

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialnämnden i Falu kommun



Falu ån i centrala Falun, fotograf: Trons

Antagen av socialnämnden 2014-03-26, § 43

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	3
1.1 SYFTE MED LEDNINGSSYSTEM	3
2. FALU KOMMUNS LEDNINGSSYSTEM	4
3. LAGRUM	5
4. DEFINITION AV KVALITET	5
5. ANSVAR FÖR LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE, SOSFS 2011:9	7
5.1 ANSVARFÖRDELNING INOM SOCIALFÖRVALTNINGEN	7
5.1.1 Socialnämnden	7
5.1.2 Socialchefen	7
5.1.3 Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).....	7
5.1.4 Sektionschef.....	8
5.1.5 Enhetschefer	8
5.1.6 Hälso- och sjukvårdspersonal.....	8
5.1.7 Medarbetare	8
5.1.8 Externa entreprenörer.....	9
6. LEDNINGSSYSTEMETS OMRÅDEN	10
6.1 BEMÖTANDE.....	11
6.2 SAMVERKAN.....	12
6.3 PERSONAL OCH KOMPETENSFÖRSÖRJNING.....	13
6.4 UPPFÖLJNING, UTVÄRDERING SAMT EGENKONTROLL	14
6.5 TILLGÄNGLIGHET	15
6.6 AVVIKELSER, FEL OCH BRISTER	16
6.7 SYNUNKTER OCH KLAGOMÅL	17
6.8 HANDLÄGGNING OCH DOKUMENTATION AV ÄRENDE SOM RÖR ENSKILDA SAMT SPÅRBARHET	18
6.9 FÖRSÖRJNING AV VAROR OCH TJÄNSTER, PRODUKTER OCH TEKNIK	19
6.10 RISKANALYSER	20
6.11 KVALITETSSÄKRING AV INSATSER ENLIGT SoL, LVU, LVM, LSS OCH HSL.....	21
7. REFERENSLISTA	21

1. INLEDNING

Socialtjänstens har en central del i välfärdssystemet. Detta ställer stora krav på rättssäkerhet, likvärdighet och tillgänglighet. Både offentlig och privat driven socialtjänst samt hälso- och sjukvård ska ha en god kvalitet.

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). Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS: 2011:6) trädde i kraft 1 januari 2012. Föreskrifterna och allmänna råden gäller även för enskilda utförare.

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:

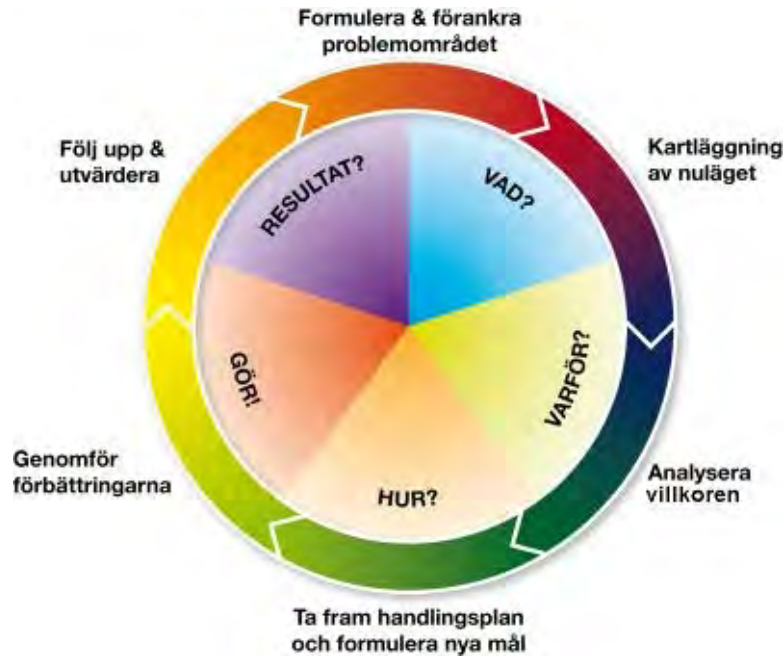
- Kvalitetssäkring av sociala tjänster
- Samverkan
- Förbättringsarbete – riskanalys, egenkontroll, synpunkter och klagomål, rapportering av missförhållanden
- Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet
- Dokumentationskyldighet

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. Ledningsdokumentet är avsett att kunna användas som en handbok för verksamheterna.

1.1 Syfte med ledningssystem

Syftet med de nya föreskrifterna och allmänna råden är att alla verksamheter inom socialtjänsten¹ ska inrätta ledningssystem genom vilka verksamheternas kvalitet/eller patientsäkerhet utvecklas och säkras.

