

Riktlinje för kvalitetsledningssystem

Antagen av: Vård- och omsorgsnämnden 2021-12-01, § 73, Dnr VON
2021/69
Dokumentkategori: Styrdokument
Dokumenttyp: Riktlinje

Innehållsförteckning

1. Inledning	2
1.1 Bakgrund	2
1.2 Syfte med ledningssystemet	2
1.3 Begrepp och förkortningar	3
2. Definition av kvalitet	3
3. Ledningssystemet som ett förbättringshjul	4
4. Ansvarig för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete	4
4.1 Nämnd	5
4.2 Produktionschef	5
4.3 Kvalitetschef	5
4.4 Enhetschef	5
4.5 MAS – Medicinskt ansvarig sjuksköterska	5
4.6 Medarbetare	6
4.7 Leverantörer och utförare	6
5. Ledningssystemets huvudpunkter	7
5.1 Processer och rutiner	7
5.2 Samverkan	8
5.3 Systematiskt förbättringsarbete – hantering av avvikelser	8
5.4 Riskanalys	9
5.5 Egenkontroll	9
5.6 Rapporteringsskyldighet	9
5.7 Personalens medverkan	10
5.8 Dokumentationsskyldighet	10
5.9 Personal och kompetensförsörjning	10
6. Referenser	11

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Socialtjänsten har en central del i välfärdssystemet. Det ställer stora krav på rättssäkerhet, likvärdighet och tillgänglighet. Socialtjänsten ska ha en god kvalitet både inom offentlig och privat driven verksamhet. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) trädde i kraft 1 januari 2012. Föreskrifterna och de allmänna råden gäller även enskilda utförare.

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).

Riktlinjer för ett ledningssystem ska tydliggöra VEM gör VAD och HUR.

1.2 Syfte med ledningssystemet

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.

Ett syfte med ledningssystemet är att tydliggöra och därmed få alla medarbetare inom förvaltningen delaktiga i det här arbetet. Det är ett arbete som är ständigt pågående.

Viktiga områden i det systematiska kvalitetsarbetet är:

- Kvalitetssäkring av sociala tjänster
- Samverkan
- Förbättringsarbete – riskanalys, egenkontroll, lex Sarah, lex Maria, synpunkter och klagomål
- Medarbetarnas medverkan i förbättringsarbetet
- Dokumentationsskyldighet

Ledningssystemet ska ses som ett medel för att uppnå målet med god kvalitet. Vi säkerställer att den enskilde får den hjälp och det stöd som hen har behov av och att denna hjälp och detta stöd håller god kvalitet. Som exempel på god kvalitet är att rättssäkerheten garanteras, att barnperspektivet beaktas och att insatserna utformas efter den enskildes behov samt att dessa så långt som möjligt sker i

samverkan med den enskilde och andra berörda.

Med hjälp av ledningssystemet kan vi få en ökad förståelse för förvaltningens uppdrag då vi tydliggör detta i våra processer och därmed tydliggöra VEM gör VAD och HUR.

1.3 Begrepp och förkortningar

Det finns en del förkortningar och begrepp i riktlinjen. Förkortningarna finns utskrivna i sin helhet nedan och begreppen förklaras kort.

SoL – Socialtjänstlag (2001:453)

LSS – Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

HSL – Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

SOSFS – Socialstyrelsens författningssamling

Lex Sarah - socialtjänsten ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra ett missförhållande för den enskilde. Detta är en del i socialtjänstens skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete.

Lex Maria - vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Detta är en del i vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Kvalitet – att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter.

Ledningssystem – ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.

Process – det som vi gör återkommande i det dagliga arbetet som består av en serie aktiviteter.

Rutin – en beskrivning av hur aktiviteten ska utföras. Rutiner ska vara praktiska och användbara.

Egenkontroll – är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Risikanalys – identifiera och bedöma händelser som skulle kunna inträffa och vara en risk.

Internkontroll – kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att se till att det finns en god intern kontroll. I detta ligger ett ansvar för att det upprättas en organisation kring intern kontroll samt se till att denna utvecklas utifrån kommunens behov av kontroll.

