

Ledningssystem för kvalitet

Socialnämnden, Motala kommun



Beslutsinstans: Socialnämnden
Datum: 2014-06-11

Diarienummer: 14/SN 0099
Paragraf: SN § 133

Reviderande instans:
Datum:

Diarienummer:
Paragraf:

Gäller från:

Ledningssystem för kvalitet

Inledning

Ledningssystemet är uppbyggt enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

Ledningssystemet för kvalitet länkar i tillämpliga delar till Motala kommuns system för ledning och styrning (LedMot). I LedMot väger Motala kommun samman den nationella lagstiftningen och kommunens egna ambitioner i mål och styrdokument som används för att leda verksamhetens inriktning och utveckling. Ledningssystemet för kvalitet anger hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas. Förvaltningen beskriver i verksamhetsplaner både hur lagstiftning och politiska mål ska uppfyllas i enlighet med kraven i LedMot och vad som behövs för att säkerställa verksamheternas kvalitet i enlighet med brister som uppmärksammas i det systematiska kvalitetsarbetet.

Syfte

Syftet med ledningssystemet för kvalitet är att genom systematiskt och fortlöpande arbete utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

Definition av kvalitet

Med kvalitet avses att de krav och mål uppfylls som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Utöver detta definieras kvalitet också som måluppfyllelse utifrån LedMot.

Verksamhet som ledningssystemet omfattar

Ledningssystemet ska tillämpas inom myndighetsutövning och i förekommande funktioner där service erbjuds utan föregående myndighetsprövning, inom de av förvaltningens bedrivna resursverksamheterna för vuxna, familjer, barn och ungdom och verksamheter för äldre och personer med funktionsnedsättningar där socialtjänstens insatser bedrivs utifrån tillämplig lagstiftning.

Ansvarsfördelning:

Nedanstående är en beskrivning av gällande ansvarsfördelning som avser inlagen inom ledningssystemet för kvalitet.

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden som bedriver stöd, vård och omsorg enligt socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Arbetet ska omfatta riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser. Föreskrifterna ska också tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som socialnämnden ska bedriva enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen.

Tjänstemännens ansvar - allmänt

Ansvaret för arbetsuppgifter utifrån ledningssystemet följer de befintliga strukturerna för fördelning av ansvar och befogenheter inom organisationen.

Grunden är att ansvar och befogenheter för kvalitet, ekonomi, personal och arbetsmiljö hålls samman.

Ansvaret för att arbeta enligt ledningssystemet ingår i chefsansvaret men all personal ska vara delaktig i kvalitetsarbetet. På enhetsnivå ska arbetsplatsträffarna vara ett forum för kvalitetsfrågor.

Förvaltningschefens ansvar

Förvaltningschefen ska inom ramen för ledningssystemet och socialnämndens ansvar:

- ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet i olika processområden kontinuerligt ska bedrivas följas upp och förbättras

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska inom ramen för ledningssystemet och socialnämndens ansvar:

- patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- upprätta rutiner för samverkan mellan huvudmännen gällande hälso- och sjukvård
- att kommunens hälso- och sjukvård följs upp genom granskningar och genom att följa rapporterade avvikelser
- författningsbestämmelser och andra regler är kända, följa upp att de efterlevs samt att det finns behövliga rutiner och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten
- anmälan görs enligt Lex Maria
- ta fram en årlig patientsäkerhetsberättelse

Verksamhetschefer och myndighetschef

Verksamhetschef/myndighetschef har det övergripande ansvaret för att med stöd av ledningssystemet planera, leda, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten inom sitt område. I detta ingår att;

- upprätta rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet i olika processområden kontinuerligt ska bedrivas följas upp och förbättras
- informera om gällande rutiner och riktlinjer
- återkoppla när rutiner och riktlinjer inte fungerar
- vidta förbättringsåtgärder med stöd av uppföljning och avvikelser

Enhetschef

Enhetschefen har det övergripande ansvaret för att med stöd av ledningssystemet planera, leda, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten inom sitt område. I detta ingår att;

