



Riktlinje

Ledningssystem för kvalitet, Omsorgsförvaltningen



Antagen av: Omsorgsnämnden , datum 2021-09-07

Handläggare/Författare: Lena Isokivelä, Förvaltningschef, Karin Östblom, Verksamhetsutvecklare
ÄKF- nummer:

Innehåll

Sammanfattning	2
1 Inledning.....	3
2 Utformning av ledningssystem för kvalitet	3
2.1 Processkartor	3
2.2 Dokumenten i ledningssystemet skall vara av vägledande karaktär	3
2.3 Dokumethierarki	4
2.4 Dokument i ledningssystemet.....	5
2.5 Övergripande ansvarsfördelning mellan olika funktioner i ledningssystemet	5
2.5.1 Omsorgsnämnden.....	5
2.5.2 Förvaltningschef.....	5
2.5.3 Verksamhetschef	6
2.5.4 Förvaltningsledningen	6
2.5.5 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	6
2.5.6 Verksamhetschef HSL.....	6
2.5.7 Enhetschef	6
2.5.8 Medarbetare.....	7
2.5.9 Ledningssystemets förvaltning.....	7
2.6 Förbättrande åtgärder samt förbättring av processer, riktlinjer, rutiner och arbetsbeskrivningar	7
2.7 Kvalitetsråd.....	8
2.8 Egenkontroll	8
2.9 Förteckning över dokumenten i ledningssystemet	8
2.10 Dokumentationsskyldighet	8

Sammanfattning

Syftet med ett kvalitetsledningssystem är att ge en organisatorisk struktur för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Som ett steg i detta arbete har förvaltningen beslutat att samtliga processer i verksamheten ska identifieras, beskrivas och fastställas. Detta arbete omfattar huvudprocesserna, som är de processer som identifierar brukarens behov och ger ett utfall som motsvarar de krav som ställts upp.

Till aktiviteterna i de fastställda processerna ska förvaltningen koppla olika styrdokument. Styrdokument är ett övergripande samlingsbegrepp för sådana dokument som anger krav som ställs på förvaltningens verksamheter och/eller mål med densamma; det vill säga varför verksamheten bedrivs, vad verksamheten ska leverera samt hur detta ska ske. Bland styrdokumenten finns både politiskt beslutade dokument och dokument beslutade i tjänstemannaorganisationen.

Styrdokumenten är indelade i en dokumenthierarki med fyra olika nivåer.

På nivå 1, överst i dokumenthierarkin, återfinns författningar beslutade av riksdagen, regeringen och statliga myndigheter.

På den andra nivån i dokumenthierarkin återfinns alla kommunövergripande styrdokument i Älvkarleby kommun. Dokument på denna nivå beslutas exempelvis av kommunfullmäktige, kommunstyrelsen eller av kommunens tjänstemannaledning.

Nivå 3 i hierarkin omfattar dels styrdokument som Omsorgsnämnden fattat beslut om, dels rutiner som upprättats centralt i förvaltningens tjänstemannaorganisation.

På nivå 4 återfinns så kallade verksamhetsspecifika arbetsbeskrivningar. Arbetsbeskrivningar är verksamhetens egna beskrivningar av arbetsmetoder och tillämpningar av styrdokumenten på nivå 1–3 i dokumenthierarkin.

Gemensamt för dokumenten i ledningssystemet är att de ska vara av vägledande karaktär då en stor del av den styrning som krävs redan är inbyggd i den professionella arbetsprocessen hos den yrkeskår som arbetar inom förvaltningen.

Andra grundkomponenter i kvalitetsledningssystemet är arbetet med riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller. Dessa utgör alla underlag för att arbeta med systematiska förbättringar. I föreliggande riktlinje beskrivs och ges förslag på ansvarsfördelningen mellan de olika funktionerna i ledningssystemet, struktur och process för förbättrande åtgärder, egenkontroll samt dokumentation.

