

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

Fastställd av: förvaltningschef VSF
Fastställd: 2010-10, rev. 2018-07

Giltighetstid: tills vidare
Uppdateras: vid behov

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Innehåll

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	1
1. Inledning	3
1.2 Definition av ledningssystem	3
1.3 Definition av kvalitet	3
1.4 Tillgänglighet	4
1.5 Bemötande	5
2. Struktur för ledningssystemet	6
3. Planera	6
3.1 Krav och mål i lagstiftningen	6
3.2 Våra egna krav och mål	6
3.3 Organisation	8
3.4 Processer	8
3.5 Roller och ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet	9
3.6 Evidensbaserad praktik	12
3.7 Riskanalyser	12
4. Genomföra	13
4.1 Kvalitetssäkring av verksamheternas processer	13
4.2 Metoder för diagnostik, vård och behandling	14
4.3 Ta emot rapporter, samla information och sammanställa	14
5. Utvärdera	15
5.1 Egenkontroll	15
5.2 Utredning av klagomål och synpunkter	15
6. Förbättra	16
6.1 Metoder och verktyg i förbättringsarbetet	16
6.2 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	17
7. Samverka med andra vård- och omsorgsgivare	18
8. Dokumentation	18

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

Fastställd av: förvaltningschef VSF
Fastställd: 2010-10, rev. 2018-07

Giltighetstid: tills vidare
Uppdateras: vid behov

8.1	Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten	19
8.2	Dokumentation och spårbarhet i hälso- och sjukvården	19
8.3	Kvalitetsberättelse	20
8.4	Patientsäkerhetsberättelse	20
8.5	Patientnämndens årsredovisning	20
9.	Lagar och föreskrifter	20
9.1	Lagar och förordningar	20
9.2	Föreskrifter och allmänna råd från socialstyrelsen	21

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

1. Inledning

Ett ledningssystem är ett verktyg för att kunna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska säkerställa kvaliteten i utförda tjänster. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete behövs för att åstadkomma god kvalitet inom vård och omsorg.

I följande dokument beskrivs socialnämndens ledningssystem för kvalitet inom vård- och socialförvaltningens verksamhet samt närvårdsnämndens (gemensam nämnd för närvård i Frostviken) ledningssystem för kvalitet inom närvård Frostvikens verksamhet.

Ledningssystemet ska säkerställa arbetsformerna för verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling samt ge en helhetsbild över systemet. Styrande dokument med beskrivningar av processer, aktiviteter och rutiner med mera finns på kommunens intranät och i viss utsträckning på kommunens webbplats.

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd för kvalitetsarbete inom vård och omsorg. Föreskrifterna ska tillämpas av verksamheter som omfattas av någon eller några av följande bestämmelser:

- 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL
- 16 § tandvårdslagen, TL
- 3 kap. 3 § socialtjänstlagen, SoL
- 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

1.2 Definition av ledningssystem

Socialstyrelsen definierar ett ledningssystem som "ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten". Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Systemet ska vara ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

1.3 Definition av kvalitet

Socialstyrelsen beskriver kvalitet med följande definition: "att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”.

Socialstyrelsen har också identifierat kvalitetsindikatorer för socialtjänstens arbete och tillsammans med Sveriges kommuner och landsting, SKL, definierat deras betydelse.

Enligt dessa ska verksamhetens tjänster

- bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet
- utgå från en helhetssyn, vara samordnade och präglas av kontinuitet
- vara kunskapsbaserade och effektivt utförda
- vara tillgängliga och jämlikt fördelade
- vara trygga, säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Dessa indikatorer fungerar som utgångspunkter vid verksamhetsplanering och verksamhetsutveckling samt i allt kvalitetsarbete.

Alla medarbetare har ett ansvar för att känna till och aktivt arbeta utifrån nämndens mål, samt ett eget ansvar för att utföra sitt arbete med god kvalitet. I varje möte med kvinnor, män, flickor och pojkar synliggörs och avgörs kvaliteten.

Kvalitet kan även uttryckas som förhållandet mellan förväntning och upplevelse. Det ska vara tydligt vad de enskilda kan förvänta sig av vård- och socialförvaltningen och närvård Frostviken. De som kommer i kontakt med verksamheterna bedömer kvaliteten på arbetet i förhållande till vad de har förväntat sig.

