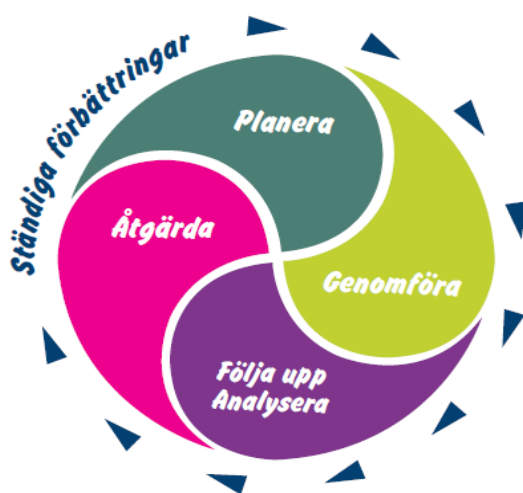


# Socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

<b>Beslutsdatum</b>		<b>Dokumenttyp</b>	Riktlinje - kvalitetsledningssystem
<b>Beslutad av</b>	Socialnämnden	<b>Dokumentägare</b>	Förvaltningschef Magnus Lublin
<b>Diarienummer</b>		<b>Giltighetstid</b>	Tillsvidare



*Process för systematiskt kvalitetsarbete*

tyresö kommun



## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Bakgrund .....</b>	<b>4</b>
1.1	Syfte.....	4
1.2	Tyresö kommuns kvalitetsledningsmodell för verksamhetsutveckling	4
1.3	Processorientering.....	4
1.4	Verksamheter i privat regi.....	4
<b>2</b>	<b>Definition av kvalitet .....</b>	<b>5</b>
2.1	Kvalitetsbegreppet .....	5
2.2	Kvalitetsmål .....	6
2.3	Värdighetsgarantier i äldreomsorgen .....	7
<b>3</b>	<b>Socialförvaltningens processer.....</b>	<b>7</b>
3.1	Beskrivning av Socialförvaltningens huvudprocess, delprocesser och övergripande stödprocesser.....	7
<b>4</b>	<b>Socialförvaltningens organisation och ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet .....</b>	<b>8</b>
4.1	Socialnämnd.....	8
4.2	Förvaltningschef.....	9
4.3	Myndighetschef .....	9
4.4	Verksamhetschef.....	10
4.5	Enhetschef.....	11
4.6	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	11
4.7	Kvalitetsledare .....	11
4.8	Verksamhetscontroller .....	12
4.9	Stabschef .....	12
4.10	Alla medarbetares ansvar för god kvalitet.....	12
<b>5</b>	<b>Socialförvaltningens forum för planering, uppföljning och analys av kvalitet.....</b>	<b>13</b>
5.1	Kvalitetsråd - forum för systematisk förbättringsarbete.....	13
5.2	Socialförvaltningens kvalitetsnätverk.....	14
5.3	Resultat och analysdialoger.....	14
<b>6</b>	<b>Socialförvaltningens organisation och ansvarsfördelning för samverkan .....</b>	<b>14</b>
6.1	Ansvar för samverkan .....	14

6.2	Samverkansavtal/överenskommelser .....	14
6.3	Branschråd .....	14
6.4	Kommunala pensionärsrådet och Kommunala rådet för funktionshinderfrågor .....	15
6.5	Brukarsamverkan .....	15
<b>7</b>	<b>Processbeskrivning av socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete .....</b>	<b>16</b>
7.1	Socialförvaltningens process för systematiskt kvalitetsarbete.....	16
7.2	Planera – upprätta årsplan för kvalitetsarbetet.....	16
7.2.1	Årlig riskhanteringsplan och internkontrollplan.....	17
7.3	Genomföra.....	17
7.3.1	Systematiskt förbättringsarbete .....	17
7.3.2	Avvikelser, synpunkter samt missförhållanden och vårdskador ...	18
7.3.3	Risکانalyser av verksamheten .....	19
7.3.4	Egenkontroller, granskningar och tillsyner.....	19
7.4	Årlig uppföljning och analys – Kvalitetsberättelse och Patientsäkerhetsberättelse.....	20
7.4.1	Kvalitetsberättelse .....	20
7.4.2	Patientsäkerhetsberättelse .....	20

<b>Senast reviderad av dokumentägaren</b>	[Ska inte vara ifylld om nämnden ska besluta om revidering]
<b>Reviderad med anledning av</b>	[Ska inte vara ifylld om nämnden ska besluta om revidering]

# 1 Bakgrund

## 1.1 Syfte

Socialstyrelsen har beslutat om föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskriften är gemensam för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Syftet med ett ledningssystem är att skapa en systematik för att utveckla och säkra kvalitet.