¹ Verksamhet enligt socialtjänst omfattar i detta dokument verksamheter enligt SoL, LSS och HSL



Jönköpings länslandsting

2. FALU KOMMUNS LEDNINGSSYSTEM

Sedan 2007 sker styrningen i kommunen genom s.k. balanserad styrning. Samtliga förvaltningar ska på alla nivåer; förvaltning – sektion – enhet, arbeta mål- och processinriktat med styrkort.

Utifrån en upprättad vision, verksamhetsidé, ledstjärnor och lagstiftning för de olika verksamhetsområdena skall styrkortet täcka de fem perspektiven ekonomi – kund - verksamhet – medarbetare – utveckling, samt deras inbördes balanserade samband. Styrkortsarbetet är digitalt formaliserat i det s.k. ”Styret”. Styrkortet ska vara ett verktyg för att leda och styra verksamheten mot uppsatta mål. Kärnan i den balanserade styrningen är det kontinuerliga förbättringsarbetet där alla nivåer i organisationen ska involveras; som ytterst ska vara till gagn för den verksamheten är till för.

- Förvaltningen förelägger nämnden de strategiska målen i styrkortet. Detta övergripande styrkort formuleras av ledningen och gäller under 4 år (följer mandatperioden). Vissa justeringar kan vara motiverade under perioden (t ex vid lagändringar).
- Sektionerna utgår från de strategiska målen vid sin målformulering. Sektionens styrkort gäller under 2 år med en årsvis översyn.
- Enheten ska utgå från de övergripande målen (från sektion och förvaltning) och formulerar konkreta mål utifrån verksamhet och enhet. Enheternas styrkort gäller under 1 år.

Verksamheterna ska i den kommunövergripande årliga verksamhetsplaneringen sätta upp realistiska, uppföljningsbara och mätbara mål. Knutet till vision, mål och inriktning för verksamheten ska aktiviteter formuleras för att målen ska nås och för att ange hur mätningen ska gå till. Inom ramen för kommunens s.k. budgetarbete sker ett cykliskt arbete varje år innefattande verksamhetsplanering - budgetdialog – månadsvis och kvartalsvis uppföljning samt årsbokslut.

3. LAGRUM

Enligt SOSFS 2011:9 definieras kvalitet utifrån uppfyllelse av de lagar som styr verksamheten. Inom socialförvaltningen har följande lagar identifierats som de viktigaste som styr vår verksamhet:

- SoL, Socialtjänstlagen (SFS 2001:453)
- LSS, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387)
- Förordning om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:1090)
- Socialtjänstförordning (2001:937)
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)
- FN: s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning
- Barnkonventionen

4. DEFINITION AV KVALITET

Syftet med ett ledningssystem för kvalitet är att skapa systematik, struktur och samordning med verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling. Ledningssystemet säkerställer att socialtjänsten utvecklar tjänster av god kvalitet, i enlighet med gällande regelverk. God kvalitet i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter) som beslutats samt att de:

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

För att få kunskap om, utveckla kvaliteten i verksamheten och kunna bedöma resultatet krävs metoder för analys, uppföljning och utvärdering. Det krävs också en systematisk dokumentation av detta arbete. Dokumentation av hur socialtjänsten arbetar med kvalitetsaspekter medför ökad insyn och öppenhet för kommunens medborgare, socialtjänstens brukare och andra. Ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet ska fastställas och medarbetarna ska göras delaktiga i kvalitetsarbetet.

Kvalitet kan uttryckas som förhållandet mellan förväntan och upplevelse. Det ska vara tydligt för medborgare och brukare vad de kan förvänta sig av socialtjänsten. Den/de som kommer i kontakt med socialtjänsten bedömer kvaliteten i förhållande till vad han eller hon har förväntat sig. Brukare har rätt att få skäligen stöd och hjälp av god kvalitet.

2 kap 1 § Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2011:9)

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”.

Socialtjänstlagen

”Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet”

”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”

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).

”skall vara av god kvalitet och bedrivs 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).