1 Inledning

Ett ledningssystem kan beskrivas som en organisations policy, mål och mätkriterier samt arbetet med att nå målen. Ett ledningssystem har olika inriktning beroende på vad det syftar till. Ett kvalitetsledningssystem syftar till att säkerställa och öka verksamhetens brukar- och intressentnytta. Det finns flera internationella standarder som kan hjälpa en organisation att bygga upp ett ledningssystem, till exempel ISO 9000-serien för kvalitetsledning.

Att utgå från processer istället för funktioner är en framgångsfaktor när ett ledningssystem byggs upp. Det verkliga ledningssystemet är de personer och den kompetens som människorna i organisationen besitter. Men också de beslutsvägar och de val som människor i organisationen gör. Beskrivningen av ledningssystemet i text eller bild, beskriver hur organisationen vill att det ska fungera. Men avvikelser från denna önskan sker dagligen och svårigheterna torde öka ju mer komplex organisationen är.

En realistisk, enkel och tydlig beskrivning över hur vi vill att det ska fungera, medför att det är troligare att människorna kan leva efter rutinen och uppnå de önskade målen.

Den som bedriver verksamhet enligt 31 § hälso- och sjukvårdslagen, 16 § tandvårdslagen, 6 § LSS, eller 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen är skyldig att upprätta ett kvalitetsledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Föreliggande dokument beskriver omsorgsförvaltningens tillämpning av föreskrifterna och de allmänna råden i SOSFS 2011:9.

2 Utformning av ledningssystem för kvalitet

2.1 Processkartor

För att uppfylla kraven i SOSFS 2011:9 är utgångspunkten att det till aktiviteterna i förvaltningens fastställda processer kopplas styrande och stödjande dokument.

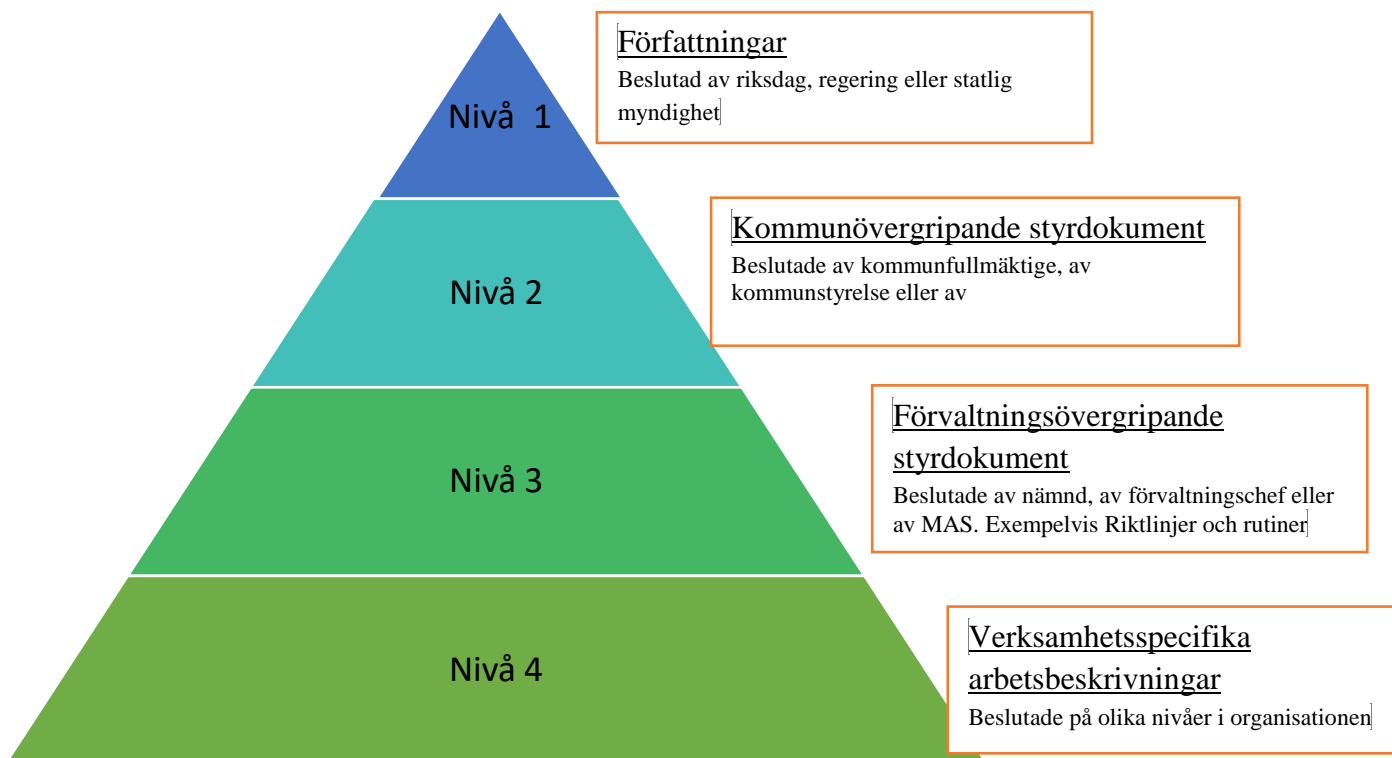
Det är viktigt att säkerställa att samtliga processer är genomarbetade och har en enhetlig struktur.

