



Vimmerby  
kommun

*Socialförvaltningen*



# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

---

Styrdokument för socialnämndens verksamhetsområden

Antaget av socialnämnden 2015-10-22, senast reviderat 2022-12-15

# Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING .....	2
BAKGRUND .....	4
VARFÖR BEHÖVS ETT LEDNINGSSYSTEM? .....	4
ATT LÄRA AV ERFARENHET .....	5
SYFTE.....	5
MÅL.....	5
HUR FUNGERAR LEDNINGSSYSTEMET? .....	5
KVALITETSBERÄTTELSE OCH PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....	5
ANSVARSFÖRDELNING.....	5
ÅRSHJUL .....	6
VIKTIGA PROCESSER .....	6
HUVUDPROCESSER.....	7
PROCESSÄGARE OCH PROCESSADMINISTRATÖRER.....	7
SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE .....	7
ANALYS AV STATISTIK OCH KVALITETSJÄMFÖRELSE.....	7
RISKANALYS.....	8
EGENKONTROLL .....	8
KLAGOMÅL/SYNPUNKTER.....	9
RAPPORTERINGSSKYLDIGHET .....	9
SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS .....	9
INTERN OCH EXTERN GRANSKNING .....	9
INTERNKONTROLL .....	10
FÖRBÄTTRANDE ÅTGÄRDER I VERKSAMHETEN .....	10

UPPFÖLJNING AV LEDNINGSSYSTEMETS EFTERLEVNAD .....	11
IT-STÖD.....	11
INTRANÄT.....	11

## Bakgrund

Dagligen arbetar omsorgspersonal, sjuksköterskor, socialsekreterare, administratörer och många andra yrkesgrupper för att erbjuda god service till kommunens invånare. För att säkerställa att vi gör rätt saker är det viktigt att känna till den lagstiftning kommunen har skyldighet att följa och klargöra lokala politiska mål. Därefter kan arbetet med att utforma lämpliga arbetssätt för att uppnå målen börja.

I socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) finns de övergripande målen och grundläggande värderingarna för verksamheten. I Vimmerby kommun finns ytterligare styrdokument för att förtydliga vad som gäller i kommunen.

### Varför behövs ett ledningssystem?

Främsta uppgiften för ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, eller kvalitetsledningssystem som det också kallas, är att säkerställa att rätt personer gör saker på rätt sätt.

Ett gemensamt styrdokument och tillhörande processbeskrivningar klargör verksamhetens mål, arbetssätt och ansvarsfördelning. Det säkerställer att alla som söker stöd från kommunen erbjuds likvärdig service av god kvalitet. Med hjälp av ledningssystemet kan ledningen se eventuella kvalitetsbrister och var dessa uppstår i verksamheten likaså vilka grupper av patienter, klienter och brukare som drabbas.

För att ledningen ska få en bild av verksamhetens styrkor och svagheter används olika informationskällor:

- Brukarundersökningar
- Medarbetarundersökningar
- Nationella/regionala och lokala uppföljningar
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelse rapporter
- Rapporter från patientnämnderna
- Kvalitetsregister
- Öppna jämförelser
- Riskanalyser och händelseanalyser
- Egenkontroll och internkontroll

## **Att lära av erfarenhet**

För att arbetet ska bedrivas systematiskt och professionellt innehåller ledningssystemet rutiner för hur vi kontinuerligt ska utvärdera hur varje verksamhet fungerar.

Klientens/brukarens/patientens åsikt är viktig när vi ska fånga våra utvecklingsområden. De synpunkter som lämnas ska ligga till grund för vårt kvalitets- och utvecklingsarbete.

## **Syfte**

Syftet med ledningssystemet är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i hela verksamheten inom socialnämndens ansvarsområde.

## **Mål**

En verksamhet med insatser av god kvalitet.

# **Hur fungerar ledningssystemet?**

Socialnämnden ansvarar för att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Ledningssystemet främsta syfte är att ge en struktur för hur kvalitetsarbetet ska bedrivas på alla nivåer i verksamheten. Med stöd av ledningssystemet kan vi planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I arbetet ingår att identifiera, beskriva och fastställa de processer, aktiviteter och rutiner i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

## **Kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse**

Genom olika metoder för systematiskt förbättringsarbete säkerställer vi att ledningssystemet fungerar över tid. Om det visar sig att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet ska de förbättras.

