

Datum
2013-12-30

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom Äldreomsorgen, Kungsbacka kommun

Beslutad av nämnden för Äldreomsorg
Reviderad av nämnden för Äldreomsorg 2012-12-13
Reviderat av nämnden för Äldreomsorg 2014-01-30

Innehållsförteckning

Styrdokument	3
Inledning	3
Äldreomsorgens verksamheter	3
Mål för verksamheten	4
Styrmodell	5
Verksamhetsplanering	5
Verksamhetsuppföljning	6
Ansvar	6
Nämnden för Äldreomsorg	6
Förvaltningschef	6
Verksamhetschef/ eller motsvarande befattning för privata utförare	7
Enhetschef/ eller motsvarande befattning för privata utförare	7
Medicinskt ansvariga	8
Socialt ansvarig samordnare, Sas,	8
Utvecklingsledare LOU, LOV	8
Utvecklingsledare Kvalitet	9
Utvecklingsledare it	9
Systemförvaltare	9
Hälsa- och sjukvårdspersonal	10
Handläggare	10
Omsorgspersonal/ eller motsvarande befattning för privata utförare	10
Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	10
Riktlinjer, rutiner och vägledande bestämmelser	10
Inom Socialtjänstens område	11
Riktlinjer	11
Rutiner	11
Inom Hälsa- och sjukvårdens område	12
Riktlinjer	12
Rutiner	12
Inom IT-området	12
Processer	13
Kvalitativt, utvecklande och ledande arbetsätt, KUL,	13
Samverkan	13
Biståndsenheten och utförare	13
Inom den egna förvaltningen	14
Andra vårdgivare	14
LOU- och LOV- utförare	14
Systematiskt förbättringsarbete	15
Avvikelser, klagomål, synpunkter och riskanalys	15
Egenkontroll	16
Förutsättningar för ett systematiskt förbättringsarbete	16

Ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet, SOSFS 2011:9

Styrdokument

Socialtjänstlagen 2001:453

Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763

Patientsäkerhetslagen 2010:659

Lagen om särskilt stöd och service LSS 1993:387

Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete

Inledning

I Socialtjänstlagen anges att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I Hälso- och sjukvårdslagen anges att insatserna ska bedrivas så att de uppfyller kraven på god vård.

Ett ledningssystem är ledningens verktyg för att leda och planera samt kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Enligt föreskrifter och allmänna råd ska verksamheten identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Kvalitet skapas då en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Ledningssystemet bör integreras med de befintliga system för budget- och verksamhetsuppföljning som Kungsbacka kommun har i sin styrmodell och ska fastställas av nämnden för Äldreomsorg.

Äldreomsorgens verksamheter

Utifrån Socialtjänstlagen, SoL, bedriver Äldreomsorgen verksamheter för personer över 65 år som till följd av sjukdom, skada eller förlust av förmågor är i behov av insatser. Efter ansökan och individuell prövning kan följande insatser beviljas

- Hemtjänst
- Särskilt boende
- Dagverksamhet
- Anhörigstöd/Avlösning
- Korttidsplatser
- Trygghetslarm

Utan individuell prövning finns följande verksamheter

- Träffpunkter
- Anhörigcenter/anhöriggrupper
- Trygghetsplatser

I Kungsbacka tillämpas lagen om valfrihet, LOV, för hemtjänstupdrag och lagen om offentlig upphandling, LOU, för driften på äldreboenden.

Utifrån Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, bedriver äldreomsorgen följande verksamheter för personer över 65 år

- Personlig assistans
- Bostad med särskild service
- Kontaktperson
- Ledsagarservice

Enligt § 18 i Hälso- och sjukvårdslagen har nämnden för Äldreomsorgen hälso- och sjukvårdsansvar enligt följande

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service, 5 kap. 5 § andra stycket, 7 §, tredje stycket samt 7 kap. 1 §, första stycket, socialtjänstlagen
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet 3 kap. 6 §, socialtjänstlagen
- Personer som erhåller hemsjukvård i ordinärt boende enligt avtal med region Halland

Mål för verksamheten

Nämnden för Äldreomsorgen ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Insatserna ska inriktas på att äldre människor får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Verksamheterna ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet och tillgodose den enskildes behov av kontinuitet och säkerhet vid utförande av insatser.

Vård- och omsorgsinsatser ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde. Olika insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Kungsbacka kommun har en gemensam värdegrund, BITT, som ska genomsyra all verksamhet. BITT betyder bemötande, inflytande, tillgänglighet och trygghet.

Styrmodell

Kungsbacka kommuns styrmodell beskriver hur styrning, uppföljning och analys av kommunens olika verksamheter ska ske.

Nämnden för Äldreomsorg fastställer de övergripande målen för nämndens verksamheter i äldreomsorgen årliga budget. I budgeten finns mål, övergripande inriktning samt direktiv för utfärdande. Mål utarbetas utifrån kommunens övergripande vision, prioriterade mål och genom omvärldsbevakning.

Nämnden följer upp målsättningar i resultatmål och nyckeltal. Redovisning görs i samband med delårsbokslut per april och augusti och årsredovisning i januari. Årsredovisningen bildar underlag till budgetarbetet på flera års sikt. Nämnden fastställer årligen en internkontrollplan där uppföljning av specifika områden sker.

Resultaten från internkontrollerna redovisas årligen till nämnden.

Nämnden har beslutat om ”Systematisk granskning inom Äldreomsorgens verksamheter”. Nämnd 2012-12-13. Redovisning av granskningsresultaten sker i enlighet med granskningsmodellen.

Nämnden ska årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse utifrån Socialtjänstlagen. Av berättelsen bör framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten genomförts samt vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts.

Nämnden ska även upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse senast den 1 mars varje år som redovisar patientsäkerhetsarbetet i verksamheten. I patientsäkerhetsberättelse sammanfattas äldreomsorgens patientsäkerhetsarbete enligt Hälso- och sjukvårdslagen under det gångna året. I patientsäkerhetsberättelsen ges även direktiv från medicinskt ansvarig sjuksköterska, Mas, medicinskt ansvarig för rehabilitering, Mar, samt verksamhetschefen för Hälso- och sjukvården inom vilka områden utveckling bör ske för att stärka patientsäkerheten under det kommande året.

Verksamhetsplanering

Verksamhetsplanering och budgetarbete hänger samman i en helhet. Det man planerar för verksamheten ska resurssättas i budgetarbetet. Den tilldelning som kommer nämnden för Äldreomsorg till del styr omfattning och uppdrag i verksamheten. Utifrån tilldelad budget säkras att nämnden för Äldreomsorgens systematiska verksamhets- och kvalitetsutvecklingsarbete har en inriktning och omfattning som är anpassad till vad som krävs för att uppfylla målen.

Förvaltningen för Äldreomsorgen har varje år regelbundet planeringsdagar med nämnden för att fastställa mål och budgetinriktning dels för nästkommande år men även på längre sikt. På samma sätt har varje ledningsgrupp planeringsdagar för att fastställa hur målen ska uppfyllas. Detta beskrivs i genomförandeplaner på olika nivåer. I genomförandeplanerna tas även hänsyn till vad som framkommit vid olika granskningar samt avvikelser och klagomål under föregående år.

Privat utförare har samma skyldighet att planera hur de ska uppfylla nämndens mål.

I äldreomsorgen finns en verksamhet som ansvarar för kvalitet, utveckling och säkerhet. Denna ska vara delaktig i den årliga planeringen för att säkerställa att förvaltningens beslut och inriktning är belysta från olika kompetensområden.

Verksamhetsuppföljning

Verksamheten följs upp på flera olika sätt bl.a. genom enkäter, fokusgrupper, strukturerade samtal eller olika tillsynsbesök. Nämnden har fastställt en modell för hur granskningar ska genomföras oberoende utförare av insatser, beslut 2012-12-13.

I förvaltningens årsplanering beskrivs aktiviteter och tidpunkter för den systematiska verksamhetsplaneringen och uppföljning som tillsammans med ekonomistyrningen bildar det systematiska kvalitetsarbetet.

En strukturerad verksamhetsuppföljning genomförs regelbundet av ansvariga verksamhetschefer inom den egna regin.

Återkoppling av de olika resultaten görs i delårsbokslut, årsredovisning, patientsäkerhetsberättelse samt specifika rapporter som lämnas till förvaltningsledning samt nämnd.

Redovisning av samtliga inkomna avvikelser sker per tertial till förvaltningens ledningsgrupp och till de privata utförarna.

En analys och bedömning av den kommunala hälso- och sjukvård som bedrivits sker årligen och redovisas till förvaltningsledning och nämnd i patientsäkerhetsberättelsen av medicinskt ansvariga.

Ansvar

Nämnden för Äldreomsorg

Ansvarar för att

- inrätta ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete samt säkerställa att ledningssystemet är så utformat att processerna fungerar verksamhetsöverskridande
- fastställa mål, inriktning och direktiv för Äldreomsorgen
- fastställa en årlig patientsäkerhetsberättelse utifrån Hälso- och sjukvårdslagens ansvarsområde
- fastställa en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse utifrån Socialtjänstlagens ansvarsområde.

Förvaltningschef

Tillika verksamhetschef enligt § 29 Hälso- och sjukvårdslagen, HSL

Ansvarar för att

- upprätta en årlig genomförandeplan för äldreomsorgens samtliga utförare som bygger på nämndens mål, direktiv, interna och externa granskningsrapporter, egenkontroll samt omvärldsbevakning.

Genomförandeplanen belyser aktiviteter inom både Socialtjänsten och Hälso- och sjukvårdens område

- upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse tillsammans med Mas och Mar
- leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen
- förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och efterlevs
- initiera, fastställa och följa upp riktlinjer i samverkan med Sas, Mas, Mar
- ledningssystemet för kvalitet revideras årligen eller vid behov
- upprätta en kvalitetsberättelse tillsammans med Sas

Verksamhetschef/ eller motsvarande befattning för privata utförare

Ansvarar för att

- upprätta en årlig genomförandeplan för sitt funktionsområde utifrån den övergripande genomförandeplanen för äldreomsorgen, samt inkomna avvikelser, klagomål, synpunkter och resultaten från egenkontroller som rör funktionsområdet
- initiera och implementera förbättringsförslag utifrån granskningsresultat som rör hela funktionsområdet
- årligen sammanställa enheternas patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till Mas/Mar
- initiera, fastställa och följa upp rutiner inom sitt funktionsområde
- förvissa sig om att ledningssystemets olika processer inom funktionsområdet är kända och efterlevs
- Verksamhetschefen för biståndsenheten upprättar och fastställer vägledande bestämmelser

Enhetschef/ eller motsvarande befattning för privata utförare

Ansvarar för att

- upprätta en årlig genomförandeplan för sin enhet utifrån funktionsområdets genomförandeplan, samt inkomna avvikelser, klagomål, synpunkter samt resultaten från egenkontroller som rör enheten
- initiera och implementera förbättringsförslag utifrån granskningsresultat som rör enheten
- årligen sammanställa enhetens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till verksamhetschef
- genomföra och delta i förvaltningens olika egenkontroller
- där behov finns upprätta lokala rutiner för enheten utifrån gällande riktlinjer och rutiner
- följa upp och revidera enhetens rutiner regelbundet samt vid behov
- förvissa sig om att ledningssystemets processer inom enheten är kända och efterlevs.

Medicinskt ansvariga

Ansvarar för att

- den kommunala hälso- och sjukvården håller en god kvalitet och att brukaren får ett professionellt omhändertagande.
- upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse i samråd med verksamhetschefen enligt § 29 HSL samt redovisa denna till nämnden
- utföra granskningar och uppföljningar inom Hälso- och sjukvårdens område enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag
- redovisa resultat av granskningar till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd
- utfärda, revidera och fastställa riktlinjer utifrån aktuell lagstiftning

Socialt ansvarig samordnare, Sas,

Ansvarar för att

- insatser inom socialtjänstens område håller en god kvalitet och att brukaren får ett professionellt omhändertagande
- upprätta en årlig kvalitetsberättelse i samråd med förvaltningschefen samt redovisa denna till nämnden i samband med årsredovisningen
- utföra granskningar och uppföljningar inom Socialtjänstens område enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag
- redovisa resultat av granskningar till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd
- utfärda och revidera riktlinjer utifrån aktuell lagstiftning

Utvecklingsledare LOU, LOV

Ansvarar för att

- delge externa utförare nämndens mål, kvalitetsdeklarationer direktiv mm
- följa upp hur utförarna arbetar med nämndens mål, kvalitetsdeklarationer direktiv mm.
- sammanställa material från utförarna och rapportera detta till förvaltningschefen i samband med delårsrapporter och årsbokslut.
- följa upp och granska externa utförare enligt fastställt dokument från nämnden

Utvecklingsledare Kvalitet

Ansvarar för att

- utveckla och implementera det gemensamma, elektroniska verksamhetssystemet som beskriver förvaltningens processer och rutiner inom den egna regin i äldreomsorgen.
- bistå förvaltningschefen i framtagandet av mål och kvalitetsdeklarationer
- vara förvaltningens kontaktperson när det gäller brukarenkäter
- vara behjälplig till chefer i förvaltningen inför verksamheternas delårsrapporter och årsbokslut
- delta i och samordna övergripande kvalitetsprojekt
- initiera till förvaltningsledningen då nya processer behöver utarbetas och säkerställas

Utvecklingsledare it

Ansvarar för att

- Följa utveckling och förändring inom verksamhetsområdet och utifrån denna kunskap driva och utveckla förvaltningens utbyggnad och förändring inom området
- Ha det övergripande ansvaret för ledning och styrning av verksamhetssystemet
- Följa utvecklingen på nationell och lokal nivå samt företräda äldreomsorgen i nätverk och samverkan inom IT-området
- eHälsa inom äldreomsorgen införs
- Säkerställa att verksamhetssystemet uppfyller de krav som gällande lagstiftning kräver

Systemförvaltare

Ansvarar för att

- Verksamhetssystemets funktion och för att systemet löpande utvecklas så att det ger största möjliga nytta för verksamheten
- Upprätthålla och vidareutveckla verksamhetssystemet utifrån krav från verksamheten och förändrade direktiv och lagstiftning ställer
- Samarbetar med systemleverantör och driftleverantör
- Support till systemets användare
- Ansvarar för manualer, utbildningsmaterial, checklistor etc.
- Ansvarar för användarutbildning, applikationssupport, information om förändringar i systemets funktion
- Ansvarar för användarbehörighet, styrparametrar, grundvärden, loggar, loggrutin, tar emot fel och ändringsönskemål från användarna

Hälso- och sjukvårdspersonal

Ansvarar för att

- bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete, ifrågasätta och utveckla rutiner.
- ha kännedom om och arbete efter gällande riktlinjer och rutiner

Handläggare

Ansvarar för att

- handläggningen av ärenden sker rättssäkert utifrån gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner
- bidra till att en hög rättssäkerhet upprätthålls genom att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete och utveckla rutiner

Omsorgspersonal/ eller motsvarande befattning för privata utförare

Ansvarar för att

- medverka till att de omsorgsinsatser som genomförs är av god kvalitet
- ha kännedom om och arbeta efter gällande riktlinjer och rutiner

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet, SOSFS 2011:9 ska nämnden för Äldreomsorgen identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I varje process ska de aktiviteter som ingår identifieras. Aktiviteternas inbördes ordning ska fastslås.

Riktlinjer, rutiner och vägledande bestämmelser

I ledningssystemet finns riktlinjer och rutiner som styr verksamheten. Dessa ska vara verksamhetsöverskridande. Riktlinjerna och rutinerna ska vara kända och ändamålsenliga och ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat.

För att säkerställa detta finns fastställda mallar för riktlinjer och rutiner som ska användas.

Riktlinjer grundar sig på aktuell lagstiftning samt av Socialstyrelsen utfärdade föreskrifter och allmänna råd. Riktlinjerna gäller samtliga utförare inom äldreomsorgen och finns tillgängliga på Äldreomsorgens intranät och på kommunens hemsida.

Vägledande bestämmelser finns på biståndsenheten och bygger på förvaltningsrätternas beslut på vad som bedöms vara skälig levnadsnivå. Vägledande bestämmelser utarbetas, fastställs och följs upp av verksamhetschef på biståndsenheten. Vägledande bestämmelser är dokumenterade i det elektroniska process verktyget Kvalitativt, Utvecklande och Ledande arbetssätt, KUL.

Rutiner bygger på fastställda riktlinjer och inom den egna region länkas den till det elektroniska process verktyget Kvalitativt, Utvecklande och Ledande arbetssätt, KUL, av utsedd administratör. Inom specifika områden kan det finnas behov av att upprätta lokala rutiner för varje enheten utifrån gällande riktlinjer och KUL.

Privata utförare fastställer sina egna rutiner utifrån gällande riktlinje.

Sas, Mar, Mas, förvaltningschef och verksamhetscheferna/eller motsvarande befattning för privata utförare har ett gemensamt ansvar att omvärldsbevaka när ny lagstiftning, nya nationella riktlinjer eller nya föreskrifter och allmänna råd utfärdas. Utifrån detta beslutas om nya riktlinjer behöver utarbetas för att säkerställa kvaliteten.

Gemensamma riktlinjer inom områden där både Sociallagstiftning och Hälso- och sjukvård ingår utfärdas av Sas, Mas och Mar gemensamt och fastställs av förvaltningens ledningsgrupp

Följande förvaltningsövergripande riktlinjer finns fastställda

- Riktlinjer för skyddsåtgärder
- Riktlinjer för vård i livets slut
- Riktlinje gällande hantering av avvikelser, klagomål/synpunkter samt riskanalys
- Riktlinje för ledsagning till sjukhus

Inom Socialtjänstens område

Riktlinjer

- Riktlinjer utfärdas av Sas och fastställs av förvaltningens ledningsgrupp och i förekommande fall av nämnden.
- Riktlinjer gällande handläggning utarbetas av Sas
- Riktlinjer följs upp av Sas en gång per år eller då förändringar sker.

Följande riktlinjer finns fastställda inom Socialtjänstens område

- Riktlinjer för social dokumentation för verkställighet

Rutiner

- Rutiner utifrån fastställd riktlinje utfärdas av utsedd enhetschef och godkänns och fastställs av varje verksamhetsområdes ledningsgrupp.
- Rutiner/vägledande bestämmelser som gäller handlägningsprocessen upprättas på biståndsenheten
- Vid utfärdandet av rutiner ska alltid hänsyn tas till hur övriga verksamhetsområden påverkas
- Rutiner dokumenteras i KUL.
- Rutiner följs upp en gång per år eller då gällande riktlinje ändras
- Uppföljning sker av den som utfärdat rutinen
- Utifrån riktlinjer och rutinbeskrivning i KUL kan rutinen i vissa fall behöva kompletteras med en lokal rutin för enheten.

Privata utförare ansvarar för att utarbeta system för att identifiera, fastställa och följa upp rutiner utifrån gällande riktlinje.

Inom Hälso- och sjukvårdens område

Riktlinjer

- Riktlinjer utfärdas och fastställs av Mas/Mar. Information ges i förvaltningens ledningsgrupp.
- Riktlinjer följs upp av Mas/Mar en gång per år eller då förändringar sker.

För att säkerställa en hög patientsäkerhet i hela förvaltningen finns följande riktlinjer fastställda för hälso- och sjukvården

- Riktlinjer för läkemedelshantering
- Riktlinjer inom området hygien
- Riktlinje för dokumentation
- Riktlinje för delegering
- Riktlinje för medicintekniska produkter
- Riktlinjer för vårdpreventivt arbete gällande fall, trycksår och undernäring
- Riktlinjer för nutrition
- Riktlinje för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal

Rutiner

- Rutiner utifrån fastställd riktlinje utfärdas av utsedd enhetschef och fastställs av varje verksamhetsområdes ledningsgrupp.
- Vid utfärdandet av rutiner ska alltid hänsyn tas till hur övriga verksamhetsområden påverkas
- Rutiner dokumenteras i KUL.
- Rutiner följs upp en gång per år eller då gällande riktlinje ändras
- Uppföljning sker av den som utfärdat rutinen
- Utifrån riktlinjer och rutinbeskrivning i KUL kan rutinen i vissa fall behöva kompletteras med en lokal rutin för enheten.

Privata utförare ansvarar för att utarbeta system för att identifiera, fastställa och följa upp rutiner utifrån gällande riktlinje.

Inom IT-området

I samtliga IT-baserade system som används i förvaltningen ska det finnas en utsedd systemägare. Systemägaren ansvarar för att det finns en organisation som kan ansvara för utveckling och drift av aktuellt system.

Utifrån omvärldsbevakning, stödstruktur i region Halland via e-Samverkan och nationella/centrala direktiv initierar, driver, utvecklar och förändrar utvecklingsledare IT nya arbetssätt och nya tekniska lösningar.

Utvecklingsledaren ger förvaltningsledningen förslag till förbättringar som baseras på utvecklingens behov inom området där syftet är att bättre utnyttja våra resurser. Efter projektavslutning och/eller beslut i förvaltningens ledningsgrupp ansvarar de olika verksamheterna för implementeringen.

Manualer utarbetas av systemförvaltaren och revideras 1 ggr/år. Systemförvaltaren ansvarar även för att lägga in dessa i förvaltningens G-katalog och informera verksamheten.

För att säkerställa att endast behörig personal använder verksamhetssystemet finns

- Rutin för loggkontroll i verksamhetssystemet

Processer

All verksamhet inom vård- och omsorg bedrivs i sammanhang där man måste beakta olika omvärldsfaktorer för att utforma processer och insatser för att på bästa sätt tillgodose brukarens olika behov av vård- och omsorg. För att tydliggöra detta behövs riktlinjer och rutiner hur samverkan och samarbete ska ske både gällande extern som intern samverkan.

Kvalitativt, utvecklande och ledande arbetssätt, KUL,

Äldreomsorgen i den egna regin har valt ett elektroniskt system för att beskriva förvaltningens olika processer. Processerna delas in i ledningsprocesser, huvudprocesser och stödprocesser. Huvudprocesserna utgår från äldreomsorgens organisation vilket innebär att indelning är äldreboende, kvarboende, myndighetsutövning samt hälso- och sjukvård och rehabilitering. I ledningsprocessen och stödprocessen beskrivs processer som hela förvaltningen ska tillämpa.

Kvalitetsutvecklare leder arbetet med att utveckla och implementera de olika processerna. För varje process utses en processägare som ansvarar för att processen är aktuell och att det regelbundet samt vid behov sker en revidering. I de olika processerna beskrivs olika rutiner på ett enkelt och tydligt sätt. Alla rutiner utgår från gällande lagstiftning och riktlinje. Inom specifika områden kan det finnas behov av att upprätta lokala rutiner för varje enhet utifrån gällande riktlinjer och KUL.

KUL är tillgängligt på äldreomsorgens insida samt på kommunens hemsida så att all personal inom den egna regin har tillgång till systemet.

Samverkan

Nämnden ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten och för att förebygga att brukaren drabbas av vårdskada.

Biståndsenheten och utförare

De utredningar om behov som ligger till grund för myndighetsbeslut om insatser görs av biståndsenhetens handläggare. Handläggare dokumenterar utredningen i verksamhetssystemet och skickar en beställning till aktuell utförare. Utföraren ska i sin tur upprätta en individuell genomförandeplan tillsammans med brukaren som sedan ligger till grund för utförandet av beviljade insatser.

Oberoende vem som är ansvarig för utförandet ska ett etablerat samarbete finnas så att brukarens behov kan tillgodoses på bästa sätt.

Uppföljning av biståndsbeslut genomförs av ansvarig handläggare 1 ggr/år på särskilda boende.

För att säkerställa en rättssäker process gällande handläggande av ärenden inom Socialtjänstlagen, SoL, och Lagen om särskilt stöd och service, LSS, finns följande riktlinje och rutiner upprättade.

- Riktlinje för handläggning
- Rutin för förenklad handläggning
- Rutin för personer som tillfälligt vistas i Kungsbacka kommun
- Rutin för ansökan om hospice
- Rutin för ansökan om personlig utformad hemtjänst
- Rutin om trygghetsplatser

Inom den egna förvaltningen

För att säkerställa att brukaren får ett tryggt, säkert och professionellt omhändertagande gällande beslutade vård- och omsorgsinsatser ska det i verksamheterna finnas riktlinjer och rutiner för informationsöverföring och samverkansformer mellan olika verksamheter och yrkesgrupper.

Följande riktlinjer finns för att säkerställa en god intern samverkan:

- Riktlinje för individuell vård- och omsorgsplanering
- Riktlinje för teamsamverkan

Andra vårdgivare

Samverkan och dialog mellan olika huvudmän och förvaltningar är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de olika insatserna för brukaren. Avtal och riktlinjer ska finnas upprättade för att reglera denna samverkan.

Följande fastställda dokument finns för att säkerställa en god extern samverkan

- Samarbetsavtal avseende hälso- och sjukvårdsansvar mellan Landstinget Halland och kommunerna i Halland
- Riktlinje för samordnad vårdplanering
- Riktlinje för ambulanstransport
- Läkartedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården
- Gemensamma riktlinjer med Vårdhygien i Halland
- Riktlinjer angående läkemedelshantering i förråd samt generella ordinationer
- Rutin för överlämnande av ärende, köp av plats, köp av natt-tillsyn mellan Funktionsstöd och Äldreomsorg
- Regional samverkan inom olika diagnosområden ex. demens, stroke, palliativ vård
- Regional samverkan gällande olika kvalitetsregister
- Riktlinjer för tandvård
- Riktlinje egenvård
- Rutin för samverkan närsjukvård och Kungsbacka kommun
- Uppdrag för Strategisk och Taktisk chefsgrupp i Region Halland

Initiativ, beslut och uppföljning av regiongemensamma projekt, riktlinjer utifrån ny lagstiftning sker i strategisk chefsgrupp Halland.

Utifrån äldreomsorgens verksamhet kan det finnas behov av att samverka med andra myndigheter i samhället t.ex. polisen. Det är förvaltningschefen som initierar, fastställer och följer gemensamma riktlinjer med andra myndigheter.

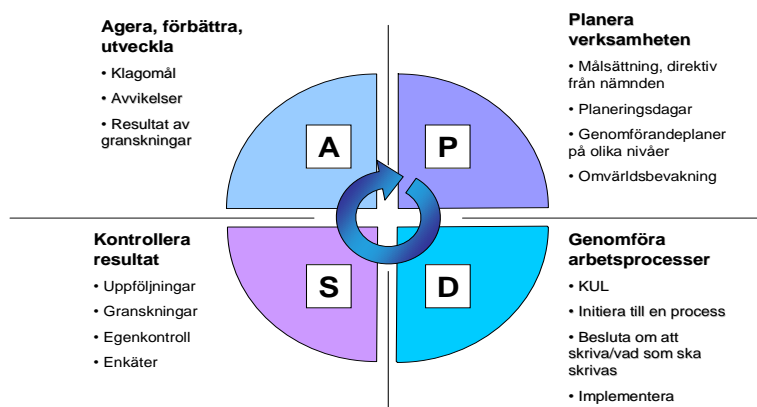
LOU- och LOV- utförare

I äldreomsorgen finns utförare enligt LOU och LOV samverkan med dessa utförare regleras i upprättade avtal. Samverkan sker vid uppföljning av följsamheten till avtal, riktlinjer samt vid planerade granskningstillfällen. Samverkan sker även genom regelbundna, obligatoriska informationsmöten, dialogmöten och besök.

Systematiskt förbättringsarbete

I det ständiga förbättringsarbetet för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten ska riskanalys, egenkontroller samt utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter användas.

Nationella enkäter, nyckeltal, interna och externa granskningsrapporter ska även användas som grund för det ständiga förbättringsarbetet. I Kungsbacka kommun ska PDSA-hjulet (plan-do-study-act) användas så att förbättringar av kvaliteten kan ske på ett strukturerat sätt. PDSA-hjulet används både i det övergripande arbete och på varje enhet inom förvaltningen.



Avvikelser, klagomål, synpunkter och riskanalys

En avvikelse är en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra skada för en enskild brukare.

All personal är skyldig att rapportera avvikelser och risker av betydelse för säkerheten för brukaren. Avvikelsehanteringen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens område ska vara ändamålsenlig och känd av all personal.

Syfte med avvikelserapportering är att garantera säkerheten för brukaren och minska antalet tillbud/olyckor genom att:

- Observera och analysera avvikelser
- Identifiera orsaker
- Eliminera risker
- Förebygga upprepning

Syfte med klagomål och synpunktshantering är att kunna identifiera och förebygga brister inom verksamheten samt identifiera nya eller icke tillgodosedda behov hos kommuninvånarna.

Syftet med att genomföra en riskanalys är att identifiera brister i verksamheten så att ett förebyggande arbete kan bedrivas.

För att säkerställa att avvikelser, klagomål/synpunkter och metoden för riskanalys genomförs på ett korrekt sätt i förvaltningen finns följande riktlinje och rutiner:

- Riktlinje gällande hantering av avvikelser, klagomål/synpunkter samt riskanalys
- Rutin för Lex Maria
- Rutin för Lex Sarah

I Kungsbacka kommun finns även möjlighet att lämna in klagomål och synpunkter på verksamheten via den kommungemensamma Kommentaren.

Årlig analys och sammanställning av samtliga avvikelser, klagomål och synpunkter redovisas av medicinskt ansvariga, socialt ansvarig samt utvecklaren för kvalitet till förvaltningens ledningsgrupp

Egenkontroll

För att säkerställa att egenkontroller genomförs med den frekvens och i den omfattning som krävs för att nämnden ska kunna säkra verksamhetens kvalitet finns följande riktlinje framtagen

- Riktlinje för egenkontroll

Egenkontrollen omfattar olika delar där följande ingår

- en årlig enkät gällande följsamhet till riktlinjer
- målgruppsundersökningar
- nationella, öppna jämförelser en gång per år
- regelbundna brukarenkäter
- kontinuerlig granskning av journaler och akter

Egenkontrollen omfattar samtliga utförare i äldreomsorgen. Resultaten redovisas till respektive verksamhetschef/eller motsvarande befattning för privata utförare.

Egenkontrollen används även som underlag för stickprovskontroller.

Förutsättningar för ett systematiskt förbättringsarbete

All personal är skyldig att medverka i och bidra till att en god och säker vård och omsorg uppnås för de brukare där förvaltningen har ett ansvar. För att lagstiftarnas mål ska kunna uppnås och att all personal kan bidra på sitt sätt krävs tid och engagemang i hela förvaltningen. Personal måste få utbildning och information om avvikelshantering, riskanalyser, egenkontroller, resultat från granskningar och om nya rutiner och riktlinjer. Chefer på alla nivåer måste ge tid och möjlighet för personal att utbilda och förkovra sig inom sina områden för att på det sättet öka kvaliteten i mötet med brukarna.

Ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete utgör ett stöd för det förbättringsarbete som ska utmytna i kvalitetsförbättringar för den enskilde äldre. Förutom äldreomsorgens dokumenterade system ska chefer på alla nivåer uppmuntra ett öppet förhållningssätt som diskussioner med alla medarbetare, på olika arenor och låta det genomsyra arbetet.

En gemensam kvalitetsdag anordnas årligen där personal från olika verksamheter kan visa varandra hur de arbetar med att ständigt förbättra vården och omsorgen.