1.4 Tillgänglighet

Den samlade socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården i Frostviken ska vara lättillgänglig. Begreppet tillgänglighet ska tolkas i vid bemärkelse. Med tillgänglighet avses bl.a. tillgänglighet till beviljade insatser, till lokaler och byggnader, hur besök genomförs och hur information om verksamheten ges. Det är angeläget att undersöka vad enskilda personer inom olika målgrupper anser om tillgängligheten.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner, metoder och arbetsätt för hur verksamheten ska göras tillgänglig.

Id nr: 70-76, 20

Version: 1.10

Rutiner och andra styrande dokument

- Kommunens tillgänglighetsplan för personer med funktionsnedsättning.
- Brukarundersökningar om tillgänglighet.
- Information om tillgänglighet redovisas på kommunens hemsida och i foldrar och broschyrer.

1.5 Bemötande

Medarbetare ska respektera den enskildes värdighet och integritet. Enskilda personer och deras anhöriga ska ges möjlighet att vara delaktiga i frågor som rör insatser och vård. I ett gott bemötande ingår även hur information om verksamheten och insatserna/vården ges. Information ska även ges om att det finns rutiner för att ta tillvara förslag, synpunkter och klagomål.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner så att den enskildes värdighet och integritet respekteras, att enskilda och anhöriga visas omtanke och respekt oavsett till exempel ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning samt att enskilda och anhöriga informeras och görs delaktiga om det inte finns hinder för detta enligt offentlighets- och sekretesslagen eller i patientsäkerhetslagen.

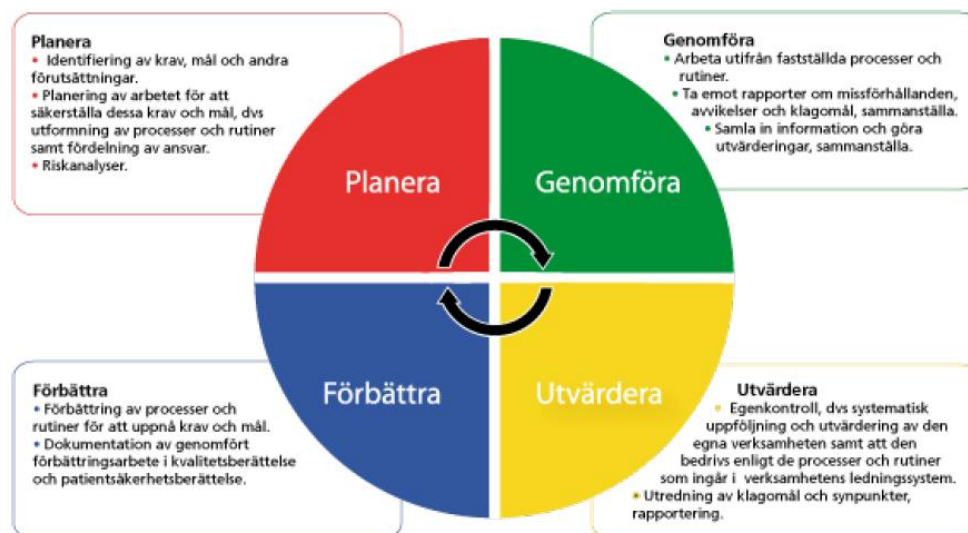
Rutiner och andra styrande dokument

- information från patientnämnden
- brukarundersökningar
- rutin för förslag, synpunkter och klagomål
- rutin för rapportering av avvikelshantering och missförhållanden
- rutin för förhandsbedömning.

Id nr: 70-76, 20

Version: 1.10

2. Struktur för ledningssystemet



Figur 1. Det så kallade PDSA-hjulet (plan, do, study, act) i svensk version. Hjulet ger en översikt över systematiskt förbättringsarbete. Ledningssystemet ska säkerställa att det systematiska förbättringsarbetet ständigt pågår. Fritt efter illustrationer på bla www.skl.se.

3. Planera

Planeringen omfattar att identifiera krav, mål och andra förutsättningar, planera arbetet för att säkerställa dessa krav och mål, dvs. utformning av processer och rutiner, fördela ansvar samt göra riskanalyser.

3.1 Krav och mål i lagstiftningen

Lagstiftningen inom SoL, LSS och HSL har alla en liknande skrivelse att verksamheten ska vara av god kvalitet och att verksamheten systematiskt ska utvecklas och säkras. I de tre lagarna finns också krav på personalens kompetens. Andra lagkrav är att arbetet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska bygga på respekt för kvinnors och mäns, flickors och pojkars självbestämmande och integritet.

