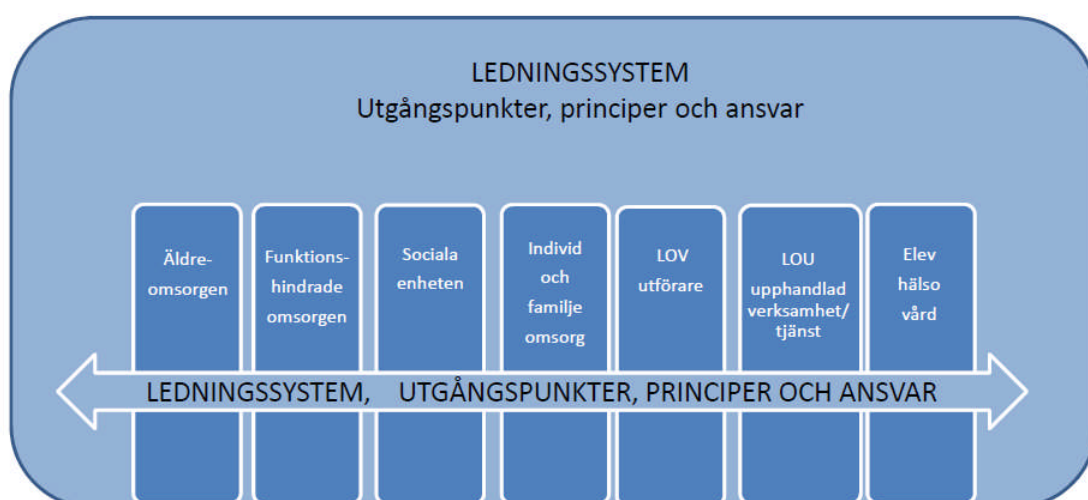


Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Utgångspunkter, principer och ansvar



Innehållsförteckning

Syfte och mål	3
Syfte	3
Kommunens övergripande mål	3
Kvalitet	3
Grund för kvalitetsarbete.....	3
Definitioner av kvalitet.....	3
Våra gemensamma värderingar – från vision till värdeord	4
Vad är god kvalitet?	4
Medborgarnas delaktighet	4
Medarbetarnas delaktighet	4
Process	5
Vad är en process?.....	5
Vad kännetecknar en process?	5
Att kvalitetssäkra verksamheten.....	5
Förbättringsprocess	6
Strategi	7
Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet	9
Krav på Socialtjänsten.....	9
Krav på hälso- och sjukvård	9
Ansvar och organisation	9
Ledningssystem	12
Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	12
Processer och rutiner	13
Samverkan	14
Systematiskt förbättringsarbete	15
Klagomål och synpunkter.....	16
Rapporteringskyldighet.....	17
Sammanställning och analys	17
Förbättrande åtgärder i verksamheten	18

Syfte och mål

Syfte

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska säkerställa att en god kvalitet i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården uppnås och vidareutvecklas, i detta avseende ingår även verksamheter som är upphandlade enligt LOU eller LOV.

Ledningssystemet ska ha en tydlig struktur, vara dokumenterat, välkänt och finnas tillgängligt.

Kommunens övergripande mål

Perspektiv	Övergripande mål
Medarbetarfokus:	Öka engagemanget
Kundfokus:	Förstärk den positiva bilden av kommunen
Processfokus:	Utveckla effektivare arbetssätt
Ekonomifokus:	Öka det ekonomiska ansvarstagandet

Kvalitet

Grund för kvalitetsarbete

- Tierps kommuns vision
- Värdeord
- Kommunens övergripande mål
- Policydokument
- Uppdrag och mål enligt verksamhetsplan
- Gällande lagar och föreskrifter

Definitioner av kvalitet

I en tjänsteproducerande verksamhet skapas till stor del kvalitet i möten och dialog mellan människor. Därför är kommunens gemensamma värdegrund viktig. Värdegrunden formuleras både i den lagstiftning som reglerar verksamheten inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område samt i kommunens gemensamma värderingar – från vision till värdeord. En allmän definition av begreppet är: *Kvalitet är att tillfredsställa uttalade och outtalade behov och att infria förväntningar hos människor.*

Kvalitet definieras i 2 kap 1 § SOSFS 2011:9 på följande sätt

”att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso-sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”.