Årligen upprättas en kvalitetsberättelse där det framgår hur man arbetat med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Motsvarande görs för hälso- och sjukvårdsområdet där en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

# **Ansvarsfördelning**

I ledningssystemet ska det framgå hur uppgifterna som ingår i arbetet är fördelade i verksamheten. Ansvaret för arbetsuppgifter utifrån ledningssystemet följer den befintliga fördelningen av ansvar och befogenheter inom organisationen. Grunden för den fördelningen är att ansvar och befogenheter för kvalitet, ekonomi, personal

och arbetsmiljö hålls samman. Ansvar för att arbeta enligt ledningssystemet ingår alltså i chefsansvaret men all personal skall vara delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå ska arbetsplatsträffarna också vara ett forum för kvalitetsfrågor. Patient-säkerhetsarbetet leds av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

## Årshjul

För att veta när i tiden under året olika arbetsmoment ska genomföras för bland annat det systematiska kvalitetsarbetet finns ett årshjul framtaget som beskriver de större händelserna under året. För varje moment finns riktlinjer och rutiner som beskriver innehållet i arbetsmomentet. Årshjulet beskriver också de tidpunkter som gäller för inrapportering av olika uppgifter, samt tidpunkten för när de återrapporteras. Som stöd i detta arbete finns kommunens gemensamma intranät där årshjulet publiceras.

## Viktiga processer

Vid sidan av ledningssystemet fungerar kommunens gemensamma intranät som samlingsplats för de processbeskrivningar som finns upprättade/ska upprättas. Socialnämnden ansvarar för att identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

En process beskriver ett i förväg bestämt tillvägagångssätt för ett arbetsmoment. Det är med utgångspunkt från processerna som förbättringar kan genomföras. Till varje process knyts de riktlinjer/rutiner som är aktuella. Riktlinjerna och rutinerna ska vara fastställda och beslutade på den nivå där mandat att besluta om detta ligger. Syftet med det processorienterade arbetssättet är en värdeskapande verksamhet för brukare och patienter.

Vi använder verktyget VisAlfa för att beskriva och presentera socialförvaltningens processer. Det används också för att kartlägga och säkerhetsklassa verksamhetens information.

För att strukturera processerna och den information som skapas i dem samt säkerställa sin dokumenthantering använder Vimmerby kommun sig av VerksamPlan som tagits fram av Sydarkivera. Strukturen i VerksamPlan är processbaserad och följer en viss indelning. Socialnämndens viktigaste processer återfinns huvudsakligen i område *8 Vård och omsorg* samt *9 Socialt och ekonomiskt stöd* och dessa benämningar kommer finnas inom parentes.

## Huvudprocesser

Följande processer utgör socialnämndens viktigaste processer:

- Förebyggande vård och omsorg (8.1)
- Hälso- och sjukvård - hemsjukvård (8.2)
- Hälso- och sjukvård - rehabilitering (8.3)
- Stöd och omsorg – vård och omsorg i hemmet (8.7)
- Stöd och omsorg – vård och omsorgsboende (8.7)
- Insatser för personer med funktionsnedsättning (8.8)
- Insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning (8.9)
- Uppdragstagare inom IFO (9.1)
- Barn och familj (9.2)
- Vuxna (9.3)
- Familjerätt (9.4)
- Ekonomiskt bistånd (9.5)

Varje huvudprocess ska beskrivas och nödvändiga rutiner ska fastställas och knytas till processbeskrivningen. Det ska framgå hur samverkan ska ske.

## Processägare och processadministratörer

I samband med framtagande av processbeskrivningar utses en processägare och en processadministratör. Processägaren har det formella mandatet att besluta om processens utformning. Processägaren ansvarar också för att processbeskrivningen är säkerställd utifrån aktuell lagstiftning. Processadministratören är behjälplig med framtagande av processen. Förvaltningschef utser processägare och kvalitetssamordnare är processamordnare.

## Systematiskt förbättringsarbete

För det systematiska förbättringsarbetet används fler olika metoder i verksamheterna.

### Analys av statistik och kvalitetsjämförelser

Socialnämnden lämnar på olika sätt årligen uppgifter till olika nationella och offentliga register och databaser. Resultatet kan användas i det systematiska förbättringsarbetet.

Socialnämnden medverkar också i regionala och nationella kvalitetsregister, till exempel Senior Alert och palliativregistret, samt tar del av resultatet och använder det i det

systematiska förbättringsarbetet. Resultaten av nationella brukarundersökningar analyseras och används i förbättringsarbetet. Fördjupade undersökningar inom utvalda områden kan göras.

## Riskanalys

Det ska fortlöpande ske bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje händelse ska sannolikheten för att den inträffar bedömas samt vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden. Som stöd i bedömningen används nedanstående matris:

		ALLVARLIGHETSGRAD			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
SANNOLIKHET	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

Arbetet ska ske genom att en riskanalys med ett patient- och brukarperspektiv genomförs vid behov och inför förändringar av verksamheten. Vid behov ska handlingsplan tas fram.

## Egenkontroll

Egenkontroll handlar om systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Mer förenklat uttryckt handlar egenkontrollen om att verksamhetsutövare själva kontrollerar att verksamheten följer de regler som styr verksamheten. I våra verksamheter bedrivs egenkontroll genom:

- Chefens uppföljning av fastställd verksamhets- eller enhetsplan. Verksamhets- och enhetsplanen har sin utgångspunkt i kommunens övergripande styrkort och nämndsplanen.