3.2 Våra egna krav och mål

Socialnämnden och närvårdsnämnden har uttryckt sin politiska viljeriktning i ett antal inriktnings- och effektmål. Utifrån den politiska viljeriktningen tar varje förvaltning fram sin egen verksamhetsplan.

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

Nämnderna ansvarar för måluppföljningen. Rapportering från verksamhet till respektive nämnd ska innehålla analyser, slutsatser och kommentarer som förklarar resultatet samt vid behov planerade förbättringsåtgärder. Resultat redovisas om möjligt könsuppdelat.

Kommunfullmäktige tar beslut om politiska prioriteringar vilka finns uttryckta i ett antal inriktningsmål. Varje nämnd ska värdera fullmäktiges politiska prioriteringar och hur de påverkar verksamheten och budgeten. Nämnden kan komplettera fullmäktiges inriktningsmål med egna nämnds specifika inriktningsmål.

Strömsunds kommun har undertecknat den europeiska deklARATIONEN för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå (CEMR-deklARATIONEN). Genom undertecknandet har kommunen anslutit sig till deklARATIONENS sex principer och förbundet sig att verka för ett förverkligande av dessa. I deklARATIONEN finns trettio artiklar som konkretiserar målen.

Vård- och socialförvaltningens vision

De kvinnor och män, flickor och pojkar som bor och vistas i kommunen är trygga i sina dagliga liv därför att de vet att vård- och socialförvaltningens medarbetare ger stöd, skydd och hjälp som de behöver och har rätt till.

Jag som arbetar i vård- och socialförvaltningen i Strömsunds kommun är stolt och glad över att jag gör ett bra jobb. Jag vet att det är min kompetens och arbetsinsats som gör det möjligt för de som vistas i kommunen att vara trygga och bekräftade där de bor. Jag är uppskattad och jag vet att arbetsledningen ser min insats och är nöjd med den.

Värdegrund inom närvård Frostviken

Vårt arbete består av ständiga möten med flickor och pojkar, kvinnor och män. Vårt förhållningssätt till dessa människor ska kännetecknas av respekt för individen och professionalism. I mötet med människor utgår vi från en humanistisk människosyn. Vi menar att alla människor har samma värde, samma rätt att påverka sin situation och samma rätt till hjälp och stöd.

Vår uppgift är att vara lyhörda för vars och ens behov, att se hela människan och den situation hon befinner sig i. Vi ska möta människor med empati och omtanke. De ska kunna lita på vår strävan att se, lyssna och förstå. De värderingar som kommer till uttryck i den humanistiska människosynen återkommer i lagar som styr vårt arbete. Där finns begreppen självbestämmande, integritet, trygghet, värdighet, respekt, kontinuitet, flexibilitet och helhetssyn. Vi sammanfattar de här begreppen i ett enda ord: människovärde.

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

3.3 Organisation

Respektive nämnd ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som fastställer grundprinciperna för ledning av verksamheten, ställer upp mål samt följer upp och utvärderar dessa mål. Ledningssystemet för kvalitet ska integreras med det befintliga system för målstyrning samt den budget- och verksamhetsplanering som nämnden har.

Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet, som nämnden upphandlar tjänster av eller har avtal med. För att kvalitetsarbetet ska kunna bedrivas systematiskt måste det finnas en angiven fördelning av ansvar och befogenheter. Respektive nämnds delegation av beslutanderätt framgår av nämndens delegationsordning.

Vård- och socialförvaltningen har organiserat sin verksamhet i fem områden: individ- och familjeomsorg med myndighetsutövning inom hela socialtjänsten, stöd och service till personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg, hemsjukvård och arbetsmarknadsenhet. Närvård Frostviken har organiserat sin verksamhet i fyra områden: äldreomsorg, hälsocentral, ambulansverksamhet och stöd och service till personer med funktionsnedsättning.

3.4 Processer

Tre huvudprocesser har identifierats inom verksamheterna. Dessutom finns en stor mängd underliggande processer samt stödprocesser. De tre huvudprocesserna är:

1. handläggning enligt SoL och LSS. Handläggning sker enbart inom vård- och socialförvaltningen.
2. verkställighet enligt SoL och LSS
3. åtgärder enligt HSL.