5. ANSVAR FÖR LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE, SOSFS 2011:9

5.1 Ansvarsfördelning inom socialförvaltningen

5.1.1 Socialnämnden

Socialnämnden ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av socialtjänsten och för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Detta innebär till exempel att socialnämnden ska:

- fastställa mål för kvalitetsarbetet, samt följa upp och utvärdera dessa mål se till att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måloppfyllelse, i alla de mål som finns för verksamheten
- utse verksamhetschef för HSL och fastställa dennes skyldigheter och befogenheter samt säkerställa samverkansformer mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef HSL anmäla ny verksamhet och förändringar i verksamhet eller flytt av verksamhet till Socialstyrelsen

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

5.1.2 Socialchefen

Socialchefen ansvarar för att utarbeta och förvalta ett ledningssystem för kvalitet utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Socialchef ansvarar för att syftet med kvalitetsutvecklingen omsätts i praktisk handling. Detta innebär till exempel att:

- organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser
- bereda ärenden till nämnden så att de kan besluta i enlighet med mål, uppdrag, riktlinjer, policys, lagar, speciallagar och andra förordningar
- göra analyser och lämna rapportunderlag till socialnämnden och kommunledningen
- intern kontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt

5.1.3 Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Verksamhetschef för HSL har ett samlat ledningsansvar för verksamheten så att patientsäkerhet och god vård säkerställs. Detta innebär till exempel att:

- fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- verksamheten svarar upp mot kraven som medicinskt ansvarig sjuksköterska ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård

5.1.3.1 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att patienter får säker och lämplig vård och behandling av god kvalitet samt att patienter får den vård och behandling som ordinerats.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar bland annat för att:

- biträda verksamhetschefen i arbetet med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet.
- se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända samt följa upp att de följs
- se till att det finns behövliga direktiv och instruktioner för hälso-och sjukvårdsverksamheten
- följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetensen med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

5.1.4 Sektionschef

Sektionschef ansvarar för att sköta och löpande uppdatera ledningssystemet för kvalitet utifrån socialchefens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

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

5.1.5 Enhetschefer

Enhetschef ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Enhetschefen ska dokumentera hur arbetsuppgifterna är fördelade när det gäller att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Enhetschef ska arbeta utifrån fastställda mål och måtvärden 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.

5.1.6 Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal ska ge professionell och omsorgsfull hälso- och sjukvård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. De har ansvar för att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet, även för de arbetsuppgifter som har delegerats till annan.

5.1.7 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

- utgå från bästa tillgängliga kunskap vid vård- och stödinsatser i socialtjänsten
- ge sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Detsamma gäller för hälso-och sjukvårdspersonal utifrån patientsäkerhetslagen.

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. 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. Alla medarbetare ska delta i framtagande, tillämpning och vidareutveckling av rutiner och arbetsmetoder samt att delta i arbetet kring uppföljning av mål och resultat.

5.1.8 Externa utförare av SoL, LSS och HSL insatser

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

6. LEDNINGSSYSTEMETS OMRÅDEN

De områden som omfattas i det systematiska kvalitetsarbetet är:

- Bemötande
- Samverkan och samarbete
- Personal och kompetensförsörjning
- Uppföljning och utvärdering samt egenkontroll och erfarenhetsåterföring
- Tillgänglighet
- Avvikelse, fel och brister
- Synpunkter och klagomål
- Handläggning och dokumentation samt spårbarhet
- Försörjning av varor och tjänster, produkter och teknik
- Riskhantering
- Kvalitetssäkring av insatser enligt SoL, LVU, LVM, LSS och HSL SOSFS

Varje område ska hanteras utifrån nedanstående fyra principer:

Grundläggande uppbyggnad

- Processer och rutiner ska finnas
- Samverkan, internt och externt ska beskrivas

Systematiskt förbättringsarbete

- Egenkontroll
- Utredning av avvikelser, synpunkter, klagomål, patientnämndsärenden och revisionens synpunkter
- Förbättrande åtgärder i verksamheten
- Förbättring av processer och rutiner i verksamheten
- Risk- och händelseanalyser

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

- Processer och rutiner ska finnas
- Processer och rutiner ska finnas för medarbetarnas medverkan
- Samverkan internt och externt på medarbetarnivån ska beskrivas

Dokumentationsskyldighet

- Riktlinjer och rutiner för dokumentationen ska finnas

Rutiner, riktlinjer, instruktioner med flera dokument som stödjer kvalitetsarbetet ska finnas samlade i socialförvaltningens verksamhetshandbok på kommunens intranät Insidan.

6.1 Bemötande

Den som kommer i kontakt med socialtjänsten ska känna sig trygg och uppleva att personalen respekterar hans/hennes värdighet och integritet. Brukaren ska vara delaktig i de insatser och den vård som erbjuds. I ett gott bemötande ingår även hur information ges.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- brukarens värdighet och integritet respekteras
- brukaren och närstående visas omtanke, lyhördhet och respekt oavsett ålder, kön, funktionshinder, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet och sexuell läggning
- brukaren ska ha en namngiven näransvarig eller handläggare och i förekommande fall namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska/sjukgymnast eller arbetsterapeut
- brukaren och närstående informeras och görs delaktiga i vården/omsorgen om det inte finns hinder för detta enligt offentlighets- och sekretesslagen
- lättläst information lämnas till brukare och övriga (på de vanligast förekommande språken)
- bemötande finns som måttvärde i avvikelshanteringssystemet
- synpunkter och klagomål tillvaratas från brukare, intresseorganisationer, fokusgrupper, samverkanspartners

