

Ledningssystem

Ledning för kvalitet!

Ständigt förbättringsarbete i vård- och omsorgsnämndens verksamheter

Diarienummer: VON 2014/0469



Vård- och omsorgsnämnden antog dokumentet den 17 september 2014
Dokumentet ersätter ”Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldre- och funktionshinderomsorg” Fastställt december 2012.

VÅRD OCH OMSORGSKONTORET

→ www.norrkoping.se

Innehållsförteckning

1. Systematiskt kvalitetsarbete	1
1.1 Inledning	1
1.2 Definition av kvalitet	1
1.2.1 Kvalitet utifrån patient och brukare	1
1.2.2 Författningar som styr verksamhetens kvalitetsarbete	1
1.2.3 Politiska mål och kvalitetskriterier	2
2. Vård- och omsorgsnämndens verksamheter	2
2.1 Verksamheter	3
2.2 Stödfunktioner	3
3. Processer och rutiner	4
3.1 De processer som behövs ska kartläggas	4
3.2 Vikten av att samverka internt och externt	4
4. Systematiskt förbättringsarbete	5
4.1 Att planera och genomföra verksamhet	5
4.2 Att följa upp och förbättra verksamhet	5
4.3 Att ständigt förbättra processer och rutiner	6
4.4 Riskanalys	7
4.5 Egenkontroll	9
Fördelning av ansvar vid egenkontroll	10
4.6 Utredning av avvikelser	11
Fördelning av ansvar vid avvikelser	12
5. Personalens medverkan i arbetet med patientsäkerhet och kvalitetsarbete	13
6. Dokumentation av systematiskt förbättringsarbete	15
6.1 Dokumentation i verksamhet	15
6.2 Dokumentation på förvaltningsövergripande nivå	15
6.3 Dokumentstyrning	15

1. SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE

1.1 INLEDNING

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare och bedriver verksamheter enligt hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Dessa lagar har alla bestämmelser om att kvalitén i verksamheten ska säkras. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret för att det finns ett ledningssystem som stödjer nämndens, ledningens och medarbetarens arbete med att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet,
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten,
- ange hur uppgifterna, som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten, är fördelade i verksamheten.

1.2 DEFINITION AV KVALITET

God kvalitet i vård, omsorg, stöd och service uppnås när verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller i författningar¹, verksamhetens egna kvalitetsmål samt upplevelsen av kvalitet från de personer som använder nämndens tjänster. Kvalitet kan uttryckas som förhållandet mellan förväntningar och upplevelser. Rätt kvalitet uppstår när förväntningar infrias, behov tillfredsställs och krav uppfylls².

1.2.1 KVALITET UTIFRÅN PATIENT OCH BRUKARE

Medborgare, patienter och brukare ska ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvalitén i nämndens verksamheter. Det kan ske i mötet mellan utförare och den enskilde, vid verksamhetens informationsträffar eller vid boendemöten med brukare och anhöriga. På förvaltningsövergripande nivå genomförs brukarundersökningar och samverkan med kommunala pensionärsråd, rådet för funktionshinderfrågor och LSS-samverkan samt andra frivilligorganisationer och föreningar.

1.2.2 FÖRFATTNINGAR SOM STYR VERKSAMHETENS KVALITETSARBETE

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter ska uppfylla de krav och mål som gäller enligt författningar samt kommunens styrdokument om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade.

¹ Författningar kan innebära lagar, förordning, föreskrifter och allmänna råd.

²Edvardsson m.fl. 1998”Mätning av tjänstekvalitet i praktiken” s 46.

I ledningssystemet finns riktlinjer, direktiv och instruktioner som styr hur verksamheten ska bedrivas och följas upp. De grundar sig på författningar samt på vetenskap och beprövad erfarenhet. De är förvaltningsgemensamma och gäller för samtliga utförare som bedriver verksamhet inom aktuellt ansvarsområde. I nämndens årliga planeringsförutsättningar genomförs en omvärldsbevakning som belyser förändringar i författningar som kan påverka nämndens verksamheter. Riktlinjer, direktiv och instruktioner uppdateras utifrån dessa förändringar.

