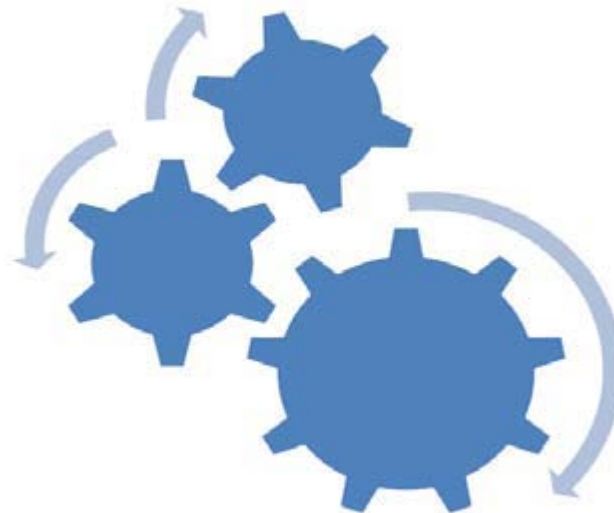




Vår handläggare  
Jan Nilsson

Antaget av vård- och omsorgsnämnden 2012-10-25, § 122

# Kvalitetsledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen





## Innehållsförteckning

Bakgrund.....	3
Vilka verksamheter omfattas .....	3
Vad är kvalitet.....	3
Ledningssystemets uppbyggnad .....	4
Ansvarsfördelning och organisation för kvalitetsarbetet .....	4
Processer och rutiner .....	6
Samverkan.....	6
Systematiskt förbättringsarbete.....	7
Ledningssystemet som ett förbättringshjul .....	9
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet .....	9
Dokumentationsskyldighet.....	9



## Bakgrund

Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförandet av uppgifterna skall det finnas personer med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.<sup>1</sup>

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd<sup>2</sup> hur det systematiska kvalitetsarbetet skall bedrivas. Utifrån dessa föreskrifter och allmänna råd har ett kvalitetsledningssystem utformats för vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet.

Syftet med ledningssystemet är att det skall användas för att planera, leda, kontrollera följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

## Vilka verksamheter omfattas

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter omfattas följande verksamheter:

- hälso- och sjukvård
- tandvård
- socialtjänst
- verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

## Vad är kvalitet

Kvalitet definieras som uppfyllelse av krav och mål enligt lagar och föreskrifter.

För respektive verksamhet skall klarläggas vad som är kvalitet.

Det görs genom en kartläggning av vilka krav och mål som finns i lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till vissa funktionshindrade och i beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

I det följande redovisas de utgångspunkter som finns för kvalitetsarbetet för vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter.

I socialtjänstlagens portalparagraf slås fast att socialtjänstens verksamhet skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Vidare sägs att socialtjänstens arbete och utformning av insatser alltid skall utgå från den enskildes behov och livssituation. Andra kvalitetsindikatorer i lagstiftningen är att insatserna

- utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- är tillgängliga och jämlikt fördelade
- är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen

Utöver krav och mål i författningar finns från kommunfullmäktige och i vår egen verksamhet resultatmål och åtaganden som skall ingå i ledningssystemet. Exempel på detta är:

<sup>1</sup> Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap. 3 §

<sup>2</sup> SOSFS 2011:9



- kommunens övergripande plan med budget
- nämndens övergripande plan med budget
- förvaltningens värdegrund
- förvaltningens jämställdhetsplan

Förvaltningen kommer att utforma riktlinjer som skall vara ett stöd för verksamheterna i deras kvalitetsarbete. Dessa riktlinjer kommer att ange hur resultatmål och åtaganden skall användas.

## Ledningssystemets uppbyggnad

Ledningssystemet skall anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Det skall bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhets kvaliteten.

Ledningssystemet för kvalitet innehåller en struktur för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Riktlinjer kommer att tas fram för vad, hur och när uppföljning och utvärdering skall göras. Ledningssystemet gäller både för intern och extern verksamhet.