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens interna kontroll
- brukarundersökningar
- årlig kvalitetsberättelse och patientberättelse
- resultat från öppna jämförelser ska tillvaratas, följas upp, analyseras och användas som grund för kvalitetsförbättringar

Ansvar

Sektionschef och enhetschef ansvarar för att det finns riktlinjer och rutiner för bemötande och information. Varje medarbetare ansvarar för att bemöta brukare och närstående med omtanke och respekt.

6.2 Samverkan

En del av de personer som kommer i kontakt med socialtjänsten har sammansatta behov som kräver samverkan, samarbete och samordning såväl internt, som externt med andra myndigheter och aktörer. Socialtjänstens skyldighet att samverka regleras i lagar och föreskrifter (SoL, HSL, LSS samt förvaltningslagen m.fl.) Samverkan är en förutsättning för att den enskilde ska få stöd som motsvarar hans/hennes behov om det inte finns hinder för detta (OSL, SoL, HSL, LSS). Vid all samverkan mellan myndigheter och andra aktörer är det viktigt att avsikten och målen med samverkan tydliggörs. Samverkan är en viktig kvalitetsaspekt för brukaren. Samverkan kring enskilda brukare ska bygga på att den enskilde är medaktör och delaktig i processerna om sig själv.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- vårdplaneringar och andra överenskommelser (t ex individuell plan) om internt och externt samarbete kring brukare – myndighet - utförare upprättas
- stärka befintligt samarbete internt och externt samt utveckla nya former för samarbete för att kunna tillgodose den enskildes behov
- avtal och överenskommelser om samverkan med andra myndigheter upprättas, t ex försäkringskassan, arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården
- mål och syfte med samverkan tydliggörs
- överenskommelser om samverkan med externa entreprenörer upprättas
- överenskommelser och fullmakter av olika slag upprättas mellan den enskilde och de samverkande myndigheterna som reglerar hur samverkan ska gå till i relation till den enskilde

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens interna kontroll
- individuella uppföljningar enligt lagar, författningar och rutiner
- brukarundersökningar
- synpunkter och klagomål
- organiserade samrådsmöten
- årliga avtalsuppföljningar
- uppföljning av samverkan och samverkansformer
- uppföljning av mål och syfte med samverkan
- årlig kvalitetsrapport och/eller patientberättelse
- resultat från öppna jämförelser ska tillvaratas, följas upp, analyseras och användas som grund för kvalitetsförbättringar

Ansvar

Sektionschef och enhetschef ansvarar för att riktlinjer och rutiner för samverkan finns.

6.3 Personal och kompetensförsörjning

En brukare har inte en jämbördig relation med den som ska ge hjälp, stöd eller vård. Brukaren kan också befinna sig i ett utsatt läge, när det gäller exempelvis hälsa, ekonomi eller egen förmåga att driva sina egna intressen. Den kompetens socialtjänstens personal har blir då till en fråga om rättssäkerhet för de mest utsatta grupperna i vårt samhälle. De enskilda medarbetarna är en viktig tillgång i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten. Kontinuerlig kompetensutveckling är central för att möjliggöra att det sociala arbetet bedrivs utifrån den för tillfället bästa kunskapen (evidensbaserad praktik). Relevant och individanpassad introduktion av nyanställd personal och personal som varit ledig under längre tid säkerställer god kvalitet och ska därför prioriteras.



Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- rekrytering, bemanning och kompetens svarar mot uppdraget
- personalens ansvar och befogenheter beskrivs
- kontroll görs av legitimation
- introduktion av nyanställd personal sker
- tillräcklig bemanning finns
- individuella kompetensutvecklingsplaner finns

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för den interna kontrollen
- årlig kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse
- medarbetarundersökning (Attityd)
- uppföljning i mål och styrkort

Hälso- och sjukvårdspersonal ska ge professionell och omsorgsfull hälso- och sjukvård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. De har ansvar för att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet, även för de arbetsuppgifter som har delegerats till annan.

Ansvar

Sektionschef och enhetschef ansvarar för att riktlinjer och rutiner för personal och kompetensförsörjning följs.