1.2.3 POLITISKA MÅL OCH KVALITETSKRITERIER

Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsarbete utgår från Norrköpings kommuns övergripande mål, värdegrund och kvalitetskriterier. De fyra kvalitetskriterierna är tillgänglighet, inflytande, bemötande och kompetens och ska beaktas vid uppföljning och utvärderingar. Vård- och omsorgsnämnden har övergripande mål för kvalitet och prioriterade utvecklingsområden i en årlig uppdragsplan.

Norrköpings kommuns värdegrund:

”Det är i mötet med Norrköpingsborna som värdet av våra tjänster uppstår. Det är för dem vi finns till. Alla som använder sig av våra tjänster eller på annat sätt kommer i kontakt med oss ska känna att vi vill göra varje möte till det bästa möjliga och leverera tjänster och service av hög kvalitet”.

2. VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS VERKSAMHETER

Vård- och omsorgsnämnden i Norrköpings kommun ansvarar för kommunens äldreomsorg och verksamhet för personer med funktionsnedsättning som drivs i egen och privat regi. Ansvaret innebär:

- myndighetsutövning i samband med ansökan, utredning och beslut om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS),
- drift av samtliga kommunala verksamheter,
- hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL),
- uppsökande och nödvändig tandvård enligt tandvårdslagen (TVL),
- upphandling och köp av tjänster från privata utförare.

2.1 VERKSAMHETER

Verksamhet	Insats enligt	Hälso- och sjukvårdsansvar
Särskilt boende ³	SoL	Ja
Hemtjänst ⁴	SoL	Nej*
Dagverksamhet	SoL	Ja
Boendestöd	SoL	Nej*
Korttidsboende	SoL	Ja
Ledsagarservice	SoL	Nej*
Öppen verksamhet Anhörigstöd	SoL	Nej
Öppen verksamhet Träffpunkt	SoL	Nej
Bostad med särskild service för vuxna	LSS	Ja
Bostad med särskild service för barn och ungdom	LSS	Ja
Daglig verksamhet	LSS, SoL	Ja
Korttidsvistelse	LSS	Nej*
Kontaktperson	LSS	Nej*
Ledsagarservice	LSS	Nej*
Avlösarservice	LSS	Nej*
Personlig assistans	LSS	Nej*
Fritidsverksamhet för barn, ungdomar och vuxna	LSS	Nej*
Hemsjukvård i ordinärt boende	-	Ja

*Kan omfattas av hemsjukvård enligt tröskelprincipen eller enligt generella undantag från tröskelprincipen.

2.2 STÖDFUNKTIONER

I vård- och omsorgskontorets organisation finns stödfunktioner i form av följande enheter och tjänster:

- Berednings- och planeringsenhet
- PUFF-enhet (Praktik-Utveckling-Forskning-Framtid)
- Systemförvaltning
- Administrativ enhet med ekonomi och nämndadministration.

Vård- och omsorgskontoret har även tillgång till kommunens centrala stödfunktioner som t.ex. personalkontor, kommunikation och IT- enhet.

³ Särskilt boende är ett samlingsnamn för olika boendeformer: utan speciell inriktning, för personer med demenssjukdom och för personer med funktionsnedsättning.

⁴ I hemtjänstbegreppet ingår också trygghetslarm och matdistribution.

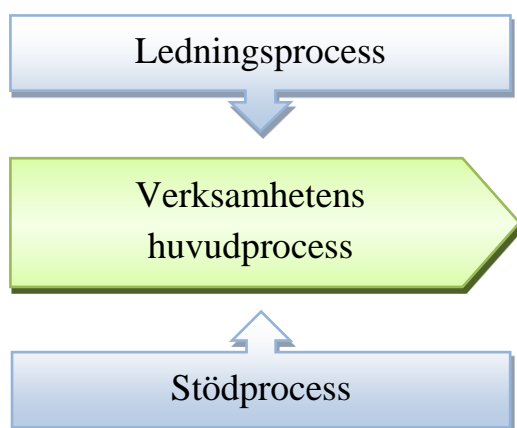
3. PROCESSER OCH RUTINER

3.1 DE PROCESSER SOM BEHÖVS SKA KARTLÄGGAS

Processer och rutiner är ledningssystemets grundläggande delar och beskriver den verksamhet som ska utföras. För att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller beslutar ledningen på respektive nivå vilka processer som behöver identifieras och kartläggas.