Aktiviteter i process 1

- anmälan eller ansökan
- samtycke
- utredning
- bedömning
- beslut enligt delegation; vid bifall vidare till verkställighet, vid avslag information om överklagning
- genom hela processen dokumentation.

Id nr: 70-76, 20

Version: 1.10

Aktiviteter i process 2

- planering
- genomförande
- uppföljning
- utvärdering av resultat
- genom hela processen dokumentation.

Aktiviteter i process 3

- identifiering av behov hos den enskilde
- samtycke
- utredning
- bedömning om behov och vårdnivå
- om hemsjukvård, planering av åtgärder
- utföra åtgärder; den legitimerade själv eller genom delegering
- uppföljning
- utvärdering av resultat
- genom hela processen dokumentation.

3.5 Roller och ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet

Socialnämnden och närvårdsnämnden

Nämnderna är tillika vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen. De ansvarar inom sina respektive områden för att

- det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet
- ledningssystemet integreras med de befintliga system för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har
- fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och processer som säkerställer kvaliteten
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet är så utformat att processerna fungerar verksamhetsöverskridande
- följa de avsnitt i hälso- och sjukvårdslagen samt de förordningar och föreskrifter som anger vårdgivarens ansvar, se förteckningen sist i dokumentet
- verksamheten är organiserad så att hög patientsäkerhet och god kvalitet kan upprätthållas samt ge förutsättningar för detta
- utse verksamhetschef enligt HSL
- göra anmälan till inspektionen för vård- och omsorg (IVO) om allvarligt missförhållande eller påtagligt risk för ett allvarligt missförhållande.

Id nr: 70-76, 20

Version: 1.10

Socialchef och närvårdschef

Ansvarar för att

- ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten inom ramen för vårdgivarens ledningssystem
- formulera mål för verksamheten och hur arbetet ska bedrivas för att dessa nås
- upprätta en övergripande verksamhetsplan för förvaltningen
- följa upp och analysera verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra de insatser som ges
- kommunicera och omsätta nämndens övergripande mål och förvaltningens strategier inom hela förvaltningen.

Verksamhetschef enligt HSL

Ansvarar för att

- följa upp och analysera verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården
- kommunicera och omsätta nämndens övergripande mål och förvaltningens strategier inom hela förvaltningen
- följa de avsnitt i hälso- och sjukvårdslagen, samt de förordningar och föreskrifter som anger verksamhetschefens ansvar
- utse dem som ska ha förskrivningsrätt för kostnadsfria förbrukningsartiklar vid inkontinens, diabetes och stomi
- utse dem som ska ha förskrivningsrätt för medicintekniska produkter
- utse dem som ska ha förskrivningsrätt för vissa läkemedel.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS utses av kommunstyrelsen och ansvarar för att

- följa de avsnitt i hälso- och sjukvårdslagen samt de förordningar och föreskrifter som anger MAS ansvar
- anmäla till IVO när någon i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom, delegerat från socialnämnden och närvårdsnämnden
- anmäla negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter enligt delegation från socialnämnden och närvårdsnämnden

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

Ledningsgrupp inom vård- och socialförvaltningen

Tjänstemän i ledningsgruppen har det övergripande kvalitetsansvaret inom sina verksamhetsområden.

Ansvarar för att

- upprätta och revidera en årlig verksamhetsplan
- bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete inom sitt verksamhetsområde
- göra en ansvarsfördelning inom sitt verksamhetsområde
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde
- föra dialog i samrådsorgan (t ex kommunala pensionärsrådet, tillgänglighetsrådet, lokala brukarsamråd) med representanter för målgrupperna
- skapa förutsättningar för underställda chefer och medarbetare att i vardagen analysera och reflektera över kvalitet och resultat
- följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera kvalitetsarbetet inom sitt verksamhetsområde.

Enhetschefer

Ansvarar för att

- leda kvalitetsarbetet inom sin enhet
- vara föredöme i kvalitetsarbetet genom bemötande och personligt engagemang
- bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete inom sin enhet
- göra en ansvarsfördelning inom sin enhet
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet
- föra dialog med dem som får sina insatser inom enheten, samt med anhöriga, om verksamhetens utveckling och resultat
- inbjuda till anhörigträffar inom särskilda boendeformer
- vara tillgänglig för dem som får sina insatser inom enheten för att underlätta deras möjlighet att påverka kvaliteten
- skapa förutsättningar för underställda medarbetare att i vardagen reflektera kring kvalitet
- följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera kvalitetsarbetet inom sin enhet
- utveckla och förbättra arbetsmetoder för att tillgodose enskildas individuella behov tillsammans med medarbetarna.

