

Socialförvaltningen
Anna Ryding
0171-625568
anna.ryding@enkoping.se

Föreslag till beslut gällande Riktlinje ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Förvaltningens förslag till beslut

Tagit del av riktlinjen och lägger den till handlingarna.

Bakgrund

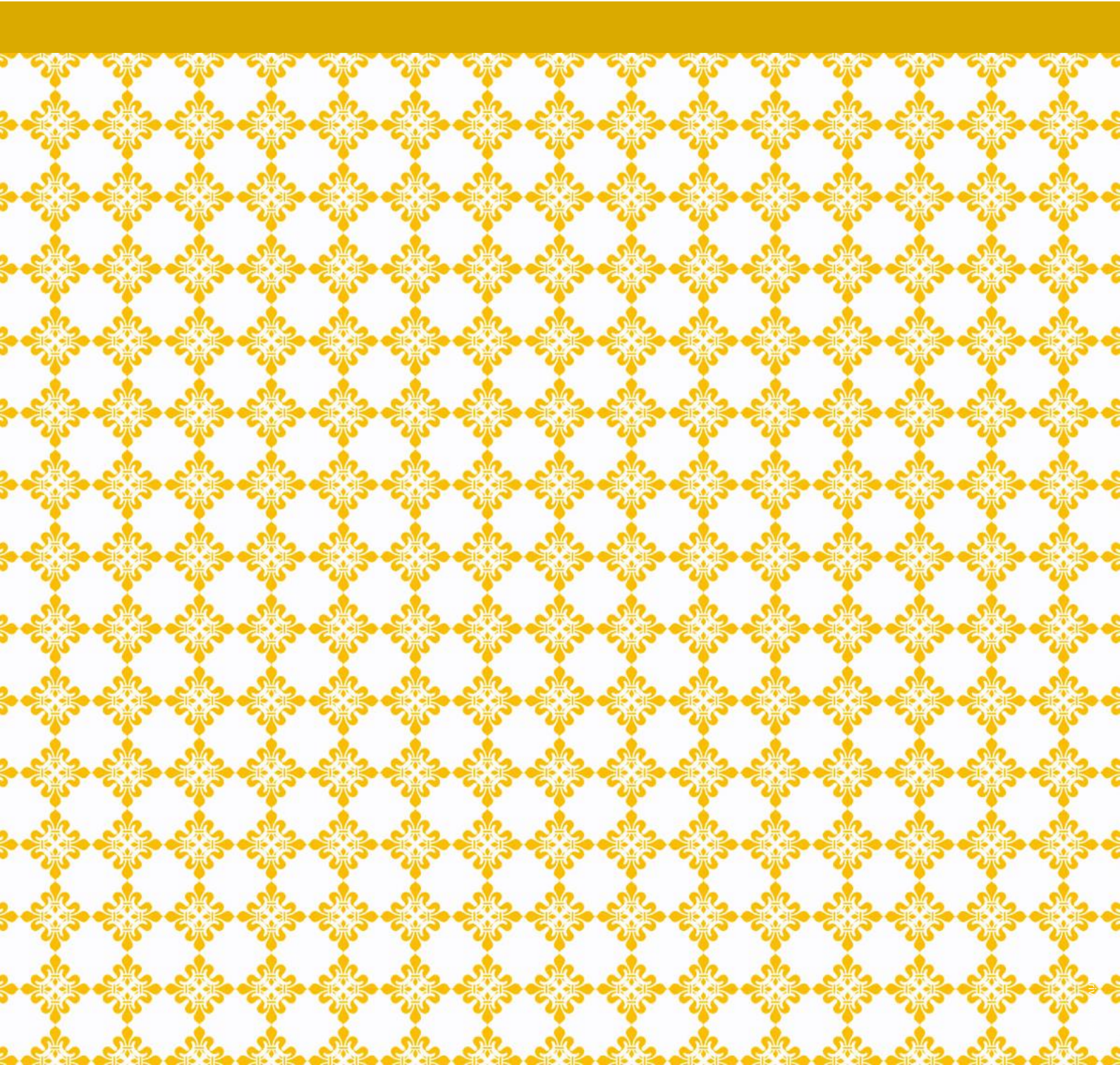
Socialförvaltningen har en riktlinje för hur ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet ska hanteras på förvaltningen. Riktlinjen ses över med jämna mellanrum och revideras vid behov.

Anna Ryding

Utvecklare

LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE

En beskrivning av hur socialförvaltningen i Enköping bedriver systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9



**ENKÖPINGS
KOMMUN**

Socialförvaltningen
Jonas Boman
0171-625111
jonas.boman@enkoping.se

SN2023/112

Dokumenttyp

Riktlinje

Ersätter

Beslutad av

Ledningsgrupp

Gäller för

Socialförvaltningen

Gäller f.om.

