



Omsorgsförvaltningen

Ledningssystem för kvalitet

1. Inledning

Detta dokument är en beskrivning av kvalitetsledningssystemet för att säkerställa arbetsformerna för verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling. Dokumentet ska göra det möjligt för medarbetare att på ett överskådligt sätt få en helhetsbild över kvalitetsarbetet i omsorgsförvaltningen. Det är viktigt att känna till att samtliga lagrum är lika berörda av ledningssystemet för kvalitetsarbetet, hur ansvarsfördelningen ser ut och hur arbetet är fördelat.

2. Bakgrund

Omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgår från socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Omsorgsnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Systemet fastställer grundprinciperna för ledning av verksamheten, ställer upp mål samt följer upp och utvärderar dessa mål.

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

Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt lagar och andra föreskrifter om

hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter

Kvalitetsdefinitionen kan beskrivas som en ram som ska fyllas med innehåll som finns i lagar och föreskrifter.

3. Styrande lagar och föreskrifter

SFS 2001:453 Socialtjänstlag (SoL)

SFS 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag

SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag (HSL)



SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag

SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2006:804 Livsmedelslagen

Dataskyddsförordningen (GDPR)

4. Omfattning av ledningssystem för kvalitet

Omsorgsförvaltningen i Kristianstads kommun består av verksamhetsområden: ordinärt boende, vård- och omsorgsboende, funktionsstöd och hälso- och sjukvård. Utöver verksamhetsområdena finns myndighetsenhet, kostorganisation och förvaltningsledning med stabsfunktioner. Ledningssystemet för kvalitet gäller i samtliga verksamheter och på samtliga nivåer.

5. Ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet

Kristianstad kommuns strategiska färdplan tydliggör kommunens vision, mål och strategi. Kristianstads kommun vision är Vi lyfter tillsammans. Visionen beskriver hur vi vill att samhället ska vara, vad kommunen ska satsa på och vilken riktning vi ska ta. Nyckelord är tanke, trivsel och tillväxt.

Styrmodellen i Kristianstads kommun kallas för balanserade styrkort. I omsorgsförvaltningens plan för verksamheten finns styrkort med angivna mål som anger huvudsaklig inriktning för verksamheten. All personal har ett ansvar för att känna till och aktivt arbeta utifrån Kristianstad kommuns vision och mål samt de processer som finns beskrivna inom omsorgsförvaltningen.

All personal har ett eget ansvar för att utföra sitt arbete med god kvalitet.

För att kvalitetsarbetet ska bedrivas systematiskt ska det finnas en angiven fördelning av ansvar och befogenheter:

5.1. Omsorgsnämndens ansvar:

Att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och nämnden har ett övergripande ansvar som innebär att:

- ledningssystemet integreras med det kommunövergripande arbetet för styrning, uppföljning och kvalitet
- ge uppdrag och förutsättningar så att ledningssystemet är utformat så processerna fungerar verksamhetsöverskridande



- verksamheten är organiserad så att hög patientsäkerhet och god kvalitet kan upprätthållas samt ge förutsättningar för detta

5.2. Förvaltningschefens ansvar:

- inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- kommunicera och omsätta kommunfullmäktiges och nämndens övergripande strategier och mål inom socialtjänsten
- efterfölja de avsnitt i HSL och därpå följande förordningar och föreskrifter som anger verksamhetschefens ansvar
- årligen kontrollera förvaltningens övergripande processer och vid behov revidera processer och rutiner

5.3. Medicinsk sjuksköterskans (MAS) ansvar:

- Legitimerad sjuksköterska med ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- MAS ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas inom verksamheten. MAS ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet
- Vidare ska MAS tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten, att personalen har den kompetens som verksamheten kräver och att patienten får den vård och behandling som ordinerats av läkare. Ansvaret avser den vård och behandling som patienten ges samt de krav som ställs på bland annat läkemedelshantering, dokumentation, anmälan av skador och teknisk säkerhet

5.4. Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvar:

- Legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast eller legitimerad arbetsterapeut med ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig rehabilitering/habilitering av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- MAR ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas inom verksamheten. MAR ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet
- Vidare ska MAR tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten, att personalen har den kompetens som verksamheten kräver och att patienten får den vård och behandling som ordinerats av läkare



- Att säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner som beskriver en säker användning och hantering av medicintekniska produkter, dokumentation, anmälan av skador samt att ha anmälningskyldighet i tillbud

5.5. Kvalitetsutvecklarens ansvar:

- att leda och samordna förvaltningens arbete utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- de förvaltningsgemensamma övergripande processerna i ledningssystemet
- att innehållet i kvalitetsledningssystemet är aktuellt och utvecklas
- att det övergripande arbetet i processgrupperna fortskrider
- att årligen kalla till gemensamt möte för samtliga processgrupper för kunskapsutbyte
- sammanställa och analysera brukarundersökningar och nationella undersökningar
- sammanställa årlig kvalitetsberättelse

5.6. Socialt ansvarig samordnarens (SAS) ansvar:

- att säkerställa god kvalitet och följsamhet enligt gällande lagstiftningar samt andra styrdokument
- för kvalitet och säkerhet inom det sociala arbetet omsorgsförvaltningens verksamheter.

5.7. Verksamhetschefernas för förvaltningens samtliga verksamhetsområden ansvar:

- inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde
- ansvara för att kontrollera samtliga, på intranätet presenterade, processer inom verksamhetsområdet så att processer och rutiner är aktuella

5.8. Enhetschefernas ansvar:

- inom sin enhet bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet och involvera medarbetarna i det systematiska förbättringsarbetet
- ytterst ansvara för de aktiviteter som är aktuella för den enskilda enheten och som är beskrivna i processerna

5.9. Alla medarbetares ansvar:

- skapa förtroende och god kvalitet genom att visa engagemang, lyhördhet, positiv inställning och respekt i varje möte med kunder, närstående och varandra
- delta i det systematiska kvalitetsarbetet



- tillämpa gällande rutiner som finns presenterade i processer på intranätet
- delta i uppföljning av mål och resultat

6. Styrning och ledning

Omsorgsnämndens huvudmål syftar till att säkerställa en effektiv verksamhet som skapar önskade resultat för medborgarna samt samhällsnytta. SOSFS 2011:9 anger ramar och strukturer för hur omsorgsförvaltningen arbetar med styrnings-, uppföljnings- och kvalitetsfrågor.

7. Dokumentation av ledningssystem för kvalitet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras i olika styrdokument, särskild rutin för styrdokument finns, se bilaga 1. I SOSFS 2011:9 7 kap 1 § beskrivs kravet på dokumentation inom kvalitetsarbetet.

Samtliga dokument, processer, aktiviteter och rutiner som ryms inom ledningssystem för kvalitet återfinns på Kristianstads kommuns hemsida, i kvalitetsledningssystem och handböcker.

7.1. Processarbetet

7.1.1. Övergripande processer

De övergripande processerna beskriver omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete inklusive lex Sarah och lex Maria. I de övergripande processerna ingår också verksamheternas ansvar att hantera avvikelser, synpunkter, beröm och klagomål från kunder och medborgare.

7.1.2. Huvudprocesser

Omsorgsförvaltningens huvudprocesser är kund- och behovsprocessen. De råder över samtliga områden som utgör förvaltningens uppdrag. Varje verksamhetsområde är därefter uppdelat i delprocesser med tillhörande rutiner och riktlinjer.

Omsorgsförvaltningens processer är presenterade på Kristianstads kommuns hemsida och är uppdelade i olika aktiviteter med tillhörande rutinbeskrivningar. Dokumenten ska vara skrivna med dokumenthuvud enligt rutinmallen med grunden i kommunens grafiska manual och inrättas enligt dokumenthanteringsplan och rutin för styrdokument. Kvalitetsutvecklare ansvarar för att de förvaltningsövergripande dokumenten hålls uppdaterade och revideras och verksamhetscheferna ansvarar för att processer och dokumenten inom respektive verksamhetsområde hålls aktuella. Ansvaret är delegerat till



processägarna (vanligtvis verksamhetschef) som till sin hjälp har en processgrupp ansluten till sig.

7.1.3. Processgruppens uppgifter

Att tillgodose verksamhetens behov för att säkerställa att medarbetarens förutsättningar är de bästa för att kunna utföra sitt arbete på ett kvalitativt och säkert sätt för kunden. Rutiner och begripliga processer skapar förutsättningar för god kvalitet. Processgruppens uppdrag är också att ha en omvärldsbevakning med efterföljande analys/åtgärd. Ytterligare grundläggande faktorer att ta hänsyn till är målarbetet med förvaltningens styrkort och mål för verksamheten. Ett stöd kan vara att ta del av andra verksamhetsområdens arbete och se andra kommuners lösningar.

7.1.4. Processledarens ansvar

- sammankalla processgruppen samt vid behov bjuda in person från annan processgrupp alternativt specialistfunktion
- fortlöpande dokumentera gruppens arbete och presentera det för kvalitetsutvecklare och därefter processägaren
- ta fram materialet till handböckerna som ska publiceras (efter processägarens godkännande)
- följa upp och återkoppla till berörda instanser och till processgruppen

7.1.5. Processägare ansvar:

- att fastställa innehållet i handböcker (web)
- förankring i respektive ledningsgrupp
- ansvarar för att representationen av olika verksamheter/enheter är jämnt fördelade i processgruppen
- delge skriftliga uppdrag till processledaren

7.1.6. Kvalitets- och verksamhetsutvecklarens roll i processarbetet:

Kvalitets- och verksamhetsutvecklare är en stödfunktion samtidigt som de ska efterfråga resultat. De har en övergripande funktion vilket innebär att vara uppdaterade om nuläget i grupperna och en gång varje år kalla till gemensamt möte för samtliga processgrupper för kunskapsutbyte.

8. Egenkontroll och Samverkan

8.1. Egenkontroll samt dokumentation i kvalitetsarbetet

I uppföljningen och utvärderingen av ledningssystemet är det angeläget att undersöka om de fastställda rutinerna följs och är ändamålsenliga. Det är nämndens ansvar att säkerställa att både verksamheten och ledningssystemet följs upp och utvärderas. För att kontinuerligt utveckla kvaliteten i verksamheten måste såväl organisation och



arbetsprocesser som resultat och mål vara föremål för uppföljning och utvärdering. För att möjliggöra detta systematiska arbete krävs en kontinuerlig dokumentation av kvalitetsarbetet på samtliga nivåer. Den röda tråden måste kunna följas för att skapa möjlighet till utvärdering och planering. Det finns väl etablerade metoder som kan användas som stöd till exempel PGSA-hjulet som står för planera, göra, studera och agera. Om samtliga steg dokumenteras finns en god grund att stå på i kvalitetsarbetet oavsett område.

Exempel på egenkontroller är: kontroller utifrån följsamhet till rutiner, åtgärder avvikelser, resultat kundundersökningar, verksamhetsuppföljningar.

Extern och intern samverkan

En förutsättning för att uppnå målet med kvaliteten är att olika aktörer har ett gemensamt språk och samarbete för att göra kundens väg genom omsorgsförvaltningen till den bästa. Forum för samverkan och gemensam terminologi är exempel på viktiga områden för att säkerställa att kunden får sina behov tillgodosedda oavsett utförare.