2.2 Dokumenten i ledningssystemet skall vara av vägledande karaktär

Det innebär en förflyttning från detaljerade riktlinjer och rutiner till vägledande. Agerandet i mötet med den enskilde kan inte och bör inte standardiseras då varje person är unik och har olika behov. En stor del av den styrning som krävs är redan inbyggd i den professionella arbetsprocessen hos den yrkeskår som arbetar inom förvaltningen.

2.3 Dokumethierarki

De dokument som upprättas inom förvaltningen i Älvkarlebys egen organisation ingår i förvaltningens ledningssystem. Styrdokument som upprättats av annan part ingår inte direkt i ledningssystemet, men påverkar innehållet i detsamma. För att tydliggöra detta placerar förvaltningen olika styrdokument i en dokumenthierarki, där ledningssystemet omfattar de två undre nivåerna. Dokumenthierarkin, består av totalt fyra nivåer enligt bild nedan.



2.4 Dokument i ledningssystemet

För alla riktlinjer, rutiner och arbetsbeskrivningar ska det finnas en dokumentansvarig. I dokumentet ska det tydligt framgå om det är en riktlinje, en rutin eller en arbetsbeskrivning. I alla riktlinjer, rutiner och arbetsbeskrivningarna ska det framgå vilken funktion som är dokumentansvarig, vilken funktion som godkänt dokumentet, när dokumentet ursprungligen upprättades och när dokumentet senast reviderades.

- **Riktlinje skall svara på;** Syftet, ”varför?” (kopplingen till dokumentet högre upp i hierarkin). Vilka den gäller för. **Detta ska uppnås,** Vad? Önskade prestationer och/eller effekter? Om riktlinjen kräver en arbetsbeskrivning ska detta beskrivas.
- **Rutin skall svara på;** Syftet, ”varför?” (kopplingen till dokumentet högre upp i hierarkin). Vilka den gäller för. **Så ska genomförandet ske,** Hur? Resurser och/eller aktiviteter (vilken funktion?) Om rutinen kräver en arbetsbeskrivning ska detta beskrivas.
- **Arbetsbeskrivningar skall svara på;** Syftet, ”varför?” (kopplingen till riktlinjer/rutiner, till lagstiftning eller till sådant som är bestämt inom det egna området att man själva ska arbeta med). Vilka den gäller för. **Så ska genomförandet ske,** Hur? Resurser och/eller aktiviteter

Övriga stödjande dokument som behövs i genomförandet av uppdragen, t.ex. checklistor, lathundar, mallar, beskrivningar bör även upprättas ordnat, med datum, dokumentansvarig etcetera. I de fall där överenskommelser, nationella handböcker mm är styrande och vägledande är det i det oftast lämpligt att i riktlinjen, rutinen eller arbetsbeskrivningen lägga till en länk direkt till dessa i stället för att spara ner dem som egna dokument.