2019-09-25

Ansvarig funktion

Socialchef

Gäller t.om.

Tills vidare

Reviderad

2023-02-27 av Anna Ryding

Innehållsförteckning

1. Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet.....	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Kvalitetsbegreppet.....	2
1.3 Personalens medverkan	2
2. Grundläggande uppbyggnad.....	3
2.1 Processer och rutiner.....	3
2.2 Samverkan.....	3
3. Systematiskt förbättringsarbete	4
3.1 Riskanalyser	4
3.2 Egenkontroll	5
3.3 Utredning och avvikelser	6
3.3.1 Klagomål och synpunkter	6
3.3.2 Rapporteringsskyldighet.....	7
3.3.3 Sammanställning och analys.....	8
3.4 Förbättrande åtgärder	8
4. Dokumentation.....	9

1. Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet

Socialnämndens ledningssystem för kvalitet beskrivs i dessa Riktlinjer. Riktlinjerna är det styrande dokumentet för kvalitetsledningssystemet och skall säkerställa arbetsformerna för verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling.

Riktlinjen ska göra det möjligt att på ett överskådligt sätt få en helhetsbild över systemet.

1.1 Bakgrund

Socialtjänstlagen ställer krav på att verksamhetens insatser ska vara av god kvalitet, utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (SoL 3 kap 3§).

Enligt 3 kap 1-3§§ i SOSFS 2011:9 ansvarar den som bedriver socialtjänst för att det finns ett kvalitetsledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och i SOSFS 2011:9 beskrivs kraven för vad ett kvalitetsledningssystem ska omfatta. SOSFS 2011:9 består av både föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer).

Kvalitetsledningssystemet ska säkra att rätt saker genomförs på rätt sätt vid rätt tidpunkt och av rätt person/funktion. Det syftar till att förebygga skador, missförhållanden och avvikelser samt identifiera och åtgärda sådant som ändå inträffar.

Ett välfungerande kvalitetsledningssystem innebär att det finns en organisatorisk struktur med ett uttalat och tydligt ansvar, identifierade och dokumenterade processer och rutiner samt system för uppföljning och förbättringsarbete. Det fungerar som ett stöd för personal i det dagliga arbetet och motiverar till att utveckla verksamhetens kvalitet. Dokumentationen av hur Socialförvaltningen arbetar med kvalitetsaspekter medför också ökad insyn och öppenhet för förvaltningens arbete hos klienter, medborgare och andra.

2023-02-27

1.2 Kvalitetsbegreppet

Med kvalitet avses, enligt SOSFS 2011:9 2 kap 1§, att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Det kan gälla ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och respekt för självbestämmande och integritet (SoL 1:1 och 3:3). Detta ställer krav på god kännedom om gällande krav och mål och att en kartläggning av dessa genomförs fortlöpande.

1.3 Personalens medverkan

Av 14 kap 2§ SoL framgår att 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. En förutsättning för detta är att lämplig utbildning och kompetens finns hos personalen och den som bedriver socialtjänst behöver därför planera för personalförsörjning och kompetensutveckling. På socialförvaltningen finns en årsplanering med olika utbildningar som ett stöd i att säkerställa personalens kompetensutveckling.

Enligt SOSFS 2011:9 6 kap 1§ ska den som bedriver socialtjänst säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. För att möjliggöra ovanstående menar Socialstyrelsen att bland annat nedanstående aspekter är viktiga:

- Öppet klimat, uppmuntran att delta i kvalitetsarbetet genom t ex att rapportera avvikelser
- Tydlighet vart personal ska vända sig med rapporter, klagomål och synpunkter
- Bra och begripliga processer så att personalen kan följa dem

Ovanstående aspekter är något som socialförvaltningen i Enköping har arbetat aktivt med de senaste tre åren. Inriktningen för detta arbete är att öka medvetenheten hos personalen för det systematiska kvalitetsarbetet.

2023-02-27

2. Grundläggande uppbyggnad

2.1 Processer och rutiner

Enligt 4 kap 2-4 §§ i SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Samtliga verksamheter har definierade och fastställda huvudprocesser samt de rutiner som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Dessa finns både på förvaltningsövergripande nivå och för specifika verksamheter.

I fastställda rutiner framgår datum (inklusive datum för när eventuell revidering gjorts) samt namn på den som är ansvarig för dokumentet.

Huvuduppdrag, processer och rutiner publiceras på intranätet, Komin och finns tillgängliga för samtlig personal på förvaltningen.

Varje medarbetare ansvarar för att fastställda processer, rutiner, överenskommelser och avtal följs.

