



Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialförvaltningen i Karlsborg

Dokumenttyp:	Riktlinjer
Diarienummer:	2018-104
Beslutande:	Socialnämnden 2018-06-05 § 77
Gäller fr.o.m.	2018-07-01
Gäller t.o.m.	Tillsvidare
Dokumentet gäller för:	Socialnämnden
Dokumentansvar:	Socialchef





BAKGRUND	3
SYFTE.....	3
KVALITETSBEGREPP.....	3
FÖRBÄTTRINGSHJUL.....	4
LEDNINGSSYSTEMETS GRUNDLÄGGANDE UPPBYGGNAD	4
<i>Processer</i>	4
<i>Styrdokument – riktlinjer, rutiner mm</i>	5
<i>Samverkan</i>	5
SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE	5
<i>Risakanalys</i>	5
<i>Egenkontroll</i>	5
<i>Utredning av avvikelser</i>	6
<i>Förbättrande åtgärder</i>	6
PERSONALENS MEDVERKAN	6
DOKUMENTATIONSSKYLDIGHET	6
ANSVARSFÖRDELNING	7
<i>Socialnämnden</i>	7
<i>Socialchef</i>	7
<i>Enhetschef</i>	7
<i>MAS</i>	7
<i>Medarbetare</i>	8



LA Ca



Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ställer krav på att det finns ett ledningssystem som säkerställer att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Författningen ska tillämpas på verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Föreskriften gäller all typ av verksamhet (tex myndighetsutövning och verkställande av beslut) och alla typer av insatser.

Syfte

Syftet med ledningssystemet är att det skall användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet säkerställer att rätt saker görs på rätt sätt och vid rätt tillfälle och skapar ordning så att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser kan förebyggas. Genom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete arbetar verksamheten utifrån ett systemperspektiv som skapar struktur för ledning och styrning där ett kontinuerligt förbättringsarbete bedrivs.

Med hjälp av ledningssystemet ökar förståelsen för socialtjänstens uppdrag då detta tydliggörs i våra processer. Ledningssystemet tydliggör att rätt ska göras vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet ska ses som ett medel för att uppnå målet om god kvalitet. Ledningssystemet ska säkerställa att den enskilde får den hjälp och stöd som finns behov av och att denna hjälp och stöd håller god kvalitet. Ledningssystemet ska underlätta att verksamheten bedrivs så kostnadseffektivt som möjligt och i linje med de beslutade mål och prioriteringar som finns. 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 samråd.

Kvalitetsbegrepp

God kvalitet kan definieras genom att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och andra styrande beslut om kvalitet. I samband med kvalitetsbegreppet inom socialtjänsten anges ofta begrepp så som respekt för människors självbestämmande och integritet. Insatserna som utförs ska alltid utgå ifrån den enskildes behov och livssituation. Insatserna ska utgå ifrån en helhetssyn, vara samordnade och präglas av kontinuitet. De ska vara kunskapsbaserade och effektivt utförda. Insatserna ska vara tillgängliga och fördelade efter behov. Myndighetsutövningen ska präglas av rättssäkerhet.

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 samråd.

Utöver de krav och mål som lagar och författningar anger finns mål och åtagande som socialnämnden i Karlsborg fastställt och ska därför beaktas i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialtjänsten i Karlsborgs kommun arbetar sedan 2007 utifrån en gemensam etisk värdegrund som utgår från ledorden respekt, bemötande och självbestämmande. Grundsyn är att varje enskild människa har ett eget ansvar och en egen vilja att själv hantera sin situation samt har någon förmåga att ta detta ansvar. I möten med den enskilda människan ska socialförvaltningen sträva efter att utveckla ett respektfullt och empatiskt förhållningssätt som skapar trygghet och tillit till såväl profession som organisation.

Den enskilde ska känna sig trygg med de insatser som ges av personalen och ska inte riskera att orsakas skada eller att drabbas av missförhållanden. Kommunens arbete och insatser ska

LA Ce



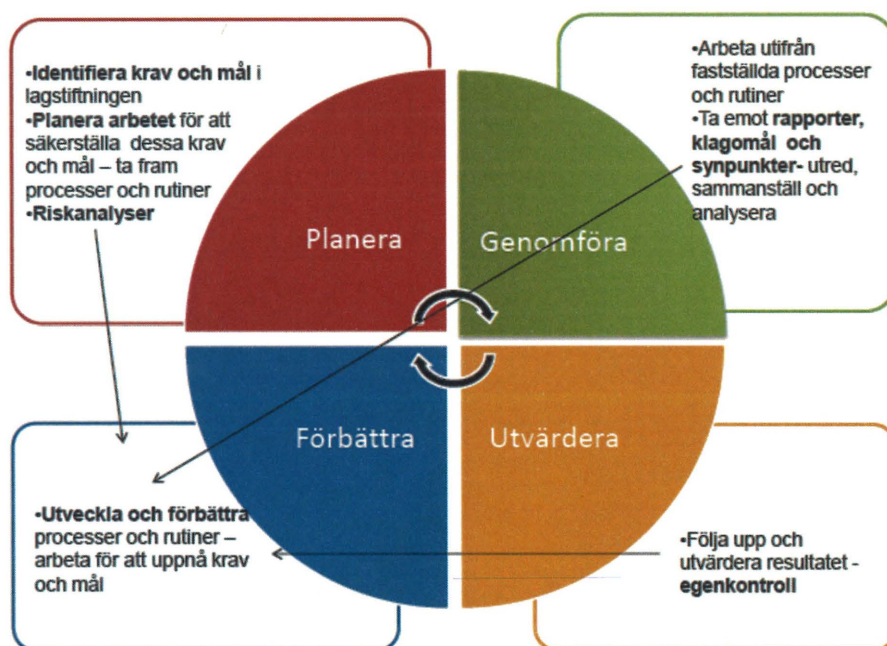
bygga på rättssäkra bedömningar och ett gott bemötande.

