



Bildnings- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Innehåll

Inledning	3
Styrmodell Bollebygds kommun	3
Bildnings- och omsorgsnämndens verksamheter	3
Ledningssystem för socialtjänst, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvård	4
Verksamheter som bedrivs	4
Verksamhetsområde IFO	4
Verksamhetsområde äldreomsorg och funktionsnedsättning	4
Definition av kvalitet	4
Kommunens egna krav och mål	4
Processer och rutiner	5
Samverkan	6
Systematiskt förbättringsarbete	7
Risk- och händelseanalys	7
Egenkontroll	8
Utredning av avvikelser	8
Förbättringsarbete	9
Förbättringscykeln	10
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	10
Dokumentationsskyldighet	11
Patientsäkerhetsberättelse	11

Inledning

Styrmodell Bollebygds kommun

Bollebygds kommun har en styrmodell som beskriver ansvarsfördelning och roller avseende fastställande och uppföljning av mål, gemensamma begrepp, principer för mål, tidplan m.m. (KS 2016/263). Den gäller för hela kommunen och omfattar alla nivåer från kommunfullmäktige till enskild medarbetare.

Kommunfullmäktige utövar styrning genom att besluta om kommunens vision, övergripande mål, nämndmål, mål för god ekonomisk hushållning, nyckeltal, driftbudgetramar samt investeringsbudget för styrelse och nämnder. Utöver detta utövar fullmäktige styrning genom olika styrdokument som riktlinjer och policydokument.

Vision och övergripande mål beslutas i samband med ny mandatperiod och fastställs årligen i samband med att budgeten beslutas. Beslut om nämndmål och nyckeltal gäller i ett år och tas fram årligen i budgetprocessen.

Styrelse och nämnder ska i verksamhetsplan ange hur man tar sig an arbetet med att uppfylla de av fullmäktige angivna nämndmålen, vilken metod/arbetssätt som kommer att användas, hur man avser att mäta måluppfyllelsen samt vad som ska ha uppnåtts för att målet ska betraktas som uppfyllt.

På tjänstemannanivå förs styrningen vidare nedåt i organisationen med hjälp av enhetsplaner samt medarbetarplaner.

Styrelse och nämnder återrapporterar till kommunfullmäktige avseende måluppfyllelse, nyckeltalens utveckling, utveckling av verksamhetens volym samt ekonomiskt utfall och årsprognos. Rapporteringen till fullmäktige sker i form av delårsrapport per augusti samt uppföljningsrapporter per februari, april och oktober samt årsredovisning.

Bildnings- och omsorgsnämndens verksamheter

Bildnings- och omsorgsnämndens ansvar regleras i nämndens reglemente vilket kan sammanfattas i följande ansvarsområden

- utbildning
- socialtjänst
- verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- hälso- och sjukvård samt
- kultur och fritid.

Bildnings- och omsorgsförvaltningen är indelad i tre verksamhetsområden: utbildning, individ och familj, IFO, samt äldreomsorg och funktionsnedsättning. Eftersom lagstiftningen och kraven på det systematiska kvalitetsarbetet skiljer sig åt för de olika verksamheterna gäller detta ledningssystem verksamhetsområdena IFO samt äldreomsorg och funktionsnedsättning.

Ledningssystem för socialtjänst, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvård

Ledningssystemet grundar sig på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ([SOSFS 2011:9](#)).

Bildnings- och omsorgsnämnden ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 2 § SOSFS 2011:9).

Verksamheter som bedrivs

Inom bildnings- och omsorgsförvaltningen finns två verksamhetsområden individ och familj, IFO, som arbetar med socialtjänst och verksamhet enligt LSS samt område äldreomsorg och funktionsnedsättning.

Verksamhetsområde IFO

Inom verksamhetsområdet bedrivs i huvudsak följande verksamheter

- myndighetsutövning mot enskild enligt SoL, LSS, LVU och LVM
- utförande av insatser enligt SoL
- integrationsarbete
- icke lagstadgade verksamheter t.ex. arbetsmarknadsenhet och ungdomsgård

Verksamhetsområde äldreomsorg och funktionsnedsättning

Inom verksamhetsområdet bedrivs i huvudsak följande verksamheter

- utförande av insatser enligt SoL
- utförande av insatser enligt LSS
- hälso- och sjukvård

Definition av kvalitet

Kvalitet

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten

- enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. (2 kap. 1 § SOFS 2011:9)

För att veta vad som är kvalitet för en specifik verksamhet krävs en kännedom av vilka krav och mål som finns i lagar och beslut som gäller för verksamheten. Det kan man få t.ex. genom en kartläggning av de regler som

styr verksamheten genom att ta fram en lagkravslista. Det är viktigt att hålla sig uppdaterad på krav och mål eftersom nya lagar och föreskrifter kan tillkomma eller befintliga kan upphävas eller förändras.



