



Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

<u>Diarienummer</u> SOC 2025/108	<u>Fastställt av</u> Socialnämnden	<u>Datum för fastställande</u> 2022-09-20
<u>Dokumenttyp</u> Riktlinje	<u>Dokument gäller för</u> Socialförvaltningen	<u>Giltighetstid</u> Tillsvidare
<u>Revideringsansvarig</u> Socialnämnden	<u>Revideringsintervall</u> Var fjärde år eller vid behov	<u>Reviderat datum</u> 2026-01-27
<u>Dokumentansvarig (funktion)</u> Kvalitetsstrateg, MAS och MAR	<u>Uppföljningsansvarig</u> Kvalitetsstrateg, MAS och MAR	<u>Uppföljning</u> I samband med revidering



Innehållsförteckning

Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	1
1 Syfte	3
2 Riktlinje.....	3
2.1