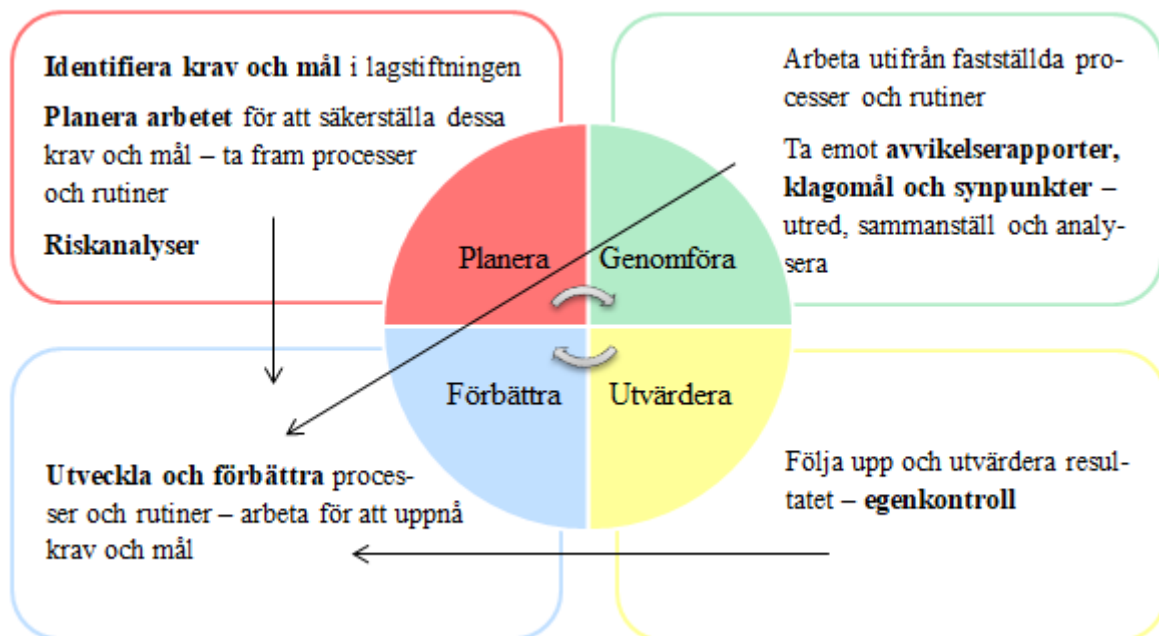


Kvalitetsinriktning

Vård- och omsorgsförvaltningen



Innehåll

Varför ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?	3
God vård och omsorg	4
Vad innebär kvalitet?	4
Ständiga förbättringar	5
Verksamhetsstyrning	6
Processer	6
Riktlinjer	6
Lokala rutiner	6
Ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet	7
Systematiskt kvalitetsarbete	9
Planera	10
Identifiera krav och mål i lagstiftningen	10
Planera arbetet för att säkerställa krav och mål – ta fram processer och rutiner	10
Riskanalyser	10
Genomföra	10
Arbeta utifrån fastställda processer och rutiner	10
Ta emot avvikelserapporter, klagomål och synpunkter – utred, sammanställ och analysera	11
Utvärdera	11
Följa upp och utvärdera resultatet – egenkontroll	11
Förbättra	11
Utveckla och förbättra processer och rutiner – arbeta för att uppnå krav och mål	11

Varför ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?

De verksamheter som bedrivs på uppdrag av vård- och omsorgsnämnden ska ha god kvalitet. Det inkluderar både intern och extern verksamhet. Extern verksamhet sker i form av upphandlad driftsentreprenad och utförare enligt lagen om valfrihet, LOV.

Kvalitet innebär att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Kvalitetsarbetet utgår från Socialstyrelsens föreskrift ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9”. Kvalitetsinriktningen beskriver de olika delarna i ledningssystemet samt visar vad kvalitetsarbetet består av. För vård- och omsorgsnämnden är det yttersta syftet med att uppfylla krav på systematiskt kvalitetsarbete att säkerställa kvaliteten för brukarna i de tjänster som nämnden ansvarar för.

