|  |  |
| --- | --- |
| Riktlinjer ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 | |
| **Syfte**: | Ledningssystemet ska användas för att:   * systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet * upptäcka risker medan de fortfarande är möjliga att förebygga samt * planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. |
| **Gäller för**: | Sektor social välfärd |

Innehåll

[Inledning 3](#_Toc120527358)

[Syfte med ledningssystem 3](#_Toc120527359)

[Definition av kvalitet – med utgångspunkt för ledningssystemet 3](#_Toc120527360)

[Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad 3](#_Toc120527361)

[Roller och ansvar i Ledningssystemet 3](#_Toc120527362)

[Välfärdsnämnden 4](#_Toc120527363)

[Sektorschef 4](#_Toc120527364)

[Områdeschef för stab och utveckling 4](#_Toc120527365)

[Verksamhetschef för hälso- och sjukvård 4](#_Toc120527366)

[Områdeschef 4](#_Toc120527367)

[Enhetschef ansvarar för att: 5](#_Toc120527368)

[Medarbetare ansvarar för att: 5](#_Toc120527369)

[Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) med Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR) funktion 6](#_Toc120527370)

[Utvecklingsledare med funktion Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att: 6](#_Toc120527371)

[Processer och rutiner 7](#_Toc120527372)

[Processägare 7](#_Toc120527373)

[Processledare 7](#_Toc120527374)

[Processteam 7](#_Toc120527375)

[Samverkan med andra aktörer/vårdgivare 7](#_Toc120527376)

[Ansvar för samverkan 7](#_Toc120527377)

[Samverkansavtal/överenskommelser 8](#_Toc120527378)

[Processer i samverkan 8](#_Toc120527379)

[Struktur för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i samverkan 8](#_Toc120527380)

[Pensionärsrådet och funktionshinderrådet 8](#_Toc120527381)

[Brukarsamverkan 8](#_Toc120527382)

[Social Välfärds mötesforum för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet 8](#_Toc120527383)

[Uppdragsdialog 9](#_Toc120527384)

[Uppföljningsdialog 9](#_Toc120527385)

[Kvalitetsråd 9](#_Toc120527386)

[Ledningsteam 9](#_Toc120527387)

[Brukarteam 9](#_Toc120527388)

[Dokumentation av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet 10](#_Toc120527389)

[Gemensam handlingsplan för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet 10](#_Toc120527390)

[Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 10](#_Toc120527391)

[Systematiskt förbättringsarbete 11](#_Toc120527392)

[Referenslista: 12](#_Toc120527393)

[Lagar och föreskrifter som övergripande ligger till grund för ledningssystemet 12](#_Toc120527394)

# Inledning

Ledningssystemet ska säkerställa sektorns efterlevnad av SOSFS 2011:9 men ska också säkerställa att lagkrav, politiska mål och interna krav tillgodoses. Hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS är komplexa verksamheter. Därför behövs ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande kunna säkra och utveckla kvaliteten i verksamheterna. Välfärdsnämnden har också att förhålla sig till det kommungemensamma ledningssystemet ”Vårt arbetssätt”.

Den här riktlinjen förklarar syftet med ett kvalitetsledningssystem samt hur välfärdsnämnden fördelat roller och ansvar i ledningssystemet. Riktlinjen kompletteras med Sektor social välfärds instruktioner och stöd för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete till chefer och medarbetare på sektorns intranät.

# Syfte med ledningssystem

Ledningssystemet ska användas för att:

* systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
* upptäcka risker medan de fortfarande är möjliga att förebygga samt
* planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

# Definition av kvalitet – med utgångspunkt för ledningssystemet

Med kvalitet menas att verksamheterna följer de lagkrav och mål som gäller för verksamheten. Kvalitet är att göra rätt saker, på rätt sätt och att med tilldelade resurser nå avsett resultat.

# Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

I ledningssystemets uppbyggnad ingår:

* Processer och rutiner
* Standarder, tekniska specifikationer för kvalitets- och verksamhetsutveckling
* Processer och rutiner för samverkan
* Systematiskt förbättringsarbete

# Roller och ansvar i Ledningssystemet

Ansvaret för att det systematiskt kvalitetsarbete bedrivs följer den ordinarie linjeorganisationens ansvarsfördelning och det som beskrivs i Lidköping kommuns styrdokument.

