



Mölnåls stad

2016-01-29

Vård- och omsorgsförvaltningen
Kvalitet- och beställarenheten

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsinriktning



Innehållsförteckning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vård- och omsorgsnämndens kvalitetsinriktning	3
Ansvarsfördelning och organisation för kvalitetsarbete	4-5
Vad ingår i ledningssystem för kvalitet	6-9
Definitioner av ord och begrepp	10-12

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsinriktning

Grunden för vård- och omsorgsnämndens ledningssystem är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS.

Ledningssystemet ska användas för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Med kvalitet menar Socialstyrelsen att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

För vård- och omsorgsnämnden är det yttersta syftet med att uppfylla krav på systematiskt kvalitetsarbete, i enlighet med författningen, att säkerställa kvaliteten för brukarna i de tjänster nämnden ansvarar för.

Ansvarsfördelning och organisation för kvalitetsarbete

Ett välfungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att implementera, utveckla och vidta åtgärder inom verksamheterna.

Vård- och omsorgsnämnden beslutar genom strategier och nämndmål, fastställer kvalitetsinriktning på ledningssystemet och beslutar om lokala värdighetsgarantier.

Chef för vård- och omsorgsförvaltningen har det yttersta ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten i sin helhet.

Chef för kvalitet- och beställarenheten ansvarar för kvalitets- och verksamhetsutveckling på ett övergripande och strategiskt plan. Ansvarar för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt för uppföljning av verksamhet i intern drift och uppföljning av verksamhet som bedrivs enligt LOU och LOV.

Biståndschef ansvarar för myndighetsutövning, beslut och beställning av individuella insatser.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att förvaltningen har processer och riktlinjer som säkrar en hög patientsäkerhet och en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentationen sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS upprättar riktlinjer i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar där för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för strukturer i den sociala dokumentationen, att upprätta riktlinjer i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt omvärldsbevaka och vara sakkunnig inom det sociala området. SAS ansvarar för att det finns system för rapport, utredning och anmälan av risk för missförhållanden till allvarliga missförhållanden enligt lex Sarah samt är delaktig i vissa utredningar av synpunkter och klagomål. SAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar där för uppföljningen av insatser enligt SoL och LSS.

Områdeschef har ansvar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten i sitt område utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Enhetschef har ansvar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten i sin enhet utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystem för kvalitet. Medarbetare ska, med risk- och avvikelshantering, medverka i uppföljning av mål och resultat. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser och tillbud.

Vad ingår i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innehåller en struktur för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet består av följande delar:

- processer, riktlinjer samt vissa rutiner
- systematiskt förbättringsarbete
- systematisk dokumentation av hur verksamheten utvecklas och kvalitetssäkras