Ovanstående definition av kvalitet är grunden för hur ledningssystemet ska vara uppbyggt och hur det ska användas.

Våra gemensamma värderingar – från vision till värdeord

Värdeord	Förhållningssätt	Arbetssätt
Respekt	Behandla andra som du själv vill bli behandlad.	För en dialog, ge varandra plats och delta aktivt. Passa tider och håll överenskommelser.
Ansvar	Var lojal, stå för fattade beslut och ta ansvar för helheten.	Initiera frågor, delge dina erfarenheter och prioritera tillsammans.
Framtidstro	Lär av det förgångna men blicka framåt.	Utvärdera arbetet, fastna inte i nuet och planera framåt.
Kundfokus	Se till helheten och medborgarnyttan	Fundera hur ditt eget handlande överensstämmer med och påverkar helheten och medborgarnyttan. Arbeta över organisatoriska gränser. Följ och ta till dig vad som händer i omvärlden.
Mod	Våga göra annorlunda.	Tänk nytt och ompröva. Ifrågasätt ditt eget och andras arbete på ett konstruktivt sätt, stötta varandra.

Vad är god kvalitet?

God kvalitet i socialtjänsten och i kommunal hälso- och sjukvård kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter) som beslutas samt att de:

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Utgår från helhetssyn, är samordnade och präglade av kontinuitet
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Är tillgängliga och jämlikt fördelade
- Är trygga, säkra och präglade av rättssäkerhet i myndighetsutövning

Medborgarnas delaktighet

Medborgare, kunder, närstående och intresseorganisationer ska på olika sätt ges möjlighet till att påverka arbetet med att förbättra tjänsternas kvalitet. Medborgarna ska ha tillgång till information om kommunens insatser för att synliggöra kommunens verksamhet.

Medarbetarnas delaktighet

Medarbetare ska ges förutsättningar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet. För att underlätta detta måste medarbetare också få information och möjligheter att påverka kvalitetsarbetet i stort. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet ska vara väl känt.

Process

Vad är en process?

En process är en kedja av länkade aktiviteter som i ett återkommande flöde skapar värde för kund. Det kan till exempel vara handläggning av inkommen ansökan (handläggningsprocess) eller att ett beslut verkställs (verkställighetsprocess). Utifrån detta kan processen brytas ner i delprocesser, aktiviteter och arbetsmoment till ett sammanhängande flöde.

Vad kännetecknar en process?

- Processen har en väl definierad början och slut. Var processen börjar och slutar måste bestämmas, exempelvis genom processkartläggning.
- Processen är repetitiv, den genomförs flera gånger. Det är grunden för att kunna förbättra och göra processen mer effektiv.
- Processen förädlar en insats (input) till en vara eller en tjänst (output). Exempelvis; en *kund har ett behov* (input) – *kundens behov är tillgodosett* (output). Processen skapar ett värde och därför är viktigt att identifiera processen så att det blir tydligt hur värdeskapandet sker. När processen förbättras och effektiviseras handlar det bland annat om att minska eller ta bort icke värdeskapande aktiviteter gentemot kund.
- Processen har en kund – intern eller extern som processen skapar ett värde åt.
- Processen har en ägare – någon som ansvarar för processen