Utifrån SOSFS 2011:9 beskrivs i detta ledningssystem hur socialförvaltningen i Tyresö kommun ska arbeta med att:

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

## 1.2 Tyresö kommuns kvalitetsledningsmodell för verksamhetsutveckling

Socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgår även från Tyresö kommuns kvalitetsledningsmodell som har beslutats av kommunledningen. Syftet med kvalitetsledningsmodellen är att kommunen ska ha en gemensam bild av kvalitetsarbete och ett gemensamt arbetssätt för att systematiskt säkra, förnya och förbättra servicen till medborgarna.

## 1.3 Processorientering

Kommunledningen har beslutat om en processorienteringsmodell för Tyresö kommun. I modellen definieras vad en process är samt vilka begrepp som ska användas för att beskriva olika typer av processer. Även olika roller och ansvarsområden definieras. Förvaltningens processarbete och beskrivning i kvalitetsledningssystem utgår från denna modell och de begrepp som beskrivs i modellen.

## 1.4 Verksamheter i privat regi

Alla verksamheter som omfattas av föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska ha ett ledningssystem. Det innebär att utförare i privat regi har ett eget ansvar för att säkerställa att detta krav uppfylls. Det innebär att de inte omfattas av denna riktlinje. Socialnämnden har dock ett ansvar att enligt kommunallagen följa upp verksamhet, oavsett om den utförs i egen regi eller av annan utförare. Planering för uppföljning av verksamhet i privat regi tas med i nämndplanen och resultatet från uppföljningarna återberättas i tertiärrapporter och

verksamhetsberättelse. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har även ett tillsynsansvar av kraven i hälso- och sjukvårdslagen för verksamheter i privat regi. Enligt avtalen omfattas även privata utförare av kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer.

## 2 Definition av kvalitet

### 2.1 Kvalitetsbegreppet

God kvalitet inom beskrivs som en verksamhet som uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt gällande lagar, förordningar, och föreskrifter samt att de

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Är tillgängliga och jämlikt fördelade
- Är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.<sup>1</sup>

Hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivs så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. vara lätt tillgänglig.<sup>2</sup>

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.<sup>3</sup>

Vidare ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.<sup>4</sup>

I Tyresö kommuns övergripande kvalitetsledningsmodell beskrivs kvalitet i vilken utsträckning kommunen arbetar med att säkerställa, förstå och förbättrar servicen för medborgarna, samt i vilken mån vi lever upp till kommuninvånarnas

---

<sup>1</sup> Se socialtjänstlagen (2001:453) 1 kap. 1 §, 3 kap. 1-5 §, 11 kap. 1-8 § samt 6 § Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

<sup>2</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 1 §.

<sup>3</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 2 §.

<sup>4</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 4 §, Socialtjänstlagen 3 kap. 3 § och 6 § Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

och andra intressenters krav och förväntningar på service, insatser och tjänster samt lagstiftning och styrdokument.

## **2.2 Kvalitetsmål**

Socialförvaltningen har utifrån kvalitetsområdena i lagstiftningen definierat kvalitetsmål som omfattar förvaltningens samtliga verksamhetsområden och myndighetsutövning. Verksamheterna och myndigheterna ska planera, utveckla och följa upp det kvalitetsförbättrande arbetet utifrån kvalitetsmålen.

### **Socialförvaltningens arbete är kunskapsbaserat och utförs av kvalificerad personal**

Socialförvaltningen arbetar evidensbaserat vilket innebär ett ständigt, systematiskt lärande där kunskap från brukaren/klienten, professionen och från forskningen vägs samman och används. Det finns den bemanning som behövs för att utföra uppdraget med god kvalitet, och personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna. Personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet.

### **Personer som har stöd av socialförvaltningen ges möjlighet till inflytande, delaktighet och självbestämmande**

Socialförvaltningen ger den enskilde största möjliga inflytande, delaktighet och självbestämmande i myndighets- och utförandeprocesserna. Den enskilde ges rätt att välja utförare inom de insatser där kundval tillämpas.

### **Socialförvaltningen har en rättssäker myndighetsutövning och verksamheterna är trygga och säkra**

Socialförvaltningens verksamheter ska vara trygga och säkra och myndighetsutövningen rättssäker. Socialförvaltningen har ett systematiskt riskförebyggande arbetssätt.

### **Socialförvaltningens tjänster är tillgängliga, jämlika och ges inom rimlig tid**

Det ska vara lätt att få och förstå information om socialförvaltningen och om vilka insatser socialförvaltningen kan bistå den enskilde med. Det ska även vara lätt att komma i kontakt med socialförvaltningen. Beslut och insatser ska ges inom rimlig tid. Socialförvaltningens tjänster ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.

### **Samverkan är vägledande i socialförvaltningens arbete, speciellt vad gäller människor med sammansatta behov**

Socialförvaltningen olika tjänster är samordnade på ett bra sätt och präglade av kontinuitet. Samverkan ska ske när så behövs för att den enskildes behov ska tillgodoses.

