



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



 Eda kommun	Styrdokument	
	Dokumenttyp	Riktlinje
	Beslutad av	Kommunstyrelsen 2014-09-09
	Dokumentansvarig	Verksamhetschef Vård och Stöd
	Reviderad	2016-09-01 förlängd giltighetstid, ingen ändring 2017-05-03, Kommunstyrelsen § 93

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	4
1.1	Verksamhetens organisationsstruktur.....	5
1.2	Syfte.....	5
1.3	Mål.....	5
1.4	Ständiga förbättringar.....	6
1.5	Kvalitet.....	6
2	Organisationsstruktur och ansvarsfördelning för ledningssystemet.....	7
2.1	Organisationsstruktur.....	7
2.1.1	Förvaltning.....	7
2.1.2	Utveckling.....	7
2.1.3	Tillsyn.....	7
2.2	Ansvarsfördelning.....	8
3	Processer och rutiner.....	10
3.1	Områden för det systematiska kvalitetsarbetet övergripande för Vård och Stöd.....	11
3.2	Områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom hälso - och sjukvård.....	12
3.3	Områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom IFO.....	12
3.4	Områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom vård och omsorg.....	12
3.5	Områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom LSS.....	12
3.6	Områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom socialpsykiatri.....	12
4	Samverkan.....	12
5	Systematiskt förbättringsarbete.....	13
5.1	Riskanalyser.....	13
5.2	Egenkontroll.....	14
5.2.1	Årshjul för egenkontroller.....	14
5.3	Utredning av avvikelser.....	16
5.3.1	Hantering av klagomål och synpunkter.....	16
5.3.2	Rapporteringskyldighet och avvikelshantering.....	16
5.3.3	Sammanställning och analys.....	16
5.4	Kvalitetshöjande åtgärder.....	17
6	Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet.....	17
7	Dokumentation av kvalitetsarbetet.....	17
8	Utvecklingsområden år 2017-2019.....	17
9	Aktuell lagstiftning och föreskrifter.....	18
9.1	Övergripande lagstiftning och föreskrifter.....	18
9.2	Lagstiftning och föreskrifter för socialtjänsten.....	18
9.3	Lagstiftning och föreskrifter för hälso- och sjukvården.....	19

1 Inledning

De medborgare som behöver insatser från verksamheten Vård och Stöd samt andra personer som har kontakt med verksamheten har rätt till ett gott bemötande och insatser utförda med hög kvalitet. För att kunna styra, utveckla och bedriva en verksamhet i ständig förändring/förbättring är behovet av gemensam systematik nödvändig. Detta ledningssystem är framtaget för att stödja det arbetet och ge en gemensam organisatorisk struktur på kvalitetsarbetet. Att det ska finnas ett ledningssystem för de som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS finns fastfällt i en egen föreskrift från Socialstyrelsen.

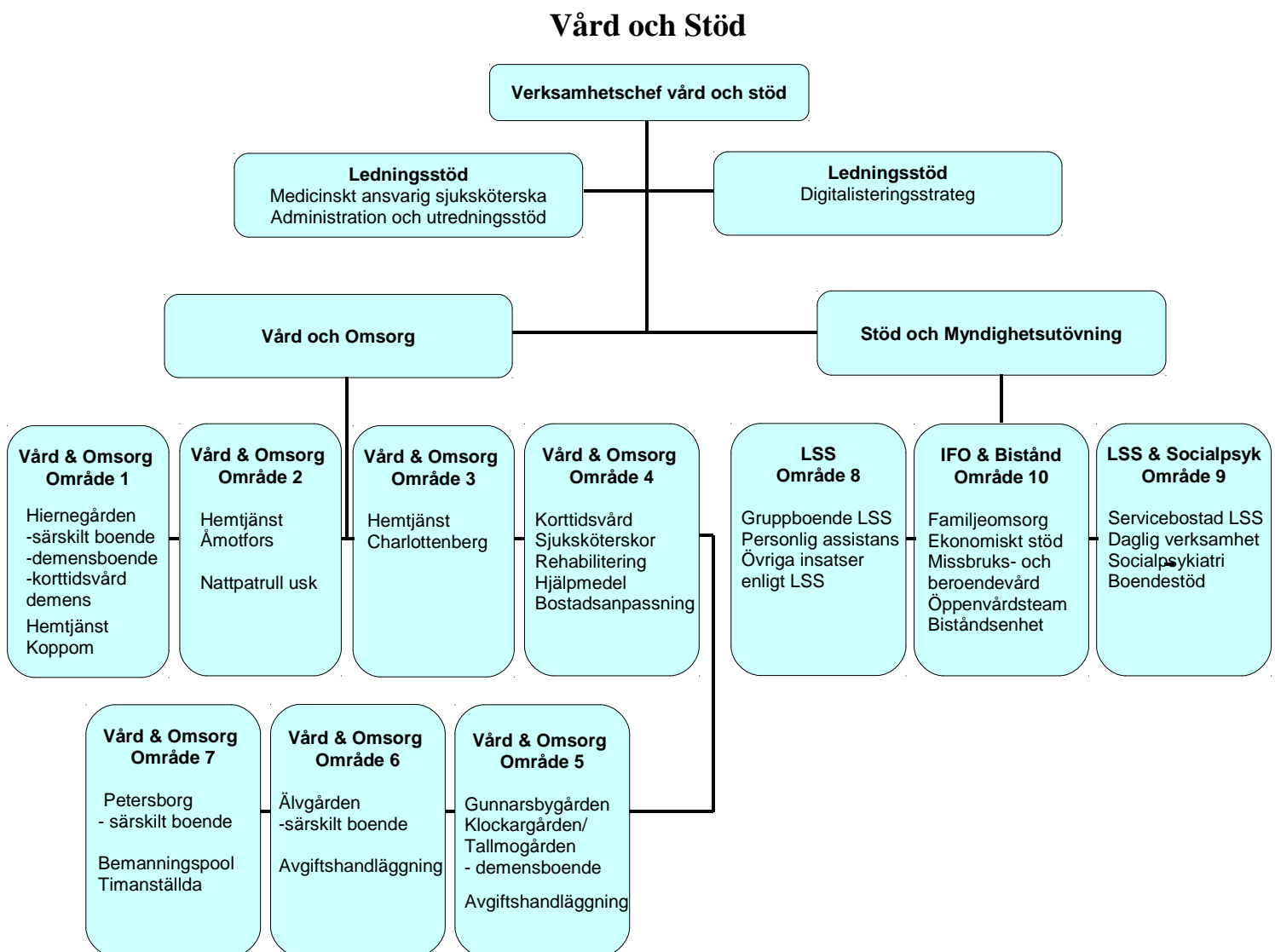
Ledningssystemet innehåller följande delar:

- Bakgrund, förutsättningar och ansvarsfördelning.
- Vilka processer och områden som verksamheten omfattar. Utifrån dessa processer finns det riktlinjer och rutiner. Ledningssystemet anger hur dessa är uppbyggda, hålls uppdaterade, beslutas, publiceras och arkiveras.
- Beskrivning hur hantering av risker, egenkontroll, rapportering och hantering av klagomål och synpunkter samt förbättringsarbetet ska genomföras.
- Former för samverkan både internt inom kommunen och externt t.ex. med andra myndigheter.

Utgångspunkten för det systematiska kvalitetsarbetet är förändrings-/förbättrings cyklens alla delar, planering, ledning, kontroll, uppföljning och utvärdering, samt styrning för genomförande enligt den. De grundläggande beståndsdelar som ska finnas med enligt aktuell lagstiftning är:

- Processer – vad vi gör, varför och flödet.
- Aktiviteter och händelser som ingår i processerna.
- Rutiner som beskriver aktiviteterna och hur de ska utföras för att säkerställa kvaliteten.
- Riskhantering – för att kunna förebygga skador, tillbud etc. och arbeta preventivt.
- Egenkontroller och klagomålshantering med erfarenhetsåterföring.
- Förbättringar – identifierade avvikelser åtgärdas.

1.1 Verksamhetens organisationsstruktur



Ledningssystemet omfattar hela verksamhetsområdet, ansvarsfördelningen inom organisationen framgår i särskilt kapitel i detta dokument.

1.2 Syfte

Ledningssystemet ska vara verktyget som ger struktur till ledning och styrning av verksamheten för att säkra kvaliteten. Det ska också vara ett stöd för att kontinuerligt arbeta med förbättringar, utveckling och skapa en gemensam struktur för det arbetet inom verksamhetsområdet.

1.3 Mål

Ledningssystemet ska:

- Säkerställa att verksamheten bedrivs utifrån fastställda beslut och med hög kvalitet.

- Vara en grund och främja systematiskt kvalitetsarbete inom verksamheten.
- Ta tillvara medarbetarnas professionella kunskap, deras insikter och åsikter om förbättringsområden.
- Ge möjlighet till delaktighet och engagemang genom en tydlig struktur.

1.4 Ständiga förbättringar

Fokus för ständiga förbättringar ska ligga på hantering av risker, klagomål/synpunkter, egenkontroller och medarbetarnas egna idéer på förbättringar som kvalitetsfrämjande utveckling. Varje område inom verksamheten Vård och Stöd måste därför följa beslutat förfaringssätt för hur medarbetarna involveras i kvalitetsarbetet och informeras om ledningssystemet. Det är viktigt att ha en tydlig ansvarsfördelning för alla aktiviteter i en förändringsprocess med fastställda mål och kontrollpunkter samt utvärderingsdatum. Varje verksamhetsområde ska också följa de dokumentationsregler för kvalitets- och förbättringsarbetet som beskrivs i detta dokument och/eller i riktlinjer.

1.5 Kvalitet

Ledningssystemet är upprättat utifrån de krav och mål som finns definierade i gällande lagar, föreskrifter och verksamhetsplan. Ledningssystemet kommer att uppdateras kontinuerligt t.ex. när lagar, föreskrifter eller verksamheten förändras. Verksamheten styrs av samhället och medborgarnas behov och förväntningar vilket ändras över tid. Medborgarnas och den enskildes inflytande över arbetet och respekt för den enskildes integritet har stor betydelse. Kvalitetsperspektivet ska alltid genomsyra de riktlinjer och rutiner som gäller inom verksamheten. Ambitionen är att kvalitetsperspektivet och accepterad nivå ska framgå tydligt och inte lämna utrymme för individuella tolkningar. Tolkas detta på olika sätt i någon form av dokumentation ska det vara ett incitament till att ett förtydligande krävs, kanske efter en utredning.

I allt arbete som bedrivs inom Vård och Stöd ska vår värdegrund utgöra basen:

Den enskilde ska känna sig trygg i sina kontakter med Vård och Stöd.

Kontakten ska kännetecknas av tydlighet, respekt och tillit.

Verksamheten ska verka för kontinuitet, tillgänglighet och hög rättssäkerhet. Vårt kunskapsbaserade arbete bygger på en omvärldsbevakning, helhetssyn och förebyggande arbete.

Verksamheten ska verka för god kvalitet.

Den enskilde ska ha möjlighet att påverka och ha inflytande i sin dagliga livsföring.

Verksamheten ska tillhandahålla aktuell och lätt tillgänglig information samt skapa förutsättning för mötesplatser.

Kvalitet har starka kopplingar till värderingar, synsätt och attityd.

Bemötandet från verksamhetsföreträdare ska alltid präglas av objektivitet, vara korrekt och professionellt.

Förhållningssätt utifrån dessa villkor måste därför vara en naturlig del av verksamhetens kritiska granskning och stå på dagordningen i olika mötesforum. En aktiv och stödjande ledning ska bidra till en lärande organisation där förändringar och utveckling utifrån ett kvalitetsperspektiv är en naturlig del av arbetet.

Verksamhetens mål för kvalitet finns dokumenterade och specificerade dels i verksamhetsplanen och dels i uppföljningsinstrumentet. Mätningar och egenkontroll för att följa utveckling och att rätt nivå uppnås görs med fastställda intervall.

2 Organisationsstruktur och ansvarsfördelning för ledningssystemet

En förutsättning för ett fungerande kvalitetsarbete är en tydlig ansvarsfördelning och att det finns beslutat vem som har befogenheter att vidta åtgärder.

2.1 Organisationsstruktur

2.1.1 Förvaltning

Ledningssystemet ägs av förvaltningen. Det är verksamhetschefen för Vård och Stöd som är ytterst ansvarig för att innehållet i ledningssystemet är korrekt, uppdaterat och tillgängligt. För att ledningssystemet ska vara tillgängligt dels för medarbetare och dels för Eda kommuns medborgare ska det finnas tillgängligt på kommunens hemsida. Det är ledningsgruppen för Vård och Stöd som samordnar och driver ärenden utifrån uppdraget att förvalta ledningssystemet.

2.1.2 Utveckling

Verksamhetschef, områdeschefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR) ansvarar för att resultat, erfarenheter och förbättringar inom verksamheten leder till att ledningssystemets styrdokument som t.ex. riktlinjer och rutiner uppdateras med aktuellt innehåll. Uppdatering av styrdokumentet kan göras från någon i ledningsgruppen eller genom att ledningsgruppen/någon från ledningsgruppen fördelar uppdraget till enskild medarbetare eller till någon arbetsgrupp.

Operativ utveckling av verksamheten är det respektive chef för området/enheten som ansvarar för.

2.1.3 Tillsyn

Tillsyn och uppföljning enligt fastställda arbetsformer och processer av verksamheten ska främja utveckling inom verksamheten. Tillsynen kan genomföras av områdeschefer, MAS/MAR, utvalda medarbetare eller i vissa ärenden extern konsult.

Utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria ska genomföras och återkopplas utifrån de riktlinjer som är beslutade. I riktlinjen för egenkontroll framgår det hur ofta tillsyn ska göras, vad som ska granskas, hur granskning ska genomföras och hur återrapportering görs.

Resultatet från de egenkontroller som genomförs kan vara utgångspunkten för en fördjupad utredning inom granskat område. Fördjupad utredning kan beställas av kommunstyrelsen, vårdutskottet, verksamhetschef, områdeschefer eller MAS/MAR.

2.2 Ansvarsfördelning

Grunderna för vem som beslutar vad som finns i Eda kommuns delegationsordning. Kommunens politiska ledning beslutar vilken verksamhet som ska bedrivas och vilka mål som gäller.

Förvaltningens uppdrag med verksamhetschefen som ansvarig för Vård och Stöd har utifrån detta uppdrag att ta fram en verksamhetsplan som beskriver hur målen ska nås och vem som ska genomföra aktiviteterna i verksamhetens processer.

Ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet inom Vård och Stöd visas nedan:

Vem	Vad
Kommun fullmäktige	<ul style="list-style-type: none"> Fastställa kommunens strategiska plan och övergripande mål
Kommun styrelsen	<ul style="list-style-type: none"> Fastställa verksamhetsplan där ledningssystemet ska vara en integrerad del Besluta om strategier och övergripande mål för kvaliteten, fastställa ledningssystemet, kvalitetsgarantier och riktlinjer Försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete
Vårdutskottet	<ul style="list-style-type: none"> Ansvara för uppföljning av alla kvalitetsaspekter inom verksamheten Kvalitetsgranska dokument för verksamheten innan de lämnas för beslut till kommunstyrelsen
Verksamhetschef	<ul style="list-style-type: none"> Ansvara för att intentioner från ledningssystem för kvalitetsutveckling omsätts i praktisk handling och genomsyrar verksamheten Organisera verksamheten utifrån beslutade mål och resurser så att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses Ansvara för att det finns rutiner för riskanalyser, egenkontroller, hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser samt återföring av resultat och analyser för dem Ansvara för återrapportering genom uppföljningsinstrumentet till kommunstyrelsen, vårdutskottet, Vård och Stöds ledningsgrupp och på verksamhetsrådet Säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner för samverkan internt och externt, med tydlig ansvarsfördelning Säkerställa att internkontroll sker systematiskt och kontinuerligt Bereda ärenden för beslut till vårdutskottet och kommunstyrelsen enligt de mål, riktlinjer, förordningar och lagar som gäller Upprätta riktlinjer och fastställa rutiner enligt delegationsordningen eller lagstiftning Årlig uppdatering av ledningssystemet för kvalitet Integrera kvalitetsarbetet i verksamhetsplanen, varje år Säkerställa att kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen dokumenteras och kommuniceras varje år

Vem	Vad
Ledningsgruppen för Vård och Stöd	<ul style="list-style-type: none"> • Planera och genomföra verksamhet utifrån beslutad verksamhetsplan. Vid behov komplettera med verksamhetsmål • Prioritera och besluta om strategiska kvalitetsfrågor och utvecklingsområden • Samordna kvalitetsarbetet inom verksamhetsområdet • Utse projektansvariga som kan förbereda och planera aktiviteter för beslutade projekt och utvecklingsarbeten
Områdeschef	<p>Inom sitt område:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samlat ledningsansvar så att verksamheten bedriver omsorg och insatser med hög kvalitet och som är rättssäkert • Ansvara för att alla delar i förbättringscykeln finns implementerade på ett naturligt sätt för kvalitetsarbetet, planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera • Bryta ned verksamhetsmål till lokala mål • Genomföra egenkontroller, risk- och händelseanalyser • Ta emot och hantera synpunkter samt klagomål • Bistå verksamhetschefen och verka för att ta fram relevanta överenskommelser internt och externt för samverkan, samt ta fram riktlinjer och rutiner för detta • Förankra kvalitetsarbetet hos medarbetarna • Skapa struktur och processer som möjliggör medarbetarnas delaktighet • Vid behov utse ansvariga med särskilt medarbetaruppdrag för specifika kvalitetsområden • Kommunicera och analysera resultat och vidta de förbättringsåtgärder som krävs • Årligen upprätta en lokal verksamhetsplan och i samband med årsredovisningen en kvalitetsberättelse • Fördela arbetsuppgifter för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten • Delta i arbetet med att utforma och uppdatera riktlinjer och rutiner vid behov • Ansvara för att fastställa och utforma lokala arbetsbeskrivningar • Ansvara för att fastställda riktlinjer och rutiner följs
MAS/MAR	<p>Ansvarar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det medicinska ansvaret för Eda kommuns hälso- och sjukvård • Medborgarna får en säker och ändamålsenlig vård • Att kommunen tillhandahåller behandling av god kvalitet och att den enskilde får den behandling som ordinerats • Bistå verksamhetschefen med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete • Bistå verksamhetschefen och verka för att ta fram relevanta överenskommelser internt och externt för samverkan, samt ta fram riktlinjer och rutiner för detta • Se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följa upp att de efterlevs • Att det finns system för anmälningar av vårdskador/risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt aktuell lagstiftning och att det finns rättssäkra rutiner för delegering av arbetsuppgifter • Följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kompetens utifrån verksamhetens krav • Att nödvändiga riktlinjer och rutiner inom HSL och SoL finns och att de uppdateras varje år

Vem	Vad
Forts MAS/MAR	<ul style="list-style-type: none"> • Upprätta riktlinjer och rutiner enligt delegationsordningen eller lagstiftning • Upprätta den årliga patientsäkerhetsberättelsen
Medarbetare	<p>Varje medarbetare ansvarar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medverka i det systematiska kvalitetsarbetet • Delta i arbetet med att ta fram, uppdatera, tillämpa och vidareutveckla rutiner • Delta i arbetet med uppföljning av resultat, utvärdering av mål och framtagande av förbättringsåtgärder • Skapa förtroende och utföra sina uppdrag med god kvalitet • Visa respekt i alla möten med brukare, medborgare, närstående och varandra • Löpande dokumentera sitt arbete enligt gällande riktlinjer och rutiner • Följa riktlinjer och rutiner som finns för aktuell verksamhet

3 Processer och rutiner

Definitioner:

- Policy** Dokument som innehåller värderingar och grunder som styr arbetet inom ett avgränsat område. Innehåller inga fasta regler utan principer och ska vara kortfattad.
- Riktlinje** Innehåller vad som ska göras. Bygger på fastställda processer för verksamheten. En riktlinje ska beskriva en serie aktiviteter som ingår i den specifika processen. Vilka aktiviteter som ingår och dess samband ska vara så beskrivna att möjlighet finns att åstadkomma avsett resultat och nå specificerade mål. Riktlinjerna ska vara ett konkret stöd för att se aktiviteterna och ibland vara vägledning för att kunna utföra dem. En riktlinje kan generera flera rutiner som mer detaljerat beskriver hur aktiviteterna ska genomföras.
- Rutin** Innehåller beskrivning av ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och vem som är ansvarig. Benämns regler i Eda kommuns riktlinjer för styrdokument.
- Lokal arbetsbeskrivning** Bygger på fastställda rutiner men innehåller också lokal information för att underlätta och/eller säkerställa att utförandet av aktiviteten blir korrekt. Ska endast finnas i de fall det anges i föreskrift eller när det tillför något mervärde för verksamheten.

Inom verksamhetsområdet Vård och Stöd finns nedan angivna processer identifierade och fastställda. Till varje process ska det finnas minst en riktlinje med ingående aktiviteter. Syftet med riktlinjer och rutiner är att verksamhetens kvalitet ska kunna utvecklas och säkras. Förhållandena mellan olika aktiviteter i en process ska var överskådligt beskrivet så att deras inbördes ordning framgår tydligt. Varje riktlinje ska innehålla en tydlig målformulering. Tillvägagångssättet för aktiviteterna/delar av aktiviteterna i en riktlinjen beskrivs i rutiner. I rutinerna ska det framgå hur aktiviteten ska genomföras och ansvarsfördelning.

Alla medarbetare som uppmärksammar att en riktlinje eller rutin inte är korrekt har ett ansvar att meddela sin närmsta chef. Det är sedan chefens ansvar att ta uppgifterna vidare och eventuellt följa proceduren för att revidera riktlinjen eller rutinen. Regler för hur riktlinjer och rutiner är strukturerade, hålls uppdaterade, beslutas, publiceras och arkiveras framgår i tabellen nedan.

	Riktlinjer	Rutiner
Struktur	Enligt mall med följande obligatoriska uppgifter: dokument- namn, typ och ansvarig samt beslutad av, reviderad av, giltighetstid, version och för vilken verksamhet den gäller	Enligt mall med följande obligatoriska uppgifter: dokument- namn, typ och ansvarig samt beslutad av, reviderad av, giltighetstid, version och för vilken verksamhet den gäller
Beslut	Ska beslutas av kommunstyrelsen, styrs av delegationsordningen för Eda kommun	Ska beslutas av ansvarig verksamhetschef eller områdeschef
Publicering	Eda kommuns hemsida i PDF format, intranätet i PDF format. Ett ej skrivskyddat dokument i Wpdata/Avd/VoS/Ledning/Ledningssystem för kvalitet	Intranätet i PDF format Ett ej skrivskyddat dokument i Wpdata/Avd/VoS/Ledning/Ledningssystem för kvalitet
Arkivering	Diabas. Alla riktlinjer ska diarieföras även vid nya versioner för spårbarhet	I mapp märkt ARKIV i Wpdata/Avd/VoS/Ledning/Ledningssystem för kvalitet, även vid nya versioner för spårbarhet
Revidering	Revidering ska övervägas minst 1 gång/år när framgår av giltighetstid. Ändringar beslutas på den nivå som godkänt riktlinjen	Revidering ska övervägas minst 1 gång/år när framgår av giltighetstid. Ändringar beslutas på den nivå som godkänt rutinen

3.1 Områden för det systematiska kvalitetsarbetet övergripande för Vård och Stöd

- Klagomål och synpunkter samt avvikelser
- Riskanalyser – förebyggande arbete
- Egenkontroll
- Sekretess
- Kompetensförsörjning
- Katastrofer och allvarliga händelser
- Service
- Information och tillgänglighet

3.2 Områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom hälso - och sjukvård

- Delegering
- Larm och skyddsåtgärder
- Dokumentation
- Läkemedelshantering
- Läkarkontakter
- Medicintekniska produkter
- Rehabilitering
- Vård i livets slutskede
- Övriga processer/områden inom hälso- och sjukvård

3.3 Områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom IFO

- Handläggning och beslutshantering av försörjningsstöd
- Handläggning och beslutshantering barn- och ungdomsutredningar
- Handläggning och beslutshantering utredning vuxna
- Verkställande av fattade myndighetsbeslut för barn och unga
- Verkställande av fattade myndighetsbeslut för vuxna med beroendeproblematik

3.4 Områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom vård och omsorg

- Handläggning och beslutshantering inom vård och omsorg
- Verkställande av fattade myndighetsbeslut för vård och omsorg

3.5 Områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom LSS

- Handläggning och beslutshantering inom LSS
- Verkställande av fattade myndighetsbeslut inom LSS verksamhet.

3.6 Områden för det systematiska kvalitetsarbetet inom socialpsykiatri

- Handläggning och beslutshantering inom socialpsykiatri
- Verkställande av fattade myndighetsbeslut inom socialpsykiatrisk verksamhet.

4 Samverkan

Samverkan ska alltid utgå från att tillgodose den enskildes bästa och för att denna ska få sina insatser utförda med god kvalitet.

Den enskilde ska i så stor utsträckning som möjligt ge samtycke till eventuell informationsöverföring. Rutiner för att upprätthålla sekretessen ska finnas, vara väl kända och följas i verksamheten. Exempel på när samverkan är nödvändig är upprättande av vårdplan, samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård, barn som far illa eller riskerar att fara illa och våld i nära relationer.

Många gånger är samverkan internt inom kommunen och externt en nödvändighet för att kunna säkra kvaliteten på de insatser som ges inom verksamhetsområdet Vård och Stöd eftersom den enskilde har sammansatta behov. Aktuella föreskrifter ställer krav på att det finns identifierade, beskrivna och fastställda processer för detta. Som exempel på aktörer för samverkan kan nämnas andra verksamhetsdelar inom Vård och Stöd, andra verksamheter inom kommunen, andra vårdgivare, myndigheter och föreningar. I riktlinjerna och rutinerna ska det därför tydligt framgå hur samverkan ska möjliggöras, aktuell ansvarsfördelning och hur informationsöverföringen ska göras. Det ska också finnas dokumentation över gjorda överenskommelser. Överenskommelserna ska återspeglas i riktlinjer där processerna finns beskrivna. Utförande verksamhet är ansvarig för att upprätta rutiner, implementera dem och se till att de följs.

5 Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet utgår från och är beroende av samtliga delar som beskrivs nedan i detta kapitel. Dessa ska ses som en helhet och en cykel som ständigt pågår. För att det ska vara tydligt för alla finns behovet av systematik och transparens i förbättringsarbetet. Det ska finnas en plan för verksamheten som utgår både från krav och mål när dessa inte kan uppfyllas ska avvikelser registreras och hanteras. Åtgärder för att hantera avvikelserna ska vidtagas, verifiering av processer och rutiner som berörs med eventuella uppdateringar genomförs för att undvika att avvikelserna upprepas. Hela proceduren och nya slutsatser ska kommuniceras och göras kända av berörda delar av verksamheten. Arbetsplatsträffar, skyddsronder och olika ledningsforum är naturliga möten där det systematiska förbättringsarbetet alltid ska vara en stående punkt för rapportering och diskussion.

5.1 Riskanalyser

Att genomföra riskanalyser ska vara en integrerad del av verksamhetens utvecklingsarbetet. Verksamheten ska fortlöpande bedöma och dokumentera om det finns risker för händelser som kan innebära kvalitetsbrister. Syftet är att tydliggöra behov av åtgärder för att kunna förebygga brister och negativa händelser. Bedömningen ska innehålla:

- Sannolikheten för att händelsen inträffar.
- Vilka negativa konsekvenser skulle kunna inträffa på grund av händelsen.

Risikanalyser ska alltid göras vid förändringar inom verksamheten som t.ex. när nya arbetssätt eller metoder införs eller när organisationsförändringar planeras och genomförs.

5.2 Egenkontroll

Verksamhetens resultat ska följas upp och analyseras systematiskt. Egenkontrollen ska innehålla utvärdering av verksamhetens mål, kontroll att processer och riktlinjer följs och jämförelser med nationella/andra verksamhetens resultat när det är möjligt.

En övergripande strategi för hela verksamhetsområdet är att följa helheten och kunna se olika samband. Därför har ett uppföljningsinstrument skapats. I det lyfts kvalitetsparametrar och mål fram som den första delen av uppföljningen, därefter följer produktion/volym och sist de ekonomiska parametrarna. De flesta av dessa parametrar är månadsresultat. Presentationen görs dels per område och dels för hela verksamheten där så är möjligt. Övriga kontroller och mätningar som är återkommande men följs med längre intervall presenteras i årshjulet nedan. Vilka resultat/parametrar som obligatoriskt ska ingå beslutas av vårdutskottet och verksamhetschefen. Det står varje verksamhetsområde fritt att lägga till och följa fler parametrar därutöver.

Rapportering av egenkontroller görs i vårdutskottet, på ledningsmöte, på verksamhetsråd och på respektive verksamhetsområdes arbetsplatsträffar. Syftet är att kungöra verksamhetens resultat, skapa diskussioner och tillvarata alla förslag till förbättringar och utveckling.

5.2.1 Årshjul för egenkontroller

Uppföljning 1 gång/år

Månad	Uppföljning
Januari	Kommunens avgift för vården och omsorgen om äldre, Socialstyrelsen
Januari	Mängduppgifter insatser för barn och unga, Socialstyrelsen
Februari	Årsredovisning inklusive kvalitetsberättelse
Februari	Mängduppgifter familjerätt, Socialstyrelsen
Februari	Mängduppgifter kommunal familjerådgivning, Socialstyrelsen
Februari	Mängduppgifter insatser för vuxna personer med missbruks och beroendeproblem, Socialstyrelsen
Februari	Mängduppgifter insatser för övriga vuxna inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg, Socialstyrelsen
Mars	Patientsäkerhetsberättelse
April	Kommun- och enhetsundersökning: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen
Maj	Nationell brukarundersökning: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, Socialstyrelsen
Maj	Kommunens stöd till anhöriga, äldre, IFO och LSS, Socialstyrelsen
Oktober	Individuppgifter insatser inom LSS, Socialstyrelsen
November	Mängduppgifter insatser enligt socialtjänstlagen till äldre personer och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen

Månad	Uppföljning
November	Extern granskning läkemedelshantering
November/ december	Intern granskning läkemedelshantering
December	Boverket, bostadsanpassning

Uppföljning 2-6 gånger/år

Månad	Uppföljning
Januari, mars, maj, juli, september, november	Loggning av användare i Procapita HSL, Meddix, NPÖ
Januari, mars, maj, juli, september, november	Loggning av användare i Procapita SoL
Januari, april, augusti, oktober	Sammanställning avvikelserapporter, klagomål och synpunkter samt brister och fel
Februari, maj, september, november	Analys av sammantällning avvikelserapporter, klagomål och synpunkter samt brister och fel
Februari, maj, augusti, november	Individuppgifter insatser barn och unga, Socialstyrelsen
Februari, september	Individuppgifter insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsen
Februari, maj, augusti, november	Följsamhet till hygienrutiner
Mars, oktober	Mätning av nattfasta i särskilt boende och korttids boende
Mars, juni, september, december	Ej verkställda beslut inom 3 månader avseende särskilt boende inom vård och omsorg samt LSS
April, oktober	Granskning av SoL-dokumentation inom Vård och Stöd inklusive genomförandeplaner avseende kvalitet och kvantitet
Maj, november	Journalgranskning av HSL-dokumentation avseende kvalitet
Valfria månader	Intern granskning av lyftselar

Uppföljning varje månad

Uppföljning
Individuppgifter insatser enligt socialtjänstlagen till äldre personer och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen
Individuppgifter ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen
Avvikelser och tillbud
Fallolyckor
Sjukfrånvaro
Frisknärvaro
Beläggning korttidsplatser

Uppföljning
Antal vårdtagare i hemtjänsten
Beviljade och utförda timmar SoL-insatser inom hemtjänsten
Beviljade och utförda timmar HSL-insatser inom hemtjänsten
Antal dagar institutionsplacerade barn och unga
Antal placeringar i familjehem
Antal placeringar i förstärkt familjehem
Antal orosanmälningar barn och unga och antal startade utredningar
Antal pågående ärenden barn och unga
Antal brukare med personlig assistans internt och externt
Antal brukare inom daglig verksamhet
Antal brukare inom socialpsykiatri
Ekonomisk uppföljning

5.3 Utredning av avvikelser

Alla avvikelser som upptäcks inom verksamheten eller klagomål och synpunkter som inkommer från andra t.ex. anhöriga, andra vårdgivare eller myndigheter ska sammanställas. Vid analys ska beslut tas om fortsatt handläggning och eventuella åtgärder. Återkoppling till den som lämnat avvikelse ska alltid göras när det är möjligt. Avvikelser, klagomål och synpunkter ska alltid tas emot med en öppen och professionell inställning. De är en naturlig del i förbättringsarbetet och kan vara ett tecken på att det finns fel och brister som behöver åtgärdas eller förebyggas. Handläggning görs enligt gällande riktlinjer.

5.3.1 Hantering av klagomål och synpunkter

Alla enheter inom verksamhetsområdet ska ge medborgarna möjlighet att lämna klagomål och synpunkter där utan behöva röja sin identitet. Vidare kan klagomål och synpunkter lämnas t.ex. genom kommunikation direkt med verksamheten, via kommunens hemsida eller medborgarkontoret. Möjlighet finns också för enskilda att anmäla klagomål till Inspektion för vård och omsorg (IVO).

5.3.2 Rapporteringsskyldighet och avvikelsehantering

När vårdskador, risker för vårdskador, missförhållanden eller allvarliga risker för missförhållanden finns är det en lagstadgad skyldighet för medarbetare att rapportera detta. Vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS är skyldig att utreda rapporterade avvikelser och vidta åtgärder för att förbygga att avvikelsen upprepas. Anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria ska göras enligt gällande lagstiftning.

5.3.3 Sammanställning och analys

Verksamhetens stab ska göra övergripande sammanställningar och analyser av inkomna rapporter, synpunkter och klagomål kontinuerligt under året. Den övergripande sammanställningen främjar att mönster och trender lättare identifieras.

Syftet är att spridningseffekten inom verksamhetsområdet säkerställs. En årlig sammanställning görs som ingår i patientsäkerhets-berättelsen och verksamhetens årsredovisning. Sammanställningar och analyser ska kommuniceras till vårdutskottet, på ledningsmöte, och på verksamhetsrådet. I analysen ska eventuella förslag på förbättrande åtgärder framgå. Motsvarande sammanställningar och analyser ska göras av respektive verksamhetsområde och kommuniceras på arbetsplatsträffar.

5.4 Kvalitetshöjande åtgärder

Förbättrande åtgärder ska göras utifrån gjorda sammanställningar och analyser. Det kan vara förbättring av processer och rutiner för att säkerställa kvaliteten. Förbättrande åtgärder ska gälla för all aktuell verksamhet inom verksamhetsområdet. Genom strukturerade processer för risk- och kvalitetsarbetet säkerställs att kunskap och åtgärder sprids.

6 Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet är en grundförutsättning eftersom det är i verksamhetens yttersta gren som beskrivningar av kvaliteten ska verkställas och tillämpas. Det är en framgångsfaktor för att medborgare i Eda kommun och andra ska få och uppleva en hög kvalitet på de tjänster som tillhandahålls. Därför ska ledningssystemet vara känt av alla och den verksamhet som bedrivs ska utföras enligt fastställda riktlinjer och rutiner. Vidare ingår det i medarbetaruppdraget, vilket också framgår av ansvarsfördelningen i detta dokument, ett ansvar för delaktighet i verksamhetens kvalitetsutveckling.

7 Dokumentation av kvalitetsarbetet

Alla processer med betydelse för kvaliteten inom verksamheten ska vara dokumenterade enligt den struktur som tidigare beskrivits (riktlinjer och rutiner) och med hjälp av de mallar som finns. Kvalitets- och förbättringsarbetet ska dokumenteras på den nivå som arbetet sker och omfatta alla aktiviteter. Dokumentation ska finnas både på respektive verksamhetsområde och övergripande. Sammanställning av årets kvalitets- och förbättringsarbete görs i kvalitetsberättelsen, en del av årsredovisningen. Patientsäkerhetsberättelsen upprättas också årligen.

Dokumentationen som beskriver verksamhetens genomförande och utveckling ska vara skriven så att den är enkel och lättförståelig för alla. Tillgänglighet och spridning både internt och till allmänheten är viktig och ska finnas beskriven i riktlinjer. Det ska finnas en spårbarhet i dokumentationen över förändringsprocessen även efter att ändringar är gjorda i t.ex. riktlinjer.

8 Utvecklingsområden år 2017-2019

Utvecklingsinsatser behöver göras inom flera områden för att säkerställa kvalitetsarbetet inom verksamheten.

För att satsa på de mest angelägna områdena måste prioriteringar göras. Det behövs dels ett grundläggande arbete med att ta fram processer och gemensamma mallar etc. men den största utmaningen torde dock vara att nå ut och förankra en samsyn i kvalitets- och förbättringsarbetet inom alla verksamhetsområden.

Prioriterade aktiviteter är:

- Gemensam modell och struktur för att beskriva processer
- Processkartor och riktlinjer till alla områden som har betydelse för kvalitetsarbetet
- Rutiner för att säkerställa gemensamma arbetssätt och metoder används i verksamheten
- Arbetsformer för att tillvarata medarbetarnas reflektioner och synpunkter
- Implementera ”ständiga förbättringar” som en naturligt integrerad del av vardagsarbetet inom alla verksamhetens område
- Spridning av verksamhetens resultat, vidareutveckla analysarbetet och samordna åtgärder
- Former för ökad delaktighet från brukare/anhöriga/medborgare
- Öka informationen och informationstillgängligheten till brukare/anhöriga/medborgare

9 Aktuell lagstiftning och föreskrifter

Många av de processer med tillhörande riktlinjer och rutiner som finns upptagna i ledningssystemet har beroende till lagstiftning och föreskrifter, dessa listas nedan.

9.1 Övergripande lagstiftning och föreskrifter

Lagstiftning

Förvaltningslagen

Lag om valfrihetssystem (LOV)

Lagen om offentlig upphandling (LOU)

Lag om registerkontroll av personal vid sådana hem för vård och boende som tar emot barn

Lag om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar

Offentlighets- och sekretesslagen

Personuppgiftslagen

Smittskyddslagen

Föreskrifter

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

9.2 Lagstiftning och föreskrifter för socialtjänsten

Lagstiftning

Socialtjänstlagen (SoL)

Socialtjänstförordningen

Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)
Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)
Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
Förordning om stöd och service till vissa funktionshindrade
Föräldrabalken
Lag med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare
Lag om medling med anledning av brott
Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten
Förordning om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.
Lag om vissa kommunal befogenheter (2009:47)

Föreskrifter

SOSFS 2006:5 Dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS
SOSFS 2011:5 Lex Sarah
SOSFS 2002:9 Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
SOSFS 2003:20 Hem för vård eller boende
SOSFS 2007:4 Socialnämndens utredning och fastställande av föräldraskap

9.3 Lagstiftning och föreskrifter för hälso- och sjukvården

Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen
Lag om medicintekniska produkter
Läkemedelslagen
Patientdatalagen
Patientsäkerhetslagen

Föreskrifter

SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
SOSFS 2000:1 Läkemedelshantering i hälso- och sjukvård
SOSFS 2005:28 Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria
SOSFS 2008:14 Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
SOSFS 2007:19 Basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.
SOSFS 2004:12 Anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som inte kan utöva sitt yrke p.g.a. sjukdom m.m.