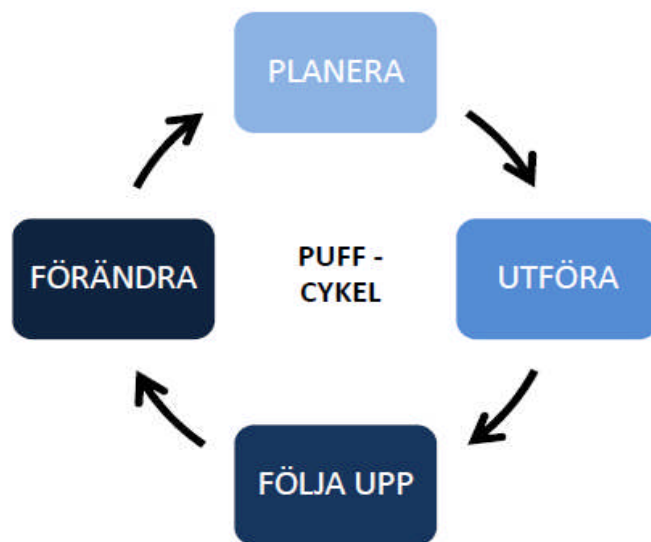
Att kvalitetssäkra verksamheten

Verksamheten kan kvalitetssäkras genom att

- Skapa ”*ordning och reda*”, genom att upprätta dokumentation, rutinbeskrivningar osv – detta arbete kräver ingen djupare analys av processen, inte heller krävs att det etableras ett mätsystem för att styra, utveckla och förbättra processerna. Dock krävs att processen analyseras och förbättras innan rutiner och checklistor utarbetas och fastställs för att förebygga ineffektiva arbetssätt.
- Minska variationerna i processerna genom att analysera och styra processen. För att skapa processer med så liten variation som möjligt krävs mätbara mål och nyckeltal. Kontinuerliga mätningar krävs.
- Förebygga fel och brister, genom att satsa på åtgärder som medför att det blir rätt från början. Att förebygga fel handlar även om att använda fakta från kunderna frågor, klagomål och synpunkter på ett systematiskt sätt. Genom detta kan processen förbättras och det skapas förutsättningar att eliminera fel och brister i verksamheten.

Förbättringsprocess

För att effektivisera förbättringsarbete och öka kvalitet i verksamhetens är det viktigt att tjänsten specificeras och konkretiseras. Det är viktigt att inse att kvalitet inte enbart berör kärntjänsten (ex handläggningsprocess) utan även många andra faktorer som tex bemötande, attityder, samarbetsmöjligheter etc.



PUFF¹ metod för systematiskt förbättringsarbetet

Planera

I denna fas fastställer man vilken målgruppen är och vilka behov och önskemål målgruppen har. Hämta information om verksamheten, dess processer med avsikt att identifiera lämpliga förbättringsmöjligheter, bland annat genom processkartläggning. Utifrån detta planeras de tjänster som erbjuds. Motsvarar PDCA moment **P**lan.

- Identifiera
- Analysera
- Föreslå en eller flera lösningar
- Identifiera viktiga parametrar och planera lösningarna.

Utföra

Genomförande av tjänster utifrån det som planerats. När det avser tjänsteproduktion är kunden medproducent vilket innebär att de inte alltid agerar utifrån vad som är planerat. Det är viktigt att vara flexibel. Motsvarar PDCA moment **D**o.

- Genomför lösningen
- Gör en stabil process och samla mätvärden
- Prioritera utifrån behov

¹ PUFF metod i Tierps kommun är en annan benämning av förbättrings cyklén PDCA

Följa upp

Här följer man upp om det man genomfört gick som planerat och om man nått de resultat man ville uppnå. ? Analysera om resultatet var det önskade - blev det som man tänkt sig, bättre-sämre? Motsvarar PDCA moment Check.

- Samla in data
- Utvärdera data
- Om lösningen är bra vidare till FÖRÄNDRA annars åter till PLANERA
- Skatta processens duglighet

Förändra

Genomföra förbättring, fastställa standard/ rutin. Motsvarar PDCA moment Act.

- Implementera och standardisera lösningen
- Åter till PLANERA för att ständigt förbättra processen

Strategi

För att uppnå god kvalitet ska verksamheterna utarbeta, förvalta, informera, följa och följa upp kvalitetsarbetet. Verktyg för detta är, *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. (SOSFS 2011:9 (M och S))* samt *Ledningssystem, utgångspunkter, principer och ansvar*, beslut i KS xx/XX.

Ledningssystem, utgångspunkter, principer och ansvar, är kommunens övergripande ledningssystem och ligger till grund (gemensamt med SOSFS 2011:9 (M och S)) de lokalt upprättade ledningssystemen för respektive verksamhet. Ansvar för att upprätta ledningssystem inom respektive verksamhet beskrivs under *Ansvar och organisation*, sidan 8.