Verksamhetens processer delas in i tre kategorier; ledningsprocess, verksamhetens huvudprocess och stödprocess. Processer kartläggs genom att man identifiera de aktiviteter som ingår och beslutar dess inbördes ordning. I samband med detta tydliggörs de krav och mål som gäller för den egna verksamheten enligt författningar, riktlinjer, direktiv, instruktioner samt den politiska inriktningen, för att uppnå kvalitet. Till processerna kopplas de rutiner som anger hur aktiviteterna ska utföras och vem som har ansvar.

Processerna dokumenteras enligt en fastställd modell som används vid processkartläggning.



3.2 VIKTEN AV ATT SAMVERKA INTERNT OCH EXTERNT

Målet är att ha en god samverkan som säkerställer den enskildes behov av stöd, service, vård och omsorg.

Vid framtagande av processer identifieras behov av samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processer, och rutiner hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten samt säkerställa att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten, enligt LSS, vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

4. SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Ledningssystemet för kvalitet ska integreras med befintliga system för budget och verksamhetsplanering enligt Norrköpings kommuns styrmodell.

4.1 ATT PLANERA OCH GENOMFÖRA VERKSAMHET

I den årliga uppdragsplanen uttrycker vård- och omsorgsnämnden den politiska ambitionen inom verksamhetens samtliga ansvarsområden. Inför framtagandet av uppdragsplanen genomförs en risk- och väsentlighetsanalys på samtliga nivåer som ligger till grund för nämndens mål och interna kontroll.

Utifrån nämndens uppdragsplan, ekonomiska förutsättningar, författningar och andra styrdokument samt resultat från det systematiska förbättringsarbetet bryter verksamheten ner de övergripande målen till verksamhetsområdesnivå och enhetsnivå i en verksamhetsplan. Planen beskriver också hur verksamheten ska följas upp genom egenkontroller.

4.2 ATT FÖLJA UPP OCH FÖRBÄTTRA VERKSAMHET

Verksamhetsuppföljning består av internkontroll, egenkontroll samt uppföljning och kontroll av verksamhet enligt fastställda riktlinjer.

Vård- och omsorgsnämnden har ansvar för att systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten genomförs med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Nämnden kontrollerar att uppföljning sker genom en årlig *internkontrollplan* samt att de politiska målen uppnås genom en verksamhetsberättelse.

Verksamheten ansvarar för att systematiskt följa upp och granska sin egen verksamhet genom *egenkontroll*. Resultat från egenkontroller analyseras och används i verksamhetens förbättringsarbete för att uppnå beslutade kvalitetsmål. Verksamhetens systematiska förbättringsarbete rapporteras till ledning och nämnd i verksamhetsberättelse vid del- och helårsuppföljning.

Den förvaltningsövergripande nivån ansvarar för att *uppföljning och kontroll* sker av kvalitén, för att säkra att verksamhetens egenkontroller fungerar både inom kommunal och privat verksamhet. Uppföljning och kontroll omfattar även avtal av övriga tjänster, varor och teknik. Planerade uppföljningar och kontroller beskrivs i en årsplanering. Resultat från uppföljningar och kontroller rapporteras till ledning och nämnd som i dialog med verksamheten beslutar om förbättringar.

Varje år genomför kvalitets- utvecklings- och lärandegruppen (KUL) en *samlad analys* för att identifiera utvecklingsområden. Detta är förvaltningsledningens

