

Dokumentet gäller för

Socialnämnden och Äldrenämnden

Dokumentets syfte och mål

Säkerställa att medborgare inom socialnämnden och äldrenämndens ansvarsområden får stöd och insatser av god kvalitet.

Socialnämnden och äldrenämndens ledningssystem för god kvalitet

Den verksamhet som bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter inom socialnämnden och äldrenämndens områden ska vara av god kvalitet. Det innebär bland annat att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten och att verksamheten präglas av rättssäkerhet, god tillgänglighet, respektfullt bemötande, delaktighet samt att beviljade insatser bygger på bästa tillgängliga kunskap och utförs effektivt. Ledningssystem för kvalitet ska bidra till att kvalitetssäkra arbetet.

Bakgrund

Socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 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.

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter enligt SoL, LSS och HSL. Här inkluderas även verksamheter som bedrivs enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Ett ledningssystem är ledningens verktyg för att leda, planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Enligt föreskrifterna ska verksamheterna identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamheternas kvalitet. Detta ska i sin tur ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

Kvalitetsledningssystemet ska även ge ett underlag för effektiv resursanvändning och redovisningar till medborgare, politiker och medarbetare. Kvalitetsarbetet ska ha en tydlig struktur och genom allas delaktighet skapa en lärande organisation som ger förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Diarienummer	Fastställt/senast uppdaterad	Beslutsinstans	Ansvarigt politiskt organ	Ansvarig processägare
			Socialnämnden och Äldrenämnden	Social- och Äldredirektör Anne-Lie Söderlund

Utgångspunkter för kvalitetsarbetet

God kvalitet innebär att enheterna inom Socialnämnden och Äldrenämndens ansvarsområde ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten. Tjänsterna ska utgå från **Socialstyrelsen kvalitetskriterier:**

Självbestämmande och integritet: den enskilde ska vara *delaktig*, ha inflytande och ges möjlighet till egna val. *Barnperspektivet* ska beaktas utifrån att barnkonventionens principer om barnets bästa och barnets rätt att få uttrycka sina åsikter och få sin åsikt beaktad i förhållande till sin ålder och mognad, finns införda i socialtjänstlagen,

Helhetssyn och samordning: utgår från den enskildes samlade livssituation med samordnade insatserna som präglas av kontinuitet.

Trygghet och säkerhet: tjänsterna är *rättsäkra* enligt gällande regelverk och transparenta, vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom *förebyggande arbete*,

Kunskapsbaserad verksamhet: tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara,

Tillgänglighet: det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. *Information och kommunikation* är begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av *ömsesidighet och dialog*. Verksamheterna är *fysiskt tillgängliga*,

Effektivitet: resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.

Nacka kommuns övergripande mål och nämndernas fokusområden är också en utgångspunkt i kvalitetsarbetet likväl som antagna riktlinjer och kommunens vision och grundläggande värdering.

Ledningssystemets struktur

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning och innehåller:

- Identifierade ledningsprocesser, huvudprocesser och stödprocesser med tillhörande rutiner och annan stöddokumentation
- Hur arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra arbete ska gå till
- Hur kvalitetsarbetet ska dokumenteras
- Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet
- Kundens medverkan i kvalitetsarbetet
- Ansvarsfördelning för uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten
- Lagkravslista som tydliggör vilka lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Processer och rutiner

Processer beskrivs i SOSFS 2011:9 som ” en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat”. Socialnämnden och äldrenämnden ska säkerställa att ledningssystemet är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning. Det sker genom att enheterna ska:

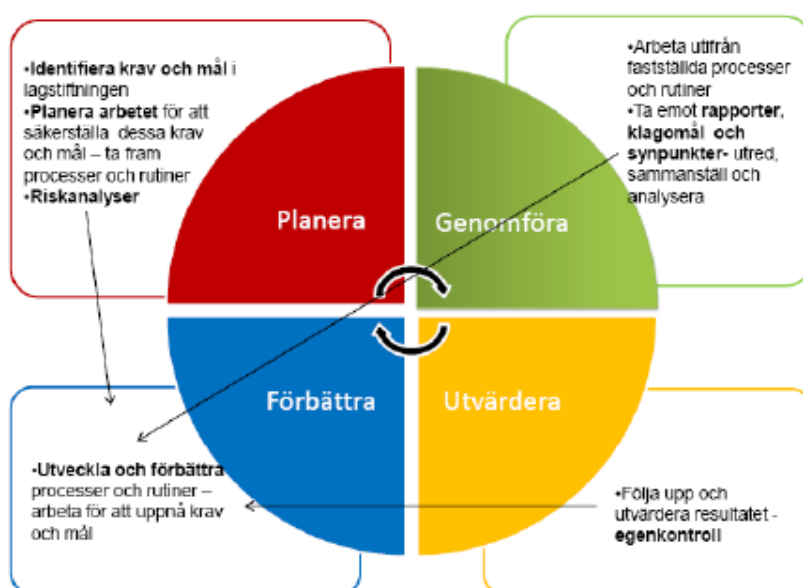
- identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet
- identifiera de aktiviteter som ingår i processen och bestämma dess inbördes ordning
- utarbeta och fastställa rutiner för varje aktivitet som behövs, för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat inom verksamheten.

Huvudprocesser utgår från den enskildes behov av stöd och avslutas med att behovet är tillgodosett. Lednings- och stödprocesser har till uppgift att leda, styra och stödja arbetet i huvudprocesserna.

Chefer på alla nivåer ansvarar för att ta fram och uppdatera de processer, aktiviteter och rutiner som ska ingå i ledningssystemet och som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas internt och externt.

Systematiskt förbättringsarbete

Ledningssystemet syftar till att fortlöpande och systematiskt bedriva ett förbättringsarbete. Det systematiska förbättringsarbetet kan delas in i olika faser; planera, genomföra, utvärdera och förbättra.



Planera

Lagstiftningens krav och mål ska identifieras. Processer och rutiner ska tas fram, befintliga processer och rutiner ska vid behov utvecklas och förbättras. Riskanalys ska genomföras utifrån identifierade risker. Egenkontroller planeras och eventuella förbättringsåtgärder planeras. Allt sammanställs i en **kvalitetsplan** som nämnden får ta del av som ett informationsärende i mars månad varje år.

Systematiska **riskanalyser** ska genomföras fortlöpande med utgångspunkt från verksamhetens huvudprocesser. Riskanalyserna ska bidra till ett framåtblickande och förebyggande arbete med syfte att identifiera risker för avvikelser och negativa händelser. I riskanalysen uppskattas sannolikheten för att en händelse ska inträffa liksom allvarlighetsgraden om händelsen inträffar. Riskanalyser ska även genomföras vid förändringar i verksamheten, exempelvis inför en omorganisation eller vid införande av nytt arbetssätt.

Egenkontroller avser en regelbunden, systematisk uppföljning av den egna verksamheten och en kontroll att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Det kan även beskrivas som att vi granskar hur vi arbetar och hur vi har arbetat särskilt i jämförelse med andra och över tid. Syftet är att få syn på direkta kvalitetsbrister, få kunskap om olika verksamheter och synliggöra förbättrings- och utvecklingsområden. Enheterna ska fastställa vilka egenkontroller och eventuella **förbättringsåtgärder** som ska genomföras. Planering av egenkontroller samordnas med framtagande av kvalitetsplan och internkontrollplan.

Genomföra

Arbetet genomförs i enlighet med beslutade processer och rutiner. Avvikelser såsom synpunkter och klagomål, interna avvikelser och lex Sarah rapporteras och åtgärder vidtas för att förbättra verksamheten löpande. Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål som anges i lagar, föreskrifter och beslut fattade med stöd av sådana samt övriga av socialnämnden fastställda krav och mål.

Inom ramen för ledningssystemet ska socialnämnden och äldrenämnden:

- Ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet
- Ha rutiner för rapporteringsskyldighet och skyldighet att utreda samt vid behov avhjälpa och undanröja missförhållanden
- Göra sammanställning och analys av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter.

Ledningssystemet ska innehålla rutiner för klagomåls- och synpunktshantering, rutiner för hantering av missförhållanden samt sammanställning och analys.

Avvikelser redovisas sedan i kvalitetberättelsen.