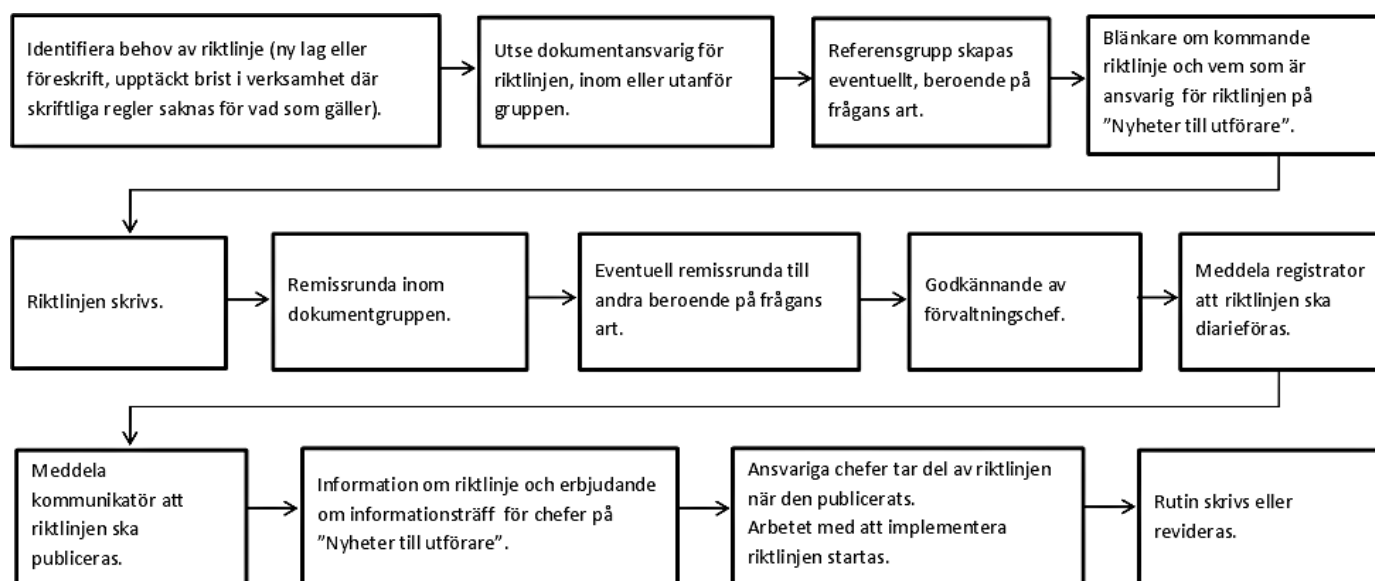
Processer och rutiner

Styrdokument

I ledningssystemet finns dokument som styr och stödjer vår verksamhet. Det är riktlinjer, metodstöd, checklistor och blanketter. Det finns även länkar till lagar, författningar, avtal, vårdprogram, handböcker och rutiner. Varje chef, inom den verksamhet som berörs av styrdokumentet, ansvarar för att styrdokumentets innehåll är känt bland medarbetarna, att lokala rutiner skapas utifrån de riktlinjer som är aktuella i verksamheten, att dessa efterlevs och följs upp i den egna verksamheten.

Nya och reviderade riktlinjer

Processen för att ta fram nya riktlinjer och revidera befintliga ägs av dokumentgruppen för ledningssystemets dokument. Gruppen består av MAS, SAS och en verksamhetsutvecklare, alla inom kvalitet- och beställarenheten. Alla riktlinjer ska revideras minst en gång per år. Om förändringar innebär förändrat arbetssätt ska riktlinjen godkännas av chef för vård- och omsorgs-förvaltningen innan publicering. Flödesschemat beskriver processen för ny riktlinje.



Processer

Ledningssystemets styrdokument innehåller de aktiviteter som ingår i processerna för att säkra en god vård och omsorg. Genom en tydlig struktur beskrivs vem som ansvarar för olika delar i processen och hur genomförande ska ske.

Systematiskt förbättringsarbete

Risکاناليس

Risکاناليس är det grundläggande instrumentet i verksamhetens säkerhetsarbete och är en fördjupning av den eller de risker som identifierats i verksamheten. Det systematiska säkerhetsarbetet ska verka för att brukare, personal och besökare i verksamheterna inte utsätts för ohälsa eller olycksfall. Arbete med risکاناليس sker även i avvikelshanteringssystemet, i samband med riskinventering, inför skyddsåtgärder samt för att identifiera risk för självmord. För den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen är riskbedömning inför t.ex. delegering, egenvårdbedömning, behandling, träning eller hjälpmedelsförskrivning en viktig del av underlaget för beslut om åtgärd.

Egenkontroll

Egenkontroll i verksamheten genomförs en gång per år. Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av enhetschefen tillsammans med medarbetare. Därefter sammanställer kvalitet- och beställarenheten svaren till enhetschef. Syftet med egenkontrollen är att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Egenkontrollen utgör ett underlag för controllers, vårdutvecklare, SAS och MAS inför verksamhetsuppföljning. Verksamhetsuppföljningen är en kontroll av hur verksamheten följer riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser. Verksamhetsuppföljning genomförs årligen, efter tillsynen skrivs en rapport som enhetschefen får ta del av. Varje chef ansvarar för att analysera enhetens resultat, upprätta handlingsplan, vidta och utvärdera förbättrande åtgärder i verksamheten.

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Information egenkontroll	■											
Egenkontrollsenkät		■										
Verksamhetsuppföljning, anmäld			■	■	■	■						
Verksamhetsuppföljning, oanmäld								■	■	■	■	■
Handlingsplaner upprättas		■	■	■	■	■						

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är en viktig del i arbetet med kvalitetssäkring och utveckling i verksamheten. Med avvikelse menas negativ händelse som drabbar eller riskerar att drabba brukare. Avvikelsehantering innebär rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser samt att utreda och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.