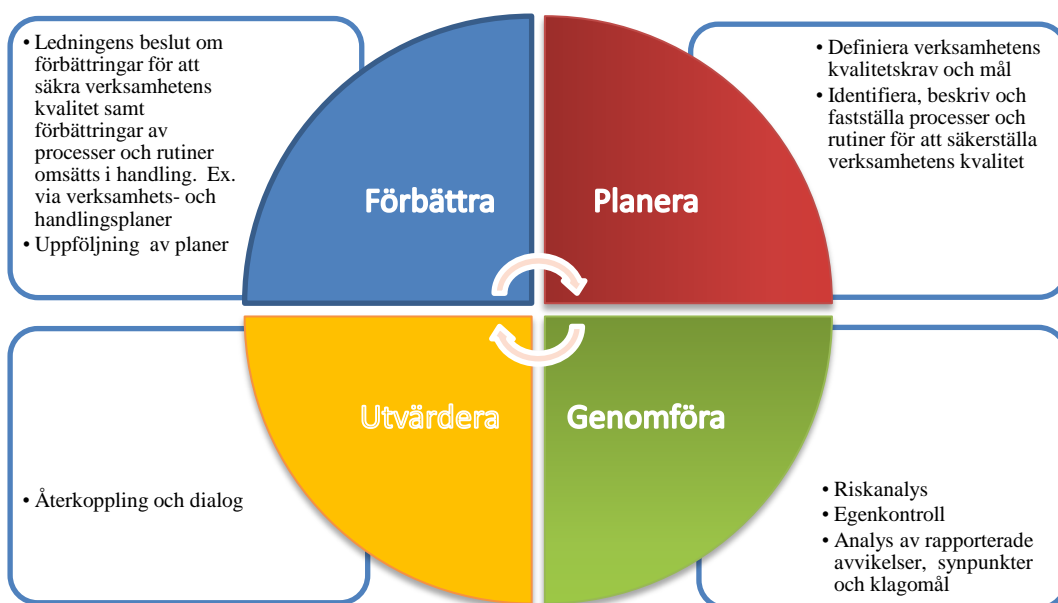
kontroll för att säkra verksamhetens kvalitet. Beslut om övergripande förbättringsåtgärder omsätts i handling via verksamhetsplaner och uppdrag.

Vård- och omsorgsdirektör har ansvar för *uppföljning och förbättring av ledningssystemets* innehåll, metoder, lämplighet och effektivitet.

4.3 ATT STÄNDIGT FÖRBÄTTRA PROCESSER OCH RUTINER

När avvikelser från kvalitén framkommer i det systematiska förbättringsarbetet ska verksamheten se över sina processer och rutiner. Visar avvikelserna att processer och rutiner inte är ändamålsenliga ska de förbättras vilket innebär att verksamheten blir en lärande organisation. Verksamhetens styrning förbättras fortlöpande för att liknande avvikelser inte återupprepas.

Bild: Det systematiska förbättringsarbetet illustreras.



4.4 RISKANALYS

Riskanalys används för att arbeta förebyggande. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till krav och mål.

Krav i lagar och författningen	Mål	Metod	Uppföljning
<p>5 kap 1§ SOSFS 2011:9 Vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska förlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skall kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.</p> <p>För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS:</p> <p>1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och</p> <p>2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.</p>	<p>Identifiera, minska, eliminera eller mildra konsekvenserna av risker i verksamheten.</p> <p>Chefer, medarbetare och andra intressenter har kompetens om riskanalys och metoder.</p>	<p>Följa den kommunövergripande riktlinjen för risk- och väsentlighetsanalys vid fastställande av en årlig internkontrollplan och uppdragsplan.</p> <p>Följa riktlinjen för riskanalys på övergripande nivå och verksamhetsnivå samt riskbedömning på individnivå.</p> <p>Kompetensförsörjningsplan omfattar riskanalysmetoder</p>	<p>Årlig uppföljning av riktlinje för riskanalys.</p> <p>Genomförda riskanalyser, handlingsplaner för åtgärder och resultat redovisas till högsta ledning.</p> <p>Resultat av riskanalyser redovisas i patient-säkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse.</p>

