

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Vård och omsorg och Individ- och familjeomsorg

Dokumenttyp	Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9
Fastställt/upprättad	2012-01-18 av Kommunstyrelsen § 8
Senast reviderad	-
Detta dokument gäller för	Vård och omsorg inkl. privata utförare och Individ- och familjeomsorgen
Giltighetstid	Tills vidare
Dokumentansvarig	Vård- och omsorgschef, IFO-chef
Dnr	2011-613





## Innehållsförteckning

Inledning .....	4
Vad är kvalitet? .....	4
Kvalitetsarbetets olika faser .....	5
Ansvarsfördelning.....	6
Kommunstyrelsen.....	6
Vård och omsorgschef respektive IFO-chef ansvarar för .....	6
Enhetschefen ansvarar för:.....	6
MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska .....	6
Medarbetare.....	7
LEDNINGSSYSTEMETS SEX HUVUDPUNKTER.....	8
1. Processer och aktiviteter .....	8
2. Rutiner .....	8
3. Samverkan - intern och extern .....	8
4. Systematiskt förbättringsarbete .....	9
<i>Risikanalys</i> .....	9
<i>Egenkontroll</i> .....	9
<i>Klagomål och synpunkter</i> .....	9
<i>Rapporteringsskyldighet</i> .....	9
5. Personalens medverkan .....	10
6. Dokumentationsskyldighet.....	10
Bilaga: Sammanställning av kvalitetsarbete på nationell/kommunal nivå .....	11

## Inledning

**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. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. *Lag (2009:596).*

**Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 31 §** ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. *Lag (1996:787).*

Även i 6 § **Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade** finns lagkrav på att LSS-verksamhet 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 hälso- och sjukvård.

Detta är kommunstyrelsens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Vård och Omsorg och Individ- och familjeomsorg. Utifrån detta har verksamheten till uppgift att arbeta systematiskt på varje enhet.

## Vad är kvalitet?

God kvalitet i Hjo kommuns individ- och familjeomsorg och omsorg om äldre och funktionshindrade innebär först och främst att tjänsterna svarar mot de lagar, förordningar och föreskrifter som gäller inom verksamheterna. Därutöver har kommunstyrelsen i Hjo kommun fastställt följande mål för kvalitetsarbetet inom Vård och Omsorg och Individ- och familjeomsorg:

*Insatser inom Vård och Omsorg samt Individ- och familjeomsorg ska utgå ifrån och bidra till att den enskilde klienten/brukaren både kan och vill styra sitt eget liv. Den enskilde ska känna sig trygg med de insatser som ges av personalen. Den enskilde klienten/brukaren ska inte riskera att orsakas skada eller att drabbas av missförhållanden. Kommunens arbete och insatser ska bygga på rättsäkra bedömningar och ett gott bemötande.*

Uppföljning av målet sker utifrån ett antal på förväg bestämda parametrar i de årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna (se avsnitt om Dokumentationskyldighet).

## Kvalitetsarbetets olika faser

Kvalitetsarbetet i Hjo kommun består av fyra faser:

**Kvalitetssäkring.** 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, det vill säga en slags utfästelse eller garanti. Ex: Kommunens kvalitetsmål (se föregående sida), värdighetsgarantier och tjänstegarantier.

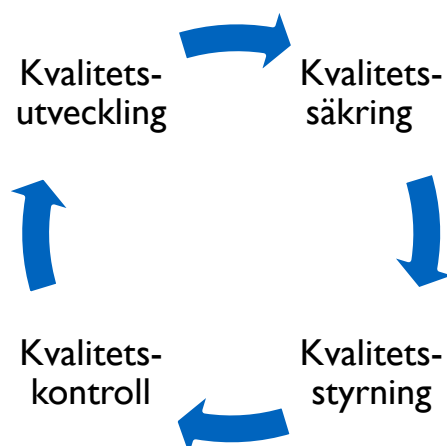
**Kvalitetsstyrning.** Genom olika styrdokument regleras HUR de olika tjänsterna ska utföras och hur målen ska nås. Kommunstyrelsen fattar beslut om policys och riktlinjer och verksamheten fattar beslut om rutiner, instruktioner etc.

Ex: Riktlinjer för Lex Sarah.