Utvärdera

Det systematiska kvalitetsarbetet följs upp och utvärderas genom resultatet av egenkontroller, kundundersökningar, öppna jämförelser, systematisk uppföljning av insatser, kvalitetsuppföljningar och målgruppsanalyser som sammanställs och analyseras. Likväl ska inkomna synpunkter, klagomål, interna avvikelser, lex Sarah

och lex Maria rapporteras och analyseras. Uppföljningen av kvalitet sammanställs i en **kvalitetsberättelse** som antas i nämnd i februari varje år

Förbättra

Kvalitetsberättelsen och utfall av indikatorer och mål utgör grunden i förbättringsarbetet. Fokus för allt förbättringsarbete är att det ska generera nytta för kunder. Förbättringsarbetet ska ske löpande under året, exempelvis utifrån analyser av inkomna synpunkter och klagomål, identifierade avvikelser, förändrade behov och nya målgrupper. Processer behöver således kontinuerligt ses över och förbättras.

Ansvarsfördelning och organisation

Ett välfungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att implementera, utveckla och vidta åtgärder inom verksamheten. Varje chef och medarbetare har ett ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete.

Ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet

- **Socialnämnden och Äldrenämnden** beslutar om fokusområden och indikatorer för verksamheten.
- **Social- och äldredirektören** har det yttersta ansvaret att sociala omsorgsprocessen fungerar effektivt och levererar god kvalitet.
- **Enhetschef** har det övergripande ansvaret för att enhetens kvalitetsledningssystem efterlevs och att det uppdateras löpande.
- **Gruppchef** ansvarar för att medarbetare görs delaktighet i kvalitetsarbetet. Gruppchef ska löpande bedöma om de finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.
- **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** ansvarar för att nämnden har ett system som säkrar en hög patientsäkerhet och en god och säker vård. MAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar där för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna.
- Alla **medarbetare** har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med ledningssystemet för kvalitet.

Kundernas delaktighet

I all handläggning ska fokus ligga på kundens delaktighet enligt SoL kap. 1 § 1 och kap. 2 § 7. Enskilda, kunder, närstående och intresseorganisationer ska på olika sätt ges möjlighet till att påverka arbetet med att förbättra tjänsternas kvalitet.

Former för delaktighet i uppföljning av kvalitet:

- Årliga kundundersökningar
- Synpunkter och klagomål
- Samverkan med Tillgänglighetsrådet och Seniorrådet
- Referensgrupper med kunder och intresseorganisationer vid planering och utveckling av insatser

Ansvarig: Enhetschef och gruppchef

Medarbetarnas delaktighet

Medarbetarnas engagemang och delaktighet är nödvändig för att uppnå god kvalitet inom socialtjänsten. Medarbetarna ska ges förutsättningar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet och processer och rutiner ska vara kända och enkla att hitta. Medarbetare ska medverka vid riskbedömning av processer och i arbetet med uppföljning av mål och resultat. Medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera synpunkter och klagomål, interna avvikelser och lex Sarah.

Former för medarbetarnas delaktighet

- Aktivt deltagande för att ta fram aktiviteter för att nå målen
- Aktivt deltagande för att riskbedöma de egna arbetssätten och komma med förbättringsförslag
- Avvikelsehantering
- Medarbetarsamtal
- Arbetsplatsmöten
- Facklig samverkan

Ansvarig: Medarbetare, gruppchef och enhetschef.

Dokumentation av kvalitetsarbetet

Åtgärder och resultat ska dokumenteras så att kvalitetsarbetet kan följas upp och analyseras. Att insatser dokumenteras och följs upp är centralt i arbetet med att systematiskt följa upp om insatsen leder till ett resultat som innebär förbättringar för den enskilde. Syftet är att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna.

Nämndernas fokusområden och indikatorer redovisas i *mål- och budgetärendet* och vid årets slut redogörs resultaten i *Årsredovisningen*. Dessa ärenden beslutas av respektive nämnd.

Verksamhetens processer ska årligen riskbedömas. Egenkontroller och förbättringsåtgärder ska planeras utifrån identifierade risker. Detta ska sedan sammanställas i en *kvalitetsplan*. Vid årets slut ska verksamhetens kvalitet sammanställas och analyseras i *kvalitetsberättelsen*. I kvalitetsberättelsen ska bland annat en sammanställning och analys av processerna, resultatet av genomförda egenkontroller och förbättringsåtgärder, kundundersökningar, systematisk uppföljning av insatser, avvikelser, öppna jämförelser och uppföljning av anordnare redovisas.

Ansvarig: Enhetschef