- de kvalitetskrav och den målsättning som anges i nämndens styrdokument efterlevs och uppnås i det vardagliga arbetet
- informera om gällande rutiner och riktlinjer
- uppföljning och egenkontroll av enhetens verksamhet
- återkoppla när rutiner och riktlinjer inte fungerar
- vidta förbättringsåtgärder med stöd av uppföljning och avvikelser

Samtliga medarbetare

Personal har ansvar att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. I detta ingår att:

- utföra de arbetsuppgifter som ingår i yrkesrollen på ett systematiskt och säkert sätt enligt de processer och rutiner som finns för verksamheten
- återkoppla när riktlinjer och rutiner inte fungerar
- medverka till att de kvalitetskrav som finns för verksamheten uppnås
- delta i utvärdering av arbetssätt och föreslå förbättringar för ökad säkerhet, kvalitet och effektivitet i den egna verksamheten
- delta i arbetet med mål, uppföljning och utvärdering av verksamhetens resultat

Processer och rutiner inklusive samverkan – del av ledningssystem för kvalitet, 4 kap SOSFS 2011:9

Krav i författningen

2 §. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 §

1. identifiera de aktiviteter som ingår, och
2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning

4 § För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

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

Definitioner

Med process menas en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.

En rutin beskriver ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat.

För att identifiera processområden, aktiviteter och rutiner har utgångspunkten varit aktuell lagstiftning och föreskrifter.

Verksamhetens huvudprocesser:

Nedan framgår de huvudprocesser som omfattas av socialtjänstens uppgifter samt de rutiner som finns fastställda för att säkerställa att processerna genomförs på ett riktigt sätt.

A. Myndighetsutövning

1. Aktualisering: (Processkarta, bilaga 1)

Rutiner:

- Rutin för handläggning av inkommen ansökan och anmälan gällande barn och ungdom upp till 18 år.
- Rutin för anmälan till barn- och ungdomsgruppen om misstanke om barn som far illa.
- Rutin för inkomna anmälningar – LOB och narkotikabrott
- Rutin för ärendefördelning, ärendeprocess och uppföljning av öppenvårdsärende - Lotsen
- Rutin avseende hyresskuld och avhysning
- Rutin för akut hemtjänst eller boendeplacering
- Rutin för ärenden gällande hot och våld i nära relationer
- Rutin avseende anmälningar mot familjehem
- Rutin för samverkan mellan vuxen- och ekonomigrupp vid gemensamma ärenden
- Rutin för samverkan mellan Barn- och ungdomsgrupp och ekonomigrupp vid gemensamma ärenden
- Rutin för handläggning av IVO:s tillsyn i enskilda ärenden vid socialkontoret

2. Förhandsbedömning (processkarta, bilaga 2)

Rutiner:

- Rutin barnperspektiv i förhandsbedömningar, utredningar och uppföljningar i barn och ungdomsgruppen

3. Utreda och bedöma (processkarta, bilaga 3)

Rutiner:

- Utredning BBIC - metodik
- Utredning ÄBIC - metodik
- Rutin barnperspektiv i förhandsbedömningar, utredningar och uppföljningar i barn och ungdomsgruppen
- Rutin för utredning vid placering – Hvb/familjehem för vuxna med missbruk
- Rutin – Barnperspektiv och anhörigstöd, vuxengruppen
- Rutin för samverkan mellan vuxen- och ekonomigrupp vid gemensamma ärenden
- Rutin för samverkan mellan Barn- och ungdomsgrupp och ekonomigrupp vid gemensamma ärenden
- Rutin för vårdnadsöverflyttning till familjehemsföräldrar
- Rutin för handläggning av ärenden till socialnämndens myndighetsutskott
- Avtal om samverkan i förhållande till personer med psykisk funktionsnedsättning (psykiatriavtalet)

4. Besluta (processkarta, bilaga 4)

Servicegarantier:

- Servicegaranti för serveringstillstånd

Riktlinjer:

- Riktlinjer för ekonomiskt bistånd
- Högsta godtagbara hyra vid ek. bistånd
- Riktlinjer för vård i hem vår vård eller boende för personer med missbruksproblem
- Riktlinjer och tjänster enligt SoL, vuxna
- Riktlinjer för hemtjänst och dagverksamhet
- Riktlinjer för äldreomsorg, särskilt boende
- Riktlinjer för ungdomar under 25 år som söker bistånd för att flytta till eget boende
- Riktlinjer för utveckling av anhörigstöd