Syftet med att rapportera avvikelser är att identifiera orsaker till det inträffade och med hjälp av olika åtgärder förhindra att likande händelser sker igen, för

den enskilde individen såväl som andra brukare. Medarbetare rapporterar avvikelser digitalt, därmed tar ansvarig chef del av ärendet omgående. Ansvarig chef utreder händelsen samt sammanställer, analyserar och redovisar enhetens avvikelser och genomförda förbättringsarbeten i halvårsuppföljning och verksamhetsberättelse. Erfarenheter av arbetet med avvikelser används som en del av underlaget till enhetens verksamhetsplan.

Lex Sarah

Lex Sarah är en bestämmelse som utifrån SoL och LSS innebär att vårdgivaren är skyldig att rapportera och anmäla missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i verksamheten.

Enligt bestämmelserna om lex Sarah ska:

- personal genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten.
- den som bedriver verksamheten utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål.
- den som bedriver verksamheten, om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

När en allvarlig händelse enligt Lex Sarah inträffar är det SAS som tar ställning till om anmälan ska göras och därefter anmäler händelsen till IVO.

Lex Maria

Lex Maria är en lag som innebär att vårdgivare inom hälso- och sjukvård är skyldig att rapportera och anmäla:

- om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.
- om en patient samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom.

När en händelse enligt Lex Maria inträffar är det MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, som tar ställning till om anmälan ska göras och därefter anmäler händelsen till IVO.

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål ska tas till vara och användas för att utveckla och förbättra verksamheten. Ansvarig chef utreder, besvarar och redovisar inkomna synpunkter och klagomål samt utvecklingsarbete med anledning av dessa i halvårsrapport och verksamhetsberättelse.

Rutin för ekonomi, kvalitet och bemanningsuppföljning, i intern drift

Efter varje månadsskifte, förutom januari, juli och december, tar förvaltningen fram en ekonomisk prognos som även innehåller en aktuell bild av kvalitetsarbetet. Prognosen redovisas i en rapport till nämnden. Uppföljning på

enhetschefsnivå sker genom rapportering i mall. Uppföljningsmöten på områdeschefsnivå sker en gång per kvartal. Där deltar förvaltningschef, områdeschef, ekonomichef och kvalitet- och beställarchef samt annan stabspersonal vid behov. Syftet med den gemensamma uppföljningen av ekonomi och kvalitet är att analysera de avvikelser och händelser som inträffat, hur händelserna har påverkat helheten och kopplingen till sjuktal och ekonomi. Analys och åtgärdsplaner ska tas fram utifrån uppföljningarna om behov finns.

Enkätundersökningar

En viktig del i uppföljningen av verksamheten är att få reda på vad brukarna tycker, de vars behov tjänsterna och insatserna ska tillgodose. Inom äldreomsorgen skickar Socialstyrelsen ut enkät till personer som har hemtjänst eller plats i äldreboende. Någon liknande nationell undersökning inom funktionshinder görs ännu inte. Vård- och omsorgsförvaltningen skickar därför ut en egen enkät till brukarna inom funktionshinder. Förvaltningen gör i båda fallen en rapport om resultatet till vård- och omsorgsnämnden. Verksamheterna får, om inte antalet svarande är för få, tillgång till sitt eget resultat, vilket kan användas i det kontinuerliga förbättringsarbetet. Resultatet redovisas i rapportform och publiceras. Verksamheterna redovisar resultatet för brukare, närstående och medarbetare. Handlingsplaner upprättas utifrån identifierade förbättringsområden. Områdeschefen ansvarar för att följa upp hur arbetet utvecklas och om de mål som sätts uppnås.

Uppföljning av vårdskador, läkemedelshantering och god kvalitet i livets slutskede

Verksamhetens mål är att vårdskador ska minska, säker läkemedelshantering för brukare med läkemedelsövertag och god kvalitet på vården i livets slutskede. Uppföljning av resultat sker via statistikuttag ur patientjournal, förvaltningens avvikelshanteringssystem och Svenska palliativregistret. Enhetschef ansvarar för analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs.

Systematisk dokumentation av hur verksamheten utvecklas och kvalitetssäkras

Åtgärder, resultat och hur kvalitetsarbetet utvecklats dokumenteras årligen, på förvaltningsnivå genom kvalitetsberättelsen samt på enhets- och förvaltningsnivå genom patientsäkerhetsberättelsen.

Definitioner av ord och begrepp

I ledningssystemet använder vi oss av förkortningarna SoL för socialtjänstlagen, LSS för lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade samt HSL för hälso- och sjukvårdslagen.