Id nr: 70-76, 20

Version: 1.10

Alla medarbetare

Ansvarar för att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att

- skapa förtroende och god kvalitet vid varje möte med kvinnor och män, flickor och pojkar samt anhöriga
- delta i framtagande och vidareutveckling av rutiner och metoder
- följa rutiner, riktlinjer, checklistor mm. styrande dokument i ledningssystemet
- delta i uppföljning av mål och resultat
- rapportera risk för missförhållanden eller missförhållanden samt avvikelser i vården
- vägleda enskilda som önskar lämna förslag, förslag, synpunkter och klagomål
- delta i avvikelse- och riskhantering.

Externa utförare

I de fall externa utförare finns ska de bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:09 och är ansvariga för att informera berörd nämnd om resultatet av sina kvalitetsuppföljningar.

3.6 Evidensbaserad praktik

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting har slutit överenskommelser om att arbeta gemensamt för att implementera en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Evidensbaserad praktik handlar om att medvetet och systematiskt sträva efter att bygga vård och omsorg enligt bästa tillgängliga kunskap. En evidensbaserad praktik bygger på sammanvägningen av fyra kunskapskällor: bästa tillgängliga kunskap, personens erfarenhet och önskemål, personens situation och professionell expertis. Den professionelle integrerar de olika kunskapskällorna i dialog med den berörda personen och beslutsgrunderna redovisas öppet.

3.7 Riskanalyser

Inför förändringar, exempelvis organisationsförändringar, införande av ny teknik eller nya metoder är det viktigt att göra en riskanalys. Baserat på denna kartläggning ska sedan åtgärder sättas in för att minimera riskerna.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten, göra en riskbedömning vid

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

planerade förändringar i verksamheten, göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten samt åtgärda orsakerna till riskerna.

Rutiner och andra styrande dokument

- rutin för risk- och väsentlighetsanalys
- rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete
- kommunens reglementen och riktlinjer.

4. Genomföra

Genomförandet omfattar att arbeta utifrån fastställda processer och rutiner. ta emot rapporter om missförhållanden, avvikelser och klagomål, samla in information och göra utvärderingar samt sammanställa.

4.1 Kvalitetssäkring av verksamheternas processer

Kvalitetsutveckling av sociala tjänster, stöd till funktionsnedsatta och hälso- och sjukvård består dels av att förbättra existerande tjänster, men också att konstruera nya tjänster för att tillfredsställa de behov som de personer som bor och vistas i kommunen har. De som bor och vistas i kommunen ska känna till och förstå hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården arbetar samt hur stödet till funktionsnedsatta utförs. Det ökar deras möjligheter till aktiva val, inflytande och delaktighet. Beskrivningen av tjänsterna utgör även en vägledning för medarbetare och samarbetspartners.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att identifiera, beskriva och fastställa verksamhetens processer och att processer och rutiner är kända och följs. Vidare att analyser görs av hur tjänsterna svarar mot enskilda och grupperns behov, mot lagstiftningens krav samt att resultaten ligger till grund för arbetet med att utveckla och säkra tjänsternas kvalitet.

Rutiner och andra styrande dokument

- lokala värdighetsgarantier
- brukarundersökningar, både egna och genomförda av externa
- rutin för förslag, synpunkter och klagomål
- rutin för avvikelshantering enligt lex Maria
- rutin för rapportering om missförhållande enligt lex Sarah
- tillsynsmyndigheters granskningar och rapporter
- nämndens plan för internkontroll och uppföljning
- förvaltningens plan för egenkontroll och uppföljning

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

- samverkansavtal mellan kommunen och region Jämtland Härjedalen.

4.2 Metoder för diagnostik, vård och behandling

I ledningssystemet ska ingå dokumenterade rutiner för att styra och utvärdera introduktion, tillämpning och avveckling av metoder för diagnostik, vård och behandling.