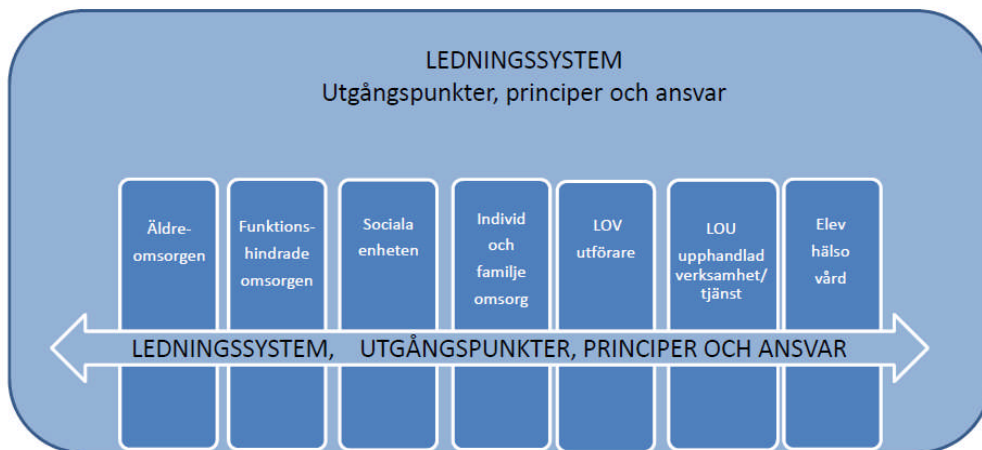


Bild 1 Ledningssystem, utgångspunkter, principer och ansvar

Upprättande av lokala Ledningssystem för systematisk kvalitetsarbete

Verksamheten ska bryta ned det övergripande ledningssystemet utifrån vad som anges i *Ledningssystem, utgångspunkter, principer och ansvar (Vad)* till lokalt upprättade ledningssystem(**Hur**). Ledningssystemet kan behöva upprättas i fler olika nivåer se exempel bild 2

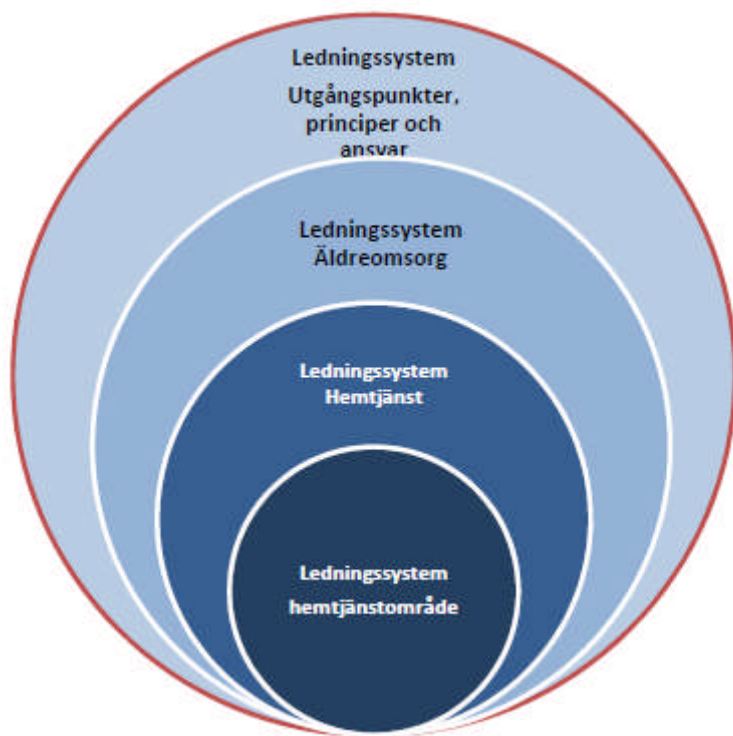


Bild 2 Exempel på ledningssystem i fler nivåer

Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9 (M och S)) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det finns också föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

Medborgare och kunden förväntar sig att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. Ledningssystemet säkerställer att socialtjänsten utvecklar tjänster med god kvalitet, i enlighet med gällande regelverk. God kvalitet inom socialtjänstens verksamhet innefattar bland annat rättsäkerhet, bemötande, delaktighet och att socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som socialtjänsten anger. För att kunna få kunskap om, och utveckla kvaliteten i verksamheten och att kunna bedöma resultaten krävs metoder för uppföljning och utvärdering samt en systematisk dokumentation av detta arbete.

Ledningssystemet innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten. Ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet fastställs och personalen görs delaktig i kvalitetsarbetet.

Krav på Socialtjänsten

Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3: *Insatser inom socialtjänstlagen ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter ska finnas personer med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematisk och fortlöpande utvecklas och säkras.* Kravet på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet inom socialtjänsten. Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer; strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser.

