

**LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITETSSÄKRING**

**FÖRETAG: VERITAS OMSORG**

VERKSAMHETSANSVARIG: **Mary Jane Ammari**

**SYFTE**

Ledningssystemet innehåller kvalitetskriterier som tydliggör kvalitetskraven för Veritas Omsorg som skall bedriva hemtjänst i privat regi enligt LOV. Funktionen för ledningssystemet är att svara för att det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten kontinuerligt och långsiktigt utvecklas och säkras. Ledningssystemet skall följa redan färdiga riktlinjer enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9, 3 kap. 3§ tredje stycket i SoL.

**BEGREPPET KVALITET**

Kvalitet definieras i 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 på följande sätt:

*att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten*

*enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst*

*och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har med-*

*delats med stöd av sådana föreskrifter.*

**MÅL**

Kvalitetskriterierna säkerhetsställer att kunden får en insats och en omvårdnad som kännetecknas av hög kvalitet. Företaget har en verksamhetsplan som fastställs genom målen för SoL och LSS, Socialstyrelsens föreskrifter, övriga tillämpliga lagar, avtal med kommun och försäkringskassa, företagets värdegrund, rutiner och policys.

Regelbundna kvalitetsutvärderingar genomförs. Utvärderingarna omfattar enkäter till kunder, närstående och verksamhetens olika yrkeskategorier samt sammanställning av klagomål och/eller avvikelser. Detta ligger sedan till grund för verksamhetsplanen där aktiviteter för att uppnå målen samt vem som är ansvarig för dessa fastställs. Kvalitetsarbetets inriktning och omfattning är anpassad till vad som krävs för att uppnå verksamhetens mål.

Nyckelorden inom vår verksamhet är självbestämmande/inflytande, trygghet, kontinuitet och kompetens. Rätt bemanning och ett utförligt kvalitetsarbete visar oss vad som fungerar bra och vilka utvecklingsområden som finns.

Våra insatser skall vara av god kvalitet enligt 3 kap. 3 paragrafen SoL och bedrivas så att de uppfyller kraven på en god vård.

Den enskilde skall kunna känna trygghet med den personal och med de insatser som utförs. Tryggheten uppstår vid hög kontinuitet avseende personal, tid och omsorg.

Insatserna skall genomsyras av gott bemötande, respekt för varje människa som en unik individ och att den enskildes integritet får aldrig kränkas. Utifrån beställningen skall insatserna utföras så långt som möjligt enligt den enskildes önskemål. På detta sätt ges den enskilde inflytande över insatsernas utformning och planering.

Kundens genomförandeplan ligger till grund för arbetet kring den enskilde där de mål som gäller för insatsen framgår. Delmål, aktiviteter för att uppnå dessa samt hur ansvarsfördelningen ser ut fastställs i ett samarbete mellan kund och samordnare och anges i genomförandeplanen. Sammanfattning av insatsens genomförande, måluppfyllelse samt revidering av genomförandeplan görs 2 ggr/år. Mellan dessa utvärderingar görs uppföljningar mellan kund och samordnare i form av samarbetssamtal och enkätutvärderingar som sedan dokumenteras.

**LEDNING FÖR VERKSAMHETEN SAMT ANSVARSFÖRDELNING I KVALITETSARBETET**

Verksamhetsansvarig har kunskap om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som styr vår verksamhet, har datavana och kan självständigt arbeta med olika program och system.

Vår policy är densamma som svensk lagstiftnings:

* att alla skall behandlas lika oavsett etniskt ursprung, kön, funktionshinder, sexuell läggning eller andra mänskliga egenskaper och erfarenheter som påverkar vårt förhållande till varandra. Vid fullgörande av uppdraget förutsätts därför att allas likhet inför lagen, saklighet och opartiskhet samt att verksamheten bedrivs religiöst och politiskt obundet iakttas.

Vårt kvalitetssystem inkluderar avvikelsehantering, anmälningsskyldighet enligt Lex Sarah, klagomålshantering, egenkontroll, riskanalys och uppföljning.

Verksamheten verkar även aktivt för ett miljötänkande där man i största möjliga mån väljer miljövänliga alternativ.

All personal är delaktig till kvalitetsarbetet och har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med ledningssystemet för kvalitet.

***Verksamhetschef***ansvarar för planering av verksamheten samt att säkerhetsställa att målen för verksamheten uppfylls och kontinuerligt följs upp och utvärderas. Verksamhetschefen ansvarar även för att utveckla verksamheten utifrån nya önskemål och lagkrav. Detta inkluderar att följa trender och efterfrågan bland kommuner och hos kunder som företaget bedriver verksamhet för. Verksamhetschef ansvarar även för att fel och brister åtgärdas utifrån upprättade handlingsplaner. Vidare är verksamhetsansvarig den som sköter all rapportering i Paraplysystemet.

***Hemtjänstpersonal****/****Samordnare***ansvarar för att planera metoder på väg till kundens individuella mål i genomförandeplanen. Samordnare ansvarar för att genomföra samarbetssamtal med kunden samt att följa upp och utvärdera insatsen tillsammans med kunden. Samordnare ansvarar för dokumentation som rör detta.

**PROCESSER OCH RUTINER**

**Genomförandeplan**

För att tillgodose den enskildes behov och önskemål får kunden och dennes anhöriga vara delaktiga i upprättandet av en individuell plan – en genomförandeplan. Planen beskriver vad, hur, när och i förekommande fall av vem olika insatser skall verkställas.

Genomförandeplanen upprättas och efterföljs omgående. Den skall vara aktuell, följas upp och revideras när skäl till detta föreligger eller minst 2 ggr/år.

Verksamheten ska så långt det är möjligt respektera kundens önskemål avseende dennes vård, omsorg och insatser.

**Kvalitetskontroller**

Verksamheten genomför varje år en övergripande kvalitetsundersökning bland kunder och anhöriga samt personal där vi använder ett anpassat, datorbaserat verktyg. Resultatet analyseras samt redovisas tillsammans med åtgärder i verksamhetsberättelsen för det året som ligger till grund för nästa års verksamhetsplanering. Enkäten innehåller frågor inom olika områden baserade på de grundläggande värderingarna i SoL och LSS samt företagets värdegrund. Resultatet visar hur insatserna svarar mot behov, upplevelse av kvalitet samt mål och lagkrav.

Verksamheten ska kontinuerligt utvecklas utifrån nya önskemål och krav. Detta inkluderar att följa trender och efterfrågan bland kommuner och hos kunder som företaget bedriver verksamhet för.

Det som framkommer vid uppföljningar av genomförandeplaner samt kvalitetskontroller ligger till grund för den förbättrade kvaliteten.

Regelbundna arbetsplatsträffar och personalmöten samt planeringsdagar/temadagar vid minst två tillfällen per år är forum där riskanalyser genomförs samt synpunkter och klagomål på verksamheten tas upp, dokumenteras och följs upp kontinuerligt. Minnesanteckningar förs som följs upp vid nästkommande arbetsplatsträff, personalmöte eller planeringsdag/temadag. Medarbetarsamtal hålls en gång per år. Uppföljningssamtal mellan personal och verksamhetschef hålls en gång i halvåret.

Företaget genomför varje år en övergripande medarbetarundersökning. Resultatet analyseras samt redovisas tillsammans med åtgärder i verksamhetsberättelsen för det året samt ligger till grund för nästa års verksamhetsplanering. Enkäten innehåller bl.a. frågor relaterade till arbetsmiljö, företagets värdegrund samt medarbetarens egna förhållningssätt och attityder.

**Styrdokument som ligger till grund för kvalitetsarbetet**

* Verksamhetsplan och verksamhetsberättelse
* Kvalitetsutvärderingar (kund--, närstående- och medarbetarenkäter)
* Egenkontroll av verksamheten, arbetsmiljön, brandskydd och hygien
* Dokumentation från planeringsdagar/temadagar, arbetsplatsträffar och personalmöten
* Riskanalyser
* Åtgärdsplaner
* Aktiviteter
* Genomförandeplaner
* Journalanteckningar
* Dokumentation från genomförandeplansmöten och uppföljningssamtal mellan kund och samordnare
* Kompetensutvecklingsplan
* Dokumentation från medarbetarsamtal och uppföljningsmöten
* Avvikelser

För att garantera en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet finns styrdokument, rutiner, information och processer samlat på ett strukturerat sätt i skriftlig form i pärmar. Detta är uppbyggt efter följande områden:

* Mål, övergripande verksamhetsidé och värdegrund
* Övergripande verksamhetsplan och verksamhetsbeskrivningar
* Organisationsbeskrivning
* Ansvarsfördelning
* Arbetsmiljö (systematiskt arbetsmiljöarbete, samverkansgrupp för arbetsmiljö, arbetsplatsträffar, jämställdhetsplan, beredskapsplan vid kris, hälsopolicy, alkohol- och drogpolicy, tobakspolicy, friskvårdsarbete, statistik, checklistor ect.)
* Brandskydd
* Hygienrutiner
* Kommunikation och information, kontakt
* Lokaler
* Arbetssätt
* Hantering av klagomål, synpunkter, fel, brister och missförhållanden enligt Lex Sarah
* Lokala processer och rutiner kring kunder och personal (t ex checklistor vid introduktion av ny personal)

Verksamhetschef ansvarar för introduktion av ny personal samt uppföljning med personal. Vid de tillfällena går man igenom systemets uppbyggnad och säkerhetsställer att all personal har god kännedom om processen.

