



Essunga kommun

Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Dokumenttyp
Fastställd av

Detta dokument gäller för
Giltighetstid
Dokumentansvarig
Dnr

Riktlinje
Av Socialnämnden
2024-05-15, § 41
Socialnämnden
Tillsvidare
Chef social sektor
2024/66

Innehållsförteckning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	3
Inriktning	3
Syfte	3
Ansvar	4
Ansvarsroller	4
Socialnämnd	4
Sektorchef	4
Områdeschef	5
Enhetschef	5
Verksamhetschef inom kommunal hälso- och sjukvård (HSL)	5
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)	5
Socialt ansvarig samordnare (SAS)	6
1:e socialsekreterare	6
Medarbetare	7
Genomförande	7
Processer, rutiner och samverkan	7
Systematiskt förbättringsarbete	7
Dokumentation	8
Kontinuerlig dokumentation	8
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse	8

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsen fastslog med författningssamlingen 2011:09 att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete behövs för att utveckla och säkra kvalitén i verksamheterna samt att fastställa principer för ledning av verksamheten.

Kvalitet innebär att en verksamhet uppfyller 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 och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. (SOSFS 2011:9)

Denna riktlinje beskriver inriktning, ansvarsfördelning samt hur dokumentationen ska genomföras. Som komplement till riktlinjen finns en rutin som anger hur verksamheten arbetar systematiskt med ledningssystemet.

Inriktning

Ledningssystemet enligt SOSFS 2011:09 avser verksamhet som bedrivs enligt:

- Socialtjänstlagen (SoL) (2001:453)
 - I socialtjänst inkluderas även verksamhet enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) (1990:52) samt verksamhet enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) (1988:870)
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (2017:30)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (1993:387)
- Tandvårdslagen (1985:125)
- Lagen om omskärelse av pojkar (2001:499)
- Lagen om handel med läkemedel (2009:366)

Föreskrifterna i SOSFS 2011:09 gäller även de beslut som tagits med stöd av ovanstående lagstiftning, såsom vägledande domstolsavgöranden, JO-beslut och politiska beslut som har sin grund i ovan lagstiftning.

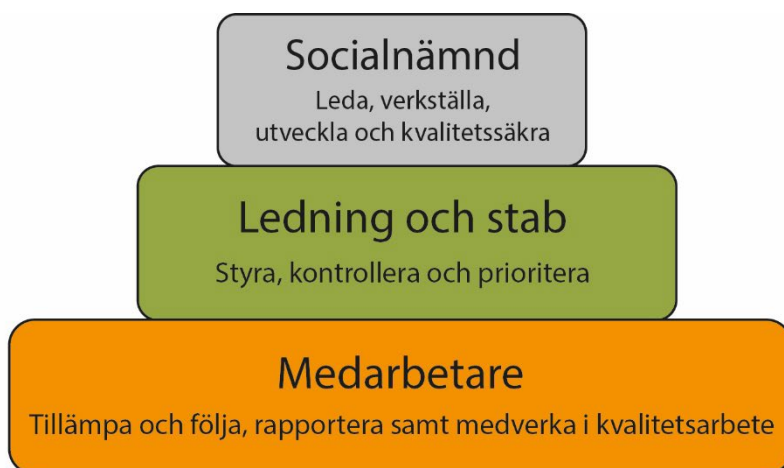
Syfte

Syftet med ledningssystemet är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska utgöra ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra social sektors verksamheter. För att säkerställa kvaliteten i verksamheterna behöver det synliggöras vad som behöver utvecklas och förbättras samt lyftas fram framgångsfaktorer och goda exempel. Kvalitet skapas i det dagliga arbetet, med och för medborgaren, när medarbetare arbetar i enlighet med fastställda rutiner och processer samt följer lagar och föreskrifter.

Ansvar

Vårdgivaren som bedriver verksamhet inom kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst eller LSS-verksamhet, i detta fall Socialnämnden, ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamheten. Detta ansvar kan inte överlåtas. Det ska vara tydligt hur ansvarsrollerna i det systematiska kvalitetsledningsarbetet är fördelade i verksamheterna. SOSFS 2011:09 anger inget ytterligare ansvar på andra befattningar än vårdgivaren. Det kan däremot finnas ansvarskrav från andra författningar som ingår i ledningssystemet. I HSL 4 kap 2 § anges att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).

Ansvarsroller



Figuren illustrerar ansvarsfördelningen och nivåerna mellan vårdgivaren socialnämnd samt tjänstepersoner.