6.4 Uppföljning, utvärdering samt egenkontroll

Socialnämnden har ansvar för att säkerställa att både verksamheten och ledningssystemet följs upp och utvärderas. I uppföljning och utvärdering av ledningssystemet ska nämnden få relevant underlag för att undersöka om de fastställda rutinerna följs och är ändamålsenliga. De erfarenheter och kunskaper som framkommit ska tillvaratas och spridas; både det som fungera bra och det som fungerar mindre bra. För att kontinuerligt utveckla kvaliteten i verksamheten ska såväl organisation, arbetsprocesser, resultat och mål löpandeföljas upp. Uppföljningen ska ge information om hur väl målen har infriats och ge nämnden underlag och analys inför att nya mål ska antas. Den är också kopplad till nämndens budget och verksamhetens planering.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- socialnämndens system för kvalitet är en del av Falu kommuns styr- och kvalitetssystem
- regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens kvalitetsresultat sker
- regelbunden granskning sker av metoder, rutiner och vårdprocesser samt granskning av dess ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen
- resultaten av granskningarna dokumenteras och återförs till nämnden och berörda verksamheter
- dokumentation av förbättringsåtgärder rapporteras till nämnden
- brukarundersökningar och brukardialoger sker
- brukarrevisioner sker
- nationella mätningar i Öppna Jämförelser och Kommunens kvalitet i korthet
- medverkan i Kostnad Per Brukare (KPB)
- medverka i kollegiegranskning mellan kommuner eller i interna former
- resultaten i mätningar följs upp, analyseras och används som grund för kvalitetsförbättringar
- externa entreprenörers uppföljning och utvärdering av verksamheten regleras i avtal samt rapporteras till socialnämnden
- inrapportering och analys av statistik över verksamheten sker
- uppföljning av mål i styrkort och verksamhetsplaner

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens interna kontroll
- årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse
- ledningens uppföljning av kvalitetsledningssystemet
- delårsrapporter och bokslut
- avtalsuppföljningar med externa entreprenörer

Ansvar

Sektionschefer och enhetschefer ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. De ska ange hur uppgifterna, som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten, är fördelade.

6.5 Tillgänglighet

Sociala tjänster ska vara lättillgängliga och begreppet ska tolkas i vid mening. Tillgänglighet handlar bland annat om hur lokaler anpassas för personer med funktionsnedsättning, hur besök, hembesök och andra kontakter organiseras, vänte-, handläggnings- och utredningstider samt information ges, samt hur organisationen i stort är anpassad för olika målgruppers behov. För att kunna göra tjänsterna optimalt tillgängliga krävs det kunskap om målgruppens behov. Det är angeläget att undersöka vad målgrupper och medborgare anser om tillgängligheten.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel:

- tillgänglighet per telefon, e-post (och sociala medier)
- tillgänglighet till lokaler för personer med funktionsnedsättning
- tillgänglighetsplanering vid förändrade/utökade/nya behov av lokaler
- aktivt deltagande i kommunens samhällsplanering
- metoder för mätning av vänte- och handläggningstider
- synpunkter och klagomål tillvaratas från brukare, kommunala handikapprådet/fokusgrupper/ samverkanspartners
- kontinuerlig uppföljning av den organisatoriska tillgängligheten
- metoder för granskning av tryckt eller webbaserad information

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens interna kontroll
- årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse upprättas
- mätning beträffande tillgänglighet (mail, telefon mm)
- resultat från öppna jämförelser ska tillvaratas, följas upp, analyseras och användas som grund för kvalitetsförbättringar

Ansvar

Socialchef ansvarar för att socialförvaltningen aktivt deltar i kommunens samhällsplanering. Sektionschef och enhetschef ansvarar för att det finns riktlinjer och rutiner för tillgänglighet och att alla medarbetare har kunskap om dessa.

6.6 Avvikelser, fel och brister

Avvikelser, fel och brister i verksamheten kan leda till att brukarnas behov inte tillgodoses. Avvikelser kan också vara till skada eller riskera skada medarbetare, materiella ting eller leda till ekonomisk eller ryktesmässig skada för kommunen som organisationen. Ett systematiskt arbete är viktigt för att upptäcka brister och för att förebygga att fel uppstår. Ledningen ska stödja ett klimat som uppmuntrar medarbetare att lära av misstag då detta är en viktig del av kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska känna till och vara delaktiga i arbete med avvikelser, fel och brister. Det ska finnas system som gör att det i medarbetarnas dagliga arbete finns möjlighet till egen kontroll av utfört arbete, identifiering och rapportering av avvikelser. Kvalitetsarbetet ska utgå från ett brukarperspektiv