Rutiner:

- Rutin avseende inhibition
- Rutin för avgiftshandläggning avgifter äldre- och handikappomsorg
- Rutin för hantering av överklagan

B. Verkställighet av myndighetsbeslut (processkarta, bilaga 5)

Servicegarantier:

- Servicegaranti för hemtjänst
- Servicegaranti för trygghetsboende
- Servicegaranti för vårdboende
- Servicegaranti för korttidsplats och rehabilitering/omvårdnad
- Servicegaranti för korttidsplats – avlösning av anhörig
- Servicegaranti för dagverksamhet
- Servicegaranti för ekonomiskt bistånd
- Servicegaranti för stöd till vuxna och äldre
- Servicegaranti för insatser med stöd av LSS
- Servicegaranti för insatser enligt SoL till vuxna

Riktlinjer:

- Riktlinjer resurs Båten
- Riktlinjer för omkostnadsersättning – ledsagning och personlig assistans
- Riktlinjer för verkställighet av bistånd i form av särskilt boende

Rutiner:

- Rutin för överlämning av beställning till resurs- och placeringsgruppen samt samarbete vid uppföljning av dessa ärenden
- Rutin för samverkan mellan Ekonomigrupp socialkontoret och Arbetsförmedlingen
- Rutin för ersättning av föräldrar för placerade barn
- Rutin för egenavgift vid placering – Vuxen
- Rutin för samverkan mellan skola och socialtjänst för elev i hem för vård eller boende (HVB) eller särskilt ungdomshem (SIS)
- Rutin för anhörigstöd i verksamhet inom trygghetsboende och hemtjänst
- Rutin för SoL- dokumentation inom äldreomsorg
- Rutin för arkivering av dokumentation enligt SoL inom äldreomsorg

- Instruktion kontaktmannaskap inom äldreomsorgen - uppdrag och ansvar
- Rutin för bostadsupplåtelse i andra hand
- Avtal om samverkan i förhållande till personer med psykisk funktionsnedsättning (psykiatriavtalet)

C. Följa upp verkställighet och effekt av insatser (processkarta, bilaga 6)

Rutiner:

- Rutin för registrering av tid och insatser – trygghetsboende (mobipen)
- Rutin för registrering av tid och insatser – hemtjänst (mobipen)
- Rutin för uppföljning av extern verksamhet inom äldreomsorg
- Avtal om samverkan i förhållande till personer med psykisk funktionsnedsättning (psykiatriavtalet)

D. Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdande insatser förekommer ofta som en integrerad del i genomförandet av olika insatser för i första hand äldre och funktionsnedsatta. Insatser utifrån kommunens hemsjukvårdsansvar kan även förekomma oberoende av insatser från socialtjänsten.

Rutiner:

Administration och avtal:

- Rutin för inhämtande av samtycke till sammanhållen journalföring
- Rutin för hälso- och sjukvårdsdokumentation
- Rutin för hantering och förvaring av hälso- och sjukvårdsjournaler
- Rutin för loggkontroller inom den kommunala hemsjukvården gällande Panorama
- Rutin för transport av avlidna i särskilt boende

Akuta sjukdomstillstånd:

- Rutin vid akuta sjukdomstillstånd
- Rutin för omhändertagande vid misstanke om höftfraktur
- Vårdprocessprogram Höftfraktur i västra länsdelen

Avvikelser:

- Rutin för avvikelshantering inom äldreomsorgen och social resursverksamhet

Begränsningsåtgärder:

- Rutin vid begränsningsåtgärder inom särskilt boende

Delegering:

- Riktlinjer för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Hygien:

- Rutin för hygien vid tarmsmitta
- Rutin för hantering av smittförande/skärande/stickande avfall
- Rutin vid stick- och skärskada
- Städ- och desinfektionsschema för särskilt boende
- Rutin för basal hygien inom särskilt boende och hemtjänst
- Rutin för hygien vid blodsmitta
- Rutin för hygien vid ESBL
- Rutin för hygien vid MRSA