2. Definition av kvalitet

Vad är då kvalitet? Enligt SOSFS 2011:9 definieras kvalitet som att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska säkerställa att verksamheten uppfyller

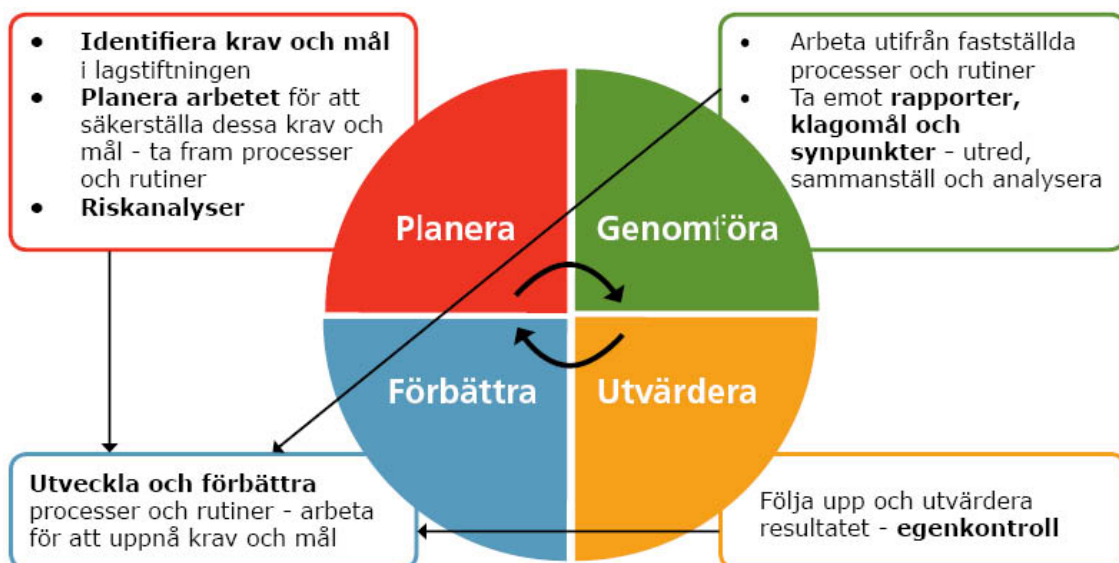
de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Socialstyrelsen säger också att god kvalitet i socialtjänsten bland annat innebär följande:

- Insatserna bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Insatserna utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- Insatserna är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Insatserna är tillgängliga och fördelade efter behov
- Myndigheten präglas av rättssäkerhet

3. Ledningssystemet som ett förbättringshjul

Nedanstående bild beskriver hur vi ska arbeta med systematiskt kvalitetsarbete



4. Ansvarig för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

För att ledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 ska vara väl fungerande krävs en tydlig ansvarsfördelning. Den som bedriver socialtjänst, verksamhet enligt LSS eller hälso- och sjukvård ska säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i

enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Ännu en gång VEM gör VAD och HUR. Nedan finns ansvarsfördelning för vård och omsorg i Trosa kommun.

4.1 Nämnd

Nämnden beslutar om ledningssystem för kvalitet, beslutar om mål och mätvärden för verksamheten och följer upp målen. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med.

4.2 Produktionschef

Produktionschefen har det yttersta ansvaret för att ett ledningssystem upprättas, planeras, genomförs och följs upp. Produktionschefen ansvarar för att leda och fördela förvaltningens kvalitetsarbete i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Produktionschefen har även det yttersta ansvaret för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.

4.3 Kvalitetschef

Kvalitetschefen ansvarar för att utarbeta och förvalta ett ledningssystem för kvalitet utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Kvalitetschefen ansvarar också för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamheten. Kvalitetschefen har också ansvar för utredning av lex Sarah samt att sammanställa Kvalitetsberättelsen för förvaltningen.

4.4 Enhetschef

I uppdraget som enhetschef ingår att ta fram verksamhetsnära mål och ansvara för att de är väl kända inom ansvarsområdet. Enhetschefen ska säkerställa att medarbetarna på enheten arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

4.5 MAS – Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har det övergripande ansvaret för att säkerställa att den kommunala hälso- och sjukvården är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet. MAS är processledare för förvaltningens kvalitetsarbete avseende hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta innebär ett ansvar för att utöva tillsyn, egenkontroll och uppföljning av verksamheternas HSL-arbete, utarbeta riktlinjer för

HSL, årligen dokumentera det systematiska patientsäkerhetsarbetet i förvaltningens patientsäkerhetsberättelse, på ett förvaltningsövergripande plan samordna patientsäkerhetsarbetet samt att ge enheterna stöd i det systematiska kvalitetsarbetet för HSL-delen.

I samverkan med enhetschefen med hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL 2017:30 ska MAS säkra att en god och säker hälso-och sjukvård bedrivs inom de enheter där kommunen har hälso-och sjukvårdsansvar.

4.6 Medarbetare

Det är i mötet mellan brukare och medarbetare som det verkliga kvalitetsarbetet äger rum och därför är medarbetaren den viktigaste länken i kvalitetskedjan.