Insatser inom socialtjänsten ska 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.

Socialtjänstlagen 2001:453 3 Kap. 3 §

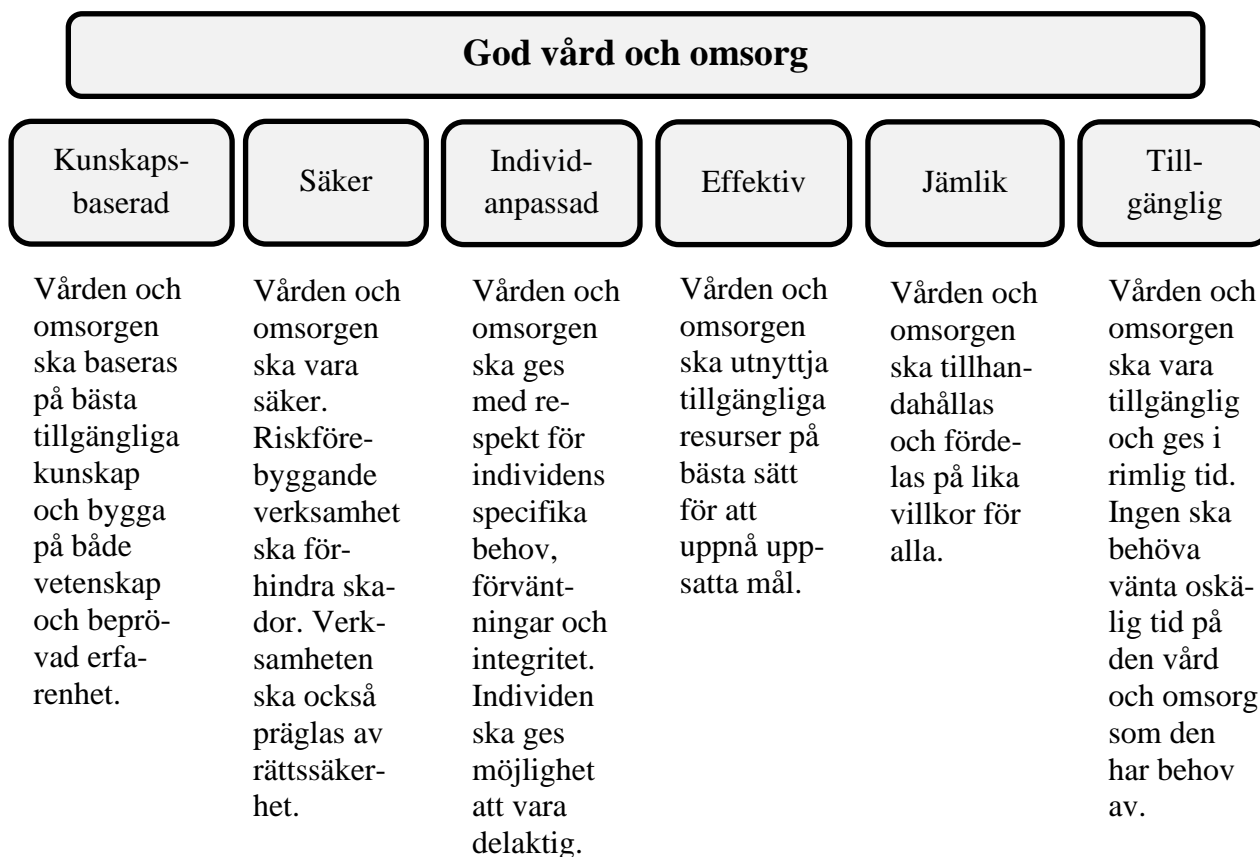
Hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, är komplexa verksamheter. Därför behövs ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ger struktur för ledning och styrning av nämndens verksamheter. Det ger också ett stöd för verksamheterna i hur kvalitet ska uppnås, genom att rätt vård och omsorg ges vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Nämndens huvudprocesser tydliggörs i ledningssystemet vilket ger en ökad förståelse för vårt uppdrag. Processerna tydliggör **vem** som gör **vad** och **hur**.

Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskrivs i denna kvalitetsinriktning och består av:

- Riktlinjer, processer och rutiner
- Systematiskt kvalitetsarbete
- Systematisk dokumentation av hur verksamheten utvecklas och kvalitetssäkras

God vård och omsorg

Socialstyrelsen använder begreppet *god vård och omsorg* för att utveckla indikatorer för kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. God vård och omsorg speglar de egenskaper som en god vård inom hälso- och sjukvården och en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla. Gemensamma egenskaper för hälso- och sjukvård och socialtjänst framgår av figuren nedan.



Vad innebär kvalitet?

Enligt Socialstyrelsens definition av kvalitet ska verksamheten utformas i enlighet med gällande lagar, förordningar, föreskrifter och bästa tillgängliga kunskap. Kvalitet avser allt som verksamheten gör, hur det görs, vilka resultat som uppnås och hur resursanvändningen ser ut.

Kvalitet handlar om verksamhetens egenskaper och förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov. Kvalitet behöver ses i sammanhang till vad det ska spegla, det vill säga: det handlar om vad mottagaren, utföraren eller samhället uppfattar är kvalitet. Medborgaren eller brukarens/patientens syn på upplevd kvalitet är därför direkt sammankopplad med vad de förväntar sig av verksamheten.

Brukare/patienter har rätt att få adekvat vård och omsorg av god kvalitet. Det handlar om att ge brukaren/patienten ett ökat värde och bästa nytta för varje krona. Brukaren/patienten ska känna sig trygg och myndighetsutövningen ska vara rättssäker. En viktig aspekt i kvalitetsarbetet är bemötandet mot brukare/patienter och medborgare. Bemötandet ska vara professionellt, lyhört,

icke-diskriminerande och med respekt. Utifrån att brukare/patient och medborgare ska få realistiska förväntningar är även tydlighet viktigt i bemötandet.

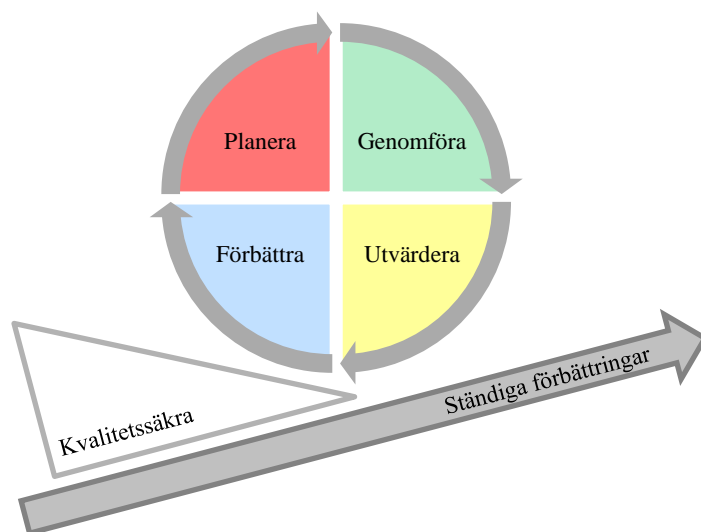
Vård- och omsorgsförvaltningens målbild är:

Våra brukare/patienter ska vara nöjda med det vi levererar

Ständiga förbättringar

Vård- och omsorgsnämndens brukare och patienter ska vara nöjda med det verksamheten levererar. Ett systematiskt förbättringsarbete är därför centralt för utvecklingen av verksamheten och för att möta brukare och patienters förväntningar. Verksamheterna ska med stöd av ledningssystemet systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet för brukare och patienter genom ständiga förbättringar.

Förbättringsarbetet handlar om sätt att arbeta och sätt att tänka: att lära av misstag och framgångar, både egna och andras, och att arbeta långsiktigt och hållbart. Verksamheten utvecklas ständigt och vi fokuserar på dem vi är till för.



Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ska användas för att göra verksamheten effektivare och bidra till måluppfyllelse. Det innebär att:

- Planera
- Leda
- Kontrollera
- Följa upp
- Utvärdera
- Förbättra

Verksamhetsstyrning

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ger vård- och omsorgsnämnden möjlighet att styra verksamheter så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Nämndens verksamheter styrs av såväl lagar som föreskrifter och nationella krav. Kvalitet och kontinuitet i verksamheten säkerställs bland annat genom processer, riktlinjer och lokala rutiner. Genom en ständig uppföljning av dessa säkras nödvändiga förändringar för ökad kvalitet.

Processer

Nämndens huvudprocesser är socialtjänstprocessen och hälso- och sjukvårdsprocessen. Ledningssystemet beskriver och fastställer de processer som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Av processen framgår vem som ansvarar för olika delar i processen och hur genomförandet ska ske.

Riktlinjer

Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer beskriver övergripande vilka förväntningar som finns på interna och externa verksamheter. Riktlinjen beskriver tillämpning av en lag eller en föreskrift och styr och stödjer därmed verksamheten. Riktlinjen anger ramen för verksamhetens handlingsutrymme i en viss fråga och fastställs av förvaltningschef. En riktlinje innehåller ett tydligt syfte och bakgrund samt en ansvarsfördelning. En riktlinje kan vid behov brytas ned i en lokal rutin för att beskriva hur innehållet ska tillämpas i verksamheten.

Lokala rutiner

Verksamhetens lokala rutiner är en beskrivning av arbetsmetoder och tillämpning av riktlinjer eller andra styrdokument. Rutinen blir därmed ett aktivt stöd för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvar ska fördelas. Rutinen fastställs av områdeschef eller enhetschef beroende på vilken nivå i organisationen den gäller för. Rutinerna ska tydligt beskriva hur ett tillvägagångssätt ska vara, med vilken tidsfrekvens aktiviteter ska utföras samt vilken funktion som ansvarar för respektive aktivitet.

Ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet

Kvalitet är ett personligt åtagande, där varje chef och varje medarbetare ytterst har ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete. Chefer och medarbetare på alla nivåer ansvarar för att delta i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden beslutar om mål för verksamheten och fastställer nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för och leder arbetet som utförs av vård- och omsorgsförvaltningen.

Förvaltningschef

Förvaltningschefen har inför vård- och omsorgsnämnden det yttersta ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten i enlighet med ledningssystemet. Förvaltningschefen fastställer vilka särskilda insatser förvaltningen ska arbeta med för att uppnå de politiska målen.

Förvaltningschefen är tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvård och har därmed det övergripande ansvaret för kommunens hälso- och sjukvård och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Områdeschef

Områdeschefen har inför förvaltningschefen ansvar för att verksamheten inom området bedrivs med god kvalitet. Områdeschefen har det direkta ansvaret för att planera, leda och följa upp det systematiska kvalitetsarbetet enligt ledningssystemet inom sitt område. Områdeschefen har ansvar för uppföljning av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som uppföljningen aktualiserar.

Enhetschef

Enhetschefen har inför områdeschefen ansvar för att planera, leda och genomföra systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med ledningssystemet för kvalitet. Enhetschefen har ansvar för uppföljning av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som uppföljningen aktualiserar samt för att ge information om resultatet till medarbetare och brukare. Enhetschefen ska skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska kvalitetsarbetet.

Medarbetare

Medarbetaren har inför enhetschefen ansvar att känna till och arbeta i enlighet med de styrdokument som gäller för verksamheten. Medarbetaren ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och medverka i planering och uppföljning av mål och resultat. Kvalitetsarbetet ingår som en naturlig del i det dagliga arbetet.

MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAS ansvarar inför förvaltningschef för att säkerställa hälso- och sjukvårdsprocessen, med tillhörande riktlinjer, inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. MAS tar årligen fram en patientsäkerhetsplan som beslutas av vård- och omsorgsnämnden.