Läkemedel:

- Lokal rutin för läkemedelshantering – mall
- Överenskommelse om stöd vid läkemedelshantering
- Rutin för läkemedelshantering – särskilt boende
- Rutin för kontroll av narkotika och övriga kontrollläkemedel
- Generell behandlingsanvisning - läkemedel SÄBO
- Läkemedelsgenomgång på särskilt boende – översyn av potentiellt olämplig läkemedelsanvändning
- PM för handläggning av akuta transfusionskomplikationer samt anafylaktisk chock

Medicinteknik:

- Rutin gällande medicintekniska produkter

Omvårdnads- och rehabplanering:

- Rutin för individuell omvårdnads- och rehabiliteringsplanering

Palliativ vård:

- Rutin för fastställande av dödsfall
- Rutin för omvårdnad av svårt sjuk person
- Rutin för brytpunktsbedömning – vård i livets slutskede

Rehabilitering:

- Rutin för arbete med rehabiliteringsnivåer
- Rehabplan – gemensamma riktlinjer

Samverkan:

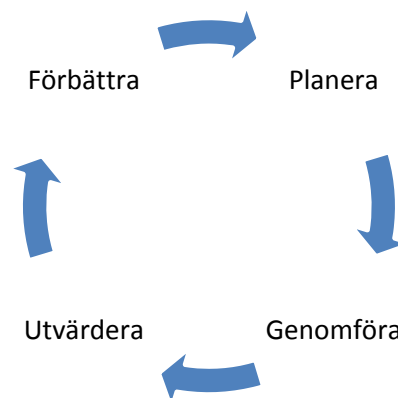
- Rutin för LAH/SAH- anslutna patienter på särskilda boenden
- Rutin för "fokuspatient"

Undersökningar:

- Rutin Saturationsmätare
- Rutin för användning av doppler vid mätning av cirkulation i underben
- Rutin för katetervård

Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten

Ledningssystemet är utformat som en fortlöpande process där planering, genomförande, utvärdering och förbättring länkar i varandra. Många av aktiviteterna i processen sker löpande under året, andra har en mer bestämd plats i årsagendan. Det senare gäller framförallt verksamhetsplanen och uppföljning av densamma, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse samt de aktiviteter inom LedMot som gäller hela kommunen. Dessa aktiviteter illustreras i kommunens årsagenda, nedan efter "förbättringshjulet".



Förbättra

- Vidta åtgärder utifrån riskanalys
- Vidta åtgärder utifrån analys av egenkontroll
- Vidta åtgärder utifrån analys av klagomål och synpunkter
- Vidta åtgärder utifrån analys av avvikelser
- Vidta åtgärder utifrån analys av utfall i kvalitetsregister m.m.

Utvärdera

- Följa upp och utvärdera mål
- Arbeta med riskanalys
- Arbeta med egenkontroll
- Utredning av klagomål och synpunkter
- Utredning av avvikelser
Sammanställa och analysera dokumentation
- Analysera utfall kvalitetsregister