Alla medarbetare ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att:

- Arbeta i enlighet med processer och rutiner
- Medverka i förvaltningens olika aktiviteter i kvalitetsarbetet
- Delta i och lämna uppgifter till egenkontroll, kvalitetsregister och dyl.
- Delta i uppföljning och analys av mål och resultat
- Rapportera avvikelser av olika slag
- Lämna uppgifter till rapporter och utredningar

Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänst eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Att medverka till god kvalitet innebär bland annat att vara uppmärksam och påtala sådant som kan medföra risk för att enskilda inte får god omvårdnad, gott stöd, god service och lever under trygga förhållanden. Stor vikt ska läggas på det förebyggande arbetet (riskanalyser). Att påtala och rätta uppkomna fel och brister och vara lyhörd för synpunkter och kvalitet. Verksamheten ska bedrivas så att eventuella försummelser, övergrepp och andra missförhållanden så långt som möjligt kan förebyggas och förhindras.

4.7 Leverantörer och utförare

Leverantörer och utförare enligt LOV (lag om valfrihet) och LOU (lag om offentlig upphandling) är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som innebär kvalitetsuppföljning, kvalitetsutveckling, att involvera medarbetare i kvalitetsarbete samt ge information om resultatet till sina medarbetare.

Leverantörer och utförare är också ansvariga för att informera nämnden om resultat av sin egenkontroll.

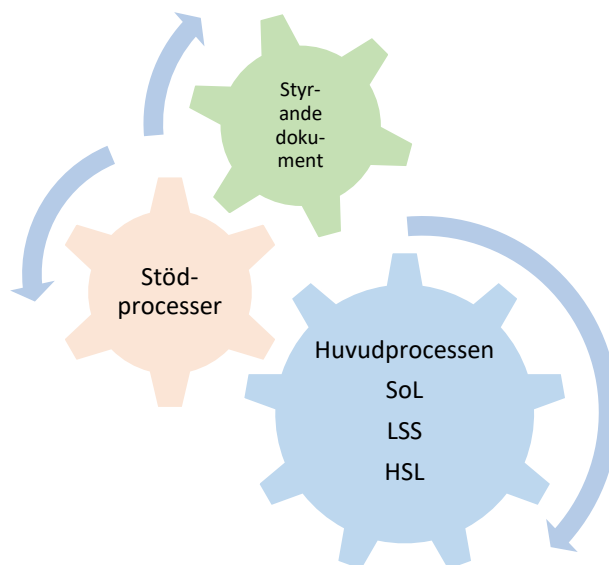
5. Ledningssystemets huvudpunkter

5.1 Processer och rutiner

Förvaltningen ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet samt i varje process identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

Ledningssystemet består av flera delar som tillsammans ger stöd i att styra och leda för god kvalitet i verksamheten. De olika delarna benämns:

- Styrande dokument
- Huvudprocess
- Stödprocess



Överst i ledningssystemet finns de styrande dokumenten, d.v.s. de styrdokument som är övergripande för verksamheten.

Styrande dokument

All verksamhet inom nämndens ansvarsområden utgår från huvudprocessen som är gemensam för de lagar som är styrande inom förvaltningens områden, dvs SoL, LSS och HSL:



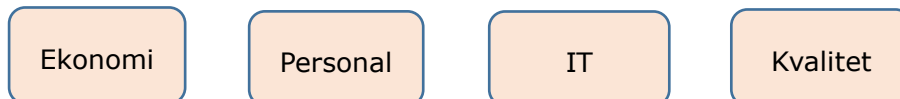
- Medborgarens behov av stöd
- Kontakt
- Identifiera behov
- Genomföra
- Uppföljning
- Medborgarens tillgodosedda behov

För varje aktivitet ska de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utarbetas och fastställas.

Genom att kartlägga en process och se hur aktiviteterna hänger ihop med varandra skapas en gemensam bild av hur vi jobbar, en processkarta. Det finns mycket att vinna genom att jobba med processkartläggning:

- Helhetssyn och överblickbarhet över verksamheten
- Identifiera flaskhalsar och onödiga arbetsmoment
- Synliggöra aktiviteter och samverkan mellan olika parter
- Ökad förståelse för varför förändring är nödvändig
- Bättre resursanvändande och högre effektivitet
- Högre kvalitet och färre fel
- Mer fokus på enskilda i behov av socialtjänst
- Mindre stress och ökad arbetsglädje

Till stöd för huvudprocessen och verksamheten finns identifierade stödprocesser:



5.2 Samverkan

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas internt, mellan förvaltningens olika enheter. Det ska även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och organisationer.