### Välfärdsnämnden

Välfärdsnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och att insatserna är av god kvalitet. Nämnden ansvarar för att sektorns kvalitets- och patientsäkerhetsarbete systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

### Sektorchef

Sektorchef ansvarar för att:

* innehållet är ändamålsenligt och att roller och ansvar fördelas i ledningssystemet
* säkerställa och ge förutsättningar för att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet kan bedrivas systematiskt samt verka för en förbättringskultur med fokus på verksamhetens kvalitet
* ansvarar för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Sarah.

### Områdeschef för stab och utveckling

Områdeschef för stab och utveckling ansvarar för att:

* planera, samordna och organisera kvalitetsledningsarbetet
* upprätta en sektorsövergripande handlingsplan för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet tillsammans med Verksamhetschef HoS samt Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning, säkerhet och ansvarar för att:

* samordna och organisera patientsäkerhetsarbetet sektorsövergripande och att tillgodose krav på hög patientsäkerhet och god kvalitet
* ha ett samlat ledningsansvar och representerar vårdgivaren
* hanteringen av medicinska produkter inom verksamheten är ändamålsenlig och fungerande
* upprätta en sektorsövergripande handlingsplan för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet tillsammans med Områdeschef för stab och utveckling samt Medicinska ansvarig sjuksköterska.

### Områdeschef

Områdeschef har övergripande ansvar för kvalitén i den verksamhet som bedrivs inom ansvarsområdet genom att:

* säkerställa att verksamheterna arbetar med att utveckla verksamhetens kvalitet i enlighet med ledningssystemet
* prioritera vilka mål som området ska arbeta mot
* identifiera och bedöma vilka processer, rutiner och samverkan internt och externt, som behövs för att säkra kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom ansvarsområdet
* avgöra vilka åtgärder, egenkontroller och riskbedömningar från enheterna som ska genomföras och prioriteras
* systematiskt följa upp verksamheten
* dokumentera och redovisa kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom sitt ansvarsområde i områdets handlingsplan och områdesrapporten
* övergripande ansvarig för ledningsteamen.

### Enhetschef ansvarar för att:

* systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
* säkerställa att medarbetare arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet
* dokumentera löpande det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt sammanställa det i enhetens handlingsplan och enhetsrapport
* utföra egenkontroll
* identifiera, följa upp och åtgärda risker
* medarbetarna har rätt kompetens för uppdraget samt att den upprätthålls och utvecklas
* utreda synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, vid behov tillsammans med områdeschef, utvecklingsledare med SAS funktion eller Medicinska ansvarig sjuksköterska.

### Medarbetare ansvarar för att:

* systematiskt och fortlöpande medverka i samt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet tillsammans med enhetschef
* uppmärksamma risker
* medverka i identifiering, genomförande och analys av förbättringsbehov samt åtgärder för att stärka kvalitén och patientsäkerheten
* arbeta efter beslutade mål, processer och rutiner
* rapportera avvikelser

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) med Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR) funktion ansvarar för att:

* upprätta samt kvalitetssäkra riktlinjer och rutiner för kommunal hälso- och sjukvård
* ge stöd samt följa upp det systematiska patientsäkerhetsarbetet
* patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
* journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
* beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten samt att delegeringar sker på ett patientsäkert sätt
* ansvarig för samverkan med andra vårdgivare
* ta del av inrapporterade avvikelser och händelser
* utreda och anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om allvarlig vårdskada enligt lex Maria.
* kontinuerligt omvärldsbevaka vilka lagar, föreskrifter och andra styrande dokument som gäller för verksamheten
* upprättar en sektorsövergripande handlingsplan för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet tillsammans med Områdeschef för stab och utveckling och Verksamhetschef HoS samt upprättar en patientsäkerhetsberättelse

### Utvecklingsledare med funktion Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:

* upprätta samt kvalitetssäkra riktlinjer och rutiner för myndighetsutövning och utförande av socialtjänstens insatser enligt SoL, LSS, LVU och LVM
* ge stöd i det systematiska kvalitetsarbetet och följa upp att gällande kvalitetskrav inom socialtjänsten uppnås
* sammanställa och analysera avvikelser samt klagomål- och synpunkter
* är stöd till enhetschef vid utredningar av klagomål och synpunkter samt utreder självständigt klagomål som berör övergripande frågor
* utreda och bedöma om händelser inneburit allvarliga missförhållanden eller risk för allvarligt missförhållande. Ställningstagandet utgör underlag för anmälan till IVO enligt lex Sarah
* anmälan görs till välfärdsnämnden om en patient utsatts för allvarligt missförhållande
* kontinuerligt omvärldsbevaka vilka lagar, föreskrifter och andra beslut som gäller för verksamheten samt upprätta en kvalitetsberättelse.

