

# Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete



# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I enlighet med Socialstyrelsens SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har Socialnämnden i Klippan upprättat ett ledningssystem för att planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra sin verksamhet.

Med kvalitet avses enligt SOSFS 2011:9 att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Utöver Socialstyrelsens definition av kvalitet så definierar Socialnämnden kvalitet som att verksamheten följer och verkställer de politiska målsättningar respektive inriktningar som beslutats för Socialnämndens olika verksamheter.

## Ansvar för och användning av ledningssystemet

### Socialnämnden

- Nämnden är ytterst ansvarig för att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 upprättas, planeras, genomförs och följs upp.
- Nämnden formulerar nämndsmål utifrån antagna fullmäktigemål.
- Nämnden beslutar inför varje verksamhetsår om ett årshjul för nämndens kvalitetsarbete som beskriver när på året större aktiviteter kopplade till nämndens kvalitetsarbete ska genomföras och återrapporteras till nämnden.
- Nämnden beslutar om antagande och revidering av riktlinjer inom Socialnämndens ansvarsområde.
- Nämnden ska försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 i de verksamheter som genomför insatser på nämndens uppdrag efter att avtal tecknats med stöd av lagen om offentlig upphandling (LOU) eller lagen om valfrihetssystem (LOV).

### Socialchef

- Socialchefen är ansvarig för att politiska beslut verkställs.
- Socialchefen är ansvarig för att alla delar av Socialförvaltningen har kännedom om och tillämpar alla delar i nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Socialchefen ansvarar för att vid behov genomföra riskanalyser, egenkontroller och åtgärder för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet inom Socialförvaltningens alla verksamheter.
- Socialchefen fattar beslut om anmälan enligt Lex Sarah till IVO.
- Socialchefen ska informera Socialnämnden när anmälningar till IVO görs och vid extraordinaära händelser.

### Utvecklingsstrategen

- Utvecklingsstrategen ska vara ett stöd till socialchefen i arbetet att säkerställa att ledningssystemet följs och levandehålls.
- Utvecklingsstrategen administrerar de system som används för planering, genomförande, uppföljning, analys och förbättring i ledningssystemet för kvalitetsarbete.

- Årligen i februari sammanställer utvecklingsstrategen, tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen som beskriver nämndens arbete med sitt ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete samt patientsäkerhetsarbete under föregående år.
- Utöver den sammanställning som görs av förvaltningens samtliga avvikelser, synpunkter och klagomål samt händelser som utretts enligt Lex Sarah respektive Lex Maria i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ansvarar Utvecklingsstrategen tillsammans med MAS för att i mitten av året för nämnden redovisa en sammanställning över förvaltningens samtliga avvikelser, synpunkter och klagomål samt händelser som utretts enligt Lex Sarah respektive Lex Maria i syfte att uppmärksamma mönster, trender och förbättringsområden inom Socialnämndens olika verksamheter.
- Utvecklingsstrategen utreder händelser som rapporterats enligt Lex Sarah.

#### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

- MAS har det övergripande ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård (HSL).
- MAS ansvarar för tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt HSL.
- MAS ansvarar för att nödvändiga styrdokument för den kommunala hälso- och sjukvården finns upprättade, är aktuella och tillgängliga.
- Årligen i februari sammanställer MAS, tillsammans med utvecklingsstrategen, kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen som beskriver nämndens arbete med sitt ledningssystem för systematiska kvalitetsarbete samt patientsäkerhetsarbete under föregående år.
- Utöver den sammanställning som görs av förvaltningens samtliga avvikelser, synpunkter och klagomål samt händelser som utretts enligt Lex Sarah respektive Lex Maria i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ansvarar MAS tillsammans med utvecklingsstrategen för att i mitten av året för nämnden redovisa en sammanställning över förvaltningens samtliga avvikelser, synpunkter och klagomål samt händelser som utretts enligt Lex Sarah respektive Lex Maria i syfte att uppmärksamma mönster, trender och förbättringsområden i Socialnämndens olika verksamheter.
- MAS utreder händelser som rapporterats enligt Lex Maria och beslutar om anmälan enligt Lex Maria ska göras till IVO.