MAS genomför tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). MAS ansvarar för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det (vårdskada).

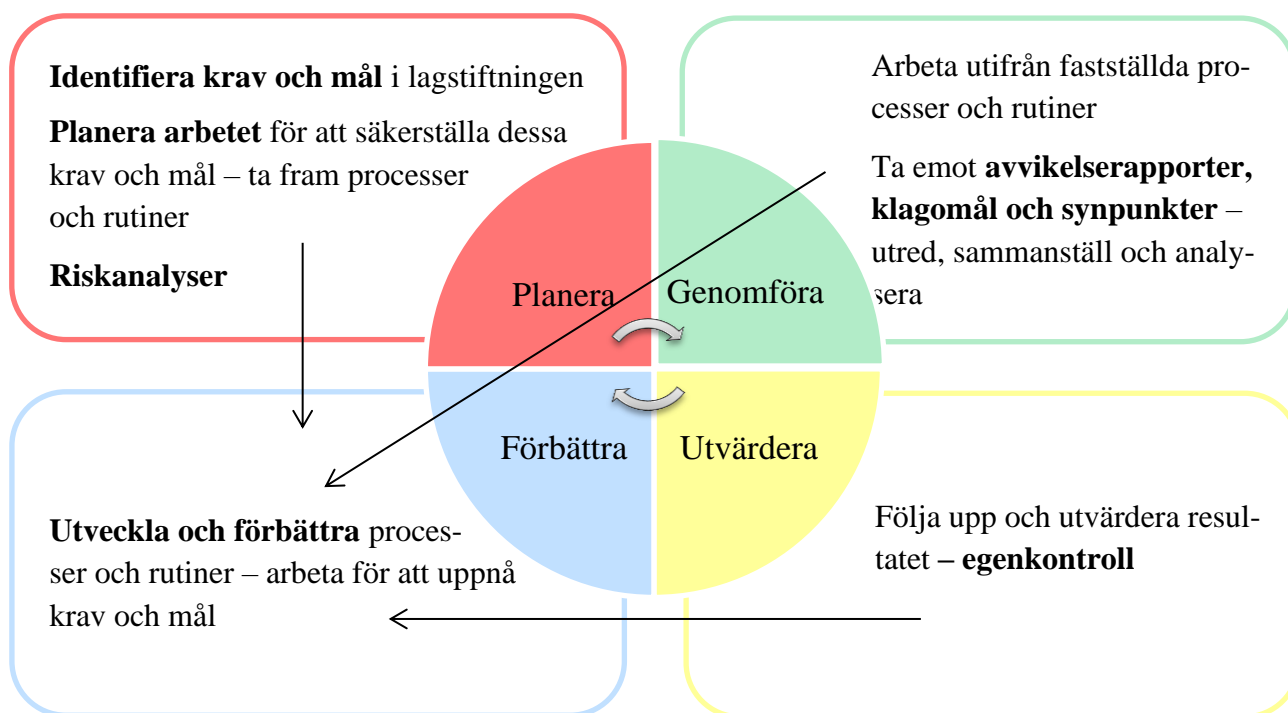
SAS – socialt ansvarig samordnare

SAS ansvarar inför förvaltningschef för att säkerställa socialtjänstprocessen, med tillhörande riktlinjer, inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. SAS tar årligen fram en plan för uppföljning och granskning av verkställighet och myndighetsutövning, enligt socialtjänstlag och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som beslutas av vård- och omsorgsnämnden.

SAS ansvarar för utredning och bedömning av missförhållanden enligt lex Sarah samt för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden.

Systematiskt kvalitetsarbete

Ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten samt vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras. Det är därmed ett verktyg för att säkra kvaliteten. Ett systematiskt kvalitetsarbete gör det till exempel möjligt att förebygga vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser.




Bilden ovan visar det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De längre pilarna visar att underlag och erfarenheter för att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas. Om analys visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras. Kvalitet och patientsäkerhet ska ständigt utvecklas och säkras.