**Andra stödfunktioner med särskilda uppdrag i kvalitetsarbetet**

Demens- och äldrespecialiserade undersköterskor, 1:e socialsekreterare/biståndshandläggare och stödpedagoger samt ett flertal personer med samordnarroller har ett särskilt ansvar för att vara aktiva i verksamhetens kvalitets- och förbättringsarbete.

### **Processer och rutiner**

Processer och rutiner är en del av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad. De aktiviteter som ingår i processkartläggningen ska identifieras och aktiviteternas ordning fastställas samt till varje aktivitet ska rutiner om ett bestämt tillvägagångssätt upprättas. Fastställda processer med tillhörande rutiner ska finnas i det kommungemensamma ledningssystemet ”Vårt arbetssätt” och vara beslutade av processägare.

### Processägare

Principen är att områdeschefer är processägare för processer inom sitt ansvarsområde. Enhetschef är processägare i de fall processen enbart omfattar enheten.

Som processägare har man ansvar för att processen är känd, förvaltas, revideras och utvecklas. Processen ska vara effektiv och ändamålsenlig.

### Processledare

Processledaren är en stödfunktion som på uppdrag av processägaren samordnar revidering och kvalitetssäkring av processen samt förbättringsarbetet utifrån behov som uppstår. Processledaren är övergripande ansvarig för dokumentation i Barium. Processledaren är utvecklingsledare inom stab- och utveckling eller utsedd funktion.

### Processteam

Processteamet är en arbetsgrupp som skapas för respektive process. Processägaren utser processteamet och en person som är ansvarig för att sammankalla processteamet. Processteamet arbetar på uppdrag av processägaren med att kartlägga och uppdatera processen samt genomföra förbättringar i processens olika delar.

# Samverkan med andra aktörer/vårdgivare

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvalitén på de insatser som ges i verksamheten.

### Ansvar för samverkan

Samverkan kan förekomma internt till exempel mellan myndighet/handläggare och utförarenheterna samt med externa aktörer, till exempel andra myndigheter och organisationer.

### Samverkansavtal/överenskommelser

I Västra Götaland beskrivs formerna för samverkan i Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård samt regleras i Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser. Det finns också länsövergripande riktlinjer inom Vårdsamverkan Västra Götaland samt Vårdsamverkan Skaraborg. Dessa styrdokument ska ingå i kommunens ledningssystem.

### Processer i samverkan

Samverkan mellan kommun och region eller annan berörd aktör ska beskrivas i de processer som ingår i ledningssystemet. Det innebär att vi ska genomföra gemensamma processkartläggningar mellan kommunen och regionen för att stärka och samordna den enskildes behov av stöd, vård och omsorg.

### Struktur för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i samverkan

I Vårdsamverkan i Skaraborg finns tre lokala partssamverkansgrupper; Partssamverkan Barn och unga, Trepartsgrupper samt Vård och omsorg. Det är en struktur för utveckling, ledning och styrning av god och nära vård. Det finns också en etablerad samverkansstruktur på Skaraborgsnivå samt Västra Götalandsnivå.

### Pensionärsrådet och funktionshinderrådet

Pensionärsrådet och funktionhinderrådet är organ för samråd och ömsesidig information för kommunens styrelser och nämnder. Råden ska i god tid få information och möjlighet att påverka i ärenden som rör pensionärer eller personer med funktionsnedsättning. Ärenden som ska till välfärdsnämnden gällande äldre och personer med funktionsnedsättning delges råden för kännedom.

### Brukarsamverkan

Brukare, närstående och intresseorganisationer ska på olika sätt ges möjlighet till att påverka arbetet med att förbättra verksamhetens kvalitet. Exempel på former för inhämtande av brukarnas synpunkter är brukarundersökningar, kommunens synpunktshantering, referensgrupper, fokusgrupper, kontakt med brukarföreningar med mera.