Verksamhetschefen ansvarar för kartläggning av de regler som styr verksamheten.

Kommunens egna krav och mål

Inom ramen för kommunens styrmodell ska verksamheten förutom lagstiftarens krav även förhålla sig till kommunfullmäktiges vision och övergripande mål samt bildnings- och omsorgsnämndens eventuella nämndmål och nyckeltal. Vilka dessa är framgår av verksamhetsplanen.

Processer och rutiner

Bildnings- och omsorgsnämnden ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning (4 kap. 1 § SOSFS 2011:9). Som ett led av detta ska nämnden

- identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2 § SOSFS 2011:9)
- identifiera de aktiviteter som ingår i processen och bestämma dess inbördes ordning (4 kap. 3 § SOSFS 2011:9)
- utarbeta och fastställa rutiner för varje aktivitet som behövs, för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat inom verksamheten (4 kap. 4 § SOSFS 2011:9).

Process

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. (2 kap. 1 § SOSFS 2011)

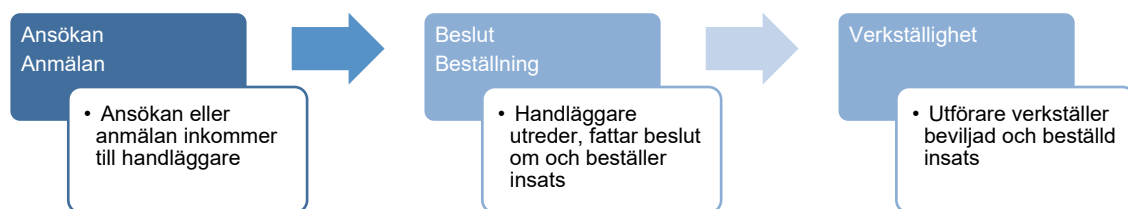
Föreskrifterna gör ingen skillnad mellan olika processer, utan nämnden avgör hur processerna definieras och beskrivs.

Inom IFO samt äldreomsorg och funktionsnedsättning har verksamheternas huvudprocesser kartlagts. Dessa utgörs av :

- ekonomiskt bistånd

- barn- och ungdomsvård
- missbruks- och beroendevård innefattar myndighetsutövning mot enskild
- äldreomsorg
- funktionsnedsättning
- icke lagreglerad verksamhet t.ex. ungdomsgård, arbetsmarknadsenhet och integration
- hälso- och sjukvård

De fem huvudprocesser som innefattar myndighetsutövning mot enskild utgår från kärnprocessen för socialtjänst och verksamhet enligt LSS:



För de huvudprocesser som innefattar myndighetsutövning mot enskild beslutar nämnden om riktlinjer för handläggning av ärenden samt beslutar om fördelning av ansvaret i delegationsordningen.

Till samtliga huvudprocesserna finns flera olika stödprocesser, vilka har till uppgift att stödja arbetet i huvudprocesserna. Exempel på stödprocesser är

- avvikelsehantering
- egen kontroll
- dokumentation och sekretess och
- värdegrund och bemötande



Chefer på alla nivåer ansvarar för att ta fram och uppdatera de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet inom socialtjänst och verksamhet enligt LSS. Redovisning av detta arbete ska göras till nämnden på förekommen anledning samt i årsrapport.



MAS ansvarar för att upprätta rutiner och processer för god kvalitet och patientsäkerhet i den kommunala hälso- och sjukvården. Redovisning av detta arbete ska göras till nämnden på förekommen anledning samt i årsrapport.

Utöver kraven inom ramen för ledningssystemet finns författningsbestämmelser om krav på vissa rutiner. Exempel sådana krav på rutiner är:

- rutiner för att fastställa skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:5) om lex Sarah)
- rutiner rörande samarbete vid egenvård (Socialstyrelsens föreskrifter (SOF S 2009:6) för bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård)

Samverkan

Många som kommer i kontakt med bildnings- och omsorgsnämndens verksamheter har sammansatta problem som kräver insatser från flera aktörer. Att socialtjänsten samarbetar och samverkar internt och externt med andra myndigheter och aktörer är i dessa fall en förutsättning för att den enskilde ska kunna få den hjälp och det stöd som svarar mot behoven.

Av bildnings- och omsorgsnämnden processer och rutiner ska det framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten och även säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar eller andra organisationer (4 kap. 5 § SOSFS 2011:9). För hälso- och sjukvården ska samverkansprocesser identifieras för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada (2 kap. 6 § SOSFS 2011:9).

Utöver kraven inom ramen för ledningssystemet finns författningsbestämmelser som kräver samverkan. Exempel på lagstadgade krav på samverkan är:

- gemensamma samordnade individuella planer (SIP) enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)
- krav på individuella planer enligt 2 kap. 7 § SoL, 12 kap. 5 § HSL och 10 § LSS

- samverkan med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs i frågor som rör barn som far illa eller riskerar fara illa enligt 5 kap. 1 a § SoL

Exempel på samverkan

- Barnahus (externt)
- SSPF (externt)
- Västbus (externt)
- Närvårdsamverkan inom barn och unga, funktionsnedsättning, äldreomsorg, palliativ vård och psykisk hälsa (internt och externt)
- Samordnad vårdplanering (externt och internt)
- IT råd
- Teamträffar mellan enheter t.ex. HSL, SoL och LSS



Chefer på alla nivåer ansvarar för att det i processer och rutiner framgår hur samverkan ska bedrivas internt och externt.



Alla medarbetare ansvarar för att delta i samverkan internt och externt.

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Detta förbättringsarbete består av flera delar som beskrivs nedan.

Risk- och händelseanalys

Risk- och händelseanalys är två olika metoder för att identifiera risker vid planerade/kommande förändringar samt att analysera varför allvarliga händelser uppstått. I arbetet med risk- och händelseanalys kan staben vara behjälplig som stöd.

Nämnden ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För sådana händelser ska nämnden göra en riskanalys det vill säga

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen (5 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

Riskanalys kan t.ex. vara befogad:

- efter frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en arbetsprocess
- vid organisationsförändringar
- när en ny metod eller teknik ska införas i verksamheten

Händelseanalys ska göras vid händelse som medfört eller kunde medföra allvarlig skada. Händelseanalysen syftar till att svara på vad som har hänt, varför det har hänt samt hur en upprepning av händelsen förhindras.

Riskanalys

- Reducera onödiga risker
- Förebygga icke önskvärda händelser
- Sprida kunskap

Händelseanalys

- Utredda händelse
- Undanröja/minska risken för liknande händelse
- Sprida kunskap



Beslut om att genomföra risk- eller händelseanalys fattas av förvaltningschef, verksamhetschef eller MAS. Den som fattar beslutet blir uppdragsgivare.



Uppdragsgivaren beslutar om och ansvarar för att genomföra åtgärder inom det område analysen gäller.

Om risk- eller händelseanalysen omfattar flera enheter ska berörda chefer komma överens om vem som ska vara uppdragsgivare och hur de olika aktörerna ska samverka under analysarbetet. Genomför risk- eller

händelseanalys sammanställs i en rapport och presenteras för uppdragsgivaren.

Stöd för arbetet med risk- och händelseanalyser finns i Socialstyrelsens m.fl. [riskanalys och händelseanalys inom patientsäkerhetsarbetet](#) samt SKL:s handbok [Modell för risk- och händelseanalys – systematiskt förbättringsarbete inom individ- och familjeomsorgen](#). Stöddokument för Bollebygds kommun finns även på Insidan.

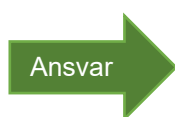
Egenkontroll

Bildnings- och omsorgsnämnden ska bedriva egenkontroll i den frekvens och omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet (5 kap. 2 § SOSFS 2011:9). Med egenkontroll menas att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat, att man uppnår ställda krav och mål. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Verksamheterna fastställer i enhetsplanerna vilka egenkontroller som ska genomföras. Planeringen samordnas med verksamhetsplanen och internkontrollplanen. MAS planerar kontroller utifrån sitt uppdrag. Någon egenkontroll av

- öppna jämförelser
- tillsynsrapporter
- internkontroll av handläggning
- vårdavvikelser och lex Maria
- SoL avvikelser och lex Sarah samt
- inkomna synpunkter och klagomål

ska göras varje år. Genomförd egenkontroll ska utmynna i en analys och bedömning om eventuella förbättringsområden samt hur uppföljning av förbättringsåtgärder ska ske. Resultat av egenkontrollerna ska redovisas på enhets-, verksamhets- och förvaltningsnivå i årsredovisningen till nämnden.



Chefer på alla nivåer ansvarar för att planera och genomföra egenkontroll i sin verksamhet.



MAS ansvarar för att planera och genomföra kontroller i den kommunala hälso- och sjukvården.

Utredning av avvikelser

Inom ramen för ledningssystemet ska bildnings- och omsorgsnämnden:

- ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet (5 kap. 3 § SOSFS 11:9)
- ha rutiner för rapporteringsskyldighet och skyldighet att utreda samt vid behov avhjälpa och undanröja missförhållanden enligt SoL och LSS samt vårdskador enligt HSL (5 kap. 4-5 § § SOSFS 2011:9)
- göra sammanställning och analys av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter (5 kap. 6 § SOSFS)

Synpunkt

Övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet (och ej är klagomål)

Klagomål

Att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet

Avvikelse

Händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat

Vårdskada

Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården

Missförhållande

Utförda handlingar eller handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa

Bildnings- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp har beslutat om

- Rutin för klagomålshantering
- Rutin för avvikelshantering i kommunens hälso- och sjukvård
- Rutin för avvikelshantering inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS



Av fastställda rutiner framgår ansvarsfördelning.

Förbättringsarbete

Risikanalys, egenkontroll och utredningar av avvikelser, synpunkter, klagomål och rapporter ska sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Därefter ska åtgärder vidtas som säkrar verksamhetens kvalitet utifrån lagar och författningar, föreskrifter, verksamhetsplaner och nämndmål m.m. (5 kap. 7 § SOSFS 2011:9). Om processer och rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras (5 kap. 8 § SOSFS 2011:9).



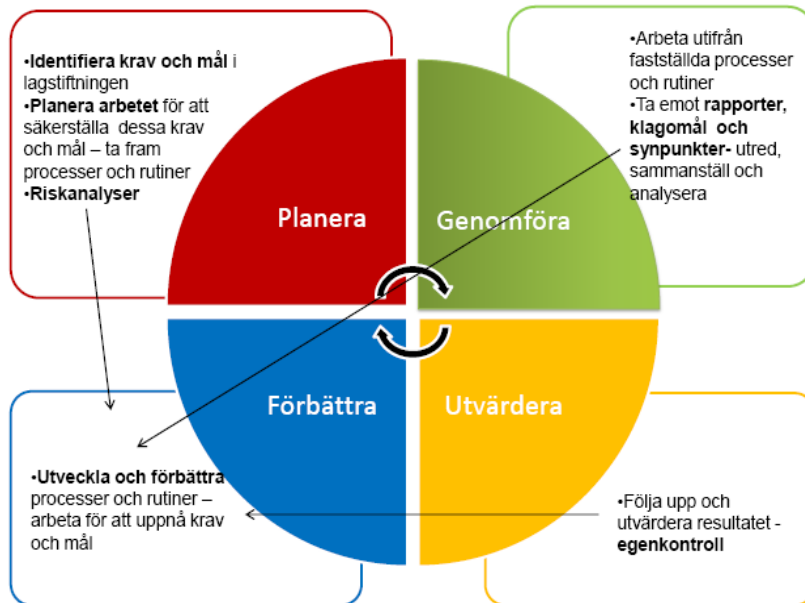
Chefer på alla nivåer ansvarar för sammanställning och analys av riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser, synpunkter, klagomål och rapporter inom sin verksamhet.



MAS ansvarar för att systematiskt följa upp kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården.

Förbättringsbyggnaden

Bilden nedan visar grunden i uppbyggnaden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet.



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 och rutiner kan komma fram direkt under varje fas. Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt. Mer om förbättringsbyggnaden/PGSA samt mallar för att arbeta i verksamheten hittar du på Insidan.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetarnas engagemang och delaktighet är nödvändig för att uppnå god kvalitet i verksamheten. Bildnings- och omsorgsnämnden ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet (6 kap. 1 § SOSFS 2011:9).



Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att medverka till att hög patientsäkerhet upprätthålls.



Personal i socialtjänsten och verksamhet enligt LSS är skyldig till att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.



Chefer på alla nivåer ansvarar för att medarbetarna har den kompetens som krävs och medges kompetensutveckling.



Chefer på alla nivåer ansvarar för att medarbetarna informeras om sin skyldighet och ges möjlighet att medverka till en god kvalitet.

Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras (7 kap. 1 § SOSFS 2011:9). Detta görs i verksamhetsberättelsen.

Patientsäkerhetsberättelse

Verksamheten ska dokumentera arbetet med patientsäkerhet i en patientsäkerhetsberättelse. Verksamhetschef HSL och MAS sammanställer förvaltningens övergripande patientsäkerhetsberättelse som sedan beslutas av nämnden.



MAS ansvarar för att det upprättas en patientsäkerhetsberättelse senast den 1 mars varje år