Ledningssystemet säkerställer att det finns rutiner för att säkerställa patient-säkerheten när nya metoder för diagnostik, vård och behandling provas ut och introduceras samt att tillämpa fastställda metoder, kontinuerligt följa upp dem och vid behov revidera. Vidare att specificera vilka åtgärder som ska vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras och inaktuella metoder ska identifieras och avvecklas, att bevaka ändrade och nya författningar, rekommendationer och forskningsresultat samt använda riskanalys vid förändring av behov, teknologi och resurser.

Rutiner och andra styrande dokument

- nationella vårdprogram, metoder och kvalitetsregister
- länsgemensamma och lokala hälso- och sjukvårdsrutiner
- rutiner för riskbedömningar på individnivå.

4.3 Ta emot rapporter, samla information och sammanställa

Rapportering av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för alla medarbetare i verksamheten. Detta utgör en av grunderna för förbättrad säkerhet. Riskanalys ska göras för att förebygga att liknande händelser inträffar igen. Det är viktigt att sammanställa och analysera missförhållanden och avvikelser, att ge återkoppling till medarbetarna, liksom att sprida kunskap till andra verksamheter. Rutiner för rapportering av avvikelser och missförhållanden/lex Sarah, klagomål och synpunkter finns.

Ledningssystemet säkerställer att det finns rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud, fastställa, åtgärda, följa upp och återföra negativa och positiva erfarenheter till verksamhetens medarbetare och andra. Vidare att använda erfarenheterna i det förebyggande riskhanteringsarbetet samt anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar.

Rutiner och andra styrande dokument

- rutin för avvikelshantering enligt lex Maria
- rutin för rapportering av missförhållanden enligt lex Sarah

Id nr: 70-76, 20

Version: 1.10

- rutin för hantering av avvikelser mellan Jämtlands läns landsting och länets kommuner
- sammanställning av egenkontroll, redovisas i ledningsgrupp
- sammanställning av rapporterade missförhållanden/lex Sarah, redovisas för nämnden och förvaltningen
- sammanställning av avvikelser i vården/lex Maria redovisas för nämnden och förvaltningen
- årlig kvalitetsberättelse
- årlig patientsäkerhetsberättelse.

5. Utvärdera

Utvärderingen omfattar egenkontroll, det vill säga systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem samt utredning av klagomål och synpunkter och rapportering.

5.1 Egenkontroll

Verksamheten upprättar årligen en egenkontrollplan där processer och rutiner som är viktiga för verksamheten kontrolleras. Ansvaret för att genomföra kontrollerna fördelas i planen. Resultatet av genomförd egenkontroll redovisas i ledningsgruppen under första kvartalet samt i kvalitetsberättelsen.

Rutiner och andra styrande dokument

- årlig plan för egenkontroll och uppföljning

5.2 Utredning av klagomål och synpunkter

Möjligheten att lämna synpunkter på den samlade socialtjänstens verksamhet, stödet till funktionsnedsatta och hälso- och sjukvården har en demokratisk dimension. Det är viktigt att fånga in åsikter om utförda tjänster för en förbättrad verksamhet. För att hanteringen av förslag, synpunkter och klagomål ska leda till höjd kvalitet och säkerhet finns det rutiner för att samla in och använda informationen. Det ska vara enkelt att lämna synpunkter och det ska kunna göras på flera olika sätt.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att ta emot och utreda förslag, synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet från enskilda kvinnor och män, deras anhöriga, föreningar och andra intressenter samt förebygga fel och brister, utveckla verksamheten och identifiera nya eller ej tillgodosedda behov.

Id nr: 70-76, 20

Version: 1.10

Rutiner och andra styrande dokument

- rutin för förslag, synpunkter och klagomål
- sammanställning av inkomna förslag, synpunkter och klagomål
- rapporter från undersökningar om den enskildes uppfattning om verksamheten, egna och externt producerade
- andra undersökningar, egna och externt producerade

6. Förbättra

Förbättringen omfattar förbättring av processer och rutiner för att uppnå krav och mål, dokumentation av genomfört förbättringsarbete i kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

6.1 Metoder och verktyg i förbättringsarbetet

Förvaltningarna använder ett antal metoder och verktyg som tillsammans förväntas garantera en god kvalitet och medverka i en kontinuerlig utveckling av verksamheten.

Exempel på metoder och verktyg

Årshjul

Planerade återkommande aktiviteter läggs in i en tidsaxel över året.