# Sektor social välfärds mötesforum för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

För att säkerställa ett systematiskt förbättringsarbete ska kvalitetsarbetet genomföras kontinuerligt på enhets-, områdes- och sektorsövergripande nivå.

Syftet är att:

* gemensamt följa upp, analysera och vidta åtgärder som leder till en förbättring av sektorns, områdets och enhetens processer
* förankring och spridning av nya förbättringsåtgärder
* möjliggöra för lärande och spridning av goda exempel och resultat inom hela förvaltningen

### Uppdragsdialog

Uppdragsdialogen är en dialog mellan ledning och verksamhet för att tillsammans utforma uppdrag att arbeta med under det kommande året. Dialogen genomförs varje år under januari – februari på sektorsnivå.

### Uppföljningsdialog

Uppföljningsdialog är en dialog mellan ledning och verksamhet för att tillsammans följa upp de uppdrag som verksamheten haft under året. Dialogen genomförs två gånger per år i perioden maj/juni och i november/december på sektorsnivå.

### Kvalitetsråd

Kvalitetsrådets syfte är att vara ett forum för stabens och verksamheternas arbete med kvalitet och patientsäkerhet. Målet är att samordna samt prioritera det övergripande kvalitetsarbetet för lärande och utveckling. Uppdraget är att ta fram en gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsplan samt kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Kvalitetsråden på sektorsnivå hålls sex gånger/år. Sammankallande är Områdeschef för stab och utveckling. Deltagare är Utvecklingsledare med SAS-funktion, Medicinskt ansvarig sjuksköterska samt Verksamhetschef Hälso- och sjukvård.

### Ledningsteam

Ledningsteam ska driva och utveckla enhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete (se *Riktlinje Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9).* Alla enhetens gemensamma resurser ska samordnas och utvecklas i enlighet med verksamhetens planer. Ledningsteam finns på enhetsnivå. Deras uppgift är att tillsammans leda enhetens kvalitets- och utvecklingsarbetet och stärka tryggheten för brukare och arbetslag.

### Brukarteam

Brukarteam är det nära teamet runt den enskilde brukaren som ska säkerställa individens kvalitet- och patientsäkerhet för den enskilde.

*Tabell över mötesforum*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mötesforum** | **Ansvarig** | **Frekvens** |
| *Sektorsövergripande* |  |  |
| Uppdragsdialog samt uppföljningsdialog | Sektorchef | 1 gång/år  2 ggr/år |
| Kvalitetsråd | Områdeschef stab och utveckling | 6 ggr/år |
| *Områdesnivå* |  |  |
| Uppdragsdialog samt uppföljningsdialog | Områdeschef | 1 gång/år  2 ggr/år |
| *Enhetsnivå* |  |  |
| Uppdragsdialog och uppföljningsdialog | Enhetschef | 1 gång/år  2 ggr/år |
| Ledningsteam | Enhetschef | Varannan vecka |
| Brukarteam | Enhetschef |  |
| Planeringsdagar | Enhetschef | 1 gång/år |

# 

# Dokumentation av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Målet är att dokumentationen ska föras i Hypergene med handlingsplaner och verksamhetsrapporter.

### Gemensam handlingsplan för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Utifrån ny lagstiftning, författningar samt resultat frånkvalitetsregister, brukarundersökningar, avvikelser och riskanalyser från områdes- och enhetsnivå, genomförs en prioritering av mål och aktiviteter för att säkerställa kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Handlingsplan för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samordnas till ett dokument och redovisas till nämnd vid samma tillfälle.

### Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Kvalitetsberättelsen ska beskriva kvalitetsarbetet sektorsövergripande över året.

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska årligen redovisa det systematiska patientsäkerhetsarbetet som bedrivits under året. I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården.

Kvalitets- och patientberättelsen samordnas till ett dokument och redovisas till nämnd vid samma tillfälle i mars.

**Förankring på områdes- och enhetsnivå**

I uppdragsdialogen fördelas uppdrag till ansvariga områdeschefer. Målen och aktiviteterna beskrivs i områdets handlingsplan och vidare uppdrag till enhetens handlingsplan. Till framtagna mål och aktiviteter kopplas en egenkontrollplan som stöd för uppföljning och utvärdering. I områdes- och enhetsrapporten ska verksamheterna redovisa kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som bedrivits under året.