**Kvalitetskontroll** innebär uppföljning av de egenskaper som anges i kvalitetssäkringen och att de utförs på de sätt som anges i kvalitetsstyrning/rutiner och riktlinjer.

Ex: Internkontroll av social dokumentation.

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



## Ansvarsfördelning

Kvalitet är ett personligt åtagande, där varje chef och varje medarbetare ytterst har ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete. Ansvaret fördelar sig grovt enligt nedan:

### Kommunstyrelsen

Den nämnd som ansvarar för socialtjänsten och LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem. Kommunstyrelsen är också vårdgivare eftersom den bedriver hälso-och sjukvård.

Kommunstyrelsen ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna.

I Ledningssystemet anger kommunstyrelsen hur de övergripande uppgifterna i det systematiska kvalitetsarbetet är fördelade i verksamheten. Verksamhetschefen och enhetscheferna ansvarar därefter för att på en mer detaljerad nivå fördela arbetsuppgifterna i det systematiska kvalitetsarbetet.

### Vård och omsorgschef respektive IFO-chef ansvarar för

- att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd,
- inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera riktlinjer/rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten,
- uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten.
- bevaka verksamhetens totala resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt.
- 

I de fall verksamhetschefen även är enhetschef gäller även följande:

### Enhetschefen ansvarar för:

- att de övergripande kvalitetsmålen bryts ned på enhetsnivå och för att dessa nås.
- att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs på enheten i enlighet med upprättade styrdokument, lagar och föreskrifter.
- att leda kvalitetsarbetet på enheten.
- följa upp och vidareutveckla kvaliteten på enheten utifrån exempelvis avvikelserapportering, inkomna synpunkter, Lex Sarah anmälningar, tillsynsrapporter etc.
- bevaka enhetens resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt.
- Att se till att identifiera de processer och aktiviteter som verksamheten bygger på. Även identifiera i vilka processer det krävs samverkan, internt eller externt, för att kvaliteten ska bli bra.
- Ta fram rutiner för den egna verksamheten utöver de verksamhetsövergripande rutiner som finns.
- Informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet.

### MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ansvar 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 ansvarar för tillsyn, egenkontroll och uppföljning av att verksamheten följer lagar och föreskrifter som gäller den kommunala hälso- och sjukvården, främst:

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- SFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete"
- Rapporteringsskyldighet enligt Lex Maria SOSFS 2005:28.

MAS ansvar finns fastslaget i dokumentet "Uppdrag för medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS."

## Medarbetare

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

- arbeta efter gällande riktlinjer och rutiner
- bidra aktivt i kvalitetsutvecklingen på enheten,
- rapportera brister i kvaliteten och särskilt missförhållanden/risker för missförhållanden och risker i patientsäkerheten.
- delta i uppföljning och analys av mål och resultat.

# LEDNINGSSYSTEMETS SEX HUVUDPUNKTER

## I. Processer och aktiviteter

Närmast ansvarig chef för en enhet/verksamhet ska

- identifiera,
- beskriva och
- fastställa *processer* som behövs för att säkra kvalitén i verksamheten.

Därefter ska samma person fastställa vilka *aktiviteter* som ingår i processerna.

Varje chef ska ha en sammanställning av processerna och aktiviteterna inom det arbetsområde som denne ansvarar för.

Verksamhetschefen har motsvarande ansvar för verksamhetsövergripande processer.

## 2. Rutiner

För varje aktivitet som identifierats enligt ovan ska en rutin tas fram som beskriver hur aktiviteten utförs och hur ansvaret för utförandet är fördelat.

Närmast ansvarig chef ansvarar för att det finns rutiner för de aktiviteter som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten.

Närmast ansvarig chef ansvarar också för att ändra på processerna och rutinerna om någon form av avvikelse (klagomål, avvikelse, missförhållande, risk för vårdskador etc) visar att det finns brister i processerna eller rutinerna.

Varje chef ska ha en uppdaterad och lättillgänglig sammanställning av de rutiner som gäller i verksamheten. Verksamhetschefen har ansvar för att fastställa verksamhetsövergripande rutiner.

## 3. Samverkan - intern och extern

Närmast ansvarig chef ska identifiera i vilka processer det behövs samverkan för att kunna säkra kvaliteten eller förebygga vårdskador. I processer och rutiner ska det beskrivas hur samverkan ska ske.



## 4. Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet består av följande komponenter

### *Risikanalyser*

Det är närmast ansvarig chefs ansvar att för sin verksamhet analysera riskerna i verksamheten. Kan händelser inträffa som kan medföra brister i kvalitén? Vad är sannolikheten för detta? Vad blir konsekvenserna?

Utifrån riskanalyser ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Risikanalyser görs fortlöpande. Sammanställning av genomförda riskanalyser görs i samband med den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

Inför framtagandet av kommunstyrelsens årliga internkontrollplan ansvarar verksamhetschefen för att sammanställa de processer som han/hon bedömer som mest angelägna att lyfta in i internkontrollplanen.

### *Egenkontroll*

Egenkontroll innebär att man granskar hur man arbetar och har arbetat, särskilt i jämförelse med andra och med sig själv över tid. Närmast ansvarig chef ansvarar för att:

- jämföra sitt resultat med nationella/regionala kvalitetsregister,
- jämföra sitt resultat med öppna jämförelser,
- jämföra sitt eget resultat med egna tidigare resultat och andra verksamheters resultat,
- granska journaler, akter och annan dokumentation på sitt område,
- undersöka om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,

Utifrån egenkontrollen ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Verksamhetschefen ansvarar för egenkontrollen på ett övergripande plan genom att jämföra verksamhetens resultat med kvalitetsregister, övriga kommuners resultat och sina egna tidigare resultat. Utifrån enhetschefernas egenkontroll granskas dokumentationen på ett övergripande plan.

### *Klagomål och synpunkter*

Närmast ansvarig chef ansvarar för att löpande ta emot klagomål och synpunkter från brukare, anhöriga, personal, andra intressenter inom socialtjänst och LSS.

Utifrån inkomna klagomål och synpunkter ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Utifrån enheternas systematiska arbete med klagomål och synpunkter ansvarar verksamhetschefen för att årligen presentera en sammanställning för nämnden kring inkomna klagomål och synpunkter samt åtgärder vidtagna med anledning av brister som uppdagats i dessa.

### *Rapporteringskyldighet*

Det finns en lagstadgad skyldighet att rapportera

- vårdskador och risk för vårdskador (HSL)
- 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).

Kommunstyrelsen har riktlinjer för Lex Sarah, Lex Maria och för avvikelshantering. Utöver detta har verksamhetschefen i uppdrag att ta fram lämpliga rutiner, utredningsmall m.m. för verksamheten.

Utifrån rapporterade vårdskador, risker för vårdskador, missförhållanden och risker för missförhållanden ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

## 5. Personalens medverkan

Enligt HSL, SoL och LSS är personalen skyldig att medverka till hög patientsäkerhet respektive god kvalitet. Se ansvarsfördelning ovan.

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

## 6. Dokumentationsskyldighet

Det löpande kvalitetsarbetet ska dokumenteras av närmast ansvarig chef. Dokumentation utgör underlag för verksamhetens årliga kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Viktiga saker att dokumentera är exempelvis:

- Vilka processer och aktiviteter som styr kvaliteten i verksamheten,
- Vilka rutiner som finns i verksamheten,
- Uppföljning av Lex Sarah/Lex Maria statistik, avvikelserapportering,
- Uppföljning av personalens utbildningsnivå,
- Uppföljning av inkomna synpunkter och klagomål
- Resultat av brukarenkäter på området,
- Resultat av granskning av social dokumentation, HSL-dokumentation och annan dokumentation,
- Uppföljning av överklagningsärenden,
- Uppföljning av verkställda beslut; väntetider och ställtider m.m.,
- Uppföljning av biståndsansökningar som fått avslag samt orsak till avslag.

Utifrån dokumentationen ska verksamheten på en övergripande nivå årligen sammanställa en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Det är MAS ansvar att sammanställa patientsäkerhetsberättelsen och respektive verksamhetschefs ansvar att sammanställa kvalitetsberättelsen.

De årliga Patient- och kvalitetsberättelserna ska innehålla samma punkter som ovan och presenteras för kommunstyrelsen senast i mars nästkommande år.

## Bilaga: Sammanställning av kvalitetsarbete på nationell/kommunal nivå

Bilagan revideras av förvaltningen vid inaktualitet.