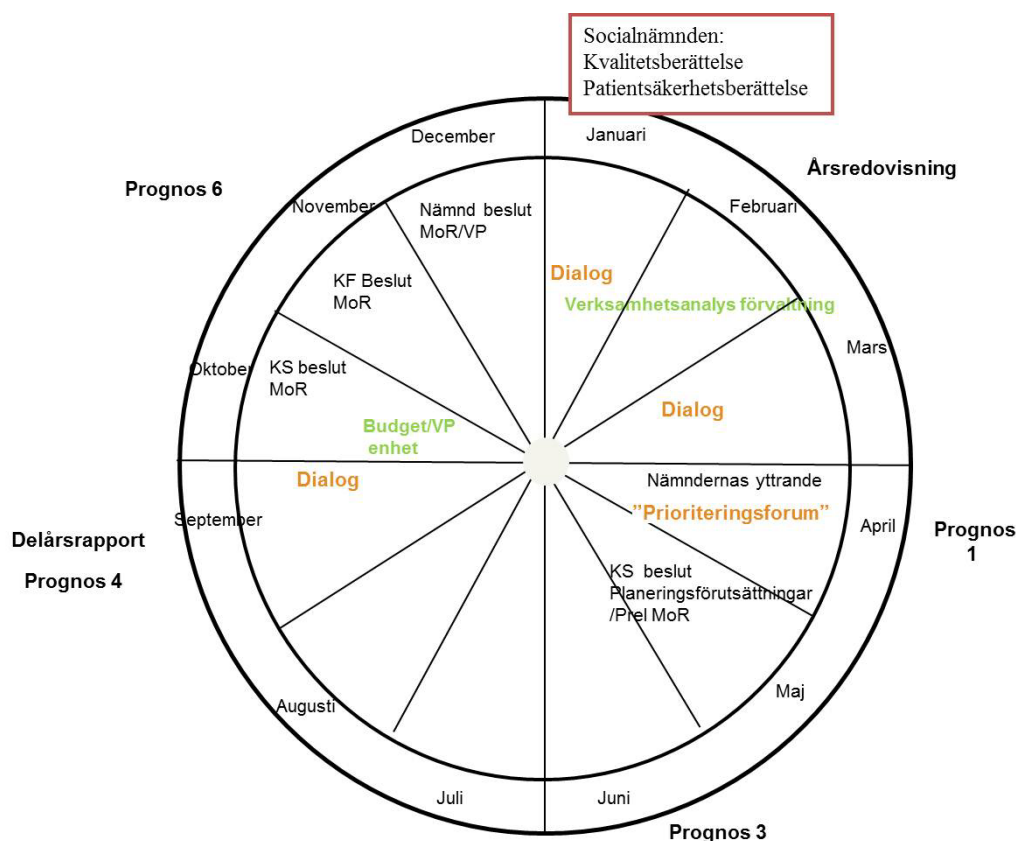
Planera

- Mål- och resursplan MoR
- Verksamhetsplan
- Kvalitetsberättelse
- Patientsäkerhetsberättelse
- Övriga förutsättningar

Genomföra

- Arbeta enligt dokumenterade riktlinjer och rutiner
- Arbeta enligt prioriteringar utifrån mål
- Dokumentera
- Rapportera
- Arbeta för personalmedverkan

Årsagenda för kommunen



Systematiskt förbättringsarbete – del av ledningssystem för kvalitet, 5 kap SOSFS 2011:9

Det systematiska förbättringsarbetet beskrivs här utifrån de olika paragraferna i 5 kapitlet SOSFS 2011:9; riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processer och rutiner.

Riskanalys

Riskanalys görs för att bedöma om det finns risk för att en händelse skulle kunna inträffa som kan medföra brister i kvaliteten. Till riskanalysen hör att uppskatta sannolikheten och bedöma vilka negativa konsekvenser som kan bli följden av en händelse. Såväl planerad som befintlig verksamhet kan analyseras utifrån fastställda rutiner.

Krav i författningen

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.

För varje sådan händelse ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS:

- uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följderna av händelsen.

- 7 § På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- 8 § Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

System/Process för att arbeta med riskanalys, inklusive förbättrande åtgärder i verksamheten och förbättring av processer och rutiner

Det finns inga politiskt beslutade riktlinjer som särskilt anger hur arbetet med riskanalys ska gå till, utöver vad som framkommer i det ledningssystem som beskrivs här.

Förslag/initiativ till riskanalys kommer från olika system och aktörer i olika sammanhang; organisationsförändringar, införande av ny teknik eller nya metoder eller vid behov i kända områden.

Ansvarig chef eller MAS beslutar om riskanalys ska göras. Frågan kan lyftas på ledningsgrupp före beslut.

Riskanalys genomförs av ansvarig chef eller MAS med stöd av andra professioner, efter behov och situation.

Rapport från riskanalysen presenteras för ansvarig chef som beslutar om något ska åtgärdas och i så fall vad, om det är sannolikhet eller konsekvens som behöver minskas.

Bedömning av risk sker även utifrån skade- och avvikelsestatistik samt inom ramen för utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria.

Beslut om övergripande åtgärder som kommit fram som en konsekvens av riskanalyser förs vid behov in i årlig verksamhetsplan. Aktuell verksamhetsplan beslutas av socialnämnd. Återkoppling av riskanalys sker i dialog till berörd verksamhet.