Fördelning av ansvar vid riskanalys

Vård- och omsorgsnämnden	Vård- och omsorgsdirektör	Medicinskt ansvariga	Socialt ansvarig	Verksamhetschef, Områdeschef, Enhetschef ⁵	Medarbetare
Ansvar för att riskanalyser genomförs och att resultaten ligger till grund för planering och ledning av verksamheten.	Ansvar för att riktlinjer och direktiv finns för att identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten.	Ansvar för att initiera och analysera riskanalyser samt följa upp åtgärdernas effekt på övergripande nivå.	Ansvar för att initiera och analysera riskanalyser samt följa upp åtgärdernas effekt på övergripande nivå.	Ansvar för att initiera och genomföra riskanalyser och riskbedömningar.	Ansvar för att påtala risker.
Ansvar för att fastställa övergripande uppdragsplan för verksamheten med hjälp av risk- och väsentlighetsanalys.	Ansvar för att riskanalys genomförs inför fastställande av internkontrollplan och uppdragsplan. Ansvar för att initiera och besluta att riskanalyser genomförs vid organisationsförändringar eller väsentliga förändringar i verksamheten. Ansvar för att kompetensförsörjningsplanen omfattar riskanalysmetoder Ansvar för att ledningen genom den övergripande ”kvalitets-, utvecklings- och lärande gruppen” genomför en samlad analys av samtliga riskanalyser som leder till förbättringar via verksamhetsplaner eller handlingsplaner.	Ansvar för att ta fram direktiv för riskanalys för att säkra patientsäkerhet och förebygga vårdskador.	Ansvar för att ta fram riktlinjer för riskanalys som säkrar stöd, service och omsorg och förebygger missförhållanden.	Ansvar för att upprätta handlingsplaner och följa upp åtgärders effekt Ansvar för att resultat redovisas till ledning. Ansvar för att chefer och medarbetare och har kompetens om riskanalys.	Ansvar att följa upprättade riktlinjer, direktiv och rutiner. Ansvar för att vara delaktig vid riskanalyser och riskbedömningar. Ansvar för att utföra beslutade åtgärder. Ansvar för att delta vid utveckling av arbetsrutiner och metoder

⁵ Ansvarsfördelning enligt särskild rollbeskrivning för verksamhetschef och områdeschef (Diarienummer: VON 2014/00398 022, VON 2014/00397 022) samt för enhetschef.

4.5 EGENKONTROLL

Egenkontroll innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och är en kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Vård- och omsorgsnämnden följer kvaliteten genom internkontroll, verksamhetens egenkontroll samt uppföljning och kontroll.

Krav i lagar och författningen	Mål	Metod	Uppföljning
<p>5 kap. 2§ SOSFS 2011:9 Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroll kan innefatta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jämförelse av verksamhetsresultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister - jämförelse av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat i andra verksamheter - jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat - målgruppsundersökningar - granskning av journaler, akter och annan dokumentation - undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet - analys av uppgifter från patientnämnder, och synpunkter från revisorer och andra intressenter. 	<p>Följa upp och utvärdera verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling för att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller.</p> <p>Chefer, medarbetare och andra intressenter har kompetens om egenkontroll och metoder.</p>	<p>Följa riktlinje för planering och genomförande av egenkontroll.</p> <p>Följa kommunövergripande riktlinjer för planering och genomförande av internkontroll.</p>	<p>Årlig uppföljning och utvärdering av riktlinje för egenkontroll.</p> <p>Genomförda egenkontroller, handlingsplaner för åtgärder och resultat redovisas fortlöpande till ledning.</p> <p>Resultat av egenkontroller redovisas i patient-säkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse.</p> <p>Årlig uppföljning av rutiner för respektive internkontrollmoment.</p>

FÖRDELNING AV ANSVAR VID EGENKONTROLL

Vård- och omsorgs-nämnden	Vård- och omsorgs-direktör	Medicinskt ansvarig	Socialt ansvarig	Verksamhetschef, Områdeschef, Enhetschef ⁶	Medarbetare
<p>Ansvar för att systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten genomförs med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.</p>	<p>Ansvar för att förvaltnings-gemensam riktlinje finns för egenkontroll.</p> <p>Ansvar för att ta fram en internkontrollplan.</p> <p>Ansvar för att initiera och besluta att egenkontroller genomförs.</p> <p>Ansvar för att kommunen medverkar i nationella jämförelser.</p> <p>Ansvar för att ledningen genom den övergripande ”kvalitets-, utvecklings- och lärande gruppen” genomför en samlad analys av samtliga egenkontroller som leder till förbättringar via verksamhetsplaner eller handlingsplaner.</p> <p>Ansvar för att kompetens-försörjningsplanen omfattar egenkontroll-metoder.</p>	<p>Ansvar för att det i direktiv och instruktioner framkommer hur egenkontroll sker inom hälso- och sjukvårdens område.</p> <p>Ansvar för att initiera och genomföra uppföljning och kontroll inom hälso- och sjukvårdens område.</p> <p>Ansvar för att kommunen medverkar i regionala och nationella kvalitetsregister.</p> <p>Ansvar för att sammanställa och analysera genomförda uppföljningar och kontroller samt följa upp åtgärdernas effekt på övergripande nivå.</p>	<p>Ansvar för att det i riktlinjer framkommer hur egenkontroll sker inom områdena social dokumentation och socialt innehåll.</p> <p>Ansvar för att initiera och genomföra uppföljning och kontroll inom social dokumentation och socialt innehåll.</p> <p>Ansvar för att sammanställa och analysera genomförda uppföljningar och kontroller samt följa upp åtgärdernas effekt på övergripande nivå.</p>	<p>Ansvar för att planera och genomföra egenkontroll av den egna verksamheten.</p> <p>Ansvar för att upprätta handlingsplaner och följa upp åtgärders effekt.</p> <p>Ansvar för att sammanställa och analysera genomförda egenkontroller.</p> <p>Ansvar för att resultat redovisas till ledning.</p> <p>Ansvar för att chefer och medarbetare har kompetens om egenkontroll.</p>	<p>Ansvar att följa upprättade riktlinjer, direktiv och rutiner.</p> <p>Ansvar för att vara delaktig vid egenkontroll.</p> <p>Ansvarar för att utföra beslutade åtgärder.</p> <p>Ansvar att delta vid utveckling av arbetsrutiner och metoder.</p>