I socialnämndens styrkort finns mål för verksamheten utifrån perspektiven boende/besökare, ekonomi, medarbetare och samhällsutveckling. I styrkortet anges nämndens mål och vilka aktiviteter som förvaltningen ska genomföra för att uppnå målet. I styrkortet finns även ett styrkort för att mäta om målet är uppnått eller inte. Verksamheterna har egna styrkort enligt samma modell.

Förbättringshjul

Ledningssystemet kan ses som ett förbättringshjul där verksamheten beskrivs i fyra faser:

1. Planera
2. Genomföra
3. Utvärdera
4. Förbättra



Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Processer

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Aktiviteterna anger vad som ska göras och de ska utföras i en bestämd ordning. Verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra kvaliteten. Kartläggningen görs på olika nivåer beroende på verksamhetens omfattning och struktur. Varje enhetschef ska ha en sammanställning av de processer och aktiviteter som finns inom enheten. Socialchefen ska ha motsvarande sammanställning för förvaltningsövergripande processer. Processkartorna ska bidra till en gemensam bild av vad arbetet på enheten innehåller samt till effektivt och kvalitetssäkrat arbete. Processerna ska kopplas till ett av sju områden:

1. Ledning och administration
2. Tillgänglighet
3. Samverkan
4. Systematiskt förbättringsarbete





5. Offentlighet, sekretess och informationssäkerhet
6. Personal och kompetensförsörjning
7. Handläggning, verkställighet och öppen verksamhet

Styrdokument – riktlinjer, rutiner mm

En rutin är en beskrivning av ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret är fördelat. Varje aktivitet ska beskrivas så att det blir tydligt hur aktiviteten ska utföras, vem som ska utföra den och när den ska utföras. Rutiner ska tas fram så verksamhetsnära som möjligt och ska fastställas av enhetschef. Även andra styrande dokument (manualer, checklistor, anvisningar mm) kan finnas. Riktlinjer ska fastställas av socialnämnd. Styrdokumenterna ska finnas tillgängliga på intranätet och i IT-systemet för kvalitetsarbete. Originaldokumentet ska ej sparas på enskild dator, utan skickas till förvaltningssekreterare för diarieföring. Den dokumentansvarige ser till att styrdokumenterna uppdateras vid behov, se Karlsborgs kommuns "Riktlinje för styrdokument".

Samverkan

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

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt krävs ett fortlöpande och systematiskt förbättringsarbete. I detta förbättringsarbete ingår riskanalyser och egenkontroller. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras. En avvikelse uppstår när en verksamhet inte når upp till krav och mål. Identifierade avvikelser ska åtgärdas, men även processer och rutiner ska ses över så att avvikelsen inte händer igen. Detta bidrar till systematiskt förbättringsarbete och fortlöpande säkring av kvaliteten.

Risakanalys

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Arbetet med riskanalyser är framåtblickande och förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Riskanalysen ska bedöma sannolikheten för att en händelse ska inträffa samt en bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följd av händelsen. Riskanalyserna ska genomföras fortlöpande. Åtgärder ska beslutas om och genomföras i verksamheten. Särskild rutin för hur arbetet med riskanalys finns fastställt. Arbetet med riskanalyserna ska dokumenteras avsett IT-system.

Egenkontroll

Egenkontroll (även ibland kallad internkontroll) är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen kan göras genom att:

- Jämföra verksamhetens resultat via kvalitetsregister och öppna jämförelser.
- Jämföra egna resultat kan jämföras från år till år.
- Genomföra brukarundersökningar eller andra målgruppsundersökningar för att kontrollera verksamhetens resultat.
- Granskning av journaler mm med hjälp av stickprov
- Undersöka om det finns förhållningssätt eller attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- Analys från utlåtanden och granskningar från tex patientnämnden, IVO och revisorer.