Chef för närmast berörd(a) verksamhet(er) ansvarar för att beslutade åtgärder genomförs, för att eventuella nya rutiner tas fram och för att processer och rutiner förbättras utifrån gjorda analyser.

De fastställda rutinerna följs upp i samband med att den årliga kvalitetsberättelsen tas fram.

Rutiner:

- Kommunens mall för konsekvensbeskrivning vid förändringsarbete.
- Särskilda mallar/rutiner finns när riskanalysen är kopplad till enskild individ (senior alert m.m.).
- Riskanalys utgör också en del av:
- Rutin för avvikelshantering inom äldreomsorg och social resursverksamhet
- Rutin för rapportering och utredning av missförhållanden enligt Lex Sarah
- Rutin Lex Maria

Egenkontroll

Egenkontroll görs bland annat i form av uppföljningar av mål i verksamhetsplanen, för att följa verksamheten över tid. Den sammanställda informationen ger en övergripande bild av kvaliteten i verksamheten. Rutiner finns för att säkra att egenkontroller görs.

Krav i författningen

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 vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

7 § På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

8 § Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

System/Process för att arbeta med egenkontroll, inklusive förbättrande åtgärder i verksamheten och förbättring av processer och rutiner

Utöver vad som beskrivs i ledningssystemet vad gäller arbetet med egenkontroll och uppföljning, finns i den av socialnämnden beslutade verksamhetsplanen en rad områden för egenkontroll och uppföljning. Avstämning av mål i verksamhetsplanen sker i budgetprocess, delårsbokslut och i samband med årsredovisning. Inriktningsmål och resultatmål beslutas också årligen av socialnämnd i särskild ordning.

Ansvarig chef beslutar om kompletterande kontroller.

På uppdrag av ansvarig chef jämförs verksamhetens resultat med sammanställningar av resultat från t.ex. kvalitetsregister, öppna jämförelser, medborgarundersökningar, regionala och andra lokala mätningar eller undersökningar av utsedda grupper/personer. Verksamhetens nuvarande resultat kan också jämföras med tidigare resultat.

Brukarundersökningar görs inom ramen för uppföljning av service- och värdighetsgarantier.

Granskning av journaler, akter, och annan dokumentation.

Analys av uppgifter från patientnämnder, inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter, undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personal som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.

Resultat från undersökningar och jämförelser analyseras och diskuteras i olika ledningsgrupper och redovisas i uppföljningen av verksamhetsplanerna.

Återkoppling från ledningsgrupp sker i dialog med berörda chefer eller andra nyckelpersoner för genomgång och krav på eventuella åtgärder utifrån resultatet.

En tidplan för återkoppling av åtgärder tas fram om behov finns.

Beslut om övergripande åtgärder som kommit fram som en konsekvens av egenkontroll förs vid behov in i årlig verksamhetsplan.

Återkoppling sker i dialog till berörd verksamhet.

Chef för närmast berörd verksamhet ansvarar för att beslutade åtgärder genomförs, för att eventuella nya rutiner tas fram och för att processer och rutiner förbättras utifrån gjorda analyser.

De fastställda rutinerna följs upp i samband med att den årliga kvalitetsberättelsen tas fram.

Rutiner

- Rutin/modell för arbetet med verksamhetsplan, inklusive uppföljning av indikatorer och mål, finns i LedMot
- Rutin/modell för arbetet med budget, delårsbokslut och årsredovisning.
- Egenkontroll/uppföljning utgör del av rutin för service- och värdighetsgarantier
- Rutiner för att följa upp (extern) verksamhet som utförs på uppdrag finns i gällande avtal
- Internkontrollplan fastställs varje år av socialnämnden

Utredning av avvikelser – Klagomål och synpunkter

Avvikelsehantering ska säkerställa att bland annat klagomål och synpunkter tas tillvara på ett sådant sätt att fel och brister effektivt kan förebyggas och åtgärdas. Det är en väsentlig del av kvalitetsarbetet att identifiera och analysera avvikelser samt att återföra erfarenheter från analysen av dessa avvikelser till verksamheten.

