

VERKSAMHETSPLAN

Socialförvaltningen

Datum
2015-10-27**Diarienummer**
2015/95**Diarieplan**
701

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Beslutat av socialnämnden 2013-11-19, § 116.

Reviderat av socialnämnden 2015-10-27, § 133

Innehåll

1. Inledning	2
1.1 Syfte.....	2
1.2 Definition av kvalitet	2
2. Vision, mål och uppdrag	3
2.1 Kommunövergripande vision	3
2.2 Socialnämndens inriktnings-och resultatmål.....	3
3. Vilka verksamheter omfattas	4
4. Ansvarsfördelning och organisation för kvalitetsarbetet	4
4.1. Socialnämnden.....	4
4.2 Allmänt om tjänstemännens ansvar	5
4.2.1 Förvaltningschef	5
4.2.3 Områdeschef	5
4.2.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	5
4.2.5 Enhetschef.....	5
4.2.6 Medarbetare	5
4.3 Externa entreprenörer	6
5. Processer och rutiner.....	6
5.1 Samverkan - intern och extern.....	7
6. Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten	7
6.1 Planering av verksamheten och upprättande av mål	7
6.2 Organisering och dokumentation av kvalitetsarbetet	8
6.3 Systematiskt förbättringsarbete	8
6.3.1 Riskanalys	8
6.3.2 Egenkontroll.....	8
6.3.3 Klagomål och synpunkter.....	8
6.3.4 Rapporteringsskyldighet.....	9
6.3.5 Registrering i kvalitetsregister	9
7. Kvalitetsarbetets olika faser.....	10
7.1 Planera	10
7.2 Genomföra	10
7.3 Utvärdera	10
7.4 Förbättra.....	10
7.5 Dokumentationsskyldighet	11

Bilaga 1 Lagar och föreskrifter

Bilaga 2 Interna och externa samverkansforum

1. Inledning

Socialnämndens ledningssystem för kvalitet beskrivs i denna verksamhetsplan.

Hur ledningssystemet ska vara uppbyggt följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

1.1 Syfte

Syftet med ledningssystemet är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att:

- planera
- leda
- kontrollera
- följa upp
- utvärdera
- förbättra verksamheten

Ledningssystemet ska vara anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.

1.2 Definition av kvalitet

Kvalitet definieras enligt SOSFS 2011:9, 2 kap 1§

Med kvalitet menas att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård (HSL) socialtjänst (SoL) och stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. De lagar, förordningar och föreskrifter som styr socialnämndens verksamhet finns samlade i bilaga 1.

Inom socialförvaltningen i Älmhult betyder detta att verksamheten:

- bygger på människors självbestämmande och integritet
- utgår från en helhetssyn
- är samordnad och präglad av kontinuitet
- är evidensbaserad¹
- är tillgänglig och jämlikt fördelad
- är trygg, säker och präglad av rättssäkerhet i myndighetsutövningen
- vid alla åtgärder som rör barn tas hänsyn till vad som är barnets bästa

Kvalitet kan även uttryckas som förhållandet mellan förväntning och upplevelse. Det ska vara tydligt för medborgare och brukare vad de kan förvänta sig av socialförvaltningen².

Medborgare och brukare som kommer i kontakt med socialförvaltningen bedömer kvaliteten på arbetet i förhållande till vad hen har förväntat sig.

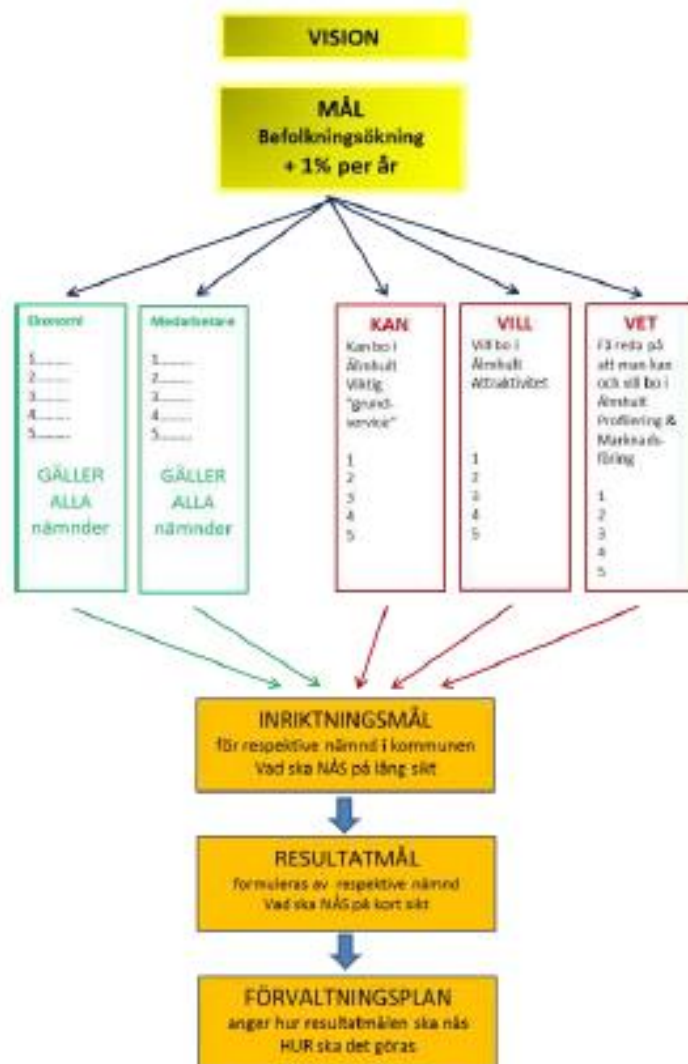
¹Evidensbaserad verksamhet innebär bästa tillgängliga kunskap från patient, profession och forskning.

²Förväntningar som grundar sig på information till medborgare/brukare, biståndsbeslut samt, inom äldreomsorgen, värdighetsgarantierna.

2. Vision, mål och uppdrag

2.1 Kommunövergripande vision

Älmhults kommun vision är ”Överraskande Älmhult- internationellt och nära”.



2.2 Socialnämndens inriktnings-och resultatmål

Socialnämnden främsta uppgift är att erbjuda kommuninvånarna stöd, vård, omsorg, rehabilitering och habilitering av såväl förebyggande som åtgärdande karaktär utifrån sitt ansvar enligt socialtjänstlagen (SoL), Hälso-och sjukvårdslagen (HSL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Lagen om vård av unga (LVU) och Lagen om vård av missbrukare (LVM). Verksamheten ska bedrivas i nära samverkan men andra myndigheter och institutioner, anhöriga och andra intressenter.

Socialförvaltningen

2015-10-27

Kommunfullmäktige fastställer inriktningsmål för socialnämnden i den strategiska utvecklingsplanen. Socialnämnden fastställer i sin tur resultatmål för nämndens verksamhet. Socialförvaltningen tar efter detta fram aktiviteter som syftar till att inriktnings- och resultatmål ska uppnås.

3. Vilka verksamheter omfattas

Societjänsten i Älmhults kommun består av:

- Individ-och familjeomsorg (IFO)
- Omsorg om personer med funktionsnedsättning (OF)
- Äldreomsorg (ÄO)
- Hälso- och sjukvård

Socialförvaltningen leds av en förvaltningschef som tillsammans med områdescheferna bildar förvaltningens chefsgrupp.



4. Ansvarsfördelning och organisation för kvalitetsarbetet

4.1. Socialnämnden

- Nämnden beslutar om ledningssystemet
- Nämnden beslutar om resultatmål för verksamheten

Socialförvaltningen

2015-10-27

- Nämnden ansvarar för att ge förutsättningar för att verksamheten kan uppfylla de krav som regleras i lagstiftning, förordningar och föreskrifter

4.2 Allmänt om tjänstemännens ansvar

Ansvar för arbetsuppgifter utifrån ledningssystemet följer de befintliga strukturerna för fördelning av ansvar och befogenheter inom organisationen.

Grunden för fördelning är att ansvar och befogenheter för kvalitet, ekonomi, personal och arbetsmiljö hålls ihop. Ansvar för att arbeta enligt ledningssystemet ingår alltså i chefsansvaret men all personal ska vara delaktig i kvalitetsarbetet.

4.2.1 Förvaltningschef

Förvaltningschefen ska inom ramen för ledningssystemet och socialnämndens ansvar:

- ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas, följas upp och förbättras kontinuerligt

4.2.3 Områdeschef

Områdeschefen ska inom ramen för ledningssystemet och socialnämndens ansvar:

- bedriva systematiskt kvalitetsarbete samt vara stöd för enhetscheferna i kvalitetsarbetet
- upprätta rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet inom sitt område kontinuerligt ska bedrivas, följas upp och utvecklas
- dokumentera kvalitetsarbetet

4.2.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska inom ramen för ledningssystemet och socialnämndens ansvar:

- upprätta riktlinjer och rutiner för samverkan mellan huvudmännen gällande hälso- och sjukvård
- genomföra verksamhetsuppföljningar av hälso- och sjukvården

4.2.5 Enhetschef

Enhetschefen ska inom ramen för ledningssystemet och socialnämndens ansvar:

- bedriva och leda kvalitetsarbete inom sin enhet
- informera personal om gällande riktlinjer och rutiner
- tillsammans med medarbetarna utveckla och förbättra arbetsmetoder för att ta hänsyn till brukarens/klientens/patientens individuella behov
- följa upp resultat, analysera resultat och vidta de förbättringsåtgärder som krävs

4.2.6 Medarbetare

Medarbetarna ska inom ramen för ledningssystemet och socialnämndens ansvar:

- följa upprättade riktlinjer och rutiner
- meddela om riktlinjer och rutiner inte fungerar eller saknas
- aktivt delta vid utbildning och handledning

Socialförvaltningen

2015-10-27

- ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas, följas upp och förbättras

4.3 Externa entreprenörer

Externa entreprenörer ansvarar för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9.