LA Ca





Egenkontroll ska göras i den frekvens och omfattning som krävs för att säkra kvaliteten. Faktorer som påverkar omfattningen kan tex vara verksamhetens inriktning, om verksamheten styrs av komplicerad lagstiftning eller om verksamheten bedöms som extra riskfylld, om förändringar genomförts eller om nya arbetssätt införts. Karlsborgs kommun har en gemensamt framtagen internkontrollplan där socialnämnden har möjlighet att årligen besluta om extra kontrollpunkter. Utöver detta ska varje enhet ha en egenkontrollplan registrerad i avsett IT-system. Arbetet med egenkontroller ska ske enligt denna plan och dokumenteras i avsett IT-system.

Utredning av avvikelser

En avvikelse uppstår när en verksamhet inte når upp till krav och mål. En avvikelse kan tex vara ett klagomål eller en synpunkt. De klagomål och synpunkter som inkommer ska utredas av enhetschef och/eller socialchef. Utredningen ska leda till att den som bedriver verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten (dvs kvalitetsbrist) eller inte. Särskild rutin för hur hantering av klagomål och synpunkter ska gå till finns framtagen. Klagomål och synpunkter ska årligen sammanställas och presenteras för socialnämnden.

För att fånga upp ytterligare avvikelser finns det en lagstadgad skyldighet för all personal att rapportera om vårdskador och risk för vårdskador (HSL) eller missförhållanden och risk för missförhållanden då (SoL och LSS). Riktlinjer för hur rapporteringsskyldigheten ska fullgöras finns framtagna (Lex Sarah och Lex Maria). Inkomna rapporter ska årligen sammanställas och presenteras för socialnämnden.

Utifrån rapporterade avvikelser ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Förbättrande åtgärder

Genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser får verksamheten kännedom om när krav och mål för kvaliteten ej uppfylls. Åtgärder ska beslutas och genomföras i verksamheten för att säkra kvaliteten. Om det systematiska kvalitetsarbetet visar att processer och rutiner inte är ändamålsenliga, ska dessa förändras så att kvaliteten säkras. På så vis blir verksamheten en lärande organisation och framtida avvikelser kan förhindras.

Personalens medverkan

För att uppnå en 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.

Dokumentationskyldighet

Arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet ska löpande dokumenteras. Det innebär att:

- Processer ska vara kartlagda.
- Styrande dokument (som beskriver processernas aktiviteter) ska finnas tillgängliga.
- Plan för riskanalys och egenkontroll ska dokumenteras
- Genomförandet av riskanalyser och egenkontroller ska dokumenteras
- Beslutade åtgärder ska dokumenteras och följas upp.

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.

LA Ce





Ansvarsfördelning

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

Socialnämnden

I SOSFS 2011:9 (3 kap 1 §) framgår att det alltid är vårdgivarens eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Socialnämnden ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning. Ledningssystemet ska hjälpa nämnden i sitt arbete med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Socialnämnden 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 kan ej delegeras, men uppgifterna kan fördelas internt i förvaltningen. Ansvarsfördelningen anges i denna riktlinje. Det ansvar som fördelas till socialchef och enhetschef kan i särskild ordning (tex via uppdragsbeskrivningen) fördelas på en mer detaljerad nivå.

Socialchef

Socialchefen ansvarar för att leda och fördela förvaltningens kvalitetsutvecklingsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt socialnämndens 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 socialnämnden om hur arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet genomförs samt se till att socialnämnden har den kunskap de behöver för att utöva sitt ansvar. Detta görs bland annat i den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Även en sammanställning och analys av klagomål och synpunkter samt årets Lex Sarah-rapporter sker årligen i samband med bokslut. Socialchef är enligt riktlinjen för Lex Sarah ansvarig att vara sammanhållande för utredning av Lex Sarah-rapporter och ansvarar för att informera socialnämnden. Socialchefen ska förmedla förvaltningens resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt. Socialchefen är processägare till förvaltningsövergripande processer.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att bryta ner övergripande mål till enhetsnivå och att målen uppnås på bästa sätt. Enhetschefen ska leda enhetens kvalitetsarbete så som tex avvikelserapportering, synpunkts- och klagomålshantering, rapportering av Lex Sarah, egenkontroller, riskanalyser mm. 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. Enhetschefen ansvarar för att riskanalyser, egenkontroller, avvikelserapportering, synpunkts- och klagomålshantering, rapportering av Lex Sarah och förbättrande åtgärder genomförs och dokumenteras i anvisat IT-system. Enhetschef är ansvarig för att se till att riktlinjer och rutiner är kända och följs. Enhetschefen är processägare till enhetens processer.

MAS

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 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

LA Ca





med patientsäkerhet dokumenteras i anvisat system och sammanställas årligen i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. MAS rapporterar utvalda avvikelser kvartalsvis till nämnden. MAS är processägare till hälso- och sjukvårdens övergripande processer, utifrån MAS ansvarsområde.

Medarbetare

Alla medarbetare ansvarar för sin enhets systematiska kvalitetsarbete genom att bidra till kvalitetsutvecklingen på enheten. Detta innebär att aktivt delta i arbetet med att fastställa processer och rutiner och arbeta efter dessa. Medarbetaren har också ansvar för att rapportera brister i kvaliteten (avvikelse 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.

LA Ca