Brukarundersökningar

Enkäter, intervjuer eller observationer. Nationella och interna.

Synpunkts- och klagomålshantering

Rutiner för hur vi hanterar klagomål och synpunkter.

Senior alert

Nationellt kvalitetsregister olika steg i den vårdpreventiva processen registreras. Är ett hjälpmedel för ett systematiskt arbetssätt, för uppföljning av resultat och jämförelse med andra i riket.

Svenska palliativregistret

Nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar av vården av en person i livets slutskede. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller, vad som behöver förbättras och uppföljning av genomförda förbättringar.

Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

Registrets syfte är att minska BPSD och lidandet som detta medför, dvs. ge en ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom.

Individens behov i centrum (IBIC)

Är ett systematiskt arbetssätt för insatser för insatser enligt SoL och LSS till vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning. IBIC tar även hänsyn till anhörigas behov och situation.

NDR, nationella diabetesregistret

Är ett hjälpmedel för ett systematiskt arbetssätt vid diabetesvård inom primärvård.

SVEDEM, svenskt demensregister

Används för att utveckla demensvården främst i primärvård.

BBiC, (Barns Behov i Centrum)

Ett enhetligt system för handläggning och dokumentation av insatser till barn och ungdomar. Används i individ- och familjeomsorgen inom vård- och socialförvaltningen.

ASI, (Addiction Severity Index)

En strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. Används i individ- och familjeomsorgen inom vård- och socialförvaltningen.

6.2 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

De anställda är verksamhetens främsta resurs. Det är viktigt att deras kompetens utvecklas kontinuerligt. Genom att identifiera utbildningsbehov och ge möjligheter för regelbunden fortbildning och kompetensutveckling kan verksamhetens utveckling säkras. God introduktion av alla nya medarbetare är av största vikt.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att det finns den bemanning som behövs för att utföra uppdraget samt att det finns planer för medarbetares kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet. Vidare att vid rekrytering säkerställa att nya medarbetare har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna samt definiera medarbetares ansvar och befogenheter.

Rutiner och andra styrande dokument

Kommunövergripande, exempel

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

- Kommunens personalpolitiska program (PPP).
- Riktlinjer och rutiner för lönesättning vid nyanställning.
- Resultat- och utvecklingssamtal (RUS).

Styrdokument inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, exempel

- Lagar som anger krav på kompetens och behörighet, exempelvis SoL, LSS och patientsäkerhetslagen.
- Författningar från socialstyrelsen som anger krav på kompetens och behörighet.

7. Samverkan med andra vård- och omsorgsgivare

Många som kommer i kontakt med den samlade socialtjänstens verksamhetsområden, den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården i Frostoiken har sammansatta behov, vilket kräver en fungerande samverkan såväl internt som externt. Samverkan är en lagstadgad skyldighet och en förutsättning för att den enskildes behov ska kunna tillgodoses.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att tydliggöra ansvaret för samarbete, planering och informationsöverföring vid insatser till enskilda och i vården av enskilda samt hur samverkan ska bedrivas inom och mellan nämnder, samt med myndigheter och andra aktörer med beaktande av bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen och bestämmelserna om tystnadsplikt i HSL, SoL eller LSS. Dessutom hur samverkan ska bedrivas i processer internt och externt mellan olika funktioner och verksamheter, om det inte finns hinder för detta i offentlighets- och sekretesslagen eller i patientsäkerhetslagen.

Rutiner och andra styrande dokument

- Samverkan och regionala stödstrukturer i Jämtlands län mellan samtliga kommuner och region Jämtland Härjedalen.
- Rutin för samordnad individuell plan, SIP.
- Rutin för sammanställning av förslag, synpunkter och klagomål
- Handbok för analys av resultat i "Öppna jämförelser".

8. Dokumentation

Ledningssystemet och det systematiska förbättringsarbetet ska dokumenteras enligt beslutade rutiner inom respektive nämnd.

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

8.1 Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten

Den enskildes rättssäkerhet och medverkan är grundläggande i hela processen från ansökan, till beslut och genomförande av insatser inom socialtjänsten. Handläggning och dokumentation är en central uppgift inom socialtjänsten och regleras i ett flertal olika bestämmelser.