Nivå	Styrdokument	Uppföljning/utvärdering	Verksamhet
Nationell	Socialtjänstlag	Tillsyn av Socialstyrelsen Öppna Jämförelser Nationell statistik socialstyrelsen, SCB KKIK	VoO IFO
	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade	Tillsyn av Socialstyrelsen Nationell statistik socialstyrelsen, SCB Öppna Jämförelser KKIK	VoO
	Hälso- och sjukvårdslagen	Tillsyn av Socialstyrelsen Nationell statistik socialstyrelsen, SCB Nationella kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa register Systematiskt förbättringsarbete utifrån registrering i Nationella Kvalitetsregister	VoO
	Patientsäkerhetslag	Tillsyn av Socialstyrelsen Nationella kvalitetsregister Nationell statistik socialstyrelsen, SCB Senior Alert och Palliativa register	VoO
	Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)	Tillsyn av Socialstyrelsen Nationell statistik socialstyrelsen, SCB Öppna Jämförelser	IFO
	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall	Tillsyn av Socialstyrelsen Nationell statistik socialstyrelsen, SCB Öppna Jämförelser	IFO
	Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter, övriga vårdprogram, handböcker, nationella mål och riktlinjer		VoO IFO
	Nationell e-hälsa		VoO
	Övriga lagar: Kommunallag, Förvaltningslag om tillgänglighet och serviceskyldighet, m.m.	Revision	VoO IFO

Kommuna I nivå	Styrdokument	Uppföljning/Utvärdering	Verksamhet
(verksamhetsövergripande)	Tjänstegarantier	Brucarundersökningar Synpunktshantering	VoO
	Årlig budget och verksamhetsplan inkl mål för Vård och Omsorg samt Planeringsförutsättningar (PFÖ) inkl analys av hur behoven och demografin stämmer överens med tillgängliga insatser.	Handlingsplan för enheten Måluppföljning, bokslut Revision	VoO IFO
	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inkl mål för kvalitetsarbetet i Hjo kommun	Årlig Patientsäkerhetsberättelse och Kvalitetsberättelse (vars innehåll finns angett i ledningssystemet)	VoO IFO
	Program för Hjo kommuns äldreomsorg 2011-2020	Utvärdering vid varje mandatperiods slut. Uppföljning av demografisk underlaget i samband med årligt PFÖ-arbete.	VoO
	Riktlinjer för Social dokumentation	Gramskning av akter, journaler, social dokumentation. Intern kontroll. Hembesök/vårdplanering Avvikelsehantering	VoO
Policy för synpunktshantering	Publicering av inkomna synpunkter från allmänhet. Uppföljning av inkomna synpunkter samt åtgärder, enhetsvis och övergripande. Redovisas till KS vid årsbokslut.	VoO IFO	
Rutin för Lex Sarah	Uppföljning av inkomna rapporter, gjorda anmälningar samt vidtagna åtgärder.	VoO IFO	
Riktlinjer för Lex Maria	Uppföljning av inkomna rapporter, gjorda anmälningar samt vidtagna åtgärder.	VoO	
Riktlinjer för avvikelsehantering	Avvikelsehantering. Uppföljning enhetsvis och övergripande.	VoO	

Nivå	Styrdokument	Uppföljning/utvärdering	Verksamhet
	Riktlinjer för skydds- och begränsningsåtgärder	På enheten	VoO
	Riktlinjer för biståndshandläggning	Uppföljning av biståndsbeslut Uppföljning av utförda insatser tidsregistreringssystem Uppföljning av avslag, överklagningar	V o O
	Riktlinjer för handläggning och verkställighet enligt LSS	Uppföljning av beslut Uppföljning av utförda insatser	VoO
	Riktlinjer för anhörigstöd		VoO IFO
	Samordnad Vårdplanering SVPL		VoO
	Kommunstyrelsens internkontrollplan	Årlig risk- och väsentlighetsbedömning föregår planen. Genomförande av årliga internkontroller. Åtgärdsplan utifrån konstaterade brister i internkontrollen.	VoO IFO
	Övriga rutiner , instruktioner m.m -Grundläggande hygieniska riktlinjer -Rutin för egenkontroll livsmedel -Rutin för arbetskläder -Instruktion: när kontaktas HSL personal -Instruktioner för åtgärder i samband med dödsfall -Rutin vid influensatider.	På enheten	
Rutiner på enheten	Finns dokumenterat på varje enhet		