2.5 Övergripande ansvarsfördelning mellan olika funktioner i ledningssystemet

Nedan listas den övergripande ansvarsfördelning mellan olika funktioner i ledningssystemet.

2.5.1 Omsorgsnämnden

Nämnden har ett övergripande ansvar för att det finns ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Nämnden fastställer övergripande mål för verksamheten och följer upp dessa. Nämnden fattar även beslut om riktlinjerna.

2.5.2 Förvaltningschef

Förvaltningschef har det yttersta ansvaret för att ett ledningssystem upprättas, planeras, genomförs och följs upp. Förvaltningschefen har även det yttersta ansvaret för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.

2.5.3 Verksamhetschef

Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa att Omsorgsförvaltningen enhetschefer arbetar i enlighet med riktlinjen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Verksamhetschefen ansvarar för att godkänna processbeskrivningar som berör flera enheter inom det egna verksamhetsområdet. Verksamhetschefen ansvarar för att vid behov genomföra riskanalyser, egenkontroller och åtgärder för att säkerställa god kvalitet inom det egna verksamhetsområdet.

2.5.4 Förvaltningsledningen

Förvaltningsledningen samlat ska ha en god insyn och informeras om det kvalitetsarbete som bedrivs.

2.5.5 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinsk ansvarig sjuksköterska har rollen som kravställare i den verksamhet som kommunen bedriver enligt § 18 HSL. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, styra och rapportera till Omsorgsnämnden hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs i verksamheterna.

2.5.6 Verksamhetschef HSL

Verksamhetschef HSL ansvarar för att tillhandahålla tjänster uppfyller de målsättningar och krav som ställts upp av Omsorgsnämnden, lagstiftning och föreskrifter i den verksamhet som kommunen bedriver enligt § 18 HSL.

2.5.7 Enhetschef

Enhetschefen ska möjliggöra för enhetens medarbetare att delta i utvecklingen av enhetens processer och styrdokument samt säkerställa att medarbetarna arbetar i enlighet nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enhetschefen ska vid behov och minst en gång om året se över och vid behov revidera de processer som enheten arbetar enligt. Vid genomgång av enhetens processer är det enhetschefens ansvar att kontrollera att de styrdokument som länkas från enhetens processer är uppdaterade och överensstämmer med enhetens arbetsätt.

Enhetschefen ska vid behov och minst en gång om året genomföra riskanalys, egenkontroller och åtgärder i utifrån dessa. Enhetschefen ska tillse att händelser enligt Lex Sarah respektive Lex Maria samt avvikelser utreds och rapporteras korrekt.

Minst en gång om året ska enhetschefen för sina medarbetare presentera en sammanställning över enhetens avvikelser, synpunkter och klagomål samt händelser som utretts enligt Lex Sarah respektive Lex Maria i syfte att uppmärksamma mönster, trender och förbättringsområden i den egna verksamheten.

2.5.8 Medarbetare

Alla medarbetare ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att:

- Arbeta i enlighet med processer och rutiner
- Medverka i förvaltningens olika aktiviteter i kvalitetsarbetet
- Delta i och lämna uppgifter till egenkontroll, kvalitetsregister och dyl.
- Delta i uppföljning och analys av mål och resultat
- Rapportera avvikelser av olika slag
- Upprätta Lex Sarah rapporter
- Lämna uppgifter till rapporter och utredningar

Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänst eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Att medverka till god kvalitet innebär bland annat att vara uppmärksam och påtala sådant som kan medföra risk för att enskilda inte får god omvårdnad, gott stöd, god service och lever under trygga förhållanden. Stor vikt ska läggas på det förebyggande arbetet (riskanalyser). Att påtala och rätta uppkomna fel och brister och vara lyhörd för synpunkter och kvalitet.