Socialnämnd

Socialnämnd är ansvarig för att:

- säkerställa att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som fortlöpande utvecklar och säkrar kvalitén i verksamheten
- årligen anta en kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse

Sektorchef

Sektorchef ansvarar för att:

- leda och fördela det systematiska kvalitetsledningsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och rådande lagar, föreskrifter och allmänna råd

Områdeschef

Områdeschef ansvarar för att:

- leda och fördela det systematiska kvalitetsledningsarbetet inom sitt område
- det systematiska kvalitetsledningsarbetet bedrivs kontinuerligt och leder till styrning, uppföljning och utveckling
- bevaka verksamhetens totala resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt
- ta emot och besluta om att inleda/ inte inleda utredning därefter fördela rapporter om avvikelser (lex Sarah och andra avvikelser) till berörd enhetschef/ 1:e socialsekreterare/SAS

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att:

- det systematiska kvalitetsledningsarbetet genomförs på enheten i enlighet med upprättade styrdokument, beslut, lagar och föreskrifter
- informera, utbilda och göra medarbetarna delaktig i det systematiska kvalitetsledningsarbetet
- identifiera de processer och aktiviteter som verksamheten bygger på
- följa upp och förbättra verksamhetens kvalitet utifrån riskinventering, riskanalys, egenkontroll och avvikelserapportering
- ta fram och implementera rutiner för verksamheten
- utreda inkommen rapport om missförhållanden
- dokumentera det systematiska kvalitetsledningsarbetet

Verksamhetschef inom kommunal hälso- och sjukvård (HSL)

Verksamhetschef ansvarar för att:

- ha ett övergripande ansvar för HSL-verksamheten och säkerställa att patientens/brukarens/klientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses
- följa de föreskrifter som finns på området

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

MAS/MAR ansvarar för att:

- patienten/brukaren/klienten får säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde

- patienten/brukaren/klienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- journaler först i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerade rutiner för:
 - läkemedelshantering
 - rapportering av vårdskador
 - kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patienten/brukarens/klientens tillstånd förändras
- anmäla lex Maria till IVO
- informera nämnd om lex Maria
- upprätta den årliga patientsäkerhetsberättelsen

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

SAS ansvarar för att:

- säkerställa god kvalitet och följsamhet till lagar som SoL och LSS
- vara drivande i arbetet med det systematiska kvalitetsledningssystemet
- systematiskt analysera synpunkter, avvikelser, lex Sarah inom sektorn
- analysera och följa upp verksamheten på en övergripande nivå
- initiera utveckling och struktur för ledningssystemet
- sprida kunskap samt förvalta och utveckla IT-systemen för ledningssystemet
- besluta om utredning ska inledas utifrån lex Sarah
- anmäla lex Sarah till IVO
- informera nämnd om lex Sarah
- upprätta den årliga kvalitetsberättelsen

1:e socialsekreterare

1:e socialsekreterare ansvarar för att:

- Med stöd av områdeschef tillse att det systematiska kvalitetsledningsarbetet genomförs på enheten i enlighet med upprättade styrdokument, beslut, lagar och föreskrifter
- metodutveckling och att vara uppdaterad inom området gällande lagstiftning och direktiv samt ansvara för att implementera det i det dagliga arbetet
- informera, utbilda och göra medarbetarna delaktiga i det systematiska kvalitetsledningsarbetet
- identifiera de processer och aktiviteter som verksamheten bygger på
- följa upp och förbättra verksamhetens kvalitet utifrån riskinventering, riskanalys, egenkontroll och avvikelserapportering
- ta fram och implementera rutiner för verksamheten
- utreda inkommen rapport om missförhållanden

- dokumentera det systematiska kvalitetsledningsarbetet

Medarbetare

Medarbetare ansvarar för att:

- kontinuerligt delta i det systematiska kvalitetsledningsarbetet
- arbeta efter gällande beslut, riktlinjer och rutiner
- aktivt bidra i det systematiska kvalitetsledningsarbetet på enheten, till exempel identifiera förbättringsområden, komma med förbättringsförslag
- vara delaktig i arbetet med att ta fram eller uppdatera rutiner och processer
- delta i uppföljning och analys av det systematiska kvalitetsledningsarbetet resultat
- rapportera brister i kvaliteten och missförhållanden/risker för missförhållanden och vårdskador

Genomförande

Processer, rutiner och samverkan

Verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer och den samverkan som behövs för att säkerställa god kvalitet. Detta gör i form av processkartor som sedan kopplas till rutiner, checklistor mm.

Systematiskt förbättringsarbete

Verksamheten ska löpande planera, leda, följa upp och analysera verksamheten och dess kvalitet. Metoder som används är:

- riskanalys
- egenkontroll
- avvikelser
- klagomål och synpunkter

Dokumentation

Kontinuerlig dokumentation

Det systematiska kvalitetsledningsarbetet ska dokumenteras löpande under året. Även processkartor, rutiner och checklistor ska vara dokumenterade och finnas lättillgängliga för alla berörda. Att insatser dokumenteras och följs upp är en central del i arbetet med att systematiskt följa upp om insatsen leder till ett resultat som innebär förbättring för den enskilde.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Med dokumentationen som utgångspunkt ska det varje år skapas en kvalitets och patientsäkerhetsberättelse.

Enligt Socialstyrelsens krav bör det framgå i **kvalitetsberättelsen**:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under året
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- vilka resultat som har uppnåtts

Kvalitetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad:

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses

Enligt patientsäkerhetslagen ska det framgå i **patientsäkerhetsberättelsen** hur:

- ansvaret enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat
- patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats
- samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada
- risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.
- rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats, och
- inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 § som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- många händelser som har utretts under året och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad:

- att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ska årligen antas av Socialnämnden. Utifrån redovisningen ska nämnd kunna bedöma:

- hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerat under året
- om resultaten är tillfredsställande
- om åtgärdsplaner och vidtagna åtgärder är tillräckliga