Krav på hälso- och sjukvård

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Detta innebär att den skall vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den skall vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Ansvar och organisation

Kvalitet är ett personligt åtagande, där varje chef och varje medarbetare ytterst har att ansvara för kvaliteten i sitt eget arbete. Chefer och medarbetare på alla nivåer ansvarar för att delta i arbetet med att samla in och dokumentera samtliga befintliga arbetsätt och rutiner.

Ett välfungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att vidta åtgärder inom den ordinarie organisationen.

Ansvarsfördelning för kvalitetsarbete i Tierps kommun:

Kommunstyrelsen/Vårdgivaren

Har ett övergripande ansvar för att

- Fastsätta övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt att kontinuerligt följa upp och utvärdera målen,
- Kommunstyrelsen i Tierps kommun har det övergripande ansvaret för verksamheten och ansvarar för att verksamheten bedrivs så den uppfyller kraven på en god och säker vård.
- Kommunstyrelsen bestämmer hur den egna verksamheten ska vara organiserad och att det finns den personal, lokaler och utrustning som behövs för att en god vård ska kunna ges.
- Kommunstyrelsen ansvarar för att fastställa kompetenskraven och att bemanningen anpassas varje verksamhetsområde så att kraven på en vård av god kvalitet och säkerhet för patienterna kan upprätthållas.
- Har det övergripande ansvaret för att erbjuda en hälso- och sjukvård som uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på en god och säker vård. Se vidare *Ansvarsstruktur för Tierps kommuns hälso- och sjukvård i egen regi*.

Kommunchef

Kommunchef har det yttersta ansvaret för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

- Ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och processer som säkerställer kvaliteten
- Ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att processerna fungerar verksamhetsöverskridande

Produktionschefer och chef för medborgarservice

Har det direkta ansvaret för att avsikten med kvalitetsarbete omsätts i praktisk handling.

Ansvar för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med kommunstyrelsen och kommunchefens direktiv. De ska upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9. Ansvarar för att upprätta åtgärdsplan.

Verksamhetschef enligt HSL

Ansvarar för att inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa, och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Se vidare *Ansvarsstruktur för Tierps kommuns hälso- och sjukvård i egen regi*.

- Verksamhetschefen ansvarar för att, inom ramen för de resurser som vårdgivaren ställer till förfogande, leda och fördela arbetsuppgifterna så en hög patient-säkerhet och god kvalitet tillgodoses.
- Verksamhetschefen organiserar verksamheterna så att en god planering av det dagliga arbetet säkerställer fokus på kontinuitet och säkerhet samt att vårdrelaterade sjukdomar förebygg och begränsas.
- Verksamhetschefen säkerställer att hälso- och sjukvård kan ges dygnet runt och att samordning mellan enheterna sker för att säkert omhändertagande.
- Verksamhetschefen ska säkerställa att patienten görs delaktig i vården, att den planeras i samverkan med patienten och att den dokumenteras och informeras.

Verksamheten arbetar utifrån ett rehabiliterande arbetssätt med ett professionellt bemötande.

- Verksamhetschefen fastställer former för fortlöpande samråd med MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, i frågor som gäller den kommunala hälso- och sjukvårds kvalitet och säkerhet. Verksamhetschefen samråder med MAS i frågor angående verksamhetens struktur och resursanvändning samt hur det medicinska ansvaret kan utövas på bästa sätt.

MAS- Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Har det övergripande ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård. Ansvarar därmed för tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (2005:12) samt anmälningsskyldighet enligt Lex Maria SOSFS 2005:28. Se vidare *Ansvarsstruktur för Tierps kommuns hälso- och sjukvård i egen regi*.

MAS är den sjuksköterska i Tierps kommun som har det medicinska ansvaret i verksamheten. Ansvaret utövas genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

- MAS ansvarar för att omvårdnadsfrågor löses på ett för patienten optimalt sätt och att det finns riktlinjer och rutiner för individuell vårdplanering samt att verksamhetens vårdpolicy följs.
- MAS tillser att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efter-levs, att det finns instruktioner för sjukvårdsverksamheten samt att personalen har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.
- MAS är en resurs för vårdgivaren och verksamhetschef i hälso- och sjukvårds-arbetet med att planera, ta fram policy, användning av resurser och kompetens samt i upphandling av hälso- och sjukvårdsresurser.