⁶ Ansvarsfördelning enligt särskild rollbeskrivning för verksamhetschef och områdeschef (Diarienummer: VON 2014/00398 022, VON 2014/00397 022) samt för enhetschef.

4.6 UTREDNING AV AVVIKELSER

Inkomna rapporter, synpunkter och klagomål ska snarast hanteras och åtgärdas i verksamheten men också sammanställas och analyseras på en övergripande nivå för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Krav i lagar och författning	Mål	Metod	Uppföljning
<p>Klagomål och synpunkter</p> <p>5 kap. 3 § (SOSFS 2011:9) Vårdgivaren, den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från alla intressenter.</p> <p>7 kap. 10 § PSL Inspektionen för vård och omsorg ska efter anmälan från patient eller närstående pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal.</p> <p>Patientnämnd (1998:1656) 2 § Patientnämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.</p> <p>Rapporteringsskyldighet</p> <p>6 kap. 4 § PSL</p> <p>Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.</p> <p>14 kap 3 § SoL Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller 24 b § LSS om stöd och service till vissa funktionshindrade ska genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.</p>	<p>Inkomna synpunkter och klagomål samt rapporterade avvikelser ska ligga till grund för förbättringar i verksamheten.</p> <p>Chefer och medarbetare har kompetens om avvikelshantering.</p> <p>Brukare, patienter och närstående har kännedom om hur synpunkter och klagomål kan lämnas till verksamhet, IVO och patientnämnd.</p>	<p>Följa riktlinjer för avvikelshantering.</p> <p>Informera brukare, patienter och närstående om synpunkter och klagomålshantering.</p> <p>Kompetensförsörjningsplan omfattar avvikelshantering.</p>	<p>Årlig uppföljning av riktlinje för avvikelshantering.</p> <p>Sammanställningar och analyser av avvikelser, handlingsplaner för åtgärder och resultat redovisas till högsta ledning.</p> <p>Resultat av avvikelser redovisas i patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse.</p>

FÖRDELNING AV ANSVAR VID AVVIKELSER

Vård- och omsorgsnämnden	Vård- och omsorgs direktör	Medicinskt ansvarig	Socialt ansvarig	Verksamhetschef, Områdeschef, Enhetschef ⁷	Medarbetare
<p>Ansvar för att avvikelshantering genomförs och att resultaten ligger till grund för planering och ledning av verksamheten.</p> <p>Ansvar för att avge yttrande i hälso- och sjukvårdsärenden på förfrågan från IVO och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.</p> <p>Ansvar för att avge yttrande i frågor som rör missförhållanden på förfrågan från IVO.</p>	<p>Ansvar för att riktlinjer och direktiv finns för avvikelshantering</p> <p>Ansvar för att ledningen genom den övergripande ”kvalitets-, utvecklings- och lärande gruppen” genomför en samlad analys av samtliga avvikelser som leder till förbättringar via verksamhetsplaner eller handlingsplaner.</p> <p>Ansvar för att kompetensförsörjningsplanen omfattar avvikelshantering.</p>	<p>Ansvar för att ta fram direktiv för hantering av synpunkter, klagomål och rapporterade avvikelser utifrån patientsäkerhet.</p> <p>Ansvar för att anmäla Lex Maria till IVO när någon i samband med hälso- och sjukvårdsinsatser drabbats av eller utsatts för risk att drabbas för allvarlig skada eller sjukdom.</p> <p>Ansvar för att sammanställa och analysera avvikelshantering på hälso- och sjukvårdens område samt följa upp och kontrollera åtgärdernas effekt på övergripande nivå inom kommunen och i samverkan med landstinget.</p>	<p>Ansvar för att ta fram riktlinjer för hantering av synpunkter, klagomål och rapporterade avvikelser utifrån stöd, service och omsorg.</p> <p>Ansvar för att anmäla Lex Sarah till IVO när någon i samband med stöd, service och omsorgsinsatser drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av allvarliga missförhållanden.</p> <p>Ansvar för att sammanställa och analysera avvikelshantering på det sociala området samt följa upp och kontrollera åtgärdernas effekt på övergripande nivå.</p>	<p>Ansvar för avvikelshantering i verksamheten.</p> <p>Ansvar för att genomföra händelseanalys, upprätta handlingsplan och följa upp åtgärders effekt.</p> <p>Ansvar för att fotlöpande sammanställa och analysera avvikelser i verksamheten.</p> <p>Ansvar för att erfarenheter från avvikelshantering används i det förebyggande arbetet.</p> <p>Ansvar för att resultat redovisas till ledning.</p> <p>Ansvar för att chefer och medarbetare har kompetens om avvikelshantering.</p>	<p>Ansvar för att följa upprättade riktlinjer, direktiv och rutiner.</p> <p>Ansvar för att hantera synpunkter, klagomål och skyldighet att rapportera avvikelser.</p> <p>Utifrån ansvar analysera avvikelser och vidta åtgärder och följa upp åtgärdernas effekt.</p> <p>Ansvar för att vara delaktig i händelseanalys av avvikelser och vidta åtgärder.</p> <p>Ansvarar för att delta vid utveckling av arbetsrutiner och metoder.</p>

⁷ Ansvarsfördelning enligt särskild rollbeskrivning för verksamhetschef och områdeschef (Diarienummer: VON 2014/00398 022, VON 2014/00397 022) samt för enhetschef.

5. PERSONALENS MEDVERKAN I ARBETET MED PATIENTSÄKERHET OCH KVALITETSARBETE

Medarbetarnas medverkan och ledningens engagemang är viktiga delar i vård- och omsorgskontorets förbättringsarbete. För att medarbetarna ska kunna medverka i förbättringsarbetet och ge god vård och omsorg krävs rätt kompetens. Med kompetens menas förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter⁸.

Krav i lagar och författningen	Mål	Metod	Uppföljning
<p>6 kap. 4§ och 1 kap 6§ PSL Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.</p> <p>14 kap. 2§ SoL och 24 a § LSS Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och inom LSS verksamheten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.</p> <p>6 kap.1 § SOSFS 2011:9 ... ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.</p>	<p>Personalen ska ha den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifter med god kvalitet.</p>	<p>Kompetensförsörjningsplan.</p> <p>Medarbetarsamtal och individuell plan samt bedömning av kompetensbehov – Kompetensbank.</p> <p>Kompetensutveckling.</p> <p>Personalkontorets riktlinje för rekrytering.</p> <p>Regelbunden dialog om personalens medverkan i kvalitetsarbetet (ex. APT).</p> <p>Synpunkts- och klagomålshantering.</p>	<p>Uppföljning av kompetensförsörjningsplan enligt fastställd plan.</p> <p>Fortlöpande bedöma kompetensnivå och i dialog med ansvariga säkra kompetens.</p> <p>Genom riskanalys, egenkontroll och uppföljning påvisa kompetensbehov.</p> <p>Sammanställningar och analyser av synpunkter från medarbetare.</p>

⁸ Standardiseringskommissionen i Sverige (SIS). SS 62 40 70 Ledningssystem för kompetensförsörjning – Krav. Stockholm, Standardiseringskommissionen i Sverige, 2002

Fördelning av ansvar för personalens medverkan

Vård- och omsorgsnämnden	Vård- och omsorgs- direktör	Medicinskt ansvarig	Socialt ansvarig	Verksamhetschef, Områdeschef, Enhetschef ⁹	Medarbetare
Säkerställa att det finns resurser för kompetens- och personalförsörjning.	Ansvar för att det finns en kompetens- försörjningsplan.	<p>Ansvar för att ta fram direktiv för delegering av hälso- och sjukvårdsarbets- uppgifter.</p> <p>Ansvar för att vara en resurs i frågor som gäller kompetens och personalförsörjning på hälso- och sjukvårdens område.</p>	Ansvar för att vara en resurs i frågor som gäller kompetens och personalförsörjning inom stöd, service och omsorg.	<p>Ansvar för att kompetens- och personalförsörjning bedrivs utifrån kompetens- försörjningsplan och riktlinjer.</p> <p>Ansvar för att medarbetarsamtal, individuell plan och kompetens registreras i kompetensbank.</p> <p>Ansvar för kompetens- utveckling av personal.</p> <p>Ansvar för att arbetet utförs enligt processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.</p> <p>Ansvar för att det sker en regelbunden dialog om personalens medverkan i kvalitetsarbetet.</p>	<p>Ansvar för att arbeta i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.</p> <p>Ansvar för att bidra till hög patientsäkerhet.</p> <p>Ansvar för att medverka till att de insatser som genomförs är av god kvalitet.</p> <p>Ansvar för att medverka i verksamhetens kvalitets- och förbättringsarbete samt bidra med idéer för att förbättra processer och rutiner.</p>

⁹ Ansvarsfördelning enligt särskild rollbeskrivning för verksamhetschef och områdeschef (Diarienummer: VON 2014/00398 022, VON 2014/00397 022) samt för enhetschef.

6. DOKUMENTATION AV SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Det innebär att fastställda processer och rutiner, riskanalyser, egenkontroller, hantering av avvikelser samt vilka förbättrande åtgärder som vidtagits ska dokumenteras.

6.1 DOKUMENTATION I VERKSAMHET

Verksamhetens prioriterade områden inom det systematiska förbättringsarbetet dokumenteras i verksamhetsplanen. Detta innefattar mål, planerade riskanalyser och egenkontroller. Vid del- och helår rapporterar verksamheten i sin verksamhetsberättelse hantering av avvikelser, framkomna resultat samt vilka förbättrande åtgärder som vidtagits utifrån det systematiska förbättringsarbetet.

6.2 DOKUMENTATION PÅ FÖRVALTNINGSÖVERGRIPANDE NIVÅ

Genomförda aktiviteter och resultat enligt interkontrollplan och uppföljningsplan dokumenteras av den som utför uppföljningen och rapporteras till nämnd.

Förvaltningsledningens samlade analys och prioriterade utvecklingsområden dokumentaras och redovisas i verksamhetsberättelsen.

Vård- och omsorgsnämnden upprättar varje år en verksamhetsberättelse som inkluderar en kvalitetsredovisning av hur förvaltningen har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitén. Vård- och omsorgsdirektör har ansvar för att verksamhetsberättelsen redovisas till nämnd.

Varje år upprättar nämnden en patientsäkerhetsberättelse som innehåller detaljerade uppgifter om hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs för att ge skydd mot vårdskada. Delar av patientsäkerhetsberättelsen redovisas i nämndens verksamhetsberättelse. Medicinskt ansvariga har ansvar för att patientsäkerhetsberättelsen redovisas till nämnd.

6.3 DOKUMENTSTYRNING

För att säkerställa att verksamheten har aktuella dokument, finns en systematik gällande vad, hur, och när dokument skapas, sparas, revideras och arkiveras. Ansvar för detta beskrivs i ”riktlinjer för riktlinjer”¹⁰ samt i dokumenthanteringsplan för vård- och omsorgskontoret¹¹.

¹⁰ Se även kommunövergripande dokumenten ”riktlinje för hantering av styrande dokument och för att göra dem tillgängliga”, ”rutin för att skapa styrande dokument”.

¹¹ http://www.norrkoping.se/organisation/pdf/mal-regler/riktlinjer/administration/dhpl/social-omsorg/114-Vard_omsorgsk.pdf