- Chefen fyller i en checklista för egenkontroll av den egna verksamheten en gång per år. Mall för detta finns framtagen. Checklistan omfattar såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Som stöd för arbetet används ett webbaserat enkät-verktyg.

### **Klagomål/synpunkter**

Klagomål och synpunkter ska ses som en möjlighet till förbättringar och fångas upp i så stor utsträckning som möjligt. Alla förtroendevalda och anställda inom socialnämndens ansvarsområde ska kunna ta emot klagomål och synpunkter. Riktlinje för hantering av klagomål och synpunkter beslutas i socialförvaltningens ledningsgrupp.

Inriktningen är att synpunkter och klagomål ska besvaras/åtgärdas, så långt det är möjligt, där de uppstår. Alla klagomål och synpunkter ska inrapporteras till central förvaltning för registrering. Rapport om inkomna klagomål/synpunkter lämnas för kännedom till förvaltningens ledningsgrupp varje vecka. Socialnämnden får en sammanställning per tertial och år.

### **Rapporteringskyldighet**

Det finns en rapporteringsskyldighet och skyldighet att utreda samt vid behov avhjälpa eller undanröja missförhållanden, enligt patientsäkerhetslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (lex Maria och lex Sarah).

Riktlinjer för rapporteringsskyldighet enligt patientsäkerhetslagen beslutas av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Riktlinjer för rapporteringsskyldighet enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) beslutas av socialförvaltningens ledningsgrupp. Rapport om inkomna rapporter och anmälningar lämnas till socialförvaltningens ledningsgrupp varje vecka. Socialnämnden får en sammanställning över rapporter per tertial och år. Vid anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) informeras socialnämnden på kommande sammanträde.

### **Sammanställning och analys**

Klagomål, synpunkter, avvikelser och rapporter enligt lex Maria och lex Sarah ska sammanställas och analyseras. Syftet är att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Sammanställningen sker årligen och tertialvis, behandlas i socialförvaltningens ledningsgrupp samt redovisas till socialnämnden.

### **Intern och extern granskning**

Årligen sker kvalitetsgranskning av socialnämndens verksamheter enligt en fastställd åtgärdsplan utifrån föregående års patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse. Utgångspunkten för granskningen är ledningssystemet och socialnämndens mål.

Intern och extern granskning av läkemedelshanteringen sker årligen och medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för detta. Verksamhet som bedrivs enligt avtal granskas årligen av kvalitetssamordnare och återrapport sker till socialnämnden. Resultat från interna granskningar, samt externa granskningar som sker från revisorer och tillsynsmyndigheter, tas med i berörda verksamheters förbättringsarbete.

Verksamhetsbesök genomförs vid fyra tillfällen per år av socialnämndens presidium, socialchef och verksamhetschef.

### **Internkontroll**

Socialnämnden har en årlig internkontrollplan, som innebär att kontroller av olika delar i verksamheten görs. Kontrollernas syfte är att säkerställa att en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet, en tillförlitlig finansiell rapportering och information från verksamheten samt att lagar, föreskrifter, riktlinjer som berör verksamheten efterlevs.

Socialnämnden får årligen en rapport från förvaltningen om utfallet av internkontrollen innevarande år samt fattar beslut om internkontrollplanen för kommande år.

### **Förbättrande åtgärder i verksamheten**

Om resultaten av riskanalyser, egenkontroll, klagomål och synpunkter, rapporterings-skyldigheten samt sammanställning av mönster eller trender visar att det finns brister i verksamheten ska förbättrande åtgärder vidtas i verksamheten.

Om det visar sig att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet ska de förbättras. Beslut om förbättrande åtgärder fattas på den nivå som har mandat att besluta ligger.

Förbättringsarbetet ska ske på olika nivåer inom organisationen och involvera de yrkeskategorier som behövs. Förbättringsarbetet kan ske inom en enhet, inom ett verksamhetsområde eller genom arbetsgrupper där flera enheter/verksamheter deltar.

Som stöd för arbetet med förbättringar lämnas här en kortfattad redogörelse för PGSA-modellen:



## Uppföljning av ledningssystemets efterlevnad

En viktig del i ledningssystemet handlar om på vilket sätt efterlevnaden av det följs upp och kontrolleras. En årlig uppföljning av ledningssystemet sker i samband med upprättandet av kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Ansvarig är kvalitetssamordnare respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Den årliga uppföljningen rapporteras till socialnämnden i mars månad och i samband med det upprättas också en åtgärdsplan för det kommande året.

## IT-stöd

### Intranät

Ledningssystemets processer och tillhörande riktlinjer och rutiner ska finnas publicerade på intranätet.