2.2 Samverkan

Enligt 4 kap 5-6 §§ i SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänst och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

2023-02-27

Framtagna processer och rutiner beskriver hur samverkan sker mellan verksamheter på socialförvaltningen. Där det behövs inkluderar dessa processer och rutiner även verksamheter utanför socialförvaltningen.

Samverkansöverenskommelser, samverkansavtal och liknande finns samlade och lätt tillgängliga på intranätet, Komin.

3. Systematiskt förbättringsarbete

3.1 Riskanalyser

Enligt 5 kap 1§ i SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalysen inkluderar uppskattning av sannolikheten för att händelsen inträffar och bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Samtlig personal kan framföra behov av en eventuell riskanalys. Riskanalys (matrisen) ingår i alla Lex Sarah utredningar och det är ledningsgruppen som bedömer om och hur riskanalys ska ske. De ansvarar för att riskanalys initieras, genomförs och dokumenteras.

Riskanalysen ska innehålla:

- bedömning av risk att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet
- uppskattning av sannolikheten för att händelsen inträffar
- Bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen
- Åtgärder

Resultat av analysen återkopplas till nämnd samt berörda verksamheter.

Ledningsgruppen ansvarar för att åtgärder genomförs utifrån riskanalysens/utredningens resultat.

2023-02-27

3.2 Egenkontroll

Enligt 5 kap 2§ i SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst utföra egenkontroll i syfte att granska att verksamheten uppnår ställda krav och mål. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera verksamheten samt kontrollera att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Egenkontrollen ska göras i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9) och kan t ex innefatta jämförelser av resultat, målgruppsundersökningar, granskning av journaler och undersökning av eventuella förhållningssätt mm hos personal som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll sker systematiskt och utförs i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. De är till för att se om verksamheten är begriplig för de vi är till för, om det vi gör medför någon skillnad för klienterna.

Avdelningschef är ytterst ansvarig för egenkontroll av sin avdelning. Denne beslutar vad som ska kontrolleras, hur och i vilken omfattning samt ansvarar för dokumentation av egenkontrollen.

Egenkontrollen ska svara på:

1. Om personal på avdelningen arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner
2. Om det framgår av processer och rutiner hur den interna samverkan ska bedrivas
3. Om det framgår av processer och rutiner hur den externa samverkan ska bedrivas
4. Om avdelningen uppfyller de krav som finns på verksamheten. Detta inbegriper fortlöpande kartläggning av gällande lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Utvalda områden behöver sedan följas upp utifrån dessa krav.

2023-02-27

5. Vilka åtgärder avdelningen vidtar utifrån ovanstående, för att säkra verksamhetens kvalitet samt förbättra de processer och rutiner som inte är ändamålsenliga. (Detta sker i kommunikation med ledningsgruppen och tillsammans med medarbetare för verksamheten.)
6. Vilka utvecklingsområden avdelningen vill prioritera för kommande år

Egenkontrollen sammanställs och rapporteras till nämnd och berörda verksamheter varje tertiäl (bortsett från punkt 4 och 6 som rapporteras i samband med årsbokslut).

3.3 Utredning och avvikelser

3.3.1 Klagomål och synpunkter

Enligt 5 kap 3§ i SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Klagomål och synpunkter kan framföras av t ex klienter, medarbetare, andra verksamheter. Utredningen ska leda till att den som bedriver verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten.

Klagomål innebär enligt kommunens definition framförandet av ett konkret missnöje i ett enskilt ärende, som kräver ett svar. Det kan exempelvis handla om bemötande, innehåll i tjänsten, bristande information, tillgänglighet eller handläggningstid.

Synpunkt innebär enligt kommunens definition framförandet av en åsikt med eventuella förslag på förbättringar.

Socialförvaltningens rutiner kring hantering av klagomål och avvikelser följer de riktlinjer som kommunen skapat kring klagomålshantering, vilka inkluderar både klagomål och synpunkter. Synpunkter och klagomål som rör socialförvaltningen ska tas emot och diarieföras. Eventuella åtgärder ska vidtas och personen som

2023-02-27

lämnat klagomålet/synpunkten ska, om hen önskar, få återkoppling på hur det synpunkten gällde har tagits om hand. För närmare beskrivning, se specifik rutin kring klagomålshantering (Rutin hantering av klagomål/synpunkter på Komin).

3.3.2 Rapporteringsskyldighet

Enligt Socialtjänstlagen 14 kap 3§ ska den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande ska, enligt 14 kap 6§ SoL, dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål.

I SOSFS 2011:9 5 kap 4,5§§ finns påminnelser om dessa lagreglerade skyldigheter.

Alla medarbetare ansvarar för att uppmärksamma avvikelser och rapportera dem i avvikelssystemet.