Externa entreprenörer är därmed ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som innebär kvalitetsuppföljning, kvalitetsutveckling, att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet samt ge information om resultaten till sina medarbetare inom sitt verksamhetsområde. Entreprenörerna är ansvariga för att informera socialnämnden om resultaten av kvalitetsuppföljningar.

5. Processer och rutiner

Med process menas en serie aktiviteter som främjar ett specifikt ändamål eller ett avsett resultat. För varje aktivitet som identifierats ska en rutin tas fram som beskriver hur aktiviteten utförs och vem som ansvarar för den.

Förvaltningschefen ansvarar för att fastställa processer, aktiviteter och rutiner. Förvaltningschefen och områdescheferna ansvarar för att vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Områdescheferna och medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att det finns aktuella styrdokument för att säkra kvaliteten i de olika verksamheterna. Samtliga medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och meddela om styrdokument saknas eller behöver förändras

På intranätet finns de rutiner och processer som är dokumenterade.



Bilden illustrerar hur socialförvaltningens verksamheter bedrivs utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, vilka grundstenar som styr verksamheten, vilka övergripande processer som finns och vad som behövs för att bedriva och kontrollera verksamheten. Allt med målet att de som kommer i kontakt med socialförvaltningen, här kallade kunder, upplever att de är nöjda med det stöd och hjälp de har fått.

5.1 Samverkan - intern och extern

Många som kommer i kontakt med socialförvaltningen har sammansatta behov. För att möta dessa krävs samverkan både internt inom den egna förvaltningen, med andra nämnder och externt med andra myndigheter och aktörer. Samverkansskyldigheten inom socialtjänstens område regleras i olika lagar och föreskrifter.

Samverkan kan vara en förutsättning för att den enskilde får insatser av god kvalitet och förebygger att patienter drabbas av vårdskada.

En sammanställning av intern och extern samverkan finns i bilaga 2.

6. Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten

6.1 Planering av verksamheten och upprättande av mål

Socialnämnden tar fram resultatmål för verksamheten. Förvaltningschef, områdeschefer och enhetschefer bryter ner resultatmålen till aktiviteter. Förvaltningschef, områdeschefer och enhetschefer tar tillsammans fram mätmetoder för att kontrollera att i vilken utsträckning

Socialförvaltningen

2015-10-27

resultatmålen har uppfyllts. På de olika enheterna ute i verksamheten arbetar enhetschefen tillsammans med personal fram åtgärder som behövs i verksamheten för att målen ska uppnås.

6.2 Organisering och dokumentation av kvalitetsarbetet

Ansvaret för att arbeta enligt ledningssystemet ingår i chefsansvaret men alla personal ska vara delaktig. Patientsäkerhetsarbetet leds av medicinskt ansvarig sjuksköterska. I övrigt se information under **Ansvarsfördelning och organisation av kvalitetsarbetet** i kapitel 4.

Samtliga processer och rutiner som påverkar kvalitet och säkerhet inom socialnämndens verksamhet beskrivs i förvaltningens kvalitetsberättelse som inkluderar patientsäkerhetsberättelsen samt i verksamhetsplan och verksamhetsberättelse.

6.3 Systematiskt förbättringsarbete

Socialförvaltningen arbetar med ständiga förbättringar. Arbetet är inspirerat av lean. Lean kännetecknas av att sätta kunden i centrum och av att förbättringsarbetet bedrivs systematiskt och bygger på medarbetarnas delaktighet. Med kunden menas de personer som av olika anledningar kommer i kontakt med socialförvaltningen.

6.3.1 Riskanalys

Riskanalyser genomförs i samband med organisationsförändringar, införandet av ny teknisk utrustning samt inom riskområden som identifierats via inrapporterade avvikelser. Utifrån riskanalyser ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Riskanalyser görs fortlöpande.

Förvaltningschef, områdeschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska beslutar om en riskanalys ska göras och utser analysledare som ansvarar för genomförandet.

6.3.2 Egenkontroll

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. För att kunna följa verksamheten över tid måste verksamheten och förvaltningen göra regelbundna uppföljningar av verksamheten. Plan för vad egenkontrollen innehåller, hur den genomförs samt hur ofta och hur den följs upp finns i ett separat dokument.