Det finns rutiner för hantering av synpunkter och klagomål.

Krav i författningen

3 § Klagomål och synpunkter

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 socialtjänst
- De som bedriver verksamhet enligt LSS
- Myndigheter
- Föreningar, andra organisationer och intressenter

7 § På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

8 § Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

System/Process för att arbeta med klagomål och synpunkter, inklusive förbättrande åtgärder i verksamheten och förbättring av processer och rutiner

Det finns inga politiskt beslutade riktlinjer som särskilt anger hur arbetet med klagomål och synpunkter ska gå till, utöver vad som framkommer i ledningssystemet.

Motala kommuns förmåga att ta hand om medborgares och kunders synpunkter på vår verksamhet har hög prioritet. Det är bl. a. genom dessa synpunkter vi får underlag för att förbättra verksamheten. Därför finns ett gemensamt synpunktshanteringssystem, Dialog Motala, för hela organisationen. Den som är anställd eller förtroendevald ska informera medborgare och kunder om denna möjlighet.

Dialog Motala har två syften:

- På ett enkelt och enhetligt sätt erbjuda medborgare och kunder möjlighet att lämna synpunkter på Motala kommuns verksamhet
- Genom uppföljning av synpunkter skapa ett lärande i organisationen som förbättrar verksamheten

Den som lämnat en synpunkt får omgående en bekräftelse att synpunkten inkommit. Svar eller återkoppling ska lämnas till den som lämnat synpunkten inom tio arbetsdagar. Hanteringen av synpunkter ska ske snabbt med ett professionellt bemötande

Inkomna synpunkter sammanställs och publiceras regelbundet med information om hur synpunkterna används till förbättringar.

En samverkan sker även med länets patientnämnd.

Synpunkter bör i första hand lämnas via ett digitalt formulär som finns på motala.se och Intranätet. Det finns också en pappersblankett för handskrivna synpunkter.

Chef för närmast berörd verksamhet ansvarar för att beslutade åtgärder genomförs, för att nya rutiner tas fram och för att processer och rutiner förbättras utifrån gjorda analyser.

De fastställda rutinerna följs upp i samband med att den årliga kvalitetsberättelsen tas fram.

Rutiner

- Rutin för synpunkter och klagomål, 2010-11-18

Avvikelsehantering ska säkerställa att bland annat rapporter om missförhållanden, eller risk för missförhållanden, tas tillvara på ett sådant sätt att rapporterna snabbt och effektivt kan ligga till grund för att förebygga fel och brister. Det är en väsentlig del av kvalitetsarbetet att identifiera och analysera fel och brister samt återföra dessa erfarenheter i verksamheten.

Det finns rutiner för hantering av avvikelser.

Krav i författningen

4 § Bestämmelser om rapporteringsskyldighet

- 1 för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
- 2 för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse finns i 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), och
- 3 för den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns i 24 b § LSS.

5 § Bestämmelser om skyldighet

- för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659),

- för den som bedriver socialtjänst att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), och
- för den som bedriver verksamhet enligt LSS att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 24 e § LSS.

6 § Sammanställning och analys.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

7 § På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6 § ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

8 § Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6 § visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

System/Process för att arbeta med utredning av avvikelser, inklusive förbättrande åtgärder i verksamheten och förbättring av processer och rutiner

Det finns inga politiskt beslutade riktlinjer som särskilt anger hur arbetet med avvikelser ska gå till, utöver vad som framkommer i ledningssystemet som beskrivs här.

Avvikelser utreds utifrån rapporteringsskyldighet med utgångspunkt från Lex Maria och Lex Sarah.

Kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen

Sammanställningarna analyseras och diskuteras i olika ledningsgrupper.

Återkoppling från ledningsgrupp sker i dialog med berörda chefer eller andra nyckelpersoner för genomgång och krav på eventuella åtgärder utifrån resultatet.

En tidplan för återkoppling av åtgärder tas fram om behov finns.

Chef för närmast berörd verksamhet ansvarar för att beslutade åtgärder genomförs, för att eventuella nya rutiner tas fram och för att processer och rutiner förbättras utifrån gjorda analyser.

