


|  |                |                       |                  |
|--|----------------|-----------------------|------------------|
|  <b>ÖSTHAMMARS<br/>KOMMUN</b><br>– EN DEL AV ROSLAGEN | Dokumenttyp:   |                       |                  |
|  | Riktlinje      |                       |                  |
|  | Titel:         |                       |                  |
| Socialförvaltningens ledningssystem  |                | <b>Ledningssystem</b> |                  |
| Granskad av:   | Fastställd av: | Fastställd datum:     | Reviderad datum: |
| Ledningsgrupp<br>socialförvaltningen   | Socialnämnden  | 15-06-17              |                  |

## Inledning

Socialförvaltningens verksamheter styrs av krav i lagar och föreskrifter, både sådan som är specifik för socialförvaltningens ansvarsområden och sådan som gäller all offentlig förvaltning. Det finns även annat som styr verksamheten, såsom kommunfullmäktiges mål som socialnämnden utgår från när mål ställs upp för verksamheten.

Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 ställer krav på att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta innebär att alla krav på verksamheten ska uppfyllas och att verksamheten ska utvecklas utifrån de erfarenheter som dras av kvalitetsarbetet. Denna riktlinje utgår från SOSFS 2011:9 och förtydligar vilka uppgifter socialnämnden uppdrar åt socialförvaltningen att utföra i arbetet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet i verksamheten.

Ledningssystem utifrån SOSFS 2011:9 beskrivs ofta som ett förbättringshjul. Verksamheten planeras, genomförs, utvärderas och förbättras löpande. Mer information om detta finns i föreskriften, allmänna råd och tillhörande handbok. Föreskriften är uppbyggd enligt principen med förbättringshjul. Denna riktlinje följer föreskriftens uppbyggnad och har i den mån det är möjligt samma rubriker för att göra det lätt att hitta mellan föreskrift och riktlinje. I SOSFS 2011:9 finns definitioner och krav för kvalitetsarbetet.

## Uppgifter och roller

Kvalitet inom en verksamhet är ett professionellt åtagande, där varje chef och varje medarbetare ytterst har till uppgift att arbeta för kvalitet i sitt eget arbete. Socialchef, vård och omsorgschef, individ- och familjeomsorgschef, administrativ chef samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och verksamhetschef enligt HSL har till uppgift att inom sina respektive områden:

- identifiera och beskriva processer och de aktiviteter som ingår i processerna,
- identifiera riktlinjer som behövs inklusive revideringsbehov,
- ta fram rutiner som behövs och revidera vid behov,
- identifiera samverkansbehov i verksamheten,

utifrån vad som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Dessa ska även fastställas. I arbetet ska berörd personal inkluderas. Chefer och medarbetare på alla nivåer har till uppgift

att delta i ovanstående arbete och föreslå förbättringar när medarbetaren ser behov av sådana. Samtliga på socialförvaltningen ska följa antagna arbetssätt och rutiner.

## **Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad**

Socialnämndens ledningssystem finns samlat i form av en webbportal för ledningssystem tillgängligt via intranätet. Här samlas förvaltningens dokument för ledning och styrning inklusive processkartläggningar, riktlinjer och rutiner nödvändiga för att beskriva tillvägagångssätt/arbetssätt samt checklistor och material som mallar och broschyrer.

## **Webbportal för ledningssystemet**

Socialförvaltningen har en webbportal för ledningssystemet. Syftet är att allt som styr verksamheten ska finnas samlat för att all personal lätt ska ha åtkomst till aktuella styrdokument och material. I webbportalen finns de processer, riktlinjer, rutiner och checklistor som verksamheten ska arbeta utifrån. I webbportalen finns även material som verksamheten använder, såsom mallar och broschyrer. Övriga dokument som också kan vara av intresse för kvalitetsarbete men som inte används löpande förvaras enligt dokumenthanteringsplan.

Socialförvaltningen ska upprätta rutin för att all nödvändig information finns i webbportalen och att personalen informeras om ändringar.

## **Krav på innehåll i webbportalen för ledningssystemet**

Processer, riktlinjer och rutiner ska innehålla information om:

- Vilka delmoment som ska utföras och i vilken ordning de ska utföras
- Vem som ska utföra delmomenten
- Om styrdokumentet endast gäller en del av socialförvaltningens verksamhet ska vilka delar det gäller för anges

Vidare ska innehållet fastställas. Vid fastställandet ska vissa uppgifter anges i sidhuvud (för dokument finns ett fastställt sidhuvud). Dokument som av estetiska skäl inte ska ha ett sidhuvud ska innehålla motsvarande information i dokumentets bakgrundsinformation.

- Dokumenttyp: process, riktlinje, rutin, lathund, checklista, broschyr eller mall
- Titel: kort och tydlig
- Granskad av: se tabell nedan, anges som funktion
- Fastställd av: se tabell nedan, anges som funktion
- Fastställd datum: beslutsdatum
- Reviderad datum: beslutsdatum för senaste revidering av dokumentet. Vid justeringar som görs utifrån ändrade förutsättningar, t.ex. namnbyten på funktioner, krävs inte genomarbetning och nytt fastställande av hela dokumentet. Detta gäller även för dokument som normalt fastställs av socialnämnden.
- Författare ska anges i dokumentets bakgrundsinformation.

| <b>Dokumenttyp</b>   | <b>Granskas av</b>                       | <b>Fastställs av</b>     |
|--|--|--------------------------|
| Process för flera verksamhetsgrenar <sup>1</sup> eller enheter/sektioner | Socialförvaltningens ledningsgrupp       | Socialchef               |
| Process för en verksamhetsgren eller enhet/sektion                       | Ledningsgrupp för berörd verksamhetsgren | Chef för verksamhetsgren |
| Riktlinje  | Socialförvaltningens ledningsgrupp       | Socialnämnden            |
| Rutin för flera verksamhetsgrenar  | Socialförvaltningens ledningsgrupp       | Socialchef               |
| Rutin för en verksamhetsgren eller enhet/sektion                         | Berörd arbetsgrupp                       | Chef för verksamhetsgren |
| Checklista   | Närmast ansvarig chef                    | Chef för verksamhetsgren |
| Broschyr   | Närmast ansvarig chef                    | Chef för verksamhetsgren |
| Mall   | Närmast ansvarig chef                    | Chef för verksamhetsgren |

## Systematiskt förbättringsarbete

### Risikanalys

Bestämmelser om riskanalyser finns i SOSFS 2011:9. Riskanalyser som genomförs utifrån SOSFS 2011:9 ska dokumenteras i webbportalen för ledningssystem. Riskanalyser som genomförs utifrån andra utgångspunkter ska dokumenteras och förvaras enligt dokumenthanteringsplan. Varje chef har till uppgift att genomföra riskanalyser och tillse att berörd personal involveras, dock har vård och omsorgschef, individ- och familjeomsorgschef samt administrativ chef till uppgift att övergripande tillse att de riskanalyser som behövs inom deras respektive områden genomförs. Socialchef har till uppgift att de riskanalyser som behövs för hela förvaltningen genomförs. MAS och verksamhetschef enligt HSL har till uppgift att de riskanalyser som behövs för området hälso- och sjukvård genomförs. Riskanalyser ska redovisas för socialnämnden i samlad form i verksamhetsberättelse för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg.

### Egenkontroll

Egenkontroll genomförs för att säkra verksamhetens kvalitet. Allmänna råd för vad egenkontrollen ska innefatta finns i SOSFS 2011:9. Egenkontroll ska dokumenteras i webbportalen för ledningssystem. Chef för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg har till uppgift att se till att årlig plan för egenkontroll upprättas för sina respektive områden. Planen ska granskas och fastställas av socialförvaltningens ledningsgrupp. Resultat av egenkontroll ska redovisas för socialnämnden i samlad form i verksamhetsberättelse för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg.

### Internkontroll

Internkontroll bedrivs utifrån reglemente för intern kontroll. Socialnämnden ansvarar för att internkontrollplan fastställs årligen. Socialförvaltningens ledningsgrupp har till uppgift att föreslå områden till internkontrollplanen.

<sup>1</sup> Med verksamhetsgren avses vård och omsorg, individ- och familjeomsorg eller stab.

## **Synpunkter och klagomål**

Socialförvaltningen använder synpunkter som samlingsbegrepp för både klagomål och synpunkter. Synpunktshandlingen omfattar mottagandet, åtgärder i det enskilda fallet och analys på systematisk nivå. Verksamheten ska ha rutiner för mottagandet och åtgärder i det enskilda fallet. Analys av inkomna synpunkter ska genomföras på alla chefsnivåer. Analys av synpunkterna ska sammanställas i verksamhetsberättelse för individ- och familjeomsorg respektive vård och omsorg. Analysen ska ligga till grund för att identifiera behov av ändringar i ledningssystemet.

## **Rapporteringskyldighet: Lex Sarah, Lex Maria och avvikelshantering**

För Lex Sarah finns särskilda riktlinjer. Socialförvaltningens ledningsgrupp ska tillse att det finns rutin för hantering av avvikelser samt rapportering och anmälning enligt Lex Maria. Analys av avvikelser och Lex Maria ska ske i patientsäkerhetsberättelse.

## **Uppföljning, förbättringsarbete och dokumentationsskyldighet**

Mål formuleras i verksamhetsplanen och följs upp årligen i återrapportering till kommunfullmäktige samt, för socialnämndens mål, i verksamhetsberättelse.

MAS genomför årlig granskning av hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden vars resultat presenteras i en patientsäkerhetsberättelse.

En sammanställd analys av riskanalys, egenkontroll, synpunkter, avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria ska göras årligen. Sammanställningen ska redovisas för socialnämnden i verksamhetsberättelse för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg. Denna sammanställning ska användas för att identifiera utvecklingsområden i verksamheten. En lista över processer som ska ses över av verksamheten ska upprättas årligen. Denna ska dokumenteras i verksamhetsplan för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg. Listan ska baseras på identifierade utvecklingsområden enligt ovanstående, förändringsbehov som identifierats av medarbetarna på samtliga nivåer i organisationen samt kompletteras med processer som inte setts över under de senaste fem åren. En kort redogörelse för de processer som setts över ska dokumenteras i verksamhetsberättelse för vård och omsorg respektive individ och familjeomsorg.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras enligt instruktioner ovan. Årligen ska ett arkivexemplar av samtliga processer skrivas ut och diarieföras.