Förvaltningschef och områdeschefer ansvarar för att egenkontrollen sker samt analyserar resultatet. Enhetscheferna ansvarar för att utföra egenkontrollen i sina verksamheter. Egenkontroller ska dokumenteras.

Dessutom upprättar socialnämnden årligen en internkontrollplan enligt bestämmelser från kommunfullmäktige där generella och särskilda riskområden ska beskrivas och följas upp.

Områdeschefer och controller ansvarar för att internkontrollen genomförs.

6.3.3 Klagomål och synpunkter

Personal inom socialförvaltningen ansvarar för att löpande ta emot klagomål och synpunkter från brukare, anhöriga och andra intressenter. Vid inkomna klagomål och synpunkter utreder, åtgärdar och återkopplar områdeschef eller enhetschef vid berörd verksamhet.

Klagomål- och synpunktshanteringen hanteras enligt särskild rutin.

Ledningsgruppen analyserar inkomna klagomål och synpunkter vid arbetsplatsträffar för att upptäcka brister och mönster av brister. Ledningsgruppen analyserar klagomålen och synpunkterna inför halvårssammanställningen. Förvaltningschefen beslutar om övergripande förbättringsaktiviteter som beskrivs i den årliga kvalitetsberättelsen.

En sammanställning görs två gånger per år och presenteras för nämnden.

6.3.4 Rapporteringsskyldighet

Nämnden garanterar genom ledningssystemet att det finns rutiner för hantering av vårdskador, missförhållanden, avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Syftet med rapporteringsskyldigheten är att identifiera och åtgärda strukturella brister samt brister i verksamhetens rutiner för att lära av misstagen.

All personal ska vara involverad och delaktig. Kontroll av eget utfört arbete, identifiering och rapportering av avvikelser ska vara självklara delar i personalens dagliga arbete.

6.3.4.1 Avvikelser

Med avvikelser avses situationer och händelser när någonting av någon anledning gick fel. Det kan vara händelser som medfört skada eller risk för skada av lindrigare karaktär men också händelser av allvarigare karaktär som medfört eller riskerat medföra missförhållande eller vårdskada.

- Verksamheterna använder framtagen rutin för rapportering av avvikelser.

6.3.4.2 Lex Maria

Vårdskador och risk för vårdskador enligt HSL.

- Verksamheterna använder framtagen rutin för anmälan enligt lex Maria.

6.3.4.3 Lex Sarah

Missförhållande eller risk för missförhållande i verksamheter enligt SoL och LSS.

- Verksamheterna använder framtagen rutin för anmälan enligt lex Sarah.

6.3.5 Registrering i kvalitetsregister

Verksamheterna genomför registreringar i aktuella kvalitetsregister enligt framtagna rutiner.

7. Kvalitetsarbetets olika faser

Socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete har sin utgångspunkt i Demings PDSA-cykeln [Plan (planera), Do (genomföra), Study (utvärdera), Act (förbättra)] för förbättringar. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar på att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer kan komma fram direkt under varje fas.

7.1 Planera

Socialförvaltningens verksamhet ska planeras utifrån lagstiftning, nationella mål, Älmhults kommuns, socialnämndens och socialförvaltningens styrdokument.

7.2 Genomföra

Verksamheten bedrivs i enlighet med styrdokument och aktiviteter.

7.3 Utvärdera

Verksamhetens arbete följs upp genom till exempel egenkontroll, riskanalyser, och klagomål och avvikelserapporter. I förvaltningens kvalitetsberättelse som inkluderar patientsäkerhetsberättelsen samt i verksamhetsplan och verksamhetsberättelse dokumenteras årets kvalitetsarbete.

7.4 Förbättra

Med resultaten från egenkontroller, riskanalyser och utredningar av avvikelser och synpunkter ska åtgärder vidtas för att förbättra och utveckla verksamhetens kvalitet.

Socialförvaltningen

2015-10-27



3

Förvaltningschefen ger uppdrag utifrån resultaten från de förbättringsområden som kommit fram. Områdescheferna ansvarar för att ta fram nya styrdokument som kan behövas och reviderar befintliga dokument.

Socialnämnden eller förvaltningschefen beslutar om nya styrdokument. Nya styrdokument ska tillföras ledningssystemet. Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att implementera de nya styrdokumenterna.

7.5 Dokumentationsskyldighet

Dokumentationsskyldigheten omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Åtgärder, resultat och hur kvalitetsarbetet har utvecklats ska dokumenteras, följas upp och analyseras på förvaltningsnivå och enhetsnivå.

Förvaltningschefen ansvarar för att en årlig kvalitetsberättelse upprättas. I den ingår den patientsäkerhetsberättelse som medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för.

³ Bilden är hämtad ut Socialstyrelsens föreskrift *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete- handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*