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- avvikelsehanteringssystem ska finnas
- avvikelser, fel och brister identifieras, dokumenteras, utreds och analyseras.
- orsaker fastställs, åtgärdas samt följs upp.
- identifiering, utredning och anmälan av allvarliga missförhållanden eller risker för missförhållanden (Lex Sarah)
- identifiering och anmälan av vårdskador i HSL-verksamhet (Lex Maria)
- externa entreprenörers avvikelsehanteringssystem regleras i avtal
- kontinuerlig information till samtliga anställda om hantering av avvikelser
- information till alla nyanställda om avvikelsesystemet och Lex Sarah

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för förvaltningens internkontroll
- årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse
- årlig sammanställning av avvikelser/fel och brister, synpunkter och klagomål samt Lex Sarah
- årlig sammanställning av tillsynsrapporter och beslut från socialstyrelsen, JO

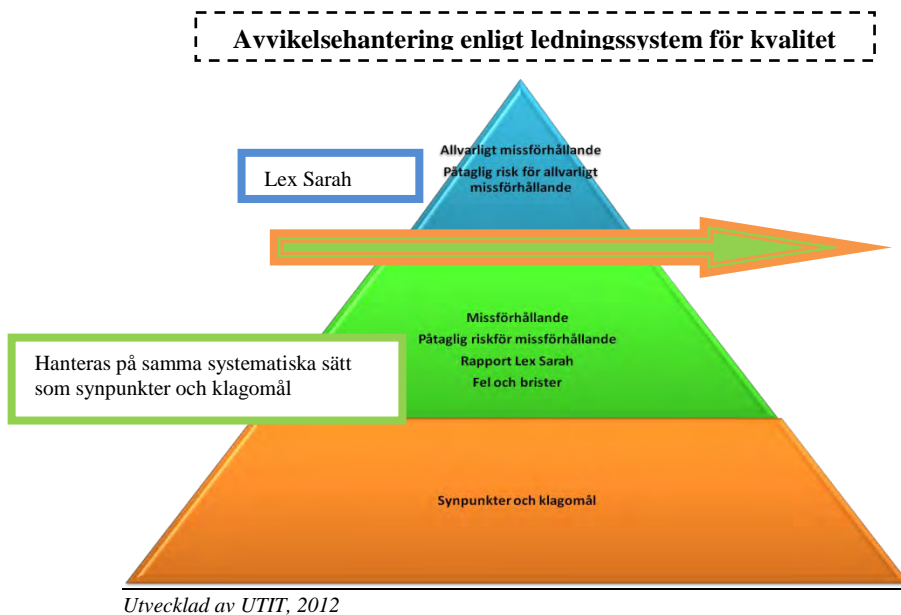
Ansvar

Socialchef och socialnämnd ansvarar för att det finns ett välfungerande avvikelsehanteringssystem i verksamheten. Sektionschef och enhetschef ansvarar för att alla medarbetare har kunskap om rutinerna för avvikelserrapportering, att avvikelser följs upp, utreds och åtgärdas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att anmälan görs till den nämnd, som har ansvar för hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

6.7 Synpunkter och klagomål

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är viktiga informationskällor för att åtgärda brister för den enskilde samt för att identifiera områden som behöver förbättras. Möjligheten att lämna in synpunkter och förbättringsförslag på verksamheten har ett brett demokratiskt syfte, nämligen att fånga in medborgarnas åsikter och förmedla dessa till politikerna. För att hanteringen av synpunkter och klagomål ska leda till höjd kvalitet och säkerhet ska det finnas rutiner för att samla in och använda informationen. Det ska vara enkelt att lämna synpunkter och ska kunna göras på flera olika sätt.



Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- synpunkts- och klagomålshanteringssystem används
- fokusgrupper används
- externa utförarens synpunkts- och klagomålshanteringssystem regleras i avtal
- brukarundersökningar görs
- synpunkter från samverkanspartners, externa revisioner, patientnämnd och socialstyrelsen tas till vara i kvalitetsarbetet

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens internkontroll
- årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse
- löpande publicering av synpunkter och svar i på Falu kommuns hemsida

Ansvar

Sektionschef och enhetschef ansvarar för att alla medarbetare har kunskap hur synpunkter på verksamheten tas emot och hur synpunkter och klagomål används som ett kvalitetsförbättringsverktyg.

6.8 Handläggning och dokumentation av ärenden som rör enskilda samt spårbarhet

Den enskildes rättssäkerhet och medverkan är grunden i hela processen från ansökan, via utredning, till beslut och genomförande av insatser inom socialtjänsten.

Handläggning och dokumentation av genomförandet av beslutad insats och uppgiftslämnande mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats regleras av olika lagar, förordningar och föreskrifter.