Verksamheten ska kontinuerligt dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Även arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller samt hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som dessa gett upphov till och dess resultat.

I nedanstående text beskrivs *vad* som förväntas av verksamheterna i det systematiska kvalitetsarbetet. Till varje fas i kvalitetsarbetet finns en tillämpningsbilaga som beskriver *hur* det här ska göras.

Planera



Planera

Identifiera krav och mål i lagstiftningen

Det som ska uppfyllas är de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, samt de beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Verksamheten ska därför ha klart för sig vilka sådana krav och mål som gäller för den verksamhet som bedrivs. Eftersom nya lagar och föreskrifter kan tillkomma behöver kartläggning av de regler som styr verksamheten göras fortlöpande.

Planera arbetet för att säkerställa krav och mål – ta fram processer och rutiner

Verksamheten ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter. Verksamhetens planering utgår från tidigare resultat och erfarenheter. En väl genomförd analys utifrån utvärdering/uppföljning är en förutsättning för god styrning i planeringen. I planeringsfasen beslutas mål och strategier för kommande genomförande av verksamheten genom att identifiera förbättringsområden, bedöma behov och efterfrågan samt fördela tillgängliga resurser.

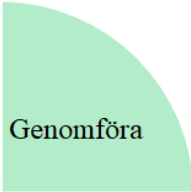
Riskanalyser

Risکانالys innebär att verksamheten arbetar förebyggande. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. I risکانالysen bedömer verksamheten om det finns risker som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet eller patientsäkerhet. För varje sådan händelse ska verksamheten:

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen

Risکانالyserna ska genomföras fortlöpande. Riskanalyser kan även behöva genomföras inför förändringar av en verksamhet, inför förändringar av personalens sammansättning och innan nya arbetssätt eller metoder börjar tillämpas.

Genomföra



Genomföra

Arbeta utifrån fastställda processer och rutiner

Verksamheten ska arbeta i enlighet med fastställda processer, riktlinjer och rutiner. Chef ansvarar för att säkerställa att medarbetare arbetar på det här sättet. Arbetssättet innebär att medarbetarna arbetar systematiskt på ett likartat sätt för att uppnå kvalitet för brukaren. Det underlättar i sin tur ett systematiskt förbättringsarbete genom att arbetssätt kan följas upp, utvärderas och vid behov förändras. Verksamheten kan därmed utvecklas utifrån de förbättringsområden som identifierades i planeringsfasen.

Ta emot avvikelserapporter, klagomål och synpunkter – utred, sammanställ och analysera

De mottagna avvikelserapporterna, klagomålen och synpunkterna ska utredas, sammanställas och analyseras. Syftet med avvikelshantering är att identifiera orsaker till det inträffade och med hjälp av olika åtgärder förhindra att likande händelser sker igen. Verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Synpunkter och klagomål är en återkoppling på hur verksamheten bedrivs och ger kännedom om eventuella avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten.

Genom analys av avvikelserapporter, klagomål och synpunkter kan mönster och trender, som inte framkommit i utredningen av ett enskilt fall, upptäckas. Framkommer mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska verksamheten se över processer och rutiner för att säkra kvaliteten.

Utvärdera

Utvärdera

Följ upp och utvärdera resultatet – egenkontroll

Verksamheten ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontroll innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontroll kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamheten ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Förbättra

Förbättra

Utveckla och förbättra processer och rutiner – arbeta för att uppnå krav och mål

Genom de olika aktiviteter som ingår i det systematiska förbättringsarbetet får verksamheten kännedom om avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Sådana avvikelser ska åtgärdas så att verksamhetens kvalitet säkras.

Framkomna avvikelser ska även medföra att verksamheten ser över sina processer och rutiner. Visar avvikelserna att processer och rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet för brukarna/patienterna ska de förbättras. Det innebär att verksamheten blir en lärande organisation. Utifrån framkomna avvikelser förbättras fortlöpande verksamhetens styrning så att liknande avvikelser inte återupprepas. Därmed utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet.