

Riktlinje för kvalitetsledningssystem (KLS) för sektorn för socialtjänst

Enligt SOSFS 2011:9

Antagen i Valfärdsnämnden § 59 2020-03-04

Inledning

Sektorn för socialtjänst omfattas av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskriften är även tillämplig i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Syftet med ett ledningssystem för det systematiskt kvalitetsarbete är att det ska bidra till att uppnå kvalitet i de insatser som ges för dem som verksamheterna är till för.

Ledningssystemet ska användas för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet,
- upptäcka risker medan de fortfarande är möjliga att förebygga samt
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ledningssystemet ska också säkerställa sektorns regelefterlevnad mot SOSFS 2011:9 men ska också säkerställa att lagkrav, politiska mål och interna krav tillgodoses.

Kvalitetsdefinition

Med kvalitet menas att verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Kvalitet är att göra rätt saker, på rätt sätt och att med tilldelade resurser nå avsett resultat.

Roller och ansvar

Ansvar för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs följer den ordinarie linjeorganisationens ansvarsfördelning och det som i beskrivs i Härryda kommuns styrdokument.

Välfrädnämnden

Välfrädnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Sektorschef

Sektorschefen ansvarar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt. Sektorschefen ansvarar för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

Utvecklingschef

Utvecklingschefen på sektorn för socialtjänst ansvarar för att samordna och organisera kvalitetsledningssystemet.

Verksamhetschefer

- ansvarar för att politiska inriktningar och uppdrag från budget och verksamhetsplan och övriga styrdokument omvandlas till konkreta aktiviteter.
- ansvarar ytterst för att lagkrav och interna krav möts.
- avgör vilka åtgärder, egenkontroller, riskbedömningar från enheterna som ska ingå i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

Enhetschefer

Alla enhetschefer ansvarar för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- prioritera vilka mål som enheten ska arbeta mot
- dokumentera det systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet i form av en enhetsplan och enhetsberättelse i Stratsys samt processkartläggning i 2c8.

Medarbetare

Alla medarbetare ansvarar för att:

- aktivt arbeta mot beslutade mål
- arbeta efter beslutade processer och rutiner
- rapportera avvikelser till närmsta chef

Verksamhetschef enligt HSL

Ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att den säkerställer hög patientsäkerhet och god kvalitet. Verksamhetschef enligt HSL har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAS och MAR ansvarar för att det finns ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för kommunal hälso- och sjukvård så att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- läkemedelshantering är säkrad
- besluten om delegering är patientsäkra
- hantering av medicinska produkter inom verksamheten är ändamålsenlig och fungerande

- patientjournaler förs.
- tillse att en god samverkan sker inom kommunen såväl som med andra vårdgivare

MAS

MAS ansvarar för att:

- anmälan görs till välfärdsnämnden om en patient utsatts för allvarlig skada
- anmälan görs till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om allvarlig vårdskada enligt lex Maria. MAS är IVOs kontaktperson.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

SAS ansvarar för att:

- Upprätta samt kvalitetssäkra riktlinjer och rutiner för myndighetsutövning och utförande av socialtjänstens insatser enligt SoL, LSS, LVU och LVM
- Ge stöd i det systematiska kvalitetsarbetet och följa upp att/hur gällande kvalitetskrav inom socialtjänsten uppnås
- Sammanställa och analysera avvikelser samt klagomål- och synpunkter
- Utredda och bedöma om händelser inneburit allvarliga missförhållanden eller risk för allvarligt missförhållande. Ställningstagandet utgör underlag för anmälan till IVO enligt Lex Sarah.

MAS, MAR och SAS

MAS, MAR och SAS ansvarar utöver ovanstående för att systematiskt följa upp verksamheter i extern och intern regi.

Samverkan

Alla processer innehåller aktiviteter som förutsätter en fungerande samverkan, både internt och externt. Det beskrivs i de processer som ingår i ledningssystemet. Därför identifierar ledningssystemet de aktiviteter som förutsätter samverkan.

Externa leverantörer

Externa leverantörer är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem. Externa leverantörer är skyldiga att lämna en kvalitetsredovisning till Härryda kommun minst en gång om året. Det ska i upphandlingsunderlaget framgå vad Härryda kommun vill ha levererat för att kunna följa upp avtalet systematiskt och kontinuerligt.

Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs enligt en cyklisk modell och ska leda till att verksamheten ständigt förbättras. Sektorn för socialtjänst kvalitets- och utvecklingsarbete följer PDSA-metodiken som utvecklades av den amerikanska forskaren Edwards Deming. Enligt denna metodik sker systematiskt förbättringsarbete i fyra olika steg; planera (plan), genomföra (do), utvärdera (study) och förbättra (act).

Processer och rutiner ska följas upp, utvärderas och förbättras. En grundförutsättning är att medarbetare görs delaktiga i förbättringsarbetet så att processer och rutiner kan anpassas efter uppgiften som ska utföras.

Arbetet med utveckling och säkring av kvalitet ska ske systematiskt. Det innebär ett långsiktigt och målmedvetet arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna.

Rapportstruktur

Sektorn för socialtjänsts systematiska kvalitetsarbete enligt den cykliska modellen dokumenteras i systemet Stratsys och 2C8.

Rapport	Ansvarig	Typ av rapport
<i>Kommunövergripande</i>		
Verksamhetsplan	Kommundirektör	Planering
Verksamhetsberättelse	Kommundirektör	Utvärdera och förbättra
<i>Sektorn för Socialtjänst</i>		
Sektorsplan	Sektorschef	Planering
Enhetsplan	Enhetschef	Planering
Enhetsberättelse	Enhetschef	Utvärdera och förbättra
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse	MAS, MAR, SAS och Verksamhetschefer	Utvärdera och förbättra

Kvalitetsledningssystemets innehåll

Grunduppdrag

Grunduppdraget för enheten och verksamheten ska tydligt framgå i planerings- och uppföljningsarbetet. Enheternas grunduppdrag ska vara förmedlat till samtliga medarbetare.

Politiska inriktningar/mål

Politiska styrsignaler från budget och verksamhetsplanen och övriga styrdokument ska konkretiseras med enhetsspecifika aktiviteter.

Informationstal

Informationstal ska användas för att beskriva verksamhetens förutsättningar.

Sektorn fokuserar på nyckeltal i följande tre perspektiv; kvalitativa, ekonomiska och arbetsmiljö. Indikatorer ska användas som hjälpmedel för analys av huruvida grunduppdraget uppnås. Vid behov ska aktivitet/åtgärd formaliseras för att säkerställa att leveransen av grunduppdraget är av god kvalitet.

Kommungemensamma strategiska områden

Enhetsplanerna ska omvandla kommungemensamma strategiska områden till konkreta handlingar. Enhetsplanerna ska fokusera på insatser som enhetschefen själv kan påverka.

Prioriteringar och fokusområden från sektorsplanen

Enhetsplanerna ska omvandla styrsignaler från sektorsplanen till konkreta aktiviteter. Enhetsplanerna ska fokusera på insatser som enhetschefen och medarbetarna själva kan påverka.

Bedöma risk och åtgärda röda risker

För att förebygga att oönskade händelser inträffar genomförs riskanalyser. I alla verksamheter finns risk för att oönskade situationer inträffar som inverkar på möjligheten att uppfylla verksamhetens uppdrag och säkra kvaliteten på insatserna. Risker ska därför identifieras och analyseras och ansvariga chefer ska fortlöpande ta ställning till hur dessa risker ska hanteras. Riskanalys görs på enhets-, verksamhets- och sektorsledningsnivå och följs upp i Enhetsberättelsen och Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Enhetschef ska årligen bedöma risker enligt SKR:s riskmatris. Samtliga nämnda risker ska ha en dokumenterad åtgärd som följs upp med en ändamålsenlig frekvens.

Egenkontroller och åtgärder vid behov efter egenkontroll

Egenkontroll är en systematisk analys och uppföljning av verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen innefattar att jämföra resultat över tid, jämföra med andra, ta tillvara synpunkter från målgruppsundersökningar samt kontroll av att verksamheten bedrivs enligt beslutade processbeskrivningar och rutiner. Egenkontroll ska göras i den omfattning som krävs för att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Om resultatet vid egenkontrollen är avvikande ska en åtgärd dokumenteras och genomföras.

Rutiner

Chef ansvarar för att rutiner är dokumenterade, ändamålsenliga och att enhetens rutiner är kända bland medarbetarna. Rutiner ska årligen uppdateras.

Öppna jämförelser/KKiK/Sektoriella kvalitetsindikatorer
Sektorsplanen och kvalitets- och patientberättelsen ska innehålla lämpliga nationella kvalitetsindikatorer. På enhetsnivå väljer enhetschef själv lämpliga indikatorer. Enheten för utveckling och uppföljning ansvarar för att samtliga utfall lägre än det nationella genomsnittet analyseras och skriver en eventuell åtgärdsplan tillsammans med verksamhetschefer.

Patientsäkerhetsberättelse

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse ska innehålla det som HSL benämner "Patientsäkerhetsberättelsen". MAS, MAR och verksamhetschef enligt HSL ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen är ändamålsenlig. Patientsäkerhetsberättelsen ska beslutas av välfärdsnämnden.

Klagomål och synpunkter

Hur synpunktshandlingen fungerar och vilka förbättringsåtgärder som är gjorda utifrån inkomna synpunkter följs upp kontinuerligt. Även synpunkter på verksamheten från medarbetare, andra myndigheter, externa aktörer och samverkanspartner används som underlag i det systematiska förbättringsarbetet.

Avvikelse och händelseanalys

Processer och rutiner för rapporteringsskyldigheten enligt SoL, LSS och HSL ska vara säkrade, kända och användas i det systematiska kvalitetsarbetet. Avvikelse uppstår om verksamheten inte följer lagkrav, föreskrifter, beslut eller om inte arbetet utförs enligt beslutade processer eller rutiner. Identifierade avvikelser ska åtgärdas samtidigt som processer och rutiner ska ses över för att undvika att inträffad avvikelse sker på nytt.

Kollegialt lärande och goda exempel

Sektorschef ska årligen bjuda in till ledningsträff där goda exempel från sektorns enheter presenteras. Goda exempel på förbättring kan lyftas inom följande områden; kvalitet, ekonomi, arbetsmiljö, egenkontroller, risker och mod. Presentation ska ske av enhetschef och med medarbete.

Genomgång av kvalitetsledningssystemets ändamålsenlighet

För att kontinuerligt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten ska sektorschefen årligen utvärdera huruvida ledningssystemet för kvalitetsarbete är effektivt och ändamålsenligt.

Processkartläggning

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.

För att ta fram och beskriva processer:

- Fastställ vilka processer som är nödvändiga för att uppfylla verksamhetens krav och mål enligt lagar och föreskrifter.
- Identifiera vilka aktiviteter som ingår i processerna och besluta deras inbördes ordning.
- Tydliggör vem som äger och ansvarar för processerna.

Varje aktivitet ska ha ett bestämt tillvägagångssätt som finns angivet i en rutin.

Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Processerna ska vara tydligt definierade, processkartlagda i 2c8 och kända bland medarbetarna. Processerna ska användas som verktyg för verksamhetsutveckling.

Processägare

Processägaren har på uppdrag av sektorschefen ansvar för en specifik process. Processägaren tillser att processen förvaltas, dokumenteras i 2c8 och utvecklas. Processen ska vara effektiv och ändamålsenlig och processägaren ansvarar för att resultat lever upp till processmålen.

Sektorschefen är processägare för de processerna som omfattar hela eller flera områden av sektorn. Verksamhetschef är processägare för de processerna som omfattar flera enheter inom ett och samma område. Enhetschef är processägare för de processerna som enbart omfattar enheten.

Processledare

På uppdrag av processägaren driver och samordnar processledaren förbättringsarbetet inom processen utifrån behov som uppstår, avvikelser som uppmärksammas och omvärldsförändringar som påverkar processen.

Övrigt

Systemtekniska synpunkter rörande 2C8 och Stratsys
Synpunkter och förbättringar ska lämnas till planeringsledare kvalitet.
Utvecklingschef ansvarar för att rapportera in krav och förbättringar till sektorsledningen.

Sektorschef beslutar vilka förbättringsförslag som ska prioriteras.

Systemstöd

Planeringsledare kvalitet är systemadministratör för Stratsys och 2C8.

Lagkravslista

Att uppfylla lagens krav är grunden för att verksamheten ska vara rättssäker och att utförda tjänster är av god kvalitet.

De verksamhetsspecifika lagarna inom sektorn som omfattas av ledningssystemet är;

- socialtjänstlag (2001:453)
- lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- hälso- och Sjukvårdslag (2017:30)
- patientsäkerhetslag (2010:659)4
- lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
- lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
- lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Andra viktiga lagar som är direkt tillämpliga i verksamheterna är;

- förvaltningslag (2017:900)
- offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
- socialförsäkringsbalk (2010:110)

Utöver nämnda lagar finns det ytterligare lagar som är tillämpliga för verksamheterna i vissa fall. Alla lagar är sökbara via www.riksdagen.se eller www.lagrummet.se.

Föreskrifter och allmänna råd utgivna av myndigheter, som t.ex. socialstyrelsen, finns samlat i en gemensam författningssamling, HSLF-FS, sökbara via webbsida på internet www.kunskapsguiden.se. Ett urval av de viktigaste föreskrifterna följer här;

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)
- Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- Handläggning av ärenden som gäller barn och unga (SOSFS 2014:6)
- Våld i nära relationer (SOSFS 2014:4)
- Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3)
- Grundläggande kunskaper hos medarbetare som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12)
- Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning (SOSFS 2014:2)
- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)
- Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLFFS 2017:37)
- Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) (HSLF-FS 2017:41)