och sjukvårdspersonal enligt Hälso- och sjukvårdslagen

5 § *Bestämmelser om skyldighet*

- För den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS att dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller påtaglig risk för ett missförhållande
- För vårdgivare att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunna medföra vårdslada enligt patentsäkerhetslagen

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Säkerställa att det finns rutiner för att hantera synpunkter och klagomål. Säkerställa att det finns rutiner för att hantera avvikelser enligt SoL/LSS och HSL, missförhållanden eller risk för missförhållanden.	Rutiner för att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från enskilda, brukare, anhöriga och närstående. Inhämtande av synpunkter från entreprenörer, uppdragstagare och privata utförare/vårdgivare vid regelbundna möten och uppföljning av avtal. Samverkan med andra myndigheter och Rådet för funktionshinderfrågor. Analys av inkomna synpunkter och klagomål görs på lednings-, avdelnings- och enhetsnivå. Rapportera, dokumentera, utreda, avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller risk för missförhållande. Anmäla risk för allvarligt missförhållande till Socialstyrelsen enligt Lex Sarah. Analys av rapporterade missförhållanden görs på lednings-, avdelnings- och enhetsnivå.	Rapportering görs i samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

		Säkerställa att det finns rutiner för att hantera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada	Rapportera och utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Analys av rapporterade missförhållanden görs på lednings-, avdelnings- och enhetsnivå.	
	Verksamhetschef (enl 29 § HSL)	Händelseanalys, avvikelshantering enligt HSL.	Upprätta lokala rutiner utifrån MAS/MAR regler för avvikelshantering. Upprätta lokala rutiner för hur en händelseanalys bör genomföras och åtgärdas vid vårdskada. Rutin för att ta emot, utreda och följa upp avvikelser, synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård.	Rapportering görs i samband med tertialrapporter, verksamhetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.
	MAS/MAR	Hantering av synpunkter och klagomål enligt LSS. Hantering av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.	Upprätta regler för avvikelshantering inom hälso- och sjukvård. Analys av rapporterade händelser. Bedömning om inträffade avvikelser ska hanteras i det lokala säkerhetsarbetet eller om avvikelserna är av sådan art att de ska anmälas enligt Lex Maria till Socialstyrelsen. I de fall MTP är involverade informeras även tillverkaren och Läkemedelsverket. Utreda och anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada enligt Lex Maria.	Rapportering görs i samband med tertialrapporter, verksamhetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Utredning rapporteras till nämnd. Beslut från Socialstyrelsen återkopplas till nämnd.

5. Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

1§ Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

2 – 3 §§ Av SoL och LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet	En sammanhållen process för styrning och uppföljning finns enligt årsplan, resultat sammanställs från den samlade uppföljningen och en slutlig analys av måluppfyllelse görs gemensamt. Medarbetarna medverkar vid planering, uppföljning och utveckling av verksamheten. Uppföljning av kvalitetsgarantier. Överenskommelse om samverkan för socialförvaltningen i enlighet med Stockholms stads samverkansavtal, FAS – 05.	Årligen och regelbundet genom verksamhetsuppföljning.
	Verksamhetschef (enl 29 § HSL)	Hälso- och sjukvårdspersonalens medverkan till hög patientsäkerhet	Genom planering och rutiner för personalförsörjning och kompetensutveckling säkerställs att personal finns med lämplig utbildning för att utföra patientsäkert arbete. Säkerställa att rutiner och arbetssätt finns och används vid synpunkts- och klagomålshantering, avvikelshantering och medverkan vid anmälan enligt Lex Maria.	Årligen, regelbundet och vid behov.
	MAS/MAR	Säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalens medverkar till hög patientsäkerhet	Upprätta regler och rutiner för ett patientsäkert arbete.	Årligen, regelbundet och vid behov.

6. Dokumentationsskyldighet

1§ Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Vårdgivare som omfattas av 1 kap 1 § och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentation 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 år
- Vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och
- Vilka resultat som har uppnåtts

2§ Vårdgivaren ska den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt 3 kap 10 § Patientsäkerhetsdatalagen (PSL). Utöver vad som framgår av 10 § PSL ska även framgå:

- Hur ansvaret (3:9 § PSL) varit fördelat
- Hur patientsäkerheten genom egenkontroll (5:2 § PSL) har följts upp och utvärderats
- Hur samverkan (4:6 § PSL) har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada
- Hur risker för vårdskador har hanterats (5 kap PSL).

	Ansvarig	Processer	Rutiner	Uppföljning/frekvens
	Avdelningschef	Kvalitetsarbetet dokumenteras och följs kontinuerligt upp Dokumentation förs enligt gällande lagstiftning.	Upprätta verksamhetsplan, verksamhetsberättelse och tertialrapporter. Löpande verksamhetsuppföljning.	Kontinuerlig uppföljning med återkoppling till verksamheten samt rapportering i tertialrapporter och verksamhetsberättelse.
	Verksamhetschef (enl 29 § HSL)	Dokumentation förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen. Behörighetshantering.	Säkerställa att det finns rutiner enligt MAS/MAR regler som tillgodoser att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens, utrustning och tid att fullfölja sin dokumentationsskyldighet enligt gällande lagstiftning. Upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Säkerställa att det finns rutin för tilldelning och borttagning av användarbehörigheter genom genomgång av behörighetslista.	Kontinuerlig uppföljning med återkoppling till verksamheten samt rapportering i tertialrapporter och verksamhetsberättelse. Årligen. Löpande och regelbundet.

	MAS/MAR	Dokumentation förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen.	Upprätta lokala regler gällande dokumentation. Kontrollera att rutiner och regler efterlevs. Upprätta övergripande patientsäkerhetsberättelse.	Kontinuerlig uppföljning med återkoppling till verksamheten samt rapportering i tertialrapporter och verksamhetsberättelse. Löpande och regelbundet.