Det här betyder orden och begreppen inom vård- och omsorgsförvaltningen:

Anhörig: Med anhörig menas en närstående person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna eller en person som brukaren anser sig ha en nära relation till. Brukaren definierar vem som är anhörig.

Avvikelse: Negativ händelse som drabbar eller riskerar drabba brukare.

Avvikelsehantering: Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser samt för att utreda och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.

Baspersonal: Med baspersonal menas personal som i direkt kontakt med brukare utför insatser enligt SoL och LSS eller delegerade vårdåtgärder.

Blankett: Ett formulär där det finns vissa i förväg ifyllda fält och rutor där man kan fylla i ytterligare uppgifter. Blanketten är ett stöd för vanligt förekommande uppgifter som ska dokumenteras.

Brukare: Med brukare menas en person som tar del av insatser eller vårdåtgärder.

Checklista: En lista med punkter över vad man ska tänka på, som stöd i en speciell situation eller ett arbetsmoment.

Enhetschef: Med enhetschef menas första linjens chef.

Företrädare: Person som av brukare har utsetts att företräda denne/denna, god man eller förvaltare. **God man** är en person som är utsedd att företräda en viss person som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person utan att dennes rättshandlingsförmåga begränsas. **Förvaltare** är en person som är utsedd att företräda en viss person som är ur stånd att vårda sig själv eller sin egendom och där dennes rättshandlingsförmåga är begränsad.

Genomförandeplan: Omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras.

Handläggare: Person som i sin myndighetsutövning, handlägger, beslutar och följer upp insatser enligt SoL eller LSS. I Mölndal används begreppen biståndshandläggare och LSS-handläggare.

Insats: Beviljat stöd till brukare enligt SoL eller LSS.

Legitimerad personal: Person med yrkeslegitimation inom hälso- och sjukvård. Inom vård- och omsorgsförvaltningen är sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter anställda.

LOV: Lag om valfrihetssystem, LOV, reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren.

LOU: Lag om offentlig upphandling, LOU är en lag som reglerar köp som görs av myndigheter och vissa andra organisationer som är finansierade med allmänna medel.

Medborgare: Med medborgare menas personer som är bosatta i Mölndals stad eller som kan komma att använda sig av vård- och omsorgsförvaltningens tjänster. Medborgare kan ha intresse av förvaltningen och dess tjänster för egen del, för andras del eller av samhällsintresse.

Områdeschef: områdeschef eller person med annan titel, som till sin funktion är chef över första linjens chef.

Omsorg: åtgärd enligt SoL eller LSS.

Metodstöd: Stöddokument i ledningssystemet som visar ett rekommenderat tillvägagångssätt.

Patient: Person som erhåller, eller är registrerad för att erhålla, hälso- och sjukvård.

Samordnad vårdplanering: Planering av insatser enligt SoL och LSS samt vård enligt HSL, där tre parter är involverade: kommun, primärvård och sjukhus.

Riktlinjen beskriver vilka krav som ställs på vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

Rutinen beskriver hur riktlinjen ska följas i en verksamhet. Det ska tydligt stå vem som ska göra vad, när och hur. Rutinen ska vara anpassad efter lokala förutsättningar.

Verkställighet: Genomförande av en beslutad insats.

Vårdbegäran: Med vårdbegäran menas begäran om erhållande av hälso- och sjukvård. Vårdbegäran kan göras för egen eller annans räkning.

Vård: Åtgärd enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Vårdplan: Plan som beskriver planerad och beslutad vård för brukare. En instruktion är en del av vårdplanen, upprättad av legitimerad personal som beskriver hur en vårdåtgärd ska genomföras.

Vårdplanering: Utformande av vårdplan.

Vård- och omsorgsnämnden: politiskt tillsatt nämnd som ansvarar för att fullgöra Mölndals stads uppgift vad gäller kommunal hälso- och sjukvård enligt lag (HSL) och avtal med Västra Götalandsregionen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), socialförsäkringsbalken (SFB) samt insatser enligt socialtjänstlagen (SoL).

Vård- och omsorgsförvaltningen: Organisation som på uppdrag av vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att fullgöra nämndens uppgift.

Interna utförare: Organisation av personal, anställd av Mölndals stad, som utför tjänster inom nämndens ansvarsområde.

Externa utförare: Företag eller kooperativ som enligt avtal med nämnden utför tjänster inom nämndens ansvarsområde.

Vårdåtgärd: Åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador enligt hälso- och sjukvårdslagen.