Verksamhetschefer och myndighetschefer

Verksamhetschef är ansvarig för systematiskt kvalitetsarbete, att involvera medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet samt att ge information om resultatet till medarbetare inom sitt verksamhetsområde. Ansvaret att bedriva systematiskt kvalitetsarbete förutsätter även befogenheter att vidta åtgärder. Samtliga chefer och arbetsledare har till uppgift att arbeta med de kvalitetsfrågor som finns inom respektive ansvarsområde.

Enhetschef

Ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs, dokumenteras, följs upp inom det egna ansvarsområdet.

Medarbetare

Samtliga medarbetare ska kontinuerligt delta i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
- Tillämpning av gällande rutiner
- Risk-, avvikelser och klagomålshantering, samt
- Uppföljning och analys av mål och resultat

Externa utförare enligt LOU/Utförare enligt valfrihetssystemet LOV

Externa utförare enligt LOU och utförare enligt valfrihetssystemet LOV, är ansvarig för det systematiska kvalitetsarbete, att involvera sina medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet samt att ge information om resultatet till sina medarbetare inom sitt verksamhetsområde.

Externa utförare enligt LOU och utförare enligt valfrihetssystemet LOV är ansvariga för att informera kommunen om resultatet av kvalitetsuppföljningar. Externa utförare enligt LOU och utförare enligt valfrihetssystemet LOV ska ha ett eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9.

Gemensam service

Gemensam service är en stödresurs. Stödresurserna arbetar på uppdrag av politik och kommunledning.

Uppföljning och kvalitetsgranskning av utförare enligt valfrihetssystem LOV

Gemensam service har ansvar att följa upp och granska utförare enligt *System för uppföljning och granskning*. Det avser både kommunal regi och godkända leverantörer enligt LOV.

Ledningssystem

SOSFS 2011:9

3 kap. Ansvar för och användning av ett ledningssystem

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

4 kap Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

SOSFS 2011:9

4 kap 1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.

Beskrivning

Anpassningen av ledningssystemets utgår från verksamhetens inriktning och omfattning. Exempel: En verksamhet som enbart bedriver hemtjänst i form av service insatser, eller LOU upphandlad service insats behöver inte ha ett lika omfattande ledningssystem som en verksamhet som bedriver hemtjänst i form av service- och omvårdnadsinsatser kommunal hälso-och sjukvård samt delegerade hälso- och sjukvårdsinstaser.

Processer och rutiner

SOSFS 2011:9

4 kap 2§

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamhetens som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

4kap 3§

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2§

- 1, identifiera de aktiviteter som ingår, och*
- 2, bestämma aktiviteternas inbördes ordning*

4 kap 4§

För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Beskrivning

Både ur ett medborgarperspektiv och kundperspektiv är det en demokratisk rättighet att känna till och förstå hur socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården arbetar och vad man kan förvänta sig av socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Det ökar kundens möjligheter till aktiva val, inflytande och delaktighet.

Att beskriva arbetsprocesser är ett stöd för nyanställd personal, ökar rättssäkerheten för kunden, ger möjlighet att identifiera och säkra delar i tjänsten som är problematiska samt möjlighet att identifiera onödiga led som minskar effektiviteten. När tjänsterna är tydligt beskrivna är de också möjliga att följa upp och utvärdera, vilket underlättar ett fortsatt kvalitets- och förbättringsarbete.

Samverkan

SOSFS 2011:9

Socialtjänst och LSS

4 kap 5 §

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer som enligt 2§ där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan bedrivs i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Hälso- och sjukvård

4 kap 6 §

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2§ där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Beskrivning

Många som kommer i kontakt med socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården har sammansatta behov som kräver samverkan och samarbete såväl internt som externt med andra myndigheter och aktörer. Samverkansskyldigheten på socialtjänstens område regleras i olika lagar och föreskrifter, bland annat Förvaltningslagen (FL), Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Samverkan är ofta en förutsättning för att den enskilde ska få det stöd som motsvarar hans eller hennes behov. Därför är det en nödvändig faktor för att uppnå kvaliteten i verksamheten.

Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk, därför ska rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan i gränssnitten mellan olika ansvarsområden.