För närmare beskrivning av hur socialförvaltningen uppfyller sin rapporteringsskyldighet, se specifik rutin kring hantering av avvikelser och Lex Sarah (Rutin hantering av Lex Sarah på Komin).

Socialförvaltningen har även rutiner kring avvikelser som sker kring vård i samverkan. Rutinerna omfattar både då personal på socialförvaltningen uppmärksammar avvikelse och då rapport om avvikelse inkommer till socialförvaltningen (Se rutin för hantering av avvikelse kring samverkan i vård på Komin).

2023-02-27

3.3.3 Sammanställning och analys

Enligt SOSFS 2011:9 5 kap 6§ ska inkomna klagomål, synpunkter och rapporter sammanställas och analyseras för att på så sätt kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Sammanställning och analys på aggregerad nivå av samtliga klagomål/synpunkter och Lex Sarah sammanställs en gång om året i samband med bokslutet där ett avsnitt rörande kvalitet och utveckling ingår. Rapporter om antal Lex Sarah sammanställs också 2 ggr/år och rapporteras till socialnämnden.

Ledningsgruppen ansvarar för innehållet i bokslutet och analysen av Klagomål och Lex Sarah.

3.4 Förbättrande åtgärder

Enligt SOSFS 2011:9 5 kap 7,8§§ ska förbättrande åtgärder vidtas utifrån behov som framkommit genom riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser (synpunkter, klagomål och rapporter). Detta gäller både förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processer och rutiner i de fall dessa inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet.

Avdelningschef ansvarar för att förbättrande åtgärder sker utifrån de behov som framkommer vid riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser.

Socialchef ansvarar för förvaltningsövergripande åtgärder.

Vilka åtgärder som vidtas återkopplas till ledningsgrupp och berörda avdelningar/verksamheter. Om klagomål, synpunkter eller rapporter om avvikelser inkommit från annan vårdgivare/myndighet alternativt klient/medborgare så återkopplar avdelningschef även till denne. Åtgärder av betydelse (till exempel större organisationsförändringar) återkopplas till socialnämnden.

2023-02-27

4. Dokumentation

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska, enligt SOSFS 2011:9 7 kap 1§, dokumenteras. Kravet omfattar alla delar, vilket innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade och likaså det systematiska förbättringsarbetet.

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör den som bedriver socialtjänst med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en kvalitetsberättelse där det framgår

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Det bör gå att bedöma hur kvalitetsarbetet har bedrivits i olika delar av verksamheten. Dokumentationen bör tillgodose informationsbehovet hos externa intressenter. Dokumentationen bör vara tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Varje år upprättas en årsplan för nämnden, utifrån kommunens strategiska mål. Med den som utgångspunkt upprättas avdelningsplaner med aktiviteter specifikt för varje avdelnings kvalitetsutveckling. Uppföljning av aktiviteterna sker löpande under året.

Uppföljning av nämndens årsplan redovisas i årsredovisningen.

Utöver detta dokumenteras riskanalys, egenkontroll och klagomål, synpunkter och rapporter i enlighet med vad som beskrivits i avsnitt 3 - *Systematiskt förbättringsarbete*.

Vid årets början får nämnden ta del av bokslutet där även det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet som skett året innan finns beskrivet. Denna innehåller:

1. Sammanfattning och analys av klagomål, synpunkter och rapporter enligt Lex Sarah

2023-02-27

2. Sammanfattning av vilka åtgärder som vidtagits utifrån egenkontroller, riskanalyser, klagomål, synpunkter och rapporter.
3. Sammanfattning av vilka resultat har uppnåtts
4. Vilka utvecklingsområden vi ser för kommande år
5. En uppföljning av kvalitetsledningssystemet som helhet gällande
 - om kvalitetsledningssystemet uppfyller de krav som finns utifrån SOSFS 2011:9
 - om vi arbetar i enlighet med vårt kvalitetsledningssystem
 - vilka åtgärder vi behöver vidta utifrån uppföljningen.

2023-02-27

Sammanställning av dokumentation - vad, när, vem		
Vad	När	Vem
Processer, rutiner	Vid upprättande eller revidering	Avdelningschef
Nämndplan, verksamhetsplaner, avdelningsplaner	1 g/år	Nämnd, ledningsgrupp, team, medarbetare
Egenkontroll	Utförs i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet Sammanställs varje tertial (bortsett från punkt 4 och 6 som rapporteras i samband med årsbokslut).	Avdelningschef Teamledare, medarbetare
Riskanalys	Vid behov	Ledningsgrupp
Klagomål, synpunkter och rapporter enligt Lex Sarah, SoL 14 kap	Vid klagomål, synpunkter och avvikelser	Samtlig personal
	Sammanställning och analys på aggregerad nivå 2 ggr/år	Utvecklare och ledningsgrupp



www.enkoping.se