#### Verksamhetschef

- Verksamhetschefen ansvarar för att verksamhetsområdets enhetschefer känner till Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa att Socialförvaltningens enhetschefer arbetar i enlighet med Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Verksamhetschefen ansvarar för att godkänna processbeskrivningar som berör flera enheter inom det egna verksamhetsområdet.
- Verksamhetschefen ansvarar för att vid behov genomföra riskanalyser, egenkontroller och åtgärder för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet inom det egna verksamhetsområdet.

#### Enhetschef

- Enhetschefen ska säkerställa att medarbetarna på enheten känner till Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

- Enhetschefen ska möjliggöra för enhetens medarbetare att delta i utvecklingen av enhetens processer och styrdokument samt säkerställa att medarbetarna arbetar i enlighet Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Enhetschefen ska vid behov och minst en gång om året se över och vid behov revidera de processer som enheten arbetar enligt. Vid genomgång av enhetens processer är det enhetschefens ansvar att kontrollera att de styrdokument som länkas från enhetens processer är uppdaterade och överensstämmer med enhetens arbetsätt.
- Enhetschefen ska vid behov och minst en gång om året genomföra riskanalys, egenkontroller och åtgärder i enlighet med beskrivningen under rubriken ”Systematiskt förbättringsarbete” nedan.
- Enhetschefen ska tillse att händelser enligt Lex Sarah respektive Lex Maria samt avvikelser rapporteras korrekt. Enhetschefen ska tillse att avvikelser på enheten utreds och följs upp.
- Minst en gång om året ska enhetschefen för sina medarbetare presentera en sammanställning över enhetens avvikelser, synpunkter och klagomål samt händelser som utretts enligt Lex Sarah respektive Lex Maria i syfte att uppmärksamma mönster, trender och förbättringsområden i den egna verksamheten.

#### Medarbetare

- Alla medarbetare ska ha kännedom om Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och utföra sitt arbete i enlighet med beslutade processer och styrdokument.
- Alla medarbetare ska kontinuerligt delta i sin enhets systematiska kvalitetsutveckling.
- Alla medarbetare ska rapportera händelser enligt Lex Sarah respektive Lex Maria samt avvikelser.

#### Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

##### Processer

Grunden i Socialnämndens kvalitetsledningssystem utgörs av två olika sorters processdokument. I dokumenten beskrivs de aktiviteter som ska utföras, vem/vilka som har ansvar för att respektive aktivitet utförs och till respektive aktivitet ska det finnas länkar till relevanta styrdokument.

Det första dokumentet är samma för alla medarbetare och beskriver förvaltningsövergripande aktiviteter samt stödjande aktiviteter. Gemensamt för de förvaltningsövergripande aktiviteterna är att dessa aktiviteter gäller alla medarbetare och att de är svåra att placera in i en kronologisk process, antingen därför att aktiviteten endast utförs på förekommen anledning eller därför att aktiviteten ska genomföras hela tiden. De stödjande aktiviteterna utgörs främst av stödfunktioner som har till uppgift att underlätta för linjeorganisationen.

Den andra sortens processdokument som utgör grunden i Socialnämndens kvalitetsledningssystem består av enhetsspecifika processer som utgår från biståndsbeslut eller uppdrag.

Målsättningen är att processdokumenten ska vara så pass väl utarbetade och uppdaterade att en ny medarbetare inom något av Socialnämndens ansvarsområden enkelt ska få en överblick över alla aktiviteter som ingår i medarbetarens tjänst. Detta genom att medarbetaren vid an-

ställning får tillgång till dokumentet som beskriver de förvaltningsövergripande samt stödjande aktiviteterna respektive det dokument som beskriver processen/erna på den enhet som medarbetaren arbetar på.

Processerna ska gås igenom på respektive enhet minst en gång om året och vid behov revideras.

### Samverkan

De aktiviteter som beskrivs i processdokumenten där det behövs samverkan, för att säkra kvaliteten på de insatser som ges, ska märkas ut i respektive dokument. Det ska framgå av processerna och styrdokumentet länkade till respektive aktivitet hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och styrdokumentet som är länkade till respektive aktivitet även framgå hur samverkan ska bedrivas med andra vårdgivare och andra relevanta aktörer.