Ledningssystemet är uppbyggt på följande sätt:

- Beskrivning av ansvarsfördelning och organisation för kvalitetsarbetet
- Processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet
- Processer och rutiner för att säkra samverkan
- Systematiskt förbättringsarbete
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet
- Dokumentationsskyldighet

## Ansvarsfördelning och organisation för kvalitetsarbetet

Det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Här ges en beskrivning av vem som ansvarar för vad inom kvalitetsarbetet:

### *Vård- och omsorgsnämnden*

- Nämnden fastställer resultatmål för verksamheten utifrån åtaganden i den övergripande kommunplanen.
- Nämnden beslutar om övergripande mål och strategier som skall gälla för verksamheten.
- Nämnden fastställer kvalitetsledningssystem



### *Förvaltningschef*

Förvaltningschefen har

- det yttersta ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- utse verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

### *Myndighets- och specialistchef*

- Myndighets- och specialistchef har det övergripande ansvaret för kvalitetskrav och systematisk uppföljning av både egen och extern verksamhet. Utifrån uppföljningen dokumenteras handlingsplaner som åläggs utförare som inte uppfyller uppsatta krav.
- Myndighets- och specialistchefen ansvarar även för myndighetsutövningen som utredning, beslut och beställning av individuella insatser som skall motsvara den enskildes behov av vård och stöd.

### *Utförarchef*

- Utförarchefen har ett samlat ledningsansvar så att verksamheterna bedriver en bra vård och omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet.
- Utförarchefen ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Utförarchefen skall varje år upprätta en övergripande verksamhetsplan, kvalitetsberättelse (enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt patientsäkerhetsberättelse enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

### *Områdes- och enhetschef*

- Områdeschefen har ansvar för att följa upp kvalitetsarbetet i sitt område samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet.
- Enhetschefen ansvarar för att bryta ned resultatmål till verksamhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetarna.
- Enhetschefen har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs.
- Enhetschefen skall fortlöpande bedöma om det 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*

- MAS ansvarar för att förvaltningen har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård.
- MAS ansvarar även för att det finns system för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna



- MAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

#### *Verksamhetschef enligt HSL*

- Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt att kontinuerligt samråda med MAS.
- Verksamhetschefen ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs.
- Verksamhetschefen skall löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.

#### *Medarbetare*

- Medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
- Medarbetare skall medverka i risk- och avvikelsehantering och, delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat.
- Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser och tillbud

#### **Processer och rutiner**

Vårdgivare och de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS skall

- identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet
- utarbeta och fastställa rutiner som beskriver hur och vem som ansvarar för de olika aktiviteterna som ingår i processerna

Förteckning med processer och rutiner kommer att infogas i förvaltningens riktlinjer för kvalitetsledning.

#### **Samverkan**

Samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS och för att förebygga vårdskador i hälso- och sjukvården.

Utifrån föreskrifternas krav skall det identifieras, beskrivas och fastställas de processer för samverkan som gäller i den egna verksamheten. Av processerna och rutinerna skall det också framgå hur samverkan möjliggörs med externa aktörer. Detta redovisas närmare i riktlinjerna.



## Systematiskt förbättringsarbete

Ett fortlöpande och systematiskt förbättringsarbete krävs för att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I riktlinjerna redovisas närmare hur det systematiska förbättringsarbetet skall ske.

Det systematiska förbättringsarbetet består av

- riskanalys
- egenkontroll
- utredning av rapporter, klagomål och synpunkter
- förbättrande åtgärder
- förbättring av processer och rutiner
- **registrering i kvalitetsregister**

### *Riskanalys*

En fortlöpande bedömning skall ske om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Detta skall ske genom att uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

### *Egenkontroll*

Vård- och omsorgsförvaltningen skall årligen genomföra

- riktade och fördjupade uppföljningar av ett antal verksamheter som antingen är av särskilt intresse eller där det förekommit allvarliga brister
- jämförande analyser av verksamheternas resultat

### *Utredning av rapporter och synpunkter*

Vård- och omsorgsförvaltningen skall säkerställa att synpunkter tas tillvara på ett snabbt och effektivt sätt för att åtgärda och förebygga brister i verksamheten.

Dokumentation och systematisering av synpunkter är ett viktigt underlag för förbättringsarbete och utveckling av verksamheten.

### *Från brukare, närstående, myndigheter och andra intressenter*

- För verksamheter i egen regi och extern regi används förvaltningens rutin för hantering av inkomna synpunkter och klagomål alternativt kommunens system på hemsidan för lämnande av synpunkter.
- Möjlighet att anmäla klagomål till Socialstyrelsen enligt patientsäkerhetslagen

### *Från personal i verksamheten*

- För verksamheten i egen regi används framtagna rutiner.
- För verksamheter i enskild regi används det system som verksamheten har angivit.



### *Rapporteringskyldighet*

#### *Lex Maria*

- Verksamheterna använder framtagen rutin.

#### *Lex Sarah*

- Verksamheterna använder framtagen rutin

### *Registrering i kvalitetsregister*

#### *Senior Alert*

- Verksamheterna använder framtagen rutin

#### *Palliativa registret*

- Sjuksköterskorna registrerar alla dödsfall.