De fastställda rutinerna följs upp i samband med att den årliga kvalitetsberättelsen tas fram.

Rutiner:

- Rutin för avvikelshantering inom äldreomsorg och social resursverksamhet
- Rutin för rapportering och utredning av missförhållanden enligt Lex Sarah
- Rutin Lex Maria

Personalmedverkan

– del av ledningssystem för kvalitet, 6 kap SOSFS 2011:9

Arbetet med att verka för personalens medverkan i förbättringsarbetet sker utifrån paragraferna i 6 kap SOSFS 2011:9.

Krav i författningen

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

2 § Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

3 § Enligt SoL och LSS framgår det att personalen som är verksam enligt lagstiftningen är skyldig att medverka i verksamhets kvalitetsarbete.

System/Process för att arbeta med personalmedverkan, inklusive förbättrande åtgärder i verksamheten och förbättring av processer och rutiner

I personalpolitiskt program för Motala kommun lyfts ”medarbetarskap”, ”ledarskap” och ”kompetens” fram som centrala områden. För vart och ett av dessa områden anger programmet en policy som förvaltningarna ska iaktta i sitt arbete. Ett praktiskt verktyg för att säkerställa att intentionerna upprätthålls och utvecklas är gällande samverkansavtal mellan Motala kommun och arbetstagarorganisationerna, i vilken bl a regleras organisering och arbetssätt i fråga om personalsamverkan.

För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är personalens engagemang och delaktighet nödvändigt. Rätt kompetens ökar möjligheterna att medverka i kvalitetsarbetet och kunna ge god vård och omsorg. Personal uppmanas att delta i kvalitetsarbetet och verka för att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ses som en möjlighet att utveckla verksamhetens kvalitet. Programmet lyfter fram sex områden som är viktiga för att nå vårt personalpolitiska mål. Dessa är; "Medarbetarskap – Ledarskap", "Kompetens", "Hälsa och arbetsmiljö", "Arbetstider", "Jämställdhet och mångfald" samt "Lön".

Personalmedverkan eftersträvas och görs möjligt på olika sätt:

- Kompetenskrav / kompetensbeskrivningar
- Samverkansgrupper
- Arbetsplatsträffar
- Intern utbildning
- Information från kommunens ledning (LedNytt)
- Medarbetarsamtal

Dokumentationsskyldighet

– del av ledningssystem för kvalitet, 7 kap SOSFS 2011:9

Arbetet med att uppfylla dokumentationsskyldigheten som stöd för förbättringsarbetet sker med utgångspunkt från paragraferna i 7 kap SOSFS 2011:9.

Krav i författningen

1 § Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Allmänna råd...

2 § Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse...

3 § Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad

1. Att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar.
2. Att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

System/Process för att arbeta med dokumentation, inklusive förbättrande åtgärder i verksamheten och förbättring av processer och rutiner

Det finns inga politiskt beslutade riktlinjer som särskilt anger hur arbetet med dokumentation ska gå till, utöver vad som framkommer i ledningssystemet som beskrivs här.

Klagomål, synpunkter och rapporter enligt ovan sammanställs och analyseras för att göra det möjligt att se mönster och trender som kan indikera brister i verksamhetens kvalitet. Sammanställningarna görs centralt inom förvaltningen av förvaltningschefen utsedd person. Sammanställningarna dokumenteras årligen i en kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse som behandlas i olika ledningsgrupper och redovisas för socialnämnden.

Dokumentation sker också inom ramen för arbetet med verksamhetsplan, budgetarbete, årsredovisning, delårsbokslut, uppföljningar av service- och värdighetsgarantier samt inom ramen för avtalsuppföljningar.

Bilagor: Bilaga 1 – 6: Processkartor

Bilaga 7 Sammanställning av gällande krav i lagar och föreskrifter avseende kvalitet och kvalitetssäkring inom de områden som omfattas av ledningssystem för kvalitet (Samverkan, Riskanalys, Egenkontroll, Utredning av avvikelser, Dokumentationsskyldighet, Personalmedverkan)

Bilaga 8 Lagar och föreskrifter som styr de uppdrag som socialtjänstens verksamheter omfattar