**SAMVERKAN**

Rutiner finns för hur samarbete skall gå till. Kunden (eller i förekommande fall dennes företrädare) deltar i alla möten eller liknande som handlar om honom eller henne (om han eller hon så önskar). Kunden (eller dennes företrädare) ger fullmakt till att vi som anordnare som får lämna och inhämta information från exempelvis biståndshandläggare och sjukvård. När sekretess råder och fullmakt inte finns kan samråd och diskussion ske med avidentifierade uppgifter. Verksamheten skall främja en samverkan med berörda myndigheter och alla andra externa aktörer för att uppnå optimal kvalitet för kunden.

Vi skall verka för en så god samverkan som möjligt mellan alla yrkeskategorier kring kunden. All personal, kunden eller dennes närstående kan initiera till en vårdplanering då man anser att kunden har ett förändrat behov eller att gällande biståndsbeslut inte stämmer överens med verkligheten.

Vi som hemtjänstutförare kan utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegering från sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast. Allt detta i enlighet med Socialstyrelsens bestämmelser och under god uppsikt samt kontroll.

Då det uppstår en mindre akut situation kring kunden som kräver medicinsk bedömning så kontaktas i första hand distriktssjuksköterskan eller i förekommande fall sjuksköterska inom SAH eller ASIH. Vid akuta sjukdomstillstånd tillkallas ambulans direkt och därefter kontaktas berörda vårdgivare.

**RISKANALYS**

Riskanalyser skall göras kontinuerligt för att förebygga eventuella fel och brister i verksamheten. I en riskanalys skall man uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Risker identifieras på personalmöten, under skyddsronder, i medarbetarsamtalen samt vid uppföljningar av genomförandeplanerna. En plan upprättas därefter som beskriver vilken risk som föreligger, hur denna risk skall undvikas och vem som är ansvarig för att detta genomförs.

**EGENKONTROLL**

Verksamheten skall utöva egenkontroll. Denna består av jämförelser mellan vår verksamhet och likande verksamheter samt jämförelser med tidigare resultat inom den egna verksamheten. Även här ingår undersökningar från medarbetare, kunder och närstående vad beträffar om kvalitetsmålen är uppfyllda eller inte. Särskild vikt läggs vid personalens förhållningssätt och attityder som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.

**FEL, BRISTER OCH AVVIKELSER**

Det finns en skriftlig rutin för hur fel och brister ska hanteras samt en blankett för mindre allvarliga incidenter. Det finns en skriftlig rutin och en blankett för hantering av allvarliga missförhållanden enligt Lex Sarah. Alla inblandade parter skall kunna lämna klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Alla som arbetar i verksamheten ansvarar för att rapportering av avvikelser från genomförandeplanen eller andra förhållanden som är av betydelse för att den enskilde ska få en god omsorg och service sker i enlighet med gällande lagstiftning och rutin. Avvikelser dokumenteras i löpande anteckningar utifrån avvikelseblanketter och verksamhetsansvarig gör varje månad en sammanställning av inrapporterade avvikelser.

All personal skall vara väl medveten om sin skyldighet att rapportera avvikelser av betydelse för kunders säkerhet direkt till verksamhetsansvarig omedelbart.

Det finns en skriftlig rutin kring klagomålshantering samt blankett för klagomål som vi informerar om samt lämnar till kunder/anhöriga/företrädare i samband med att man börjar hos oss. Rutinen för klagomålshantering samt blankett finns också med i kundens genomförandeplan. Skriftliga klagomål kan givetvis vara anonyma.

Sammanställningen av alla avvikelser och synpunkter utgör en mycket viktig del av kvalitetsprocessen. Analysen visar tydligt vad som brister och vad som måste åtgärdas för att säkra den fortsatta kvaliteten. Återkoppling till den som lämnat ett klagomål skall vara snar och är av stor vikt i den fortsatta handläggningen kring avvikelsen.

**LEX SARAH**

Verksamheten lyder under rapporteringsskyldigheten samt skyldigheten att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande enligt 7 kap. 6 § första stycket samt 14 kap. 3-6 §§ SoL. Allvarliga missförhållanden skall anmälas till Socialstyrelsen enligt 14 kap.7§ SoL.

Särskild rutin för processen kring Lex Sarah finns och skall göras väl känd för samtliga medarbetare inom verksamheten. Detta sker både vid anställningstillfället och sedan kontinuerligt vid personalmöten, temadagar, utbildningsdagar och genom brevutskick. Se vidare särskild rutin för Lex Sarah.

**FÖRBÄTTRANDE ÅTGÄRDER I VERKSAMHETEN**

Resultaten av alla de ovan nämnda delarna i kvalitetsprocessen (rutiner, samverkan, riskanalyser, egenkontroller, utredningar av avvikelser samt sammanställningar och analyser) styr vilka åtgärder som skall vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Om processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet så skall dessa processer och rutiner förbättras.

**PERSONAL- OCH KOMPETENSFÖRSÖRJNING**

Verksamheten ska ha den bemanning som behövs för att utföra uppdraget kring kunden. Bemanningen svarar mot kommunens/försäkringskassans bedömning av stödbehov hos kunden.

Personal ska ha den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna. Det finns riktlinjer för rekrytering av ny personal som innehåller bl. a. arbets- och kravanalys på vad tjänsten innebär. Där kartläggs vilka färdigheter, kunskaper och erfarenheter som behövs för att utföra arbetsuppgifterna.

Även i samband med verksamhetsplanering kartläggs om någon kompetens saknas inom verksamheten. Medarbetare ges förutsättningar för kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och en individuell kompetensutvecklingsplan fastställs i samarbete mellan verksamhetschef och medarbetare.

Samtliga medarbetare är skyldiga enligt lag att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete genom att vara väl förtrogna med ledningssystemets olika delar och processer.

**DOKUMENTATIONSSKYLDIGHETEN**

Allt kvalitetsarbete skall dokumenteras. Detta sker förutom genom löpande anteckningar om de olika delarna i processen även genom en årlig kvalitetsberättelse som sammanställande beskriver hur kvalitetsarbetet bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts. Denna berättelse hålls tillgänglig för alla som önskar ta del av den.

Även en patientsäkerhetsberättelse skall upprättas årligen. Denna innehåller en beskrivning för hur ansvaret för patientsäkerheten varit fördelad, hur patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats, hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada, hur risker för vårdskador har hanterats, hur rapporter har hanterats och hur inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.

**DEN ENSKILDES SKYDD**

Kundens känsla av trygghet och tillvaratagna rättigheter är verksamhetens huvudmotto. Vi skall skydda kunden mot fysiska, psykiska, ekonomiska eller materiella övergrepp, omänskligt eller förnedrande bemötande eller behandling av personalen. Kunden får inte utsättas för dåligt bemötande eller behandling på grund av försumlighet, nonchalans eller okunnighet hos personalen.

För att uppnå detta är det verksamhetsansvarigs uppgift att göra rutinen angående anmälningsskyldigheten vid övergrepp och brister i omsorg och bemötande enligt SoL, LSS och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälan av missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade väl känd för all personal.

I samband med introduktionen av nyanställd personal och därefter kontinuerligt informeras personalen om anmälningsplikten.

Det åligger även verksamhetsansvarig att avgöra om skäl till polisanmälan föreligger med anledning av eventuella uppmärksammade missförhållande.

**ARBETSGIVARANSVAR**

Verksamhetsansvarig ser till att gällande lagar, författningar och avtal iakttas så att personal anställs, avlönas och sägs upp i enlighet med gällande ordning och kollektivavtal. Vidare skall verksamhetsansvarig arbeta med att förebygga skador och ohälsa som kan drabba personal, kunder, närstående och utomstående. Om en personal misstänkts för att begått ett brott riktat mot en kund så är det verksamhetsansvarig som ser till att erforderliga rättsliga åtgärden vidtas.

**TYSTNADSPLIKT**

All personal skall underteckna en förbindelse om tystnadsplikt enligt 7 kap sekretesslagen för uppgift om enskilds hälsotillstånd, personliga tillstånd eller personliga förhållanden och det är verksamhetsansvarigs uppgift att verka för att denna tystnadsplikt efterlevs.

**INSYN I VERKSAMHETEN**

Uppdragsgivarens nämnd/förvaltning har rätt till insyn i hur vår verksamhet utför vårt uppdrag. Detta innebär bland annat rätt till att granska den dokumentation och de individuella planeringar/genomförandeplaner som rör den enskilde kunden för att kunna garantera att denne får rätt insatser och omsorg tillgodosedd.

Verksamheten ställer utan dröjsmål begärda handlingar och personal till uppdragsgivarens förfogande för denna kontroll och uppföljning.

**FÖRSÄKRINGAR**

Verksamheten har tecknat och vidmakthåller ansvars- och andra erforderliga försäkringar.

BILAGOR TILL LEDNINGSSYTEMET

* Rutin vid palliativ vård
* Rutin för Lex Sarah