Den ska ske på ett sätt som garanterar rättssäkerhet för den enskilde och åtgärder rörande en enskild brukare ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen (spårbarhet). En journal eller akt ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård/omsorg sam en rättsäker handläggning.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- alla medarbetare ansvarar för att, enligt gällande rutiner och riktlinjer, dokumentera handläggningen och utförandet
- säkerställa hur uppgifter ska lämnas mellan den som fattar beslut om insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats och hur uppgiften tas emot
- uppföljning och utvärdering av beslutad insats sker
- tillvägagångssättet vid överklagande är tydligt
- information om hur brukaren kan lämna synpunkter och klagomål finns
- medarbetare har tillgång till vägledning genom Socialstyrelsens handböcker ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten” samt ”Informationshantering och journalföring”
- arkivering och gallring av journaler/akter sker enligt lag
- dokumenthanteringsplan finns och följs
- legitimerad personal dokumenterar i patientjournal enligt gällande krav i författningar och rutiner
- rättssäkerheten vid rådgivning och öppna insatser särskilt beaktas

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för förvaltningens interna kontroll
- årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse
- individuella uppföljningar enligt lagar och rutiner

Ansvar

Sektionschef och enhetschef ansvarar för att det finns rutiner för handläggning och dokumentation av ärenden som rör enskilda och att medarbetarna har kunskaper om dessa rutiner. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. Alla medarbetare ansvarar för att, enligt gällande rutiner och riktlinjer, dokumentera i anvisat verksamhetssystem.

6.9 Försörjning av varor och tjänster, produkter och teknik

Socialnämnden ska försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i verksamheter som läggs ut på drifts罔treprenad eller enskilt bedrivna verksamheter. Det ska i förfrågningsunderlagen framgå vilka krav man ställer på att enskild verksamhet och drifts罔treprenad bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Detta gäller både upphandling av varor och tjänster. Nämnden ska också ha rutiner för att följa upp att enskild verksamhet uppfyller de krav som ställs i samband med upphandlingen.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- inköp av tjänster, produkter och informationssystem från leverantörer som är bedömda och godkända samt är lämpliga för målgruppen
- inköpen är förenliga med evidensbaserade metoder samt är patientsäkra och lämpliga för målgruppen
- avtal vid upphandling formuleras så att de särskilt uppmärksammar kriterier som bidrar till att de varor och tjänster som tillhandahålls är av god kvalitet
- användningen av varor som t.ex. informations- och datasystem säkras och att bruksanvisningar finns tillgängliga. Rutinen ska även omfatta utbildning av personal.
- enskild verksamhet eller verksamhet på 罔treprenad uppfyller de krav som ställs i samband med upphandlingen
- vid inköp av vissa produkter ska särskilda hygieniska aspekter beaktas

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens interna kontroll
- årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse
- avtalsuppföljningar
- kontroller, stickprov och rapportering

Ansvar

I de avtal som socialnämnden beslutar ingå ansvarar socialnämnden för att teckna avtal.

I de avtal som socialchefen beslutar ingå ansvarar socialchefen för att teckna avtal. Socialchefen ansvarar för att varor, tjänster, och teknik uppfyller krav på lämplighet för målgruppen samt ur arbetsmiljösynpunkt. Socialchefen har ansvar för att följa upp avtal med 罔treprenörer, upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling (LOU).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för kvalitet och patientsäkerhet i försörjning av varor, tjänster och teknik. Krav som ställs ska svara mot patientsäkerhetskrav och de krav som bedöms som lämpliga för målgruppen.

6.10 Riskanalyser

Vid förändringar, till exempel organisationsförändringar, införande av ny teknik eller nya metoder, är det viktigt att göra kartläggningar, riskbedömningar och handlings/åtgärdsplaner. För att hitta de bakomliggande orsakerna till risker ska en systematisk kartläggning och analys av befintlig verksamhet göras. Baserat på denna kartläggning ska sedan åtgärder sättas in för att minimera risker. För att säkra den individinriktade insatsen, ska risker identifieras och riskbedömning göras för varje brukare där det inte är uppenbart onödigt.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- identifiera, analysera och bedöma risker för brukare och patienter på individ- och gruppnivå

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens interna kontroll
- årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse

Ansvar

Socialchef/verksamhetschef HSL/socialtjänst har ansvar för det systematiska patient-/ brukarsäkerhetsarbetet för att förebygga och förhindra missförhållanden och vårdskador. Socialchef ansvarar för att riskbedömningar görs i sådan omfattning att patientsäker vård, trygga och säkra socialtjänstinsatser ges, samt ansvarar för att riskbedömningar görs när brister ses i verksamheten som kan innebära risk för missförhållande eller vårdskada.

6.11 Kvalitetssäkring av insatser enligt SoL, LVU, LVM, LSS och HSL

Det är en demokratisk rättighet, både ur medborgarperspektiv och brukarperspektiv att veta och förstå hur socialtjänsten arbetar och inte minst vad man kan förvänta sig. Det ökar brukarens möjligheter till aktiva val, inflytande och delaktighet. Insatser inom socialtjänsten ska svara mot enskilda och grupperns behov samt mot lagstiftningens krav.

Att beskriva arbetsprocesser är ett stöd för nyanställd personal, ökar rättssäkerheten för brukaren, ger möjlighet att identifiera och säkra delar av insatser som är problematiska samt ger möjlighet att identifiera onödiga led som minskar effektiviteten. När insatser är tydligt beskrivna är de också möjliga att följa upp och utvärdera, vilket underlättar ett fortsatt kvalitetsarbete. Processkartläggningar ska finnas på viktiga eller vanligt förekommande insatser. I ledningssystemet ska vidare ingå dokumenterade rutiner för att styra och utvärdera introduktion, tillämpning och avveckling av metoder för diagnostik, vård och behandling.

Hur

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

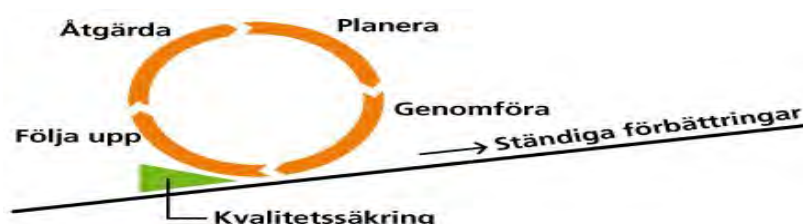
- analyser görs av hur tjänsterna möter enskilda grupperns behov samt lagstiftarens krav
- resultat av analyser samt forskning och erfarenheter från bland annat tillsynsverksamhet ligger till grund för arbetet med att utveckla och säkra tjänsternas kvalitet
- nya metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, provas ut och introduceras så att brukarsäkerheten/patientsäkerheten säkerställs.
- fastställda metoder tillämpas, kontinuerligt följs upp och vid behov revideras
- åtgärder vidtas, när tillämpningen av metoderna behöver förändras och inaktuella metoder ska identifieras och avvecklas.
- nationella vårdprogram och metoder tillämpas
- lokala rutiner utformas och tillämpas
- bevakning sker av nya författningar, rekommendationer och forskning

Uppföljning

- uppföljning sker inom ramen för socialtjänstens interna kontroll
- årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse
- vårdplaner och/eller genomförandeplaner
- riskbedömningar på individnivå utförs och dokumenteras
- nationella kvalitetsregister används

Ansvar

Socialchef, sektionschef och enhetschef ansvarar för att det finns metoder för att identifiera och genomföra processkartläggningar. De ansvarar vidare för att, ta fram rutiner och riktlinjer samt för att samtliga medarbetare deltar i framtagandet och har kunskap om rutinerna.



7. REFERENSLISTA

Lagstiftning som berör socialtjänst och hälso- och sjukvård

Med socialtjänst avses verksamhet som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), socialtjänstlagen (SoL), lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Lagstiftning som inte är specifika för antingen socialtjänst eller hälso- och sjukvård

Offentlighets- och sekretesslagen.

Förvaltningslagen.

Lagen om offentlig upphandling (LOU).

Lag om registerkontroll av personal vid sådana hem för vård och boende som tar emot barn.

Lag om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar.

Föreskrifter

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Lagstiftning och föreskrifter för socialtjänsten

Lagstiftning

Socialtjänstlagen (SoL).

Socialtjänstförordningen.

Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Förordning om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Föräldrabalken.

Lag med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare.

Lag om medling med anledning av brott.

Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Förordning om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Lagen om vissa kommunala befogenheter (2009:47).

Föreskrifter

SOSFS 2006:5. Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och

genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

SOSFS 2011:5 Föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah.

SOSFS 2002:9. Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

SOSFS 2003:20. Föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende.

SOSFS 2007:4. Föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens utredning och fastställande av föräldraskap.

Lagstiftning och föreskrifter för hälso- och sjukvården

Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen.

Läkemedelslagen.

Patientdatalagen.
Patientsäkerhetslagen.

Föreskrifter

SOSFS 1997:14. Föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

SOSFS 2000:1. Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

SOSFS 2005:28. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria.

SOSFS 2008:14. Föreskrift om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

SOSFS 2007:19. Föreskrift om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.

SOSFS 2004:12. Föreskrifter om anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som inte kan utöva sitt yrke p.g.a. sjukdom m.m.