2.5.9 Ledningssystemets förvaltning

Ledningssystemet förvaltas av funktionen verksamhetsutvecklare. Denna ansvarar för att utveckla ledningssystemet på central nivå och rapportera systemets prestanda till förvaltningsledningen för granskning och underlag för förbättringar. Förvaltningsledningen värderar om ledningssystemet är tillräckligt och effektivt.

2.6 Förbättrande åtgärder samt förbättring av processer, riktlinjer, rutiner och arbetsbeskrivningar

Riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroll utgör alla underlag för att arbeta med förbättringar. På verksamhetsnivå beslutar ansvarig chef om åtgärder och förändringar av processer och arbetsbeskrivningar, med stöd av ett kvalitetsråd. Det är ansvarig chef som ska se till att åtgärder och förändringar av arbetsbeskrivningar därefter följs upp för att säkerställa att åtgärderna/förändringarna lett till faktiska förbättringar.

På förvaltningsnivå beslutar förvaltningschef om åtgärder och förändringar av processer, riktlinjer och rutiner. Förvaltningschef ansvarar för att åtgärder och förändringar av processer, riktlinjer och rutiner därefter följs upp för att säkerställa att åtgärderna/förändringarna lett till faktiska förbättringar.

För att kunna bedriva ett systematiskt förbättringsarbete krävs att verksamhetens medarbetare involveras och själva tar ansvar för att driva kvalitetsarbetet framåt.

I detta ingår att varje medarbetare är skyldig att arbeta enligt de processer som förvaltningen fastställt och enligt styrdokumenterna i den övergripande dokumenthierarkin.

De fall som inte omfattas av de fastställda processerna eller styrdokumenterna ska hanteras utifrån medarbetarnas professionella kunskaper. Detta förutsätter att medarbetarna har den kompetens som krävs för uppgiften och medför ett utökat handlingsutrymme för både

medarbetare och chefer. Det är i interaktionen mellan den professionella kunskapen och förbättringskunskapen som bestående förbättringar av verksamheten kan uppnås.

2.7 Kvalitetsråd

För att formalisera medarbetarnas medverkan i kvalitetsledningsarbetet har förvaltningen ett kvalitetsråd. I kvalitetsrådet ingår representanter från samtliga verksamhetsområden den funktion som ansvarar för förvaltandet av ledningssystemet är sammankallande.

2.8 Egenkontroll

Egenkontroll är enligt föreskriften SOSFS 2011:9 en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Syftet med egenkontrollen är att ge chefer på olika nivåer inom Omsorgsnämndens ansvarsområde instrument för att själva säkerställa att den egna verksamheten följer de rutiner och riktlinjer som styr verksamheten, samt att ge nämnden underlag för att följa upp att verksamheterna följer de rutiner och riktlinjer som styr desamma.

2.9 Förteckning över dokumenten i ledningssystemet

En förteckning över ledningssystemets samtliga dokument upprättas årligen som diarieförs. Den funktion som förvaltar ledningssystemet ansvarar för detta. Detta för att ge ledningen en möjlighet att regelbundet få ett samlat grepp om ledningssystemet innehåll och status, minskar personberoendet samt underlättar själva förvaltandet av desamma.

2.10 Dokumentationsskyldighet

Omsorgsnämndens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras i en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som upprättas för föregående år senast den 31 mars varje år. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ska vara så pass tydligt uppdelad att det tydligt framgår vad av dokumentet som uppfyller Omsorgsnämndens redovisningsskyldighet enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och vilka delar av dokumentet som uppfyller kraven för dokumentation enligt 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.