*Tabell över dokumentation av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet*

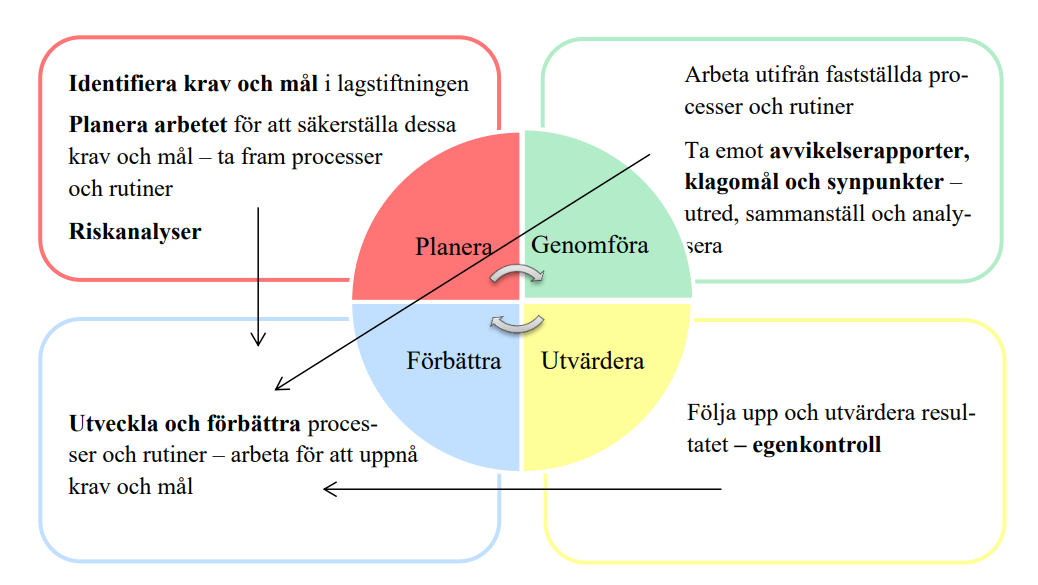
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapport** | **Ansvarig** | **Typ av rapport** |
| Sektorsövergripande handlingsplan | Sektorchef | Uppdrag och planering |
| Sektorsövergripande verksamhetsberättelse | Sektorchef | Utvärdera och förbättra |
| Handlingsplan för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet | Verksamhetschef hälso- sjukvård Områdeschef stab och utveckling samt Medicinskt ansvarig sjuksköterska | Planering |
| Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse | Berörda utvecklingsledare samt Medicinska ansvarig sjuksköterska | Utvärdering och förbättring |
| Områdets handlingsplan | Områdeschefer | Uppdrag och planering |
| Områdets verksamhetsrapport | Områdeschefer | Utvärdera och förbättra |
| Enhetens handlingsplan | Enhetschefer | Uppdrag och planering |
| Egenkontrollplan | Enhetschefer/områdeschefer | Uppföljning |
| Enhetens verksamhetsrapport | Enhetschefer | Utvärdera och förbättra |

# 

# Systematiskt förbättringsarbete

Lidköpings kommuns kvalitetsledningsmodell för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet arbetet bygger på faserna planera, genomföra, följa upp och åtgärda.

Hur det systematiska förbättringsarbetet ska genomföras i verksamheterna beskrivs på Sektor social välfärds intranät. Där finns tillgång till rutiner, mallar, stödmaterial och utbildningsmaterial.



# 

# Referenslista:

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
2. Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### Lagar och föreskrifter som övergripande ligger till grund för ledningssystemet

Att uppfylla lagens krav är grunden för att verksamheten ska vara rättssäker och att utförda tjänster är av god kvalitet. De verksamhetsspecifika lagarna inom sektorn som omfattas av ledningssystemet är bl a;

* socialtjänstlag (2001:453)
* lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
* hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
* patientsäkerhetslag (2010:659)4
* lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
* lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
* lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Utöver nämnda lagar finns det ytterligare lagar som är tillämpliga för verksamheterna i vissa fall. Alla lagar är sökbara via [www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se) eller [www.lagrummet.se](http://www.lagrummet.se)

Föreskrifter och allmänna råd utgivna av myndigheter, som t.ex. socialstyrelsen, finns samlat i en gemensam författningssamling, HSLF-FS, sökbara via webbsida [Föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS och SOSFS) - Socialstyrelsen](https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/) samt på internet [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)