Rutinerna omfattar när en utredning ska inledas, hur olika typer av utredningar ska genomföras, hur målen för en planerad eller beslutad insats ska formuleras, hur beslut ska formuleras samt hur ett överklagande ska hanteras.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att handlägga och dokumentera ett ärende, att dokumentera genomförandet av en beslutad insats, att lämna uppgifter mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats samt följa upp och utvärdera beslutad insats.

Rutiner och andra styrande dokument

- Nämndens delegationsordning.
- Rutiner, mallar och checklistor för handläggning och dokumentation inom myndighetsutövning.
- Rutin för dokumentation i verkställighet.
- Förvaltningens rutiner och checklista för lag om vård av unga och av missbrukare enligt LVU/LVM.
- Dokumenthanteringsplan.
- Rutin för överklagande.

8.2 Dokumentation och spårbarhet i hälso- och sjukvården

Med spårbarhet menas att åtgärder rörande en enskild person ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård. Den ska kunna användas för uppföljning av hur behandlingen genomförts och om den gett avsett resultat. I patientdatalagen finns bestämmelser om journalföring, dokumentation och spårbarhet.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att i dokumentationen kunna identifiera och spåra alla åtgärder som rör en enskild.

Rutiner och andra styrande dokument

- Rutin för journalföring och annan dokumentation.
- Hälsoplaner.

Id nr: 70-76, 20

Version: 1.10

- Rutin för dokumentation i patientuppföljning.
- Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.
- Dokumenthanteringsplan.

8.3 Kvalitetsberättelse

Av den årliga kvalitetsberättelsen ska det framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår. Det ska även framgå vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra kvaliteten och vilka resultat som har uppnåtts. Socialnämndens kvalitetsberättelse publiceras på kommunens webbplats. Kvalitetsberättelsen för närvård Frostviken upprättas av närvårdschefen och delges närvårdsnämnden.

8.4 Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen upprättas av verksamhetschef för hälso- och sjukvård i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska och delges berörd nämnd. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att beskriva det systematiska patientsäkerhetsarbetet hos vårdgivaren och hur det systematiska förbättringsarbetet bedrivits under föregående år. Specifika punkter som belyses är hur ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fördelats, hur egenkontroll har följts upp och utvärderats. Angående vårdskador ska framgå hur samverkan skett i syfte att förebygga vårdskada, hur risker för vårdskador har hanterats samt hur många vårdskador som bedömts som allvarliga. Vidare ska framgå hur avvikelserapporter och synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats och hur många händelser som utretts och anmälts enligt lex Maria till IVO.

8.5 Patientnämndens årsredovisning

Redovisningen analyseras av förvaltningsledningen och delges socialnämnden och närvårdsnämnden.

9. Lagar och föreskrifter

Förteckningen nedan innehåller några av de viktigaste lagar och föreskrifter som ligger till grund för och styr verksamheterna inom socialnämndens och närvårdsnämndens ansvarsområde. Det finns ytterligare lagstiftning som är tillämplig för verksamheten i vissa fall.

9.1 Lagar och förordningar

Id nr: 70-76, 20
Version: 1.10

Dataskyddsförordningen (GDPR, The General Data Protection Regulation) (EU) 2016/679
Hälso- och sjukvårdsförordning (SFS 2017:80)
Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)
Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612)
Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387)
Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870)
Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (SFS 1990:52)
Offentlighets- och sekretesslag (SFS 2009:400)
Patientdatalagen (SFS 2008:355)
Patientsäkerhetsförordning (SFS 2010:1369)
Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)
Socialtjänstförordning (2001:937)
Socialtjänstlag (SFS 2001:453)

9.2 Föreskrifter och allmänna råd från socialstyrelsen

Från och med 1 juli 2015 ger sju myndigheter inom området hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel och folkhälsa ut sina författningar i en gemensam författningssamling, HSLF-FS, där även socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ingår. Den gemensamma författningssamlingen med ändringsföreskrifter finns sökbar inom samtliga områden på www.kunskapsguiden.se

Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1)
Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)
Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)
Grundläggande kunskaper hos medarbetare som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12)
Handläggning av ärenden som gäller barn och unga (SOSFS 2014:6)
Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården SOSFS (2008:14)
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)

Id nr: 70-76, 20

Version: 1.10

Kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel (SOSFS 2001:16)

Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning (SOSFS 2014:2)

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Lex Sarah (SOSFS 2011:5)

Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)

Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder (SOSFS 2008:32)

Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27)

Våld i nära relationer (SOSFS 2014:4)

Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3)