



TRANÅS KOMMUN  
SOCIALTJÄNSTEN

# LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE

för Socialtjänsten i Tranås kommun  
enligt SOSFS 2011:9

## DEL 1 GRUNDLÄGGANDE UPPBYGGNAD

Upprättat/fastställt	2013-11-13 av Socialnämnden
Senast reviderat	
Revideringsintervall	Årligen
Dokumentet gäller för	Socialnämndens verksamhetsområden
Dokumentansvarig	Socialchefen
Diarienummer	105/2013

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>		<u>sida</u>
<b>1.1</b>	<b>Bakgrund</b>	3
<b>1.2</b>	<b>Ledningssystemets syfte</b>	3
<b>1.3</b>	<b>Ledningssystemets mål</b>	3
<b>1.4</b>	<b>Uppbyggnad, struktur och omfattning</b>	4
1.4.1	Ledningssystemets uppbyggnad	4
1.4.2	Verksamhet som ledningssystemet omfattar	5
<b>1.5</b>	<b>Ansvarsfördelning</b>	7
<b>1.6</b>	<b>Kvalitet</b>	9
1.6.1	Definition av begreppet	9
1.6.2	Socialnämndens kvalitetsmål	9
1.6.3	Kvalitetssäkring	10
1.6.4	Uppföljning av verksamhetens processer och rutiner – händelsehantering	10
1.6.5	Ständiga förbättringar	13
<b>1.7</b>	<b>Processer och rutiner</b>	14
1.7.1	Tillvägagångssätt för att identifiera nödvändiga processer och rutiner	14
<b>1.8</b>	<b>Dokumentation</b>	14
1.8.1	Individuell utredning, bedömning och beställning av insatser	14
1.8.2	Genomförandeplaner	15
1.8.3	Verksamhetsplan och verksamhetsberättelse	15
1.8.4	Kvalitetskontrollplanen	15
1.8.5	Kvalitetsberättelse och Patientsäkerhetsberättelse	15
<b>1.9</b>	<b>Samverkan och dialog</b>	15
1.9.1	Samverkan och dialog mellan beställare och utförare	15
1.9.2.	Samverkan och dialog med andra vårdgivare	16
1.9.3	Samverkan och dialog med kund och/eller kunds företrädare	16
1.9.4	Samverkan och dialog inom organisationen	17

# 1 INLEDNING

## 1.1 Bakgrund

Socialtjänstens verksamhet bedrivs på Socialnämndens uppdrag utifrån aktuell lagstiftning samt föreskrifter och förordningar inom verksamhetsområdet.

Det systematiska kvalitetsarbetet i förvaltningen innebär att arbetet bedrivs utifrån gemensamma metoder, som följs upp och utvecklas beroende på hur de fungerat och vilket resultat de lett till. På så vis återförs erfarenheter och kunskap och kan användas för att förbättra metoder och verksamhet.

I styrdokumentet, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för Socialtjänsten i Tranås kommun, beskrivs den övergripande grundläggande uppbyggnaden för verksamheten (del 1) och de dokument och processer (del 2) som styr.

I handböckerna för respektive sektion finns de verktyg som behövs i verksamheten, t ex regler, processbeskrivningar, rutiner samt andra dokument som används i det systematiska verksamhets- och kvalitetsarbetet.

## 1.2 Ledningssystemets syfte

Syftet med ledningssystemet är att skapa en struktur för att inom förvaltningen planera, leda, genomföra, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten inom nämndens ansvarsområde.

Syftet uppnås genom att:

- Kvalitetssäkring av verksamheten sker genom tydliga strukturer och rutiner för de processer som behövs på alla nivåer för att uppfylla verksamhetens lagstadgade skyldigheter
- Kvalitetsbrister härleds och åtgärdas utifrån resultaten från egenkontroll, riskanalys och utredning av klagomål och avvikelser. Detta kan innebära att processerna och rutinerna omarbetas.

## 1.3 Ledningssystemets mål

De direkta målen med ledningssystemet för socialtjänsten är att:

- Säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt de 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 enligt SOSFS 2011:9)
- Säkerställa att arbetet i verksamheten sker utifrån styrdokument, mål och strategier fastställda för hela kommunen och för nämndens ansvarsområde

Målstyrningen i socialtjänstens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgår i från kommunens gemensamma ledningsmodell beslutad av kommunfullmäktige 2013-08-19. Denna beskriver hur verksamheterna ska styras för att nå uppsatta mål.