#### *BPSD (beteendemässiga och psykiska problem vid demens)*

- Demensteamet ansvarar för registrering i BPSD.

### *Sammanställning och analys*

Inkomna rapporter och synpunkter skall sammanställas och analyseras för att vård- och omsorgsnämnden/vård- och omsorgsförvaltningen (vårdgivaren) skall kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

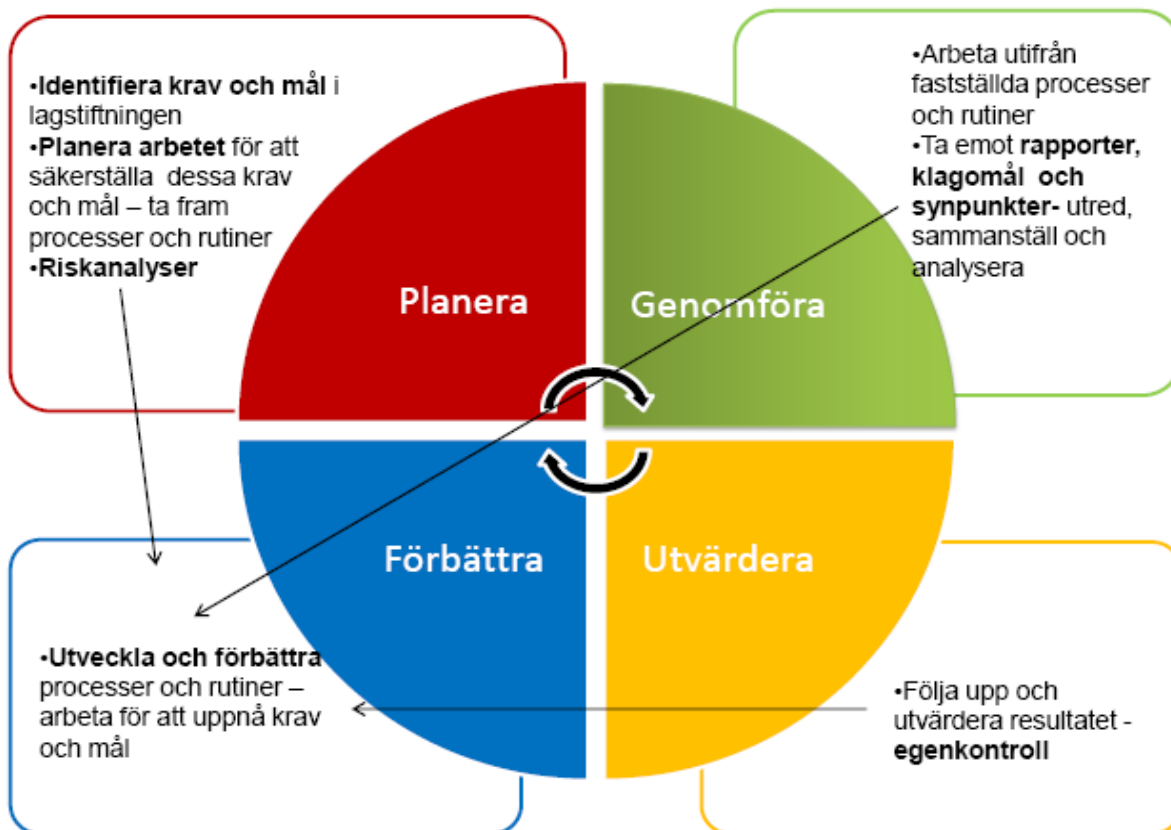
Vård- och omsorgsförvaltningen upprättar en årlig sammanställning och analys för hela verksamheten. Varje verksamhet gör även sin egen sammanställning och analys för att identifiera förbättrings- och utvecklingsområden i sin egen verksamhet.





## Ledningssystemet som ett förbättringshjul

Nedanstående bild är hämtad ur Socialstyrelsens föreskrifter och visar uppbyggnaden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet.



## Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Det finns ett lagreglerat krav på att personalen skall delta i verksamhetens kvalitetsarbete. Om god kvalitet och hög brukarsäkerhet skall uppnås är personalens engagemang och delaktighet en nödvändighet. I riktlinjerna beskrivs närmare personalens medverkan.

## Dokumentationsskyldighet

Dokumentationsskyldigheten omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

Åtgärder, resultat och hur kvalitetsarbetet har utvecklats skall dokumenteras, följas upp och analyseras både på förvaltningsnivå och på enhetsnivå.

En kvalitetsberättelse skall upprättas som bilaga till årsberättelsen.

En patientsäkerhetsberättelse ska upprättas en gång per år.