Kommunstyrelsens säkerställer genom ledningssystemet att det finns riktlinjer och rutiner som klargör ansvaret för samverkan utifrån den enskildes behov av insatser. I ansvaret ligger att tydliggöra vem som har ansvaret för samverkan kring kunden och hur samverkan ska gå till. Vem som har huvudansvaret för överföring av information vid samverkan gällande den kunden ska också vara tydliggjort.

När verksamheter samverkar kring en enskild person måste de alltid beakta bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt

5 kap Systematiskt förbättringsarbete

Risikanalys

SOSFS 2011:9

5 kap 1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS

- 1 uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och*
- 2, bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.*

Beskrivning

Utgångspunkten ska vara att identifiera och åtgärda strukturella brister och brister i verksamhetens rutiner samt att analysera risker för att händelser skulle kunna inträffa i framtiden i den verksamhet som bedrivs. Ledningen ska verka för ett klimat som uppmuntrar och stödjer denna del av kvalitetsarbetet. Kvalitetsarbetet ska utgå från ett kundperspektiv. Möjlighet till kontroll av eget utfört arbete, identifiering och rapportering av avvikelser ska vara självklara delar i personalens dagliga arbete.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9

5 kap 2 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Beskrivning

För att kunna följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Denna egenkontroll avser en regelbunden uppföljning av verksamhetens planering, resultat och utveckling. Kvalitetsarbetet ska ge information om hur väl målen utifrån verksamhetsplanen har uppfyllts och kunskap om när nya mål ska antas.

I uppföljningen och utvärderingen av ledningssystemet är det angeläget att undersöka om de fastställda rutinerna följs och är ändamålsenliga. Uppföljning är en kontinuerlig bedömning av en insats utveckling. Det är en intern process som leds av ansvariga inom verksamheten. Systemet för uppföljning integreras i det dagliga arbetet.

Genom att på i ett tidigt skede identifiera risker förebyggs fel och brister. För att kunna följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Denna egenkontroll avser en

regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Egenkontrollen kan innefatta

- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- Jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i nationella jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- Målgruppsundersökningar
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- Analys av uppgifter från patientnämnder och
- Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter

Uppföljning av kvalitetsarbetet planeras och genomförs för respektive ansvarsnivå. Gemensam service är behjälplig i detta arbete på en övergripande nivå.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9

5 kap 3§

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS sak ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från

- 1. Vård- och omsorgspersonal och deras närstående,*
- 2. personal,*
- 3. vårdgivare*
- 4. de som bedriver socialtjänst*
- 5. de som bedriver verksamheter enligt LSS*
- 6. myndigheter, och*
- 7. föreningar, andra organisationer och intressenter*

Beskrivning

Möjligheten att lämna synpunkter på socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvård har en demokratisk dimension. För att hanteringen av synpunkter och klagomål ska leda till höjd kvalitet och säkerhet ska det finnas rutiner för att samla in och använda denna information. Det ska vara enkelt att lämna synpunkter och man ska kunna göra det på flera olika sätt. För att synpunkt och klagomålshanteringen ska upplevas som trovärdig är det viktigt att den som lämnar synpunkter och klagomål får en tidig återkoppling på sitt ärende.

Ledningssystemet säkrar att problem och brister, om så krävs, omedelbart åtgärdas och att klagomål och synpunkter förs upp i organisationen för sammanställning och analyser på olika nivåer. Sammanställningen görs regelbundet och systematiskt. Oavsett svårighetsgrad och hur synpunkterna/klagomålen inkommit ska registrering och dokumentation genomföras. Ledningen ska verka för ett klimat som uppmuntrar och stödjer denna del av kvalitetsarbetet.

Rapporteringskyldighet

SOSFS 2011:9

5 kap 4 § Bestämmelser om rapporteringskyldighet

1, för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659),

2, för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse finns i 14 kap 3§ socialtjänstlagen (2001:453)

3, för den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns i 24b § LSS.

5 kap 5§ Bestämmelser om skyldighet

1, för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap 31 patientsäkerhetslagen (2010:659)

2, för den som bedriver socialtjänst att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap 6§ socialtjänstlagen (2001:453), och

3, för den som bedriver verksamhet enligt LSS att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 24e § LSS

Beskrivning

Skyldighet finns för vårdgivaren, enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659), att rapportera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Även den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS ska utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (SoL 2001:453)

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9

5 kap 6 §

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Beskrivning

Ledningssystemet säkrar att problem och brister, om så krävs, omedelbart åtgärdas och att klagomål och synpunkter förs upp i organisationen för sammanställning och analyser på olika nivåer. Sammanställningen görs regelbundet och systematiskt, framkommer mönster eller trender kan åtgärder eller justeringar av processer och rutiner behövas.

Att arbeta med ständiga förbättringar innebär att chefer och medarbetare engageras i att mäta, analysera och förbättra verksamhetens processer så att de blir allt mer effektiva. För att arbetet ska bli framgångsrikt måste även medarbetarna få en helhetsförståelse av processen och vad den ska åstadkomma. Detta kräver att processens syfte tydliggörs, att den kartläggs, analyseras och mäts.

Förbättrande åtgärder i verksamheten

SOSFS 2011:9

5 kap 7§

På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6§§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet

Beskrivning

Att arbeta med ständiga förbättringar innebär att chefer och medarbetare engageras i att mäta, analysera och förbättra verksamhetens processer så att de blir allt mer effektiva. För att arbetet ska bli framgångsrikt måste även medarbetarna få en helhetsförståelse av processen och vad den ska åstadkomma. Detta kräver att processens syfte tydliggörs, att den kartläggs, analyseras och mäts. Framkommer mönster eller trender kan åtgärder eller justeringar av processer och rutiner behövas.

Förbättring av processerna och rutinerna

SOSFS 2011:9

5 kap 8§

Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1-6§§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

Beskrivning

Att arbeta med ständiga förbättringar innebär att chefer och medarbetare engageras i att mäta, analysera och förbättra verksamhetens processer så att de blir allt mer effektiva. För att arbetet ska bli framgångsrikt måste även medarbetarna få en helhetsförståelse av processen och vad den ska åstadkomma. Detta kräver att processens syfte tydliggörs, att den kartläggs, analyseras och mäts. Framkommer mönster eller trender kan en förbättring av processer och rutiner behövas.

6 kap Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

SOSFS 2011:9

6 kap 1§

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

6 kap 2 §

Enligt 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

6 kap 3§

Av 14 kap2§ socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Beskrivning

Ledningen ska verka för ett klimat som uppmuntrar och stödjer denna del av kvalitetsarbetet. Kvalitetsarbetet ska utgå från ett kundperspektiv. All personal behöver vara involverad och delaktig. Möjligheten till kontroll av eget utfört arbete, identifiering och rapportering av fel och brister ska vara självklara delar i personalens dagliga arbete.

Kommunstyrelsen säkerställer genom kvalitetsledningssystemet att medarbetarna har den kompetens och de färdigheter som verksamheten kräver. Personalen har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Det ska finnas rutiner för att regelbundet gå igenom förändringar i personalens arbetsbelastning och i kundernas behov av stöd, vård och behandling. Syftet med dessa rutiner är att försäkra sig om att den bemanning som krävs för att kunna genomföra kommunstyrelsens uppdrag är tillgodosett. Möjligheten till stöd för att hantera svåra situationer i det dagliga arbetet måste också tas med i planeringen.

7 kap Dokumentationsskyldighet

SOSFS 2011:9

7 kap 1§

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras

Beskrivning

Både ledningssystemet och det systematiska kvalitetsarbetet ska vara dokumenterat. Åtgärder och resultat ska dokumenteras så att kvalitetsarbetet kan följas upp och analyseras.

Kommunstyrelsen säkerställer genom ledningssystemet att det finns riktlinjer och rutiner för handläggning och dokumentation i ärenden som rör den enskilde. Utgångspunkten ska vara att samtliga insatser sker i beaktande av sekretess och en rättsäker hantering. Syftet är även att insatser genomförs enligt det som beslutats. Dokumentationsskyldigheten under genomförandet gäller alla insatser och dessa skall kunna identifieras och spåras. Ledningssystemet ska medge uppföljning och utvärdering av en beslutat/genomförd insats.

2 § Patientsäkerhetsberättelse

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast de 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse, som bland annat ska innehålla hur

- det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten,
- patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats,
- samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,
- risker för vårdskador har hanterats i dokumentationen.