### Styrdokument

Kvalitetsledningssystemets styrdokument omfattas av lagar, föreskrifter och allmänna råd, avtal, regionala styrdokument samt kommunala styrdokument som upprättats enligt Klippans kommuns riktlinje för styrdokument.

För att ge varje medarbetare en god överblick över vilka styrdokument som styr arbetet på respektive medarbetares specifika arbetsplats är varje enhets processbeskrivningar utarbetade med länkar till relevanta styrdokument på intranätet respektive internet.

## **Systematiskt förbättringsarbete**

### Riskanalyser

På övergripande förvaltningsnivå, på verksamhetsnivå så väl som på enhetsnivå ska fortlöpande bedömningar göras om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalyser kan även behöva genomföras innan förändringar av en verksamhet, inför förändringar av organisation eller nya arbetssätt.

Riskanalyser ska således genomföras löpande och vid behov, men minst en gång om året ska förvaltningsledningen göra en riskanalys som omfattar alla aktiviteter som beskrivs i processdokumentet med förvaltningsövergripande och stödjande aktiviteter. Likaså ska varje enhet minst en gång om året göra en riskanalys som omfattar alla aktiviteter i enhetens specifika processbeskrivningar.

De identifierade riskerna som kommer av riskanalyserna ska tilldelas riskvärden som beräknas genom att ett uppskattat värde som anger hur sannolikt det är att något inträffar på en skala 1-4 (där 1 innebär mycket låg sannolikhet och 4 mycket hög sannolikhet) multipliceras med ett uppskattat värde på en skala 1-4 för vilken konsekvens en händelse får om den inträffar (där 1 innebär låg konsekvens och där 4 innebär hög konsekvens). Riskvärdet ska ge vägledning i vilka risker som ska prioriteras först.

Risker som identifieras på enhetsnivå men som inte kan hanteras på enhetsnivå eller som hanteras bättre på en övergripande nivå ska redovisa för enhetens verksamhetschef som tar med risken för vidare hantering i förvaltningsledningen.

Prioriterade risker ska åtgärdas genom att en åtgärd formuleras och tidsätts. Vidare ska en eller flera ansvariga utses för att genomföra åtgärden och rapportera när åtgärden utförts.

### Egenkontroller

Egenkontroller ska säkerställa att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål och ska genomföras med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroller ska därför genomföras löpande vid behov, men minst engång om året formuleras och tidsätts förvaltningsövergripande egenkontroller. Vidare utses en eller flera ansvariga för att genomföra egenkontrollerna och för att rapportera resultatet från genomförda egenkontroller. På motsvarande sätt hanteras egenkontroller på enhetsnivå.

### Rapportering, utredning och analys av avvikelser

#### Klagomål och synpunkter

Alla Socialnämndens verksamheter ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

De mottagna klagomålen och synpunkterna på verksamhetens kvalitet ska utredas för att kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten.

#### Rapporteringskyldighet

Alla medarbetare inom Socialnämndens verksamhetsområden ska känna till skyldigheten att rapportera och utreda avvikelser samt skyldigheten att rapportera och utreda vårdskador och risk för vårdskador enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28) respektive missförhållande och påtagliga risker för missförhållande enligt Lex Sarah (SOSFS 2011:5).

Samtliga chefer inom Socialnämndens verksamhetsområden ska förmedla en positiv inställning till att medarbetare, brukare, anhöriga och andra lämnar in avvikelser och klagomål och synpunkter.

#### Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, avvikelser, synpunkter och klagomål samt händelser som utretts enligt Lex Sarah respektive Lex Maria ska sammanställas både på enhetsnivå och förvaltningsövergripande nivå i syfte att uppmärksamma mönster, trender och förbättringsområden i den egna verksamheten.

### Dokumentationsskyldighet

Socialnämndens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras i en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som upprättas för föregående år senast den 1 mars varje år.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ska vara så pass tydligt uppdelad att det tydligt framgår vad av dokumentet som uppfyller Socialnämndens redovisningsskyldighet enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och vilka delar av dokumentet som uppfyller kraven för dokumentation enligt 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.