

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom stöd- och omsorgsavdelningen

Innehållsförteckning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom stöd- och omsorgsavdelningen.....	1
1. Inledning.....	3
1.1 Bakgrund.....	3
1.2 Definition av ledningssystemet	3
1.3 Bemötande.....	3
2. Ansvarsfördelning.....	4
2.1 Kommunstyrelsen	4
2.2 Socialchefen.....	4
2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.....	5
2.4 Enhetscheferna	5
2.5 Kvalitetssamordnare	5
2.6 Alla medarbetare.....	6
3. Definition av kvalitet.....	6
3.1 Kvalitetsarbetets olika faser:	6
4. Avvikelsehantering och rapporteringsskyldighet.....	7
5. Modell för styrning och ledning.....	8
6. Planering	9
6.1 Beskriv uppdrag	9
6.2 Sätta mål	9
6.3 Resursfördelning	9
6.4 Handlingsplan.....	9
7. Uppföljning och analys.....	9
7.1 Samla ihop information	10
7.2 Fokusera.....	10
7.3 Sök orsaker	10

7.4 Dra slutsatser och föreslå åtgärder.....	10
8. Åtgärder	10
8.1 Konsekvensbeskrivning.....	11
8.2 Prioritera.....	11
8.3 Beslut	11
9. Dokumentationsskyldighet.....	11

1. Inledning

Kommunstyrelsen i Ragunda kommun ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamhetsområdet stöd och omsorg. Verksamhetsområdet innefattar all stöd och omsorg som bedrivs för kommunmedborgare enligt Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) och inom verksamheten med de särskilda insatserna enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387) samt på den patientinriktade vården inom sådana verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30).

1.1 Bakgrund

Enligt Socialtjänstlagen 3 kap. 3 § ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 31 § ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns lagkrav på att LSS-verksamheten ska vara av god kvalitet. Utifrån dessa lagkrav har Socialstyrelsen utarbetat SOSFS 2011:9 ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” som gäller för socialtjänst, verksamhet enligt LSS och sjukvård.

1.2 Definition av ledningssystemet

Socialstyrelsen definierar ett ledningssystem som ”ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten”. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Systemet ska vara ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

1.3 Bemötande

Medarbetare ska respektera den enskildes värdighet och integritet. Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner så att den enskildes värdighet och integritet respekteras, att enskilda och anhöriga visas omtanke och respekt oavsett ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Enskilda personer och deras anhöriga ska ges möjlighet att vara delaktiga i frågor som rör insatser och vård om det inte finns hinder för detta enligt offentlighets- och sekretesslagen eller i patientsäkerhetslagen. I ett gott bemötande ingår även hur information om verksamheten och

insatserna/vården ges. Information ska även ges om att det finns rutiner för att ta tillvara förslag, synpunkter och klagomål.

2. Ansvarsfördelning

Arbetet med att säkra kvaliteten är ett åtagande som varje chef och medarbetare har ansvar för i sitt arbete.

2.1 Kommunstyrelsen

Ansvarar i enlighet med SOSFS 2011:9 (3 kap 1 §) för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Kommunstyrelsen har ett övergripande ansvar för att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Kommunstyrelsen ansvarar för att ledningssystemet består av de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Av 3 kap. 3 § kan ansvaret för att uppfylla kraven i SOSFS 2011:9 ej delegeras, men uppgifterna kan fördelas internt inom avdelningen. Ansvarsfördelningen anges i denna riktlinje. Det ansvar som fördelas till socialchef och enhetschef kan i särskild ordning fördelas på en mer detaljerad nivå.

2.2 Socialchefen

Ansvarar för att leda och fördela förvaltningens kvalitetsutvecklingsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt social- och arbetsmarknadsutskottets direktiv. Socialchefen har ansvar för att ta fram, fastställa och dokumentera de riktlinjer och rutiner som behövs för att det systematiska kvalitetsarbetet ska kunna bedrivas på ett effektivt sätt.

Socialchef ansvarar för att sammanställa, analysera och följa upp verksamhetens arbete med det systematiska kvalitetsarbetet. Socialchef ansvarar för att regelbundet informera kommunstyrelsen om hur arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet genomförs samt se till att kommunstyrelsen har den kunskap de behöver för att utöva sitt ansvar. Detta görs bland annat i den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

Socialchefen ska förmedla avdelningens resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt. Socialchefen är processägare till avdelningsövergripande processer och ansvarar för att vid behov revidera processer och rutiner.

2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Ansvarar för att säkerställa och följa upp kvaliteten och säkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. MAS är ansvarig för utredning av rapporter enligt Lex Maria. MAS ansvarar för tillsyn, egenkontroll och uppföljning av att verksamheten följer lagar och föreskrifter som gäller den kommunala hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för att arbetet med patientsäkerhet dokumenteras i anvisat system och sammanställas årligen i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. MAS rapporterar utvalda avvikelser kvartalsvis till kommunstyrelsen via Social- och arbetsmarknadsutskottet (SAU). MAS är processägare till hälso- och sjukvårdens övergripande processer, utifrån MAS ansvarsområde.

2.4 Enhetscheferna

Ansvarar för att bryta ner övergripande mål till enhetsnivå och att målen uppnås på bästa sätt. Enhetschefen ska leda enhetens kvalitetsarbete så som t.ex. avvikelse rapportering, synpunkts- och klagomålshantering, rapportering av misstanke om Lex Sarah, egenkontroller, riskanalyser m.m. och ansvarar för att det dokumenteras i anvisat IT-system. Enhetschefen ansvarar för att det finns fastställda och dokumenterade processer och rutiner för att enheten ska säkerställa kvaliteten i sin verksamhet samt att dessa efterlevs. Enhetschefen ska arbeta för att samverka, både internt och externt, för att uppnå bästa kvalitet för brukaren. Enhetschefen ansvarar för att informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet. Enhetschef är ansvarig för att se till att riktlinjer och rutiner är kända och följs. Enhetschefen är processägare till enhetens processer.

2.5 Kvalitetssamordnare

Ansvarar för att driva det systematiska kvalitetsarbetet genom att utvärdera och upprätta samt revidera rutiner och riktlinjer och förmedla dessa till enhetschefer samt sammanställa kvalitetsrapport för äldreomsorgen. Kvalitetssamordnaren ansvarar även för att besvara enkäter till myndigheter och kvalitetsindex i samverkan med berörda parter. Kvalitetssamordnaren tar emot rapportering av misstanke om Lex Sarah och ansvarar för att utreda och rapportera till IVO.

2.6 Alla medarbetare

Alla medarbetare ansvarar för sin enhets systematiska kvalitetsarbete genom att bidra till kvalitetsutvecklingen på enheten. Detta innebär dels att skapa förtroende och god kvalitet genom att visa engagemang, lyhördhet, positiv inställning och respekt i varje möte med brukare, närstående samt varandra och dels att aktivt delta i arbetet med att fastställa processer och rutiner och arbeta efter dessa. Medarbetarna ska tillämpa gällande rutiner och policys som finns och delta i uppföljning av mål och resultat.

Medarbetaren har också ansvar för att rapportera brister i kvaliteten (avvikelser så som klagomål/synpunkter, missförhållanden/risk för missförhållande eller risker i patientsäkerheten). Medarbetaren ska också aktivt delta i enhetens planering, genomförande, uppföljning och förbättring av verksamheten.

3. Definition av kvalitet

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Ett exempel på krav inom hälso- och sjukvården är att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, 2 a § HSL.

Ett exempel på krav inom socialtjänsten finns i 1 kap. 1 § SoL där det bland annat anges att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Ett exempel på krav för verksamhet enligt LSS finns i 6 § LSS där det bland annat anges att verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och att den enskilde i största möjliga utsträckning ska ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges.

3.1 Kvalitetsarbetets olika faser:

Kvalitetsmål – Genom att beskriva de egenskaper som kommunens verksamheter och tjänster ska ha så blir det tydligt för medborgarna VAD den aktuella tjänsten ska innehålla och VAD som kan förväntas.

Kvalitetsstyrning – Genom olika styrdokument regleras HUR de olika tjänsterna ska utföras och hur målen ska nås. Social- och arbetsmarknadsutskottet fattar beslut om policys och riktlinjer och verksamheten fattar beslut om rutiner, instruktioner etc.

Kvalitetskontroll innebär uppföljning av de sätt som anges i kvalitetsstyrning/rutiner och riktlinjer.

Kvalitetsutveckling innebär att kunskaperna från kvalitetskontrollen används för utveckling av de egenskaper som en verksamhet/funktion skall ha och för hur dessa egenskaper framställs.

4. Avvikelsehantering och rapporteringsskyldighet

Det finns en lagstadgad skyldighet att rapportera avvikelser i form av vårdskador och risk för vårdskador (Lex Maria) samt missförhållanden och risk för missförhållanden (Lex Sarah) där någon lidit skada eller det finns en konkret och uppenbar risk att någons liv, säkerhet, psykiska eller fysiska hälsa kan skadas (6 kap. 4 § PSL, 7 kap. 6 § SoL och 23 g § LSS).

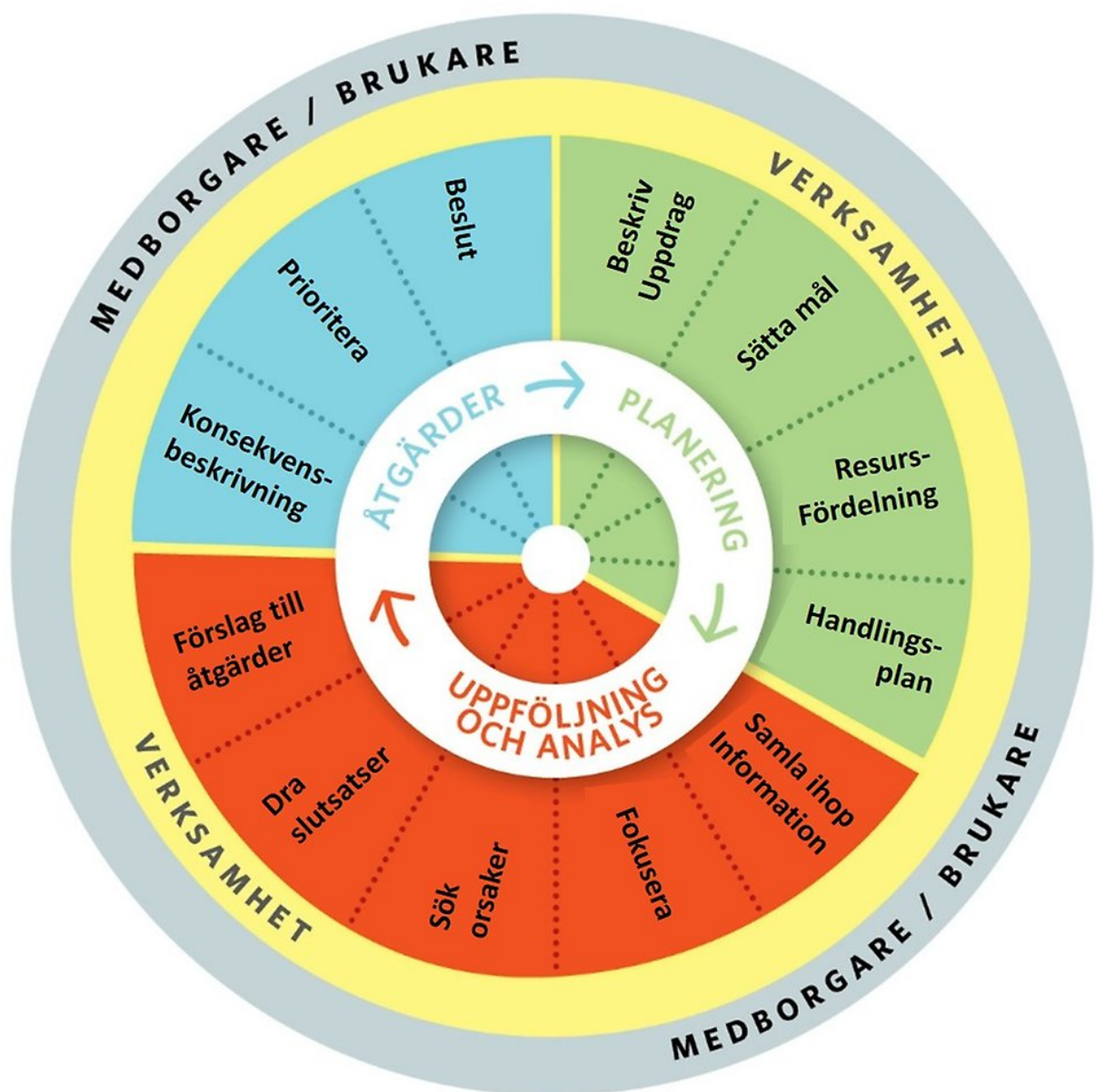
Kommunstyrelsen fastställer riktlinjer för Lex Sarah, Lex Maria och för avvikelsehantering. Utöver detta har socialchefen i uppdrag att ta fram lämpliga rutiner, utredningsmall etc. för verksamheten. Utifrån rapporterade vårdskador, risker för vårdskador, missförhållanden och risker för missförhållanden ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Interna klagomål och synpunkter rapporteras och dokumenteras i avsett IT-system. Avvikelser enligt lex Sarah rapporteras i avsett dokumentationssystem men utreds av kvalitetssamordnare enligt utredningsmall från SKR. Externa klagomål och synpunkter dokumenteras i diariet. Alla avvikelser ska utredas oavsett om det är personal, medborgare eller myndighet som lämnat in klagomålet (2011:9 SOSFS samt SoL). Avvikelsehanteringen är en viktig del i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och avdelningens systematiska förbättringsarbete.

Enhetschef ansvarar för att löpande ta emot avvikelser, klagomål och synpunkter från brukare, anhöriga, personal, medborgare och andra intressenter inom socialtjänst och LSS. Utifrån inkomna klagomål och synpunkter ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Utifrån enheternas systematiska arbete med avvikelser, klagomål och synpunkter ansvarar socialchefen för att årligen presentera en sammanställning för kommunstyrelsen kring inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter samt vidtagna åtgärder utifrån identifierade brister.

5. Modell för styrning och ledning

Stöd och omsorg använder SKR:s styrsystem styrsnurren för styrning och ledning. Syftet med systemet är att det utifrån ett helhetsperspektiv ska stödja verksamheten att på ett systematiskt sätt förbättra tjänsterna för medborgare och brukare och samtidigt hålla en god arbetsmiljö. Ett styr- och uppföljningssystem kan beskrivas utifrån tre olika delar: 1 – Planering, 2 – Uppföljning och analys, 3 – Åtgärder.



6. Planering

Det är de förtroendevaldas uppgift att på övergripande nivå formulera mål (kortsiktiga och långsiktiga) som anger vad som ska levereras i form av tjänster till medborgarna/ brukarna. De politiska målen måste vara uppföljningsbara genom mätbara resultatindikatorer som kan verifiera om målen uppnås. De förtroendevalda anslår även resurser till verksamheten som ska se till att målen uppnås. Utifrån mål och resultatindikatorer måste tjänstemannaorganisationen bestämma hur arbetet ska bedrivas. För att detta ska lyckas måste handlingsplaner tas fram, där det klart framgår vilka prestationer och aktiviteter som ska genomföras, samt vem som ansvarar för dessa.

6.1 Beskriv uppdrag

Ett första steg i planeringen är att beskriva uppdraget. Utgångspunkt för det kan vara en vision eller strategiskt övergripande dokument i kombination med nationell lagstiftning.

6.2 Sätta mål

Syftet med att sätta mål är att konkret fastställa vad som ska uppnås med verksamheten. Det handlar även om att skaffa kunskap om vad som kan förbättras. Viktigt att målen är mätbara om de ska ha en styrande effekt. De mål som sätts ska vara strategiskt viktiga eller fokusera på problemområden.

6.3 Resursfördelning

Resursfördelningen har en central roll i styrningen. Det är lagstiftningens krav, våra målgruppers behov och politiska mål och prioriteringar som ställs mot våra ekonomiska resurser.

6.4 Handlingsplan

En handlingsplan upprättas utifrån uppdragets omfattning men om uppdraget sträcker sig över en längre tid kan det vara lämpligt att det ingår i verksamhetsplanen. Handlingsplanen ska precisera **vem** som gör **vad**, **hur** och **när**. Det ska även framgå **varför** vi genomför uppdraget.

7. Uppföljning och analys

Syftet med uppföljning och analys är att utvärdera de arbete vi gör för att se graden av måluppfyllelse och skapa förutsättningar för att utveckla verksamheterna. Detta görs med hjälp av en analysgrupp bestående av representanter från Stöd- och omsorgsavdelningen. Analysgruppen utses av socialchefen och det är viktigt att representanterna har ett avdelningsövergripande perspektiv då deras uppgift är att brygga över mellan den övergripande styrning och de aktiviteter och prestationer i verksamheten som leder till faktiska verksamhetsresultat. Samspelet med socialchefen blir därför också viktigt.

Utvärderingen ska identifiera avvikelser i förhållande till uppsatta mål eller anslagna resurser och orsaker till detsamma. Utifrån de orsakssamband som hittas, kan slutsatser dras och förslag läggas kring vad som måste göras för att förbättra resultaten.

7.1 Samla ihop information

I detta steg samlas information utifrån redan framtagna resultatindikationer. De ställs sedan i relation till uppsatta mål och de resurser som nyttjats för att sedan sammanställas till halv- och helårsredovisningarna.

7.2 Fokusera

Presentationen av utfallet på resultatindikationerna görs så att avvikelser från uppsatta mål snabbt kan upptäckas. Fokus läggs sedan på analys av avvikelser. Avvikelser som kan vara negativa där olika insatser behöver prioriteras men som också kan vara positiva där det är värdefullt att identifiera och ta lärdom av det vi gjorde bra.

7.3 Sök orsaker

Här ska frågor såsom *Vad beror avvikelserna på?* och *Vad ska vi göra för att bli bättre?* besvaras. Det görs genom dialog med berörda verksamheter och kanske även brukare. Det kan också göras genom att jämföra sig med andra kommuner och ta del av aktuell forskning. Att spegla sig i de bästa identifierar ofta skillnader i arbetssätt som kan förklara varför verksamheterna inte lyckats uppnå de resultat som förväntats. Det går ofta att hitta både troliga orsaker till de avvikande resultaten och möjliga åtgärder för att förbättra dessa.

7.4 Dra slutsatser och föreslå åtgärder

Slutstegen i analyskedjan. Dessa steg är tätt sammankopplade med föregående steg. När analysgruppen identifierat en eller flera orsaker till avvikelser ska slutsatser dras utifrån dessa brister och sedan ska åtgärder föreslås. Olika orsakssamband sammanfattas i frågorna *Arbetar vi på fel sätt?* och *Kan det göras bättre?*.

8. Åtgärder

Det sista steget i styrsnurren. De slutsatser och förslag på åtgärder som presenteras bildar underlag till vilka beslut som måste tas för att verksamheten ska kunna åstadkomma förbättringar och utveckling. Besluten bygger dels på analysen, dels på prioritering utifrån politiska överväganden, på förutsättningar i organisationen och resurstillgångar etc. Aktiviteter och prestationer måste ha bäring på dessa mål och uppdrag. Det måste hela tiden pågå ett förbättringsarbete med kontinuerliga avstämningar, för att se om mål och uppdrag kommer att nås.

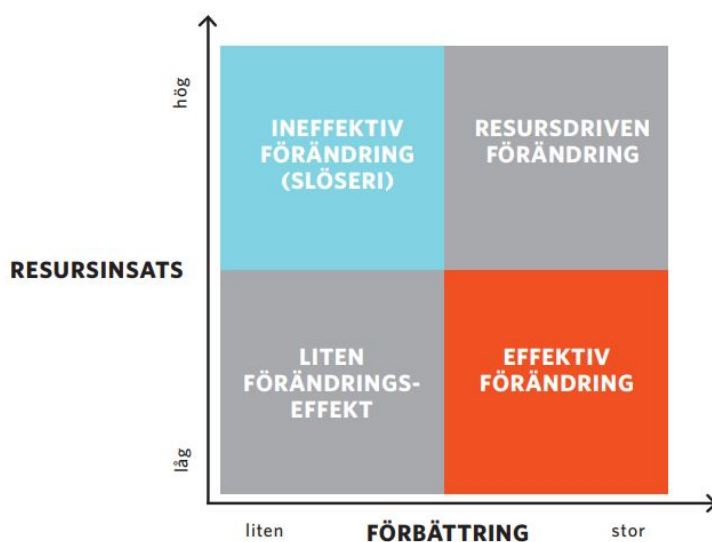
Medborgare och brukare kan göras delaktiga i de flesta stegen i styr- och uppföljningsmodellen.

8.1 Konsekvensbeskrivning

En konsekvensbeskrivning ska ganska varje förslag till åtgärd och analysera vilka konsekvenser som blir om förslaget genomförs. Här gäller det att göra ett scenario kring varje åtgärd.

8.2 Prioritera

Prioritering av åtgärdsförslagen görs med konsekvensbeskrivningen som utgångspunkt. Det görs genom att använda nedanstående prioriteringsmatris där resursinsats ställs mot förväntad effekt.



8.3 Beslut

Slutligen sammanställs ett beslutsunderlag till social- och arbetsmarknadsutskottet utifrån konsekvensbeskrivningen och prioriteringen av åtgärder. Efter beslut börjar vi om i planeringsprocessen.

9. Dokumentationsskyldighet

I enlighet med 7 kap. 1 § (SOSFS 2011:9) ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att:

- Fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade.

- Arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras.
- Förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till ska likaså dokumenteras.
- Uppföljning av personalens kompetensnivå ska ske årligen och därefter ska planering göras för att höja nivån där brister identifierats.

Detta sker i avsett IT-system.

Utöver detta ska all dokumentation kring hantering av klagomål och synpunkter samt rapporter enligt Lex Sarah och Lex Maria diarieföras i kommunens avsedda system.