### **2.3 Världighetsgarantier i äldreomsorgen**

Tyresö kommuns världighetsgarantier för äldreomsorgen utgår från den nationella värdegrunden i socialtjänstlagen. Den nationella värdegrunden utgår ifrån sju områden:

- Privatliv och kroppslig integritet
- Självbestämmande
- Individanpassning och delaktighet
- God kvalitet
- Gott bemötande
- Trygghet
- Meningsfullhet

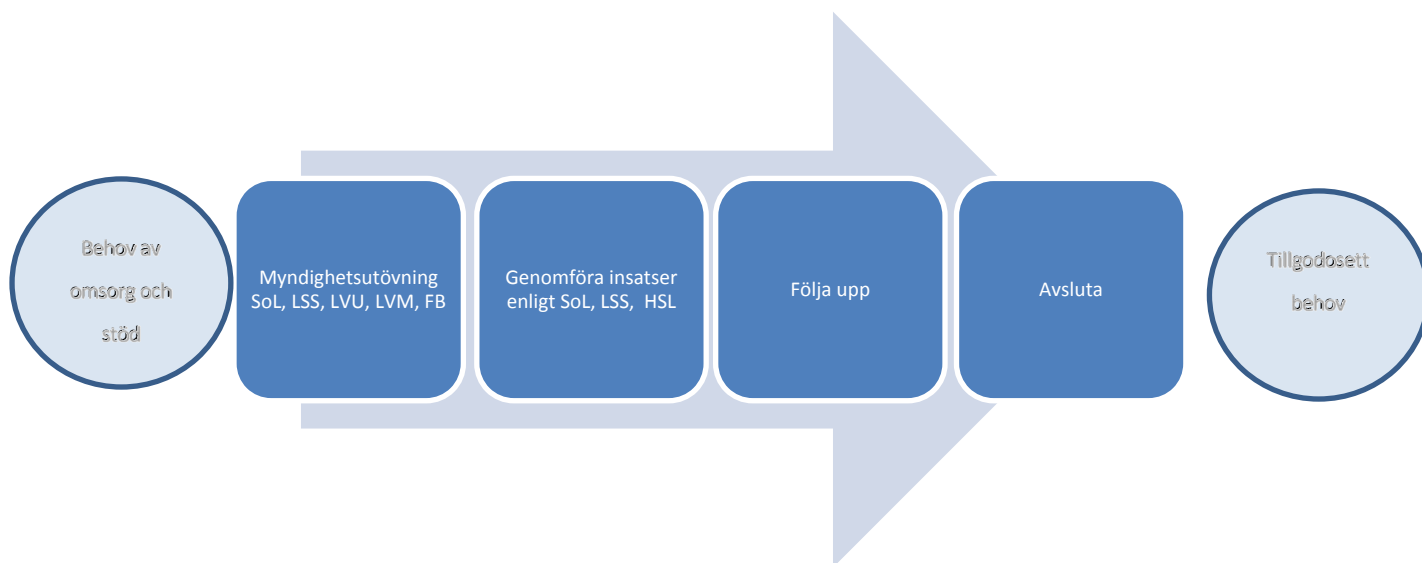
Utifrån varje område har kommunen formulerat konkret hur verksamheterna ska arbeta för att den nationella värdegrunden ska uppnås. Syftet med världighetsgarantierna är att alla äldre i kommunen ska känna sig trygga i att de kan vara med och påverka hur och när de beviljade insatserna ska utföras, vart de kan framföra synpunkter och ha visshet om att deras synpunkter beaktas. Alla som arbetar inom äldreomsorgen ska känna till världighetsgarantierna och arbeta för att de följs.

## **3 Socialförvaltningens processer**

### **3.1 Beskrivning av Socialförvaltningens huvudprocess, delprocesser och övergripande stödprocesser**

Socialförvaltningens huvuduppdrag är att ge invånarna i Tyresö det stöd, omsorg och vård de behöver. Socialförvaltningens uppdrag regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110). Socialförvaltningen ansvarar även för handläggning av ärenden som rör adoptioner, faderskap, vårdnad, boende och umgänge enligt föräldrabalken (1949:381), samt kommunal hälso- och sjukvård (2017:30). Socialförvaltningen består av tre verksamhetsområden; individ- och familjeomsorg, äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning.

**Socialförvaltningens huvudprocess för alla tre verksamhetsområden är:**



**Socialförvaltningens stödprocesser är:**

- Styrprocessen/nämndplansprocessen
- Process för systematiskt kvalitetsarbete
- Upphandlings- och avtalsuppföljningsprocessen
- Process för synpunktshantering
- Lex Sarah process
- Process för risk- och avvikelsehantering i kommunal hälso- och sjukvård (lex Maria)
- Budget och ekonomiprocessen
- Utskott- och nämndprocessen (inkl. funktionshinderrådet och pensionärsrådet)
- MAS tillsynsprocess
- Personal
- Lokalförsörjning

## **4 Socialförvaltningens organisation och ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet**

### **4.1 Socialnämnd**

Socialnämnden fastställer ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet, följer upp kvaliteten i socialförvaltningens myndighetsutövning och verksamheter.



Socialnämnden fastställer de riktlinjer som är av principiell vikt samt delegationsordningen.

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

## **4.2 Förvaltningschef**

Förvaltningschefen är processägare för socialförvaltningens huvudprocess och förvaltningens process för systematiskt kvalitetsarbete. Förvaltningschefen har det yttersta ansvaret att på en övergripande nivå planera, leda, kontrollera samt följa upp, utvärdera och förbättra förvaltningens huvudprocess utifrån principerna i detta ledningssystem. Förvaltningschefen ansvarar även för samverkan på en övergripande nivå. Detta innebär ett ansvar för att:

- fastställa de processer och rutiner som behövs på förvaltningsnivå för att uppnå kvalitet,
- fastställa förvaltningsövergripande aktiviteter som behöver genomföras under året för att uppnå kvalitetsmålen,
- fastställa de förvaltningsövergripande processer och rutiner som behövs för upphandling och avtalsuppföljning.

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

## **4.3 Myndighetschef**

Myndighetschefen är processägare för de delprocesser som ingår i myndighetens ansvarsområde. Myndighetschefen är ytterst ansvarig för att planera, leda, kontrollera samt följa upp, utvärdera och förbättra myndighetens processer utifrån principerna i detta ledningssystem. Detta innebär ett ansvar för att:

- identifiera, beskriva och fastställa de delprocesser och rutiner som behövs för att uppnå kvalitet i myndighetsutövandet,
- identifiera och fastställa myndighetens aktiviteter som behöver genomföras under året för att uppnå kvalitetsmålen,
- följa upp, analysera och genomföra förbättringsåtgärder,
- tillse att myndigheten har den personal och kompetens som behövs för att god kvalitet ska uppnås,
- säkerställa att myndighetens personal arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner.

Myndighetschefen ansvarar även för att:

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

#### **4.4 Verksamhetschef**

Verksamhetschefen är processägare för de delprocesser som ingår i verksamhetens ansvarsområde. Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att planera, leda, kontrollera samt följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens processer utifrån principerna i detta ledningssystem. Detta innebär ett ansvar för att:

- identifiera, beskriva och fastställa de delprocesser och rutiner som behövs i verksamheten för att uppnå kvaliteten,
- identifiera och fastställa verksamhetens aktiviteter som behöver genomföras under året för att uppnå kvalitetsmålen,
- följa upp, analysera och genomföra förbättringsåtgärder,
- tillse att verksamheten har den personal och kompetens som behövs för att god kvalitet ska uppnås,
- säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner.

Verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL 2017:30 ansvarar även för att:

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

Verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar kan bestämma över diagnostik, vård och behandling av patienter om de har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta. I de fall som verksamhetschefer saknar denna kompetens har de inte något medicinskt ledningsansvar. Verksamhetschefen har dock alltid det samlade ledningsansvaret för verksamheten. Omvårdnadspersonal utför hälso- och sjukvårdsinsatser på uppdrag av legitimerade personal. Omvårdnadspersonal har skyldighet att rapportera hälso- och sjukvårdsavvikelse och vidta rekommenderade åtgärder.

#### 4.5 Enhetschef

Enhetschefen är processägare för de delprocesser som enheten behöver för att uppnå kvalitet. Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera, leda, kontrollera samt följa upp, utvärdera och förbättra de processer som åligger enheten utifrån principerna i detta ledningssystem. Detta innebär ett ansvar för att:

- identifiera, beskriva och fastställa de delprocesser och rutiner som behövs i enheten för att uppnå kvalitet,
- identifiera och fastställa enhetens aktiviteter som behöver genomföras under året för att uppnå kvalitetsmålen,
- följa upp, analysera och genomföra förbättringsåtgärder,
- tillse att enheten har den personal och kompetens som behövs för att god kvalitet ska uppnås,
- säkerställa att enhetens personal arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner, samt är delaktiga i enhetens kvalitetsarbete,
- säkerställa brukarsamverkan på enheten.

#### 4.6 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har det övergripande ansvaret för att säkerställa att den kommunala hälso- och sjukvården är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet. MAS är processledare för socialförvaltningens huvudprocess/HSL och för Process för systematiskt kvalitetsarbete/HSL. Detta innebär ett ansvar för att:

- utöva tillsyns- och kontroll och uppföljning av verksamheternas HSL-arbete,
- utarbeta riktlinjer för HSL,
- årligen dokumentera det systematiska patientsäkerhetsarbetet i förvaltningens patientsäkerhetsberättelse,
- på ett förvaltningsövergripande plan samordna patientsäkerhetsarbetet samt att ge avdelningarna och enheterna stöd i det systematiska kvalitetsarbetet för HSL-delen,
- i samverkan med verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL 2017:30 säkra att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs inom de enheter där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar.

#### 4.7 Kvalitetsledare

Kvalitetsledaren har det övergripande och strategiska ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet på socialförvaltningen. Kvalitetsledaren är processledare för socialförvaltningens huvudprocess och för Process för systematiskt kvalitetsarbete, samt kvalitetsledare för det kommunövergripande kvalitetsledningssystemet på socialförvaltningen. Detta innebär ett ansvar för att:

- på ett förvaltningsövergripande plan samordna och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet,
- ge chefer och medarbetare stöd i det systematiska kvalitetsarbetet samt i planering, uppföljning och analys av kvalitetsmålen,
- identifiera och beskriva de processer och rutiner som behövs på förvaltningsnivå för att uppnå kvalitet,
- kvalitetssäkra processer och rutiner inom myndighetsutförandet och utförandet inom egen regi,
- dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet och måluppfyllelse gällande kvalitetsmålen i nämndplan, tertialrapporter och nämndens kvalitets-/verksamhetsberättelse,
- sammankalla och leda de förvaltningsövergripande kvalitetsråden.

#### **4.8 Verksamhetscontroller**

Verksamhetscontrollern är processledare för styrprocessen/nämndprocessen och produktionsansvarig för planer och rapporter till Socialnämnden i enlighet med styrprocessen. Detta innebär ett ansvar för att:

- på ett förvaltningsövergripande plan samordna och utveckla styrprocessen/nämndprocessen,
- kvalitetssäkra underlag till nämndplan, tertialrapporter och nämndens kvalitets-/verksamhetsberättelse,
- ta fram nämndplan, tertialrapporter och nämndens kvalitets-/verksamhetsberättelse i samverkan med ekonomi, HR, kommunikation och kvalitet,
- upprätta behovsanalyser för socialnämndens verksamhetsområden i enlighet med styrprocessen,
- ge cheferna och förvaltningsledning stöd i planering, uppföljning och analys av nämndmål och nämnduppdrag.

#### **4.9 Stabschef**

Stabschefen har ett samordnande uppdrag gentemot förvaltningschef och socialnämnden med särskilt ansvar för strategiska frågor, övergripande planering, kvalitetsutveckling och uppföljning/utvärdering. Stabschefen är systemansvarig för Treserva, och ansvarar för utskott- och nämndprocessen.

#### **4.10 Alla medarbetares ansvar för god kvalitet**

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Detta innebär ett ansvar för att:

- följa de styrdokument och rutiner som gäller för arbetsplatsen samt medverka i utvecklingen av metoder och rutiner,
- delta i uppföljning av mål och resultat,

- rapportera om händelser och missförhållanden samt risker i verksamheten,
- dokumentera och rapportera klagomål.

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget yrkesansvar gentemot patienten med krav på att arbetet ska ske enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att var och en bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Det innebär också ansvar för underlåtenhet att fullgöra en uppgift.

Omvårdnadspersonal och personliga assistenter som fått delegering att utföra en medicinsk arbetsuppgift blir hälso- och sjukvårdspersonal när de utför uppgiften (SFS 2010:659).

## **5 Socialförvaltningens forum för planering, uppföljning och analys av kvalitet**

### **5.1 Kvalitetsråd - forum för systematisk förbättringsarbete**

För att säkerställa ett systematiskt förbättringsarbete ska kvalitetsråd genomföras kontinuerligt på enhets-, avdelnings- och förvaltningsövergripande nivå. Syftet med kvalitetsråd är:

- gemensamt följa upp, analysera och vidta åtgärder som leder till en förbättring av förvaltningens, myndigheten, verksamhetens och/eller enhetens processer,
- förankring och spridning av nya förbättringsåtgärder,
- möjliggöra för lärande och spridning av goda exempel och resultat inom hela förvaltningen,
- sammanhålla analys och sammanfattning av kvalitetsarbetet till tertialrapporter och kvalitetsberättelsen/patientsäkerhetsberättelse samt upprättande av årsplanen för kvalitetsarbetet.

Kvalitetsråden på förvaltningsnivå hålls en gång per månad. Sammankallande är kvalitetsledaren och deltagande är förvaltningschef, myndighets- och verksamhetschefer, MAS, stabschef och kvalitetsledaren. Inför nämndplan, tertialrapporter och nämndens kvalitets-/verksamhetsberättelse hålls längre kvalitetsråd med fokus på nulägesanalys och planering samt uppföljning och analys.

Kvalitetsråden på enhetsnivå syftar även till att möjliggöra för medarbetares delaktighet i det systematiska kvalitetsarbetet. Kvalitetsråden ska protokollföras och protokollen från enhetens kvalitetsråd delges avdelningens kvalitetsråd och vice versa.

## 5.2 Socialförvaltningens kvalitetsnätverk

Kvalitetsledaren, verksamhetsutvecklare, metodstödjare och andra personer som arbetar med kvalitets- och verksamhetsutveckling inom socialförvaltningen ingår i ett kvalitetsnätverk. Syftet med nätverket är att möjliggöra för erfarenhetsutbyte och att skapa samsyn kring kvalitetsarbetet inom förvaltningen.

## 5.3 Resultat och analysdialoger

En gång per år hålls resultat och analysdialoger med representanter från alla led i socialnämndens verksamheter. Syftet med dialogerna är att tillsammans reflektera och resonera om måluppfyllelsen utifrån verksamhetens förutsättningar och resultat. Dialogen ska ha fokus på bedömning och djupare analyser där samband mellan resultat, analyser och åtgärder ska identifieras.

# 6 Socialförvaltningens organisation och ansvarsfördelning för samverkan

## 6.1 Ansvar för samverkan

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

## 6.2 Samverkansavtal/överenskommelser

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

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

## 6.3 Branschråd

Branschråden är det mötesforum där utförare (egen regi och externa utförare) och beställaransvariga utbyter information och erfarenheter. Det är myndighetscheferna som ansvarar för branschråden.

#### **6.4 Kommunala pensionärsrådet och Kommunala rådet för funktionshinderfrågor**

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

#### **6.5 Brukarsamverkan**

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

## 7 Processbeskrivning av socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete

### 7.1 Socialförvaltningens process för systematiskt kvalitetsarbete

Tyresö kommuns kvalitetsledningsmodell för det systematiska kvalitetsarbetet bygger på faserna planera, genomföra, följa upp och åtgärda. Socialförvaltningens kvalitetsledningssystem följer samma modell/process.



#### ***Process för systematiskt kvalitetsarbete***

*Tyresö kommuns kvalitetsledningsmodell*

### 7.2 Planera – upprätta årsplan för kvalitetsarbetet

Planering för det systematiska kvalitetsarbetet under året följer styrprocessen/nämndprocessen. I myndighets- och verksamhetsplanerna samt enhetsplanerna ska det utöver vad som anges i Tyresö kommuns styrprocess och process för kvalitetsarbete framgå:

- Vilka aktiviteter som ska genomföras under året för att kvalitetsmålen ska uppnås
- Planering för kvalitetssäkring/genomgång av processer- och rutiner – kontrollera för tillämpning, är de kända etc.
- Planering för kvalitetsråd och övriga uppföljnings- och analystillfällen
- Planering för genomförande av brukarundersökningar, brukardialoger etc.

Planering av det förvaltningsövergripande kvalitetsarbetet samt plan för avtalsuppföljning, granskningarna och brukarundersökningar upprättas i samband med nämndplan.



Planeringen ska baseras på analys som gjorts av tidigare års resultat och kvalitetsarbete.

### 7.2.1 Årlig riskhanteringsplan och internkontrollplan

I samband med planeringen för kvalitetsarbetet under året ska en riskhanteringsplan upprättas på förvaltnings-, myndighet- och verksamhets samt enhetsnivå. Risker kan bl.a. identifieras utifrån vad som framkommit i tidigare granskningar av verksamheten, internkontroller, jämförelser med andra kommuner, avtalsuppföljning, inkomna synpunkter och avvikelser. Risken bedöms sedan utifrån hur stor sannolikheten är att den inträffar och hur stor konsekvensen i så fall skulle bli. Vid hög risk och/eller stor konsekvens ska risken bedömas som prioriterad och ska tas med i internkontrollplanen. Internkontrollen är en arbetsplan för den egenkontroll som verksamheten ska bedriva under året.

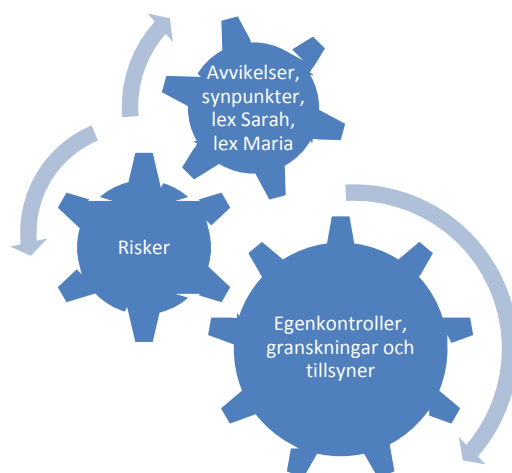
## 7.3 Genomföra

Myndigheterna och verksamheterna genomför den löpande verksamheten enligt fastställda processer och rutiner. Aktiviteter och egenkontroller genomförs enligt upprättad myndighets- och verksamhetsplan och internkontrollplan. Det förvaltningsövergripande kvalitetsarbetet och avtalsuppföljningar genomförs enligt upprättad årsplan.

### 7.3.1 Systematiskt förbättringsarbete

Utöver de planerade aktiviteterna för att uppnå kvalitetsmålen, pågår det ett systematiskt förbättringsarbete kontinuerligt under året. Det innebär att:

- kontinuerligt följa upp, analysera och vidta åtgärder som leder till en förbättring av förvaltningens, myndigheten/verksamhetens och/eller enhetens processer,
- förebygga risker och händelser som kan leda till missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten.

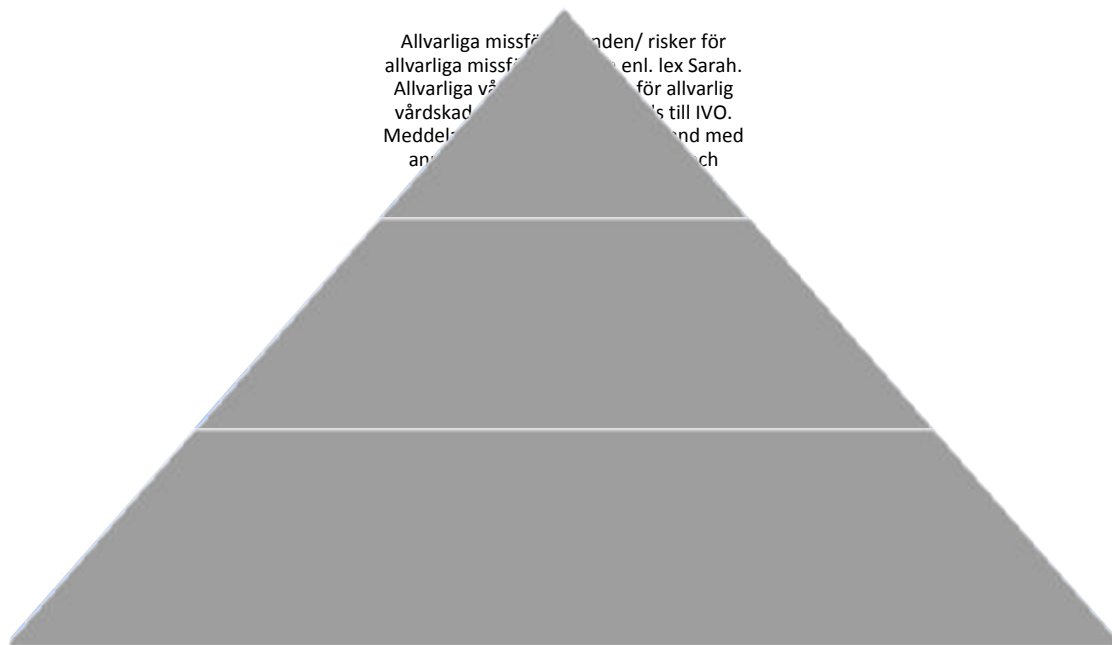


### 7.3.2 Avvikelser, synpunkter samt missförhållanden och vårdskador

En avvikelse är en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat.<sup>5</sup> Det vill säga när verksamheten eller myndigheten inte når upp till eller riskerar att inte nå upp till lagar, föreskrifter, bestämmelser och kvalitetsmål. En avvikelse är också avsteg från gällande processer och rutiner. Avvikelser i myndighetsutövningen och i verksamheterna ska dokumenteras. Utifrån omfattning och allvarlighetsgrad ska avvikelsen utredas för att få svar på vad som hänt och varför, samt hur en upprepning kan förhindras.

Händelser som har medfört ett missförhållande eller risk för missförhållande, dvs. inneburit ett hot mot eller konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa ska rapporteras och utredas enligt riktlinjen och processen för lex Sarah. Risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska rapporteras och utredas enligt riktlinjen för risk- och avvikelsehantering i kommunal hälso- och sjukvård.

I avvikelsehanteringen ingår också att handlägga, besvara och kvalitetssäkra klagomål och synpunkter i enlighet med riktlinjer och processen för synpunktshantering. Om det framkommer att synpunkten avser ett missförhållande/risk för missförhållande eller vårdskada/risk för vårdskada ska detta hanteras enligt riktlinjer för lex Sarah eller riktlinjen för risk- och avvikelsehantering i kommunal hälso- och sjukvård.



*Allvarlighetsgraderna inom olika avvikelser inom socialtjänst, LSS och HSL.*

<sup>5</sup> Socialstyrelsens termbank.

Allvarliga missförhållanden/risker för allvarliga händelser enligt lex Sarah samt allvarliga vårdskador/risker för allvarliga vårdskador (lex Maria) ska anmälas till IVO och meddelas socialnämnden i samband med anmälan. Alla avvikelser sammanställas och redovisas i samband med tertialrapporter och kvalitetsberättelse/patientsäkerhetsberättelse. Utöver informationsåterföring till socialnämnden, är syftet med sammanställningen att upptäcka eventuella brister som inte har kommit fram i de enskilda utredningarna samt att möjliggöra för lärande och kvalitetsutveckling inom hela förvaltningen. Sammanställning ska även ligga till grund för den årliga riskanalysen.

### 7.3.3 Riskanalyser av verksamheten

För att förebygga avvikelser ska riskanalyser genomföras. Riskanalyser ska göras årligen som tidigare beskrivet, men även under året i samband med planerade förändringar i verksamheten, som t.ex. sommarsemestrar, uppdatering av verksamhetssystemet Treserva etc. Syftet är att identifiera om förändringen kan medföra risker eller hot för verksamhetens kvalitet. Utifrån riskanalysen ska en åtgärdsplan upprättas för att minska riskerna och dess konsekvenser. Risker som inte kan hanteras på enhetsnivå ska lyftas till avdelnings och/eller förvaltningsnivå.

### 7.3.4 Egenkontroller, granskningar och tillsyner

Egenkontroller är de egna genomlysningarna av myndigheterna och verksamheterna som sker under året. Dessa sker i samband med:

- Tertialrapporter och kvalitets-/verksamhetsberättelse – uppföljning av kvalitetsmål, aktiviteter, verksamhetsmätt, indikatorer etc.
- Inrapportering av olika kvalitetsindikatorer till öppna jämförelser (ÖJ) och kommunens kvalitet i korthet (KKIK) – jämför egna verksamheten med tidigare års inrapportering.
- Publicering ÖJ och KKIK – jämför med andra kommuner.
- Södertörns nyckeltal
- Resultatsammanställning brukarundersökningar.
- Egenkontroller som genomförs utifrån internkontrollplanen.
- Övriga genomlysningar av verksamheten, t.ex. på uppdrag av socialnämnden.

Kvalitetsgranskningar av myndigheterna samt verksamheter i egen och privata regi som utför verksamhet på uppdrag av socialförvaltningen genomförs av kvalitetsenheten enligt årlig upprättad granskningsplan och granskningsprocess. Extern tillsyn av socialtjänstens verksamhetsområde och kommunal hälso- och sjukvård genomförs av Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Vart annat år genomförs en kvalitetsuppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården med hjälp av kvalitetsinstrumentet QUSTA. Syftet med kvalitetsinstrumentet är att säkerställa att alla vårdtagare inom kommunens särskilda boenden får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård som håller god kvalitet. Kvalitetsinstrumentets struktur bygger på att hälso- och sjukvårdspersonal ska känna till och följa de av MAS upprättade riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård. Vartannat år genomförs en mindre omfattande tillsyn utifrån brister på områden som uppdagats i QUSTA. Tillsyn av hälso- och sjukvården inom LSS-verksamheter genomförs utifrån verksamhetsanpassad granskningsmall.

De brister/försämringar som upptäcks i samband med egenkontroller, kvalitetsgranskningar och tillsyner ska analyseras och åtgärdsplan ska upprättas samt myndighets-/verksamhets-/enhetsplan justeras. Verksamheter som påvisar ett positivt resultat lyfts som goda exempel till inspiration för andra. Det löpande kvalitetsförbättrande arbetet och analysen ska beskrivas i tertialrapporten.

## **7.4 Årlig uppföljning och analys – Kvalitetsberättelse och Patientsäkerhetsberättelse**

### **7.4.1 Kvalitetsberättelse**

I samband med upprättelse av verksamhetsberättelsen ska myndigheterna/verksamheterna/enheterna redovisa för kvalitetsarbetet som bedrivits under året, dvs. upprätta en kvalitetsberättelse. Den ska innehålla en redogörelse för:

- det systematiska förbättringsarbetet under året; sammanställning av avvikelser, granskningar, riskanalyser etc. och vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra och förbättra kvaliteten,
- vilka planerade aktiviteter som genomförts under året för att säkra och utveckla kvaliteten,
- måluppfyllelse kvalitetsmålen.

Motsvarande kvalitetsberättelse av det övergripande kvalitetsarbetet inom respektive verksamhetsområde görs i nämndens verksamhetsberättelse. Den förvaltningsövergripande kvalitetsberättelsen omfattar även en sammanställning av de avtalsuppföljningar som gjorts under året. Utförare i enskild regi ska delge socialnämnden sina verksamhetsberättelser.

### **7.4.2 Patientsäkerhetsberättelse**

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska därutöver årligen redovisa det systematiska patientsäkerhetsarbetet som bedrivits under året i en patientsäkerhetsberättelse. En sammanställning för hela förvaltningen

patientsäkerhetsarbete upprättas årligen av förvaltningens MAS. I patientsäkerhetsberättelsen ska framgå hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla en beskrivning av vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara tillgänglig i verksamheten för den som önskar ta del av den.

Analysen av de åtgärder, aktiviteter och resultat som uppnåtts under året utgör grunden för planeringen av kvalitetsarbetet för nästkommande år. De aktiviteter som man kanske inte har hunnit med under året men som man ser är nödvändiga för att säkerställa kvaliteten eller kan bidra till en bättre kvalitet planeras i nästkommande års kvalitetsplan.