I Tranås kommun antas varje år ett strategiskt styrkort för mål och budget. I det kommunövergripande styrkortet beskrivs den styrmodell som gäller för hela kommunen. Utifrån kommunens vision kan anges ett antal konkretiserade mål till nämnderna.

Socialnämnden antar årligen styrkort för nämndens verksamhet. Styrkortet beskriver prioriterade strategiska mål för verksamheten och vilka framgångsfaktorer och aktiviteter socialnämnden ser ska verka för uppsatta strategiska mål. Styrkortet anger också styrtal för att nå målen. Styrtalen ska följas upp och redovisas till socialnämnden en eller två gånger per år. Verksamheterna ska upprätta egna styrkort som ska stå i direkt samklang med socialnämndens styrkort och verka för att socialnämndens uppsatta strategiska mål och styrtal uppnås.

#### Styrdokument

- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt övrig aktuell lagstiftning
- Tranås kommuns ledningsmodell
- Tranås kommuns Ledstjärna
- Styrkort för nämnden och verksamheten

### **1.4 Uppbyggnad, struktur och omfattning**

Ledningssystemet är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning utifrån lagstiftning och föreskrifter samt Tranås kommuns ledningsmodell och socialnämndens olika strategier och mål.

Arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten ska dokumenteras. Det ska varje år upprättas en kvalitetskontrollplan för nämnden, en sammanhållen kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse samt sektionssvise verksamhetsplaner och -berättelser.

I beskrivningen av processer och rutiner ska det framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten och säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller verksamheter enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

#### **1.4.1 Ledningssystemets uppbyggnad**

**Del 1 Grundläggande uppbyggnad - beskrivning av strukturer och fördelning av ansvar** i arbetet med att utifrån ledningssystemet systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten samt mål, förbättringsarbete och definitioner

**Del 2 Processkatalog - förteckning över de övergripande processområden** i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet med koppling till uppföljning och ansvar.

De sektionsvisa **handböckerna** ska fungera som verktyglådor med beskrivningar av de aktiviteter som ingår i genomförandeprocesserna och deras inbördes ordning samt de rutiner som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten. Dessa ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat. I handböckerna finns även tillgång till övriga styrdokument, mallar och förteckningar över aktuell lagstiftning.

#### **1.4.2 Verksamhet som ledningssystemet omfattar**

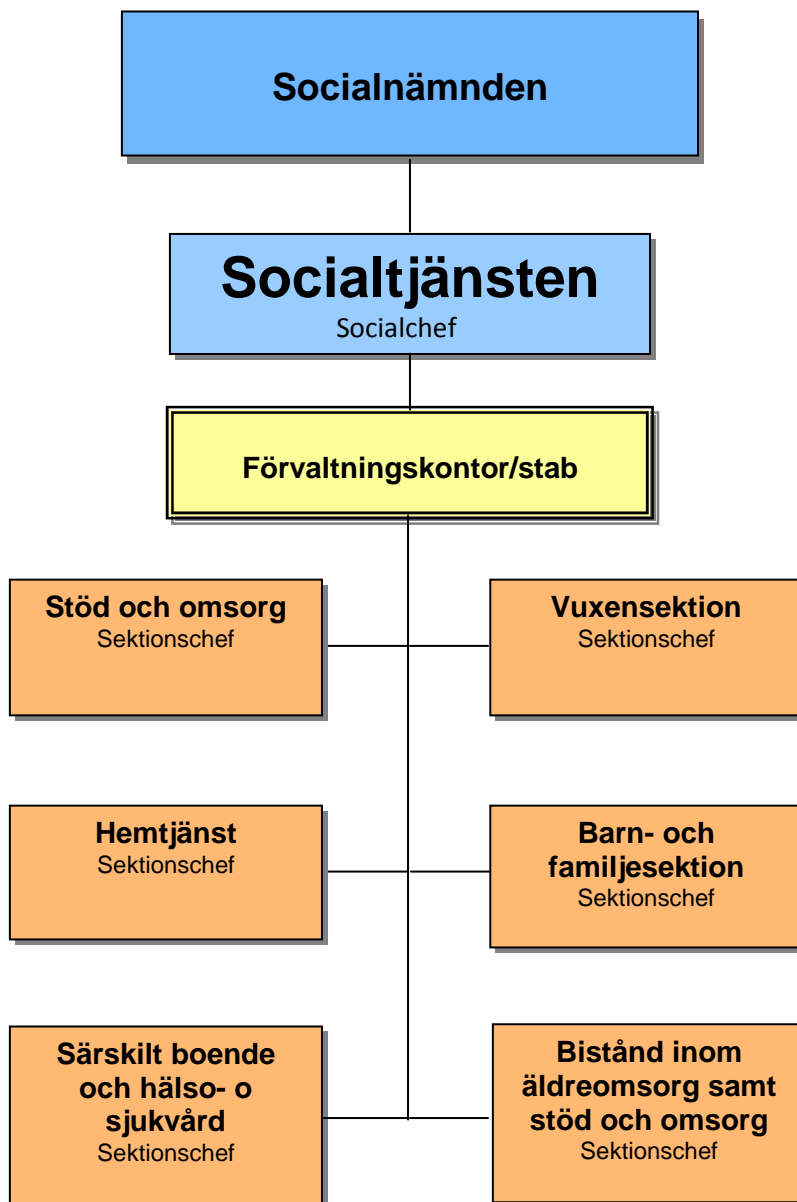
All verksamhet inom socialtjänstens område är i Tranås kommun samlad i en förvaltning under en nämnd. Den är uppdelad i sex sektioner med en sektionschef inom varje område. Dessa är:

- Sektionen för hemtjänst (inkl. daglig verksamhet och anhörigstöd)
- Sektionen för särskilt boende samt hälso- och sjukvård
- Stöd- och omsorgssektionen
- Barn- och Familjesektionen
- Vuxensektionen
- Sektionen för bistånd inom äldreomsorg samt stöd och omsorg (myndighetsutövning)

Förutom sektionerna finns ett centralt förvaltningskontor med en stab och en administrativ enhet.

Ledningssystemet omfattar all verksamhet i förvaltningen.

## Socialtjänstens organisation



## 1.5 Ansvarsfördelning

### Alla medarbetares ansvar

Kvalitet är ett personligt åtagande, där varje chef och medarbetare ytterst har att ansvara för kvaliteten i sitt eget arbete. I Tranås kommun ska alla medarbetare känna till och uppträda enligt kommunens antagna Ledstjärna:

***”Vi har kunden i centrum, kvalitet i varje möte och vi ser möjligheter”.***

Utöver Ledstjärnan finns en gemensam uttalad värdegrund för vårt arbete och förhållningssätt: **Respekt, Ansvar, Kreativitet, Tydlighet.**

### Socialnämnden

Socialnämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten och ska enligt reglementet fastställt av kommunfullmäktige:

- göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen
- medverka i samhällsplaneringen
- i samverkan med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen
- ha hand om tillsyn och ansvar för förvaltningsverksamhet
- utöva allmän tillsyn över olika boendeformer inom socialtjänstens ansvarsområde enligt gällande lagstiftning
- informera om socialtjänsten i kommunen
- genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden
- svara för omsorg, service och enligt särskild lagstiftning även kommunal hälso- och sjukvård till äldre och funktionshindrade.
- ge service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomiskt bistånd till familjer och enskilda

### Central ledningsgrupp

I den centrala ledningsgruppen ingår förvaltningschef, sektionschefer, verksamhetscontroller, utredare, verksamhetsutvecklare, MAS/utvecklare samt personalsamordnare.

Gruppen ansvarar för:

- att det systematiska kvalitetsarbetet, innefattande bl a riskanalyser och egenkontroller, genomförs, dokumenteras och följs upp samt att upprätta åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom förvaltningen
- att lämna en skriftlig redogörelse minst två gånger per år för de riskanalyser som verksamheten utfört enligt upprättad rutin samt utfall och åtgärder utifrån dessa
- att formulera beslutsunderlag för nämndens styrdokument

- att förvaltningsövergripande styrdokument upprättas och revideras
- att formulera styrtal (mål) och aktiviteter i förvaltningens styrkort
- att samordning och integration sker mellan de olika systemen för verksamhetsstyrning, budget och uppföljning
- att förvaltningen arbetar utifrån integrerat arbetssätt när det gäller mål, resurser, utförande och resultat

### Socialchef

Socialchefen är förvaltningschef och ansvarar för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

### Förvaltningskontoret

Förvaltningskontoret består av stödfunktioner som ansvarar för arbetet med händelsehantering, ekonomisk analys, ständiga förbättringar, övergripande verksamhetsutveckling, projekt och annat verksamhetsstöd. Dessa är verksamhetscontroller, MAS/utvecklare, utredare, verksamhetsutvecklare, personalsamordnare, alkoholhandläggare, avgiftshandläggare samt nämndsekretariat. Chef är socialchefen.

### MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen har ett övergripande tillsynsansvar för patientsäkerhet och kvalitet i kommunens hälso- och sjukvård. Detta omfattar bl.a. att ansvara för att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten samt för tillsyn, riskanalys, egenkontroll och uppföljning enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), samt anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28) samt ansvarar för tillämpningen av 14 kap. 2 § SoL och 24 a § LSS Lex Sarah (SOSFS 2011:5). MAS är även huvudansvarig för Handboken för hälso- och sjukvård.

### Sektionschefer

Sektionscheferna ansvarar, förutom när det gäller Handboken för hälso- och sjukvård där MAS är ansvarig, för att inom ramen för socialnämndens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas så att verksamheten kan styras, följas upp och utvecklas. Detta sker i bl.a. i respektive sektions Handbok.

Sektionschefen för hälso- och sjukvård och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att det finns former för fortlöpande samverkan och samråd i frågor som gäller verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Sektionschefer med myndighetsansvar är beställare och har därmed ett uppföljningsansvar gentemot de verksamheter de köper tjänster av oberoende om själva eller nämnden har fattat beslutet. Sektionschefer med utföransvar har ansvar för att de tjänster som levereras utförs i enlighet med beställningen och med god kvalitet.



### Enhetschefer

Enhetscheferna ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för förbättringsarbete inom det egna ansvarsområdet. Man har även ansvar för att föra ut det systematiska kvalitetsarbetet och involvera medarbetarna i verksamheten.

### Medarbetare

Alla medarbetare ska kontinuerligt delta i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

- Tillämpning av gällande rutiner
- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
- Risk-, avvikelse- och klagomålshantering, samt
- Uppföljning och analys av mål och resultat.

### Styrdokument

- Socialnämndens reglemente
- Delegeringsförteckningen
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialtjänsten i Tranås kommun
- För MAS SOSFS 1997:10

## **1.6 Kvalitet**

Enligt 3 kap. 3§ SoL, den s.k. kvalitetsparagrafen, ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet och för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

### **1.6.1 Definition av begreppet**

Kvalitet är i SOSFS 2011:9 definierat som att verksamheten uppfyller krav och mål som gäller enligt de 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.

### **1.6.2 Socialnämndens kvalitetsmål**

Utöver den grundläggande definitionen för kvalitet har Socialnämnden fastställt följande strategiska mål:

***”Att stärka och utveckla individers och grupperns förmåga  
att ta till vara på sina egna resurser och delta samhällslivet”***

Strategin för detta är:

***”Att arbeta enligt bästa effektiva omhändertagandenivå genom  
ständiga förbättringar och i samverkan med andra aktörer i Ledstjärnans anda”***

Aktiviteter och styrtal för uppföljning av kvalitetsmålen fastställs årligen i nämndens aktuella styrkort.

### Rapportering och återföring

Det sammanställda resultatet av kvalitetsarbetets olika delar och uppföljningar redovisas i nämnden och publiceras i den årliga sammanhållna Kvalitetsberättelsen som även omfattar Patientsäkerhetsberättelsen.

#### **1.6.3 Kvalitetssäkring**

Säkerställande av att personalen arbetar i enlighet med angivna processer och rutiner sker genom olika former av händelsehantering samt riskanalyser och egenkontroll.

#### **1.6.4 Uppföljning av verksamhetens processer och rutiner - händelsehantering**

Uppföljning av verksamheten sker dels i det systematiska förbättringsarbetet inom respektive verksamhetsområde, dels genom allmänna fastställda rutiner för händelsehantering.

Olika former för uppföljning i ledningssystemet är riskanalys, egenkontroll och utredning av händelser (dvs. avvikelser och synpunkter/klagomål).

##### A. Riskanalys

Riskanalyser är en central del i det systematiska kvalitetsarbetet. Det innebär att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i kvaliteten samt att uppskatta sannolikheten och bedöma vilka negativa konsekvenser som kan bli följden av händelsen. Den centrala ledningsgruppen tar del av och analyserar de riskanalyser som utförs i verksamheten och är ansvariga för de åtgärdsplaner som upprättas.

Riskanalys ska genomföras fortlöpande och utgå från FMEA (Failure Mode Effects Analysis) enligt följande:

- Sannolikhet
- Allvarlighetsgrad
- Upptäcktmöjlighet

Rutinen publiceras i handböckerna och används i det löpande arbetet inom hela socialtjänsten. Ansvarig för att rutinen är uppdaterad är MAS.

Genomförandeansvariga samt ansvariga för beslutade åtgärder och uppföljning är samtliga chefer, MAS, utredare samt controller.

Resultatet av riskanalyser sammanställs och används tillsammans med resultatet av egenkontroller, synpunkter/klagomål, kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse i det fortlöpande arbetet med

verksamhetsförbättring över hela socialtjänsten. Socialnämnden ska minst två gånger per år få en redogörelse från centrala ledningsgruppen för de riskanalyser som verksamheten utfört enligt upprättad rutin samt utfall och åtgärder utifrån dessa.

#### B. Egenkontroll

Egenkontroll innebär att ställa samman information från olika källor för att ge en övergripande och korrekt bild av kvaliteten i vård och omsorg. Regelbunden uppföljning görs med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra kvaliteten. Exempel på informationskällor är patient- och brukarenkäter, medarbetarenkäter, nationella och/eller lokala uppföljningar, kvalitetsregister, Öppna jämförelser, risk- och händelseanalyser.

Den centrala ledningsgruppen lägger fast ett förslag till plan för egenkontrollsaktiviteter i Kvalitetskontrollplanen som upprättas och följs upp årligen och antas av socialnämnden. Av denna plan framgår vilka egenkontroller som ska ingå för kommande år. Det görs bl.a. årliga jämförelser med jämförbara kommuner genom Öppna Jämförelser. Kommunens måluppfyllelse avseende riskbedömningar i olika kvalitetsregister följs månadsvis. Förekomst av missförhållanden såsom Lex Sarah och Lex Maria samt inlämnade synpunkter jämförs över tid. Rutinen publiceras i handböckerna och används i det löpande arbetet inom hela socialtjänsten. Ansvarig för att rutinen är uppdaterad är MAS.

Centrala ledningsgruppen tar del av och analyserar de egenkontroller som utförs i verksamheten enligt upprättad rutin och är ansvariga för de åtgärdsplaner som erfordras. Resultatet av egenkontroller sammanställs och används tillsammans med resultatet av riskanalyser, synpunkter/klagomål, Kvalitets- och Patientsäkerhetsberättelse i det fortlöpande arbetet med verksamhetsförbättring över hela socialtjänsten.

Genomförandeansvariga samt ansvariga för beslutade åtgärder och uppföljning är samtliga chefer, MAS, utredare samt controller.

#### C. Händelsehantering

Om man i en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar, föreligger en avvikelse som måste hanteras. Den som bedriver verksamheten ska, om en avvikelse uppmärksammas, vidta åtgärder och se över processer och rutiner. På så vis kan man inom verksamheten få kännedom om de resultat man uppnår och om förekomsten av eventuella avvikelser. All personal har skyldighet att rapportera avvikelser eller risk för avvikelser när dessa upptäcks. Information om avvikelser kan även komma från kund eller anhörig.

#### Synpunkter och klagomål

Synpunkt är en uppfattning/åsikt som även kan innehålla beröm och förslag till förbättringar. Ett klagomål är ett uttryck för missnöje med en tjänst, insats eller service som inte infriat ställda förväntningar. Synpunkter/klagomål är en del i socialnämndens förbättrings- och kvalitetsarbete. Det kan leda till förändring av befintliga rutiner men också framkalla behov av nya rutiner.

Inlämnande av synpunkter/klagomål är en e-tjänst via [www.tranas.se](http://www.tranas.se) som dessutom finns tillgänglig i blankettform inom socialtjänstens verksamhet. I enlighet med vad som beskrivs i socialnämndens styrdokument för händelsehantering är arbetet med Synpunkter/klagomål en integrerad del av verksamhetens händelsehanteringssystem.

Resultatet av synpunkter/klagomål sammanställs och används tillsammans med resultatet av riskanalyser, egenkontroll, kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse i det fortlöpande arbetet med verksamhetsförbättring över hela socialtjänsten. Ansvarig för att rutinen hålls uppdaterad är Chefen för central administration.

### Avvikelse

En avvikelse är något som avviker från "det normala" och som i förlängningen kan innebära en risk om det upprepas. En avvikelse är knuten till kunden och/eller enheten. Avvikelsehantering i förvaltningen sker utifrån "Styrdokument för händelsehantering inom Socialtjänsten". Där fastställs rutiner för anmälan, uppföljning och hur återrapportering sker. Rutinen återfinns i samtliga handböcker.

### Lex Maria och Lex Sarah

I lagstiftningen finns bestämmelse som reglerar skyldigheter att rapportera vårdskador och risker för vårdskador (Patientsäkerhetslagen), respektive missförhållanden och risker för missförhållanden (SOL och LSS). Speciella rutiner för avvikelser utifrån Lex Maria och Lex Sarah finns utarbetade. Rapportering och sammanställning sker utifrån "Styrdokument för händelsehantering inom Socialtjänsten".

### **Rapportering och återföring - översikt**

SN=Socialnämnden

Område	När och hur?	Rapportering/frekvens
Riskanalys	Utifrån akuta behov samt områden som fastställs i Kvalitetskontrollplanen. Utförs enligt Rutin för riskanalys och egenkontroll.	En sammanställning ingår i Kvalitetsberättelsen som redovisas årligen till SN. Därutöver rapporteras utförda riskanalyser skriftligen två gånger per år till SN. Allvarliga risker och händelser rapporteras direkt till SN i anslutning till att de uppmärksammas.
Egenkontroll	Utifrån akuta behov samt områden som fastställs i Kvalitetskontrollplanen. Utförs enligt Rutin för riskanalys och egenkontroll.	En sammanställning ingår i Kvalitetsberättelsen som redovisas årligen till SN. Allvarliga risker och händelser rapporteras direkt till SN i anslutning till att de uppmärksammas.
Händelsehantering <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avvikelse</li> <li>- Synpunkter och klagomål</li> </ul>	Inkomna anmälningar hanteras enligt Styrdokument för händelsehantering.	En sammanställning görs av inkomna anmälningar och denna ingår i Patientsäkerhets- respektive Kvalitetsberättelse. Redovisning görs varje tertiäl till SN. Allvarliga risker och händelser rapporteras direkt till SN i anslutning till att de uppmärksammas.
Lex Maria och Lex Sarah	Inkomna anmälningar hanteras enligt Styrdokument för händelsehantering	En årlig sammanställning görs av inkomna anmälningar och denna ingår i Patientsäkerhetsberättelsen. Redovisning görs varje tertiäl till SN. Allvarliga risker och händelser rapporteras direkt till SN i anslutning till att de uppmärksammas.

Styrdokument

- Äldreomsorgsplanen
- Handikappomsorgsplanen
- Riktlinjer för Socialnämnden
- Styrdokument för händelsehantering inom Socialtjänsten i Tranås
- Styrkort och Styrkortsinstruktion för Tranås kommun
- Styrkort för Socialnämnden och förvaltningens olika sektioner
- Tjänste- och värdighetsgarantier (påbörjas under 2014)

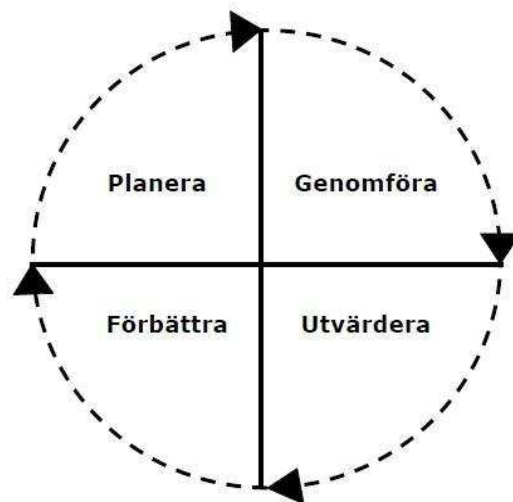
**1.6.5 Ständiga förbättringar**

Tranås kommuns övergripande ledningsmodell bygger på tanken om en lärande organisation. Det innebär att arbetet planeras, genomförs, utvärderas och följs upp i många små förbättringssteg i en integrerad och ständigt pågående lärprocess där målet är att:

- Leverera bästa möjliga kvalitet till kunden i förhållande till insatta resurser => öka effektiviteten
- Skapa bättre arbetsmiljö för medarbetarna => vara en attraktiv arbetsgivare

Teorier, verktyg och metoder för detta är implementerade i verksamheten. Arbetsmetoden kan illustreras i det s.k. **förbättringshjulet**.

Denna princip kan användas både för övergripande analys och för att genomlysna enskilda aktiviteter i verksamheten.



Inom Socialtjänsten innebär detta att på grundval av **resultaten** från egenkontroll, riskanalys och

utredning av klagomål och anmälningar samt andra typer av processkartläggningar ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Detta kan innebära att processer och rutiner behöver revideras.

Styrdokument

- Kvalitetskontrollplanen
- Verksamhetsplaner (påbörjas under 2014)

## 1.7 Processer och rutiner

### 1.7.1 Tillvägagångssätt för att identifiera nödvändiga processer och rutiner

Processbeskrivningen identifierar den serie av aktiviteter som krävs för att främja ett visst ändamål eller åstadkomma ett visst resultat i verksamheten. I rutinerna beskrivs ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat.

För att identifiera processer, aktiviteter och rutiner ska man i verksamheten ta sin utgångspunkt i aktuell lagstiftning, föreskrifter och andra principer för socialtjänsten. Det första steget är att identifiera de processer som kan ges en gemensam beskrivning för socialtjänstens olika verksamhetsinriktningar. Utgångspunkten ska vara att en process inte ska beskrivas som verksamhetsspecifik om det inte är nödvändigt för att säkra kvaliteten i verksamheten.

Efter det att processer har identifierats utifrån lagar och föreskrifter ska det undersökas om det i verksamheten finns processer av betydelse för kvaliteten som inte har tagits med. Ledningssystemet ska sedan kompletteras med dessa processer. De ska i förekommande fall inkluderas i aktuell handbok.

Rutiner ska utformas enligt Socialtjänstens mall och samordning ska ske så att det inte finns flera rutiner som beskriver samma processer/aktiviteter i verksamheten.

#### Styrdokument

- Rutinmall
- Planerad processkartläggning enligt Verksamhetsplanerna (påbörjas under 2014)
- Mall för processkartläggning och flödesschema (påbörjas under 2014)

## 1.8 Dokumentation

Dokumentation ska ske enligt fastställda riktlinjer. Dokumentationen om en enskild ska förvaras på ett sådant sätt att den inte är åtkomlig för obehöriga. Behörigheten att ta del av dokumentationen runt den enskilde ska endast omfatta de personer som för att kunna utföra sitt arbete behöver ta del av den.

Dokumentationen av verksamhetens genomförande och utveckling är offentlig, och ska kunna visas på ett sådant sätt att man kan se hur verksamheten systematiskt utvecklas utifrån planering, genomförande, resultat och erfarenhetsåterföring.

### 1.8.1 Individuell utredning, bedömning och beställning av insatser

Varje utredning, bedömning beslut och ev. beställning dokumenteras i verksamhetssystemen Magna Cura eller Treserva. Där finns spårbarhet i medicinsk och social journal. Reglerna för journalföring tillämpas i form av rutiner

och kontrolleras genom loggning och granskning utifrån kvalitetskrav eller tematisk kontroll.

### **1.8.2 Genomförandeplaner**

En genomförandeplan ska i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) upprättas med utgångspunkt från biståndsbeslutet tillsammans med den enskilde och eventuellt andra personer vars medverkan den enskilde önskar. Av genomförandeplanen ska bland annat framgå målet för beviljade insatser, hur och när insatserna ska utföras samt när planen ska följas upp.

### **1.8.3 Verksamhetsplan och verksamhetsberättelse (påbörjas 2014)**

Det ska tas fram en verksamhetsplan och en verksamhetsberättelse på sektionnivå för varje år. Av dessa ska framgå hur man avser bedriva och utveckla verksamheten, med stöd av påverkande omvärldsförändringar, erfarenheter från tidigare planer, dess resultat samt analyser av risker och händelser av betydelse.

Verksamhetsplanen ska också omfatta planerade förbättringsprojekt/-aktiviteter.

### **1.8.4 Kvalitetskontrollplanen**

Enligt kommunens reglemente för intern kontroll ska varje nämnd senast i januari månad anta en särskild plan, Kvalitetskontrollplanen, för innevarande års granskning/uppföljning av kvalitetskontrollen med utgångspunkt från en väsentlighetsbedömning. I årsplanen ingår fastställande av vad som ska granskas, vilka regler och anvisningar som berörs, vem som är ansvarig samt tidpunkt för när granskningen ska rapporteras.

### **1.8.5 Kvalitetsberättelse och Patientsäkerhetsberättelse**

Kvalitetsberättelsen görs varje år och är en sammanställning av: Patientsäkerhetsberättelsen, årsrapporten av under året inkomna synpunkter och klagomål samt en sammanställning av under året genomförda riskanalyser och egenkontroller.

#### Styrdokument

- Plan för mål-, styrnings och uppföljningsdokument i Socialtjänsten i Tranås
- Styrdokument för händelsehantering inom Socialtjänsten i Tranås

## **1.9 Samverkan och dialog**

All verksamhet inom vård- och omsorg bedrivs i sammanhang där samverkan inom och utom organisationen är en förutsättning för att utforma processer, stöd och insatser på ett så bra sätt som möjligt.

I ledningssystemet finns riktlinjer för hur samverkan och dialog ska ske.

### **1.9.1 Samverkan och dialog mellan beställare och utförare**

De utredningar om behov som ligger till grund för beslut om insatser görs av biståndssektionens handläggare samt sektionschefer med myndighetsansvar. De dokumenterar utredningen, och gör en beställning till aktuell

utförare. Denne ska i sin tur upprätta en genomförandeplan tillsammans med kund, som ligger till grund för verkställigheten av de beslutade insatserna.

Även om de inblandade (handläggare, chef, medarbetare i utförande arbetslagen) tillhör olika förvaltningar/organisationer, ska ett etablerat samarbete finnas så att kundens behov kan tillgodoses på bästa tänkbara sätt.

Exempel: riktlinjer för utredning, bedömning och beställning samt forum i mötesstrukturen för uppföljningen av insatser för kund, t ex enhetsteam, styrgrupp för ensamkommande flyktingbarn.

### **1.9.2. Samverkan och dialog med andra vårdgivare/myndigheter**

Många av socialtjänstens kunder har på olika sätt kontakt med andra vårdgivare (slutenvårdens specialister, öppenvårdens läkare m.m.) och/eller myndigheter (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan m.m.).

Det är viktigt att samverkan sker för att höja effektiviteten, undvika att insatser hamnar "mellan stolarna" och att kundens vårdkedja inte bryts. Hur denna samverkan ska ske finns fastlagt i olika styrdokument och rutiner. Det finns dessutom en stor mängd gemensamma system, samarbetsorgan och nätverk som syftar till att underlätta samordning och uppföljning för kundens bästa.

Exempel: Meddix (vårdplaneringssystem med slutenvården), Synergi (rapporteringssystem för avvikelser med landstinget), avtal om läkarmedverkan i ordinärt respektive särskilt boende, Esther-nätverk, PRIKO (lokal samverkan på ledningsnivå med primärvården).

### **1.9.3 Samverkan och dialog med kund och/eller kunds företrädare.**

Våra kunder kan behöva stöd i sin dagliga livsföring. Ambitionen är att så långt det är möjligt anpassa stödet (tidpunkt och utformning) till den enskildes behov och vardag. För detta krävs en dialog och samverkan med kund eller kunds företrädare både i planerande och uppföljande syfte. Dialogen ingår som en etablerad del i planering och uppföljning av insatser, t ex vid upprättande och uppföljning av genomförandeplaner och anhörigmöten, men kan också ske sporadiskt på förekommen anledning, t ex vid synpunkter eller för att påpeka behov av ändrat stöd. För detta finns olika styrdokument i handböckerna.

Det finns också en samverkan med representanter för olika organisationer och intresseföreningar samt anhöriga med syfte att höja kvaliteten i verksamheten och för att få in kundperspektivet t ex. i samband med verksamhetsplanering och olika typer av förändringar

Exempel: Vård- och Omsorgsråd med KPR, Kvalitetsrådet, anhörigräffar inom äldreomsorgen, SIP-samordnad individuell plan (för att samordna den enskildes insatser från olika vård- och omsorgsgivare tillsammans med kunden och/eller anhöriga) och Handlingsplan för anhörigstöd.



#### 1.9.4 Samverkan och dialog inom Tranås kommun

Alla verksamheter i Tranås kommun styrs av Ledstjärnan som fastställer att vi har kunden i centrum, kvalitet i varje möte och ser möjligheter. Detta innebär att helhetssyn ska präglade all samverkan även inom organisationen. Denna sker på alla nivåer och i många olika situationer och berör planering och genomförande av verksamheternas insatser i lednings-, team- och enhetsgrupper på olika nivåer, samverkan med fackliga organisationer för att ge inflytande och skapa delaktighet i olika verksamhetsfrågor (centralt och på förvaltningsnivå), hantering av kriser och extraordinära händelser samt utvecklings- och förbättringsprojekt som genomförs i hela organisationen. Samverkan sker dels inom förvaltningens olika sektioner/enheter, dels med andra förvaltningar.

Exempel: Ledstjärnan, Krislednings- och informationsplan för hantering av extraordinära händelser eller svår påfrestning och höjd beredskap i Tranås kommun, samverksavtal med fackliga organisationer, Arbetsformer för centrala ledningsgruppen och arbetsplatsträffar i verksamheten, Kommunal Teamsamverkan, Ständiga förbättringar/Kompetensväxeln, styrgrupp för ensamkommande flyktingbarn.