5.3 Systematiskt förbättringsarbete – hantering av avvikelser

En viktig förutsättning för att medverka till en god kvalitet är att det finns rutiner för att hantera iakttagelser som görs, fel och brister som upptäcks samt synpunkter och klagomål som tas emot.

Den information som förvaltningen får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter (utredningar om lex Sarah, lex Maria och tillsynsrapporter) ligger till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

5.4 Riskanalys

Med hjälp av en riskanalys bedöms sannolikheten för olika oönskade händelser och dess konsekvenser. Med det som underlag kan beslut tas och åtgärder vidtas för att minimera dessa risker.

När man identifierat sina risker uppskattar man sannolikheten för att de olika händelserna inträffar och varje risks negativa konsekvens som skulle bli konsekvensen av om en viss händelse inträffade.

De riskerna med högst värden för sannolikhet och negativ konsekvens skrivs in i nämndens internkontrollplan.

När nämnden har beslutat om internkontrollplanen kommer de prioriterade riskerna att vara en del i arbetet med egenkontrollerna. Det förbättringsarbete som egenkontrollerna bidrar till (för att minska risken för missförhållande eller helt undvika det) blir en viktig del i uppföljningen av de prioriterade riskerna i internkontrollplanen. Tillsammans är de delar av det systematiska kvalitetsarbetet.

5.5 Egenkontroll

Egenkontroll innebär att man granskar hur man arbetar och har arbetat, särskilt i jämförelse med andra och med sig själv över tid. Utifrån egenkontrollen ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Övergripande genomförs och sammanställs egenkontrollen av medarbetare i förvaltningens kvalitetsenhet.

För förvaltningens del genomförs egenkontroller av t.ex. rättssäkerheten i myndighetsutövningen med regelbundenhet varje år. Egenkontroller görs inom områdena delaktighet, kommunikering, skäliga utredningstider och social dokumentation.

Utöver detta görs jämförelser och analys av verksamhetens resultat i nationella kvalitetsregister, t.ex. Senior Alert och Svenska palliativregistret, resultat från Öppna jämförelser, årliga brukarundersökningar, jämförelser och analys av KKIK (kommunens kvalitet i korthet), uppföljning och analys av den årliga medarbetarundersökningen samt uppföljning av mål och nyckeltal på nämnd- och enhetsnivå mm.

5.6 Rapporteringsskyldighet

Det finns två lagstadgade skyldigheter att rapportera:

- Lex Sarah - Missförhållanden och risk för missförhållanden då någon lidit skada eller det finns en konkret och uppenbar risk att någons liv, säkerhet,

- psykiska eller fysiska hälsa kan skadas (SoL och LSS)
- Lex Maria - Vårdsador och risk för vårdsador (HSL)

5.7 Personalens medverkan

För att uppnå god kvalitet och säkerhet är medarbetarnas engagemang och delaktighet nödvändig. Enligt HSL, SoL och LSS är personalen skyldig att medverka till hög patientsäkerhet respektive god kvalitet.

Respektive chef ska säkerställa att deras personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

5.8 Dokumentationskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Dokumentationen kan utgöra underlag för nämndens årliga kvalitetsberättelse. Viktiga saker att dokumentera är exempelvis:

- Vilka processer och rutiner som styr kvaliteten i verksamheten
- Vilka rutiner som finns i verksamheten
- Uppföljning av lex Sarah/lex Maria statistik, avvikelserapportering
- Uppföljning av inkomna synpunkter och klagomål
- Resultat av granskning av socialdokumentation och annan dokumentation
- Uppföljning av verkställda beslut, väntetider och ställtider med mera

5.9 Personal och kompetensförsörjning

En väl fungerande personal- och kompetensförsörjning är den del i vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete. För att utföra uppgifter inom förvaltningens verksamhetsområden ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. De enskilda medarbetarnas kompetens och professionalitet är grundläggande i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten.

För att säkra kompetensen bland medarbetarna sker följande:

- Förvaltningen tar årligen fram en övergripande utbildningsplan för att säkerställa att personalen får tillgång till nödvändig kunskap och fortbildning.
- Varje medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan.
- Kommunens kompetensanalys för respektive befattning används vid rekrytering.

6. Referenser

HSLF-FS 2017:41, Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.
Hälso- och sjukvårdslag, 2017:30
Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:387
Patientsäkerhetslag, 2010:659
Socialtjänstlag, 2001:453
SOSFS 2011:5, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah
SOSFS 2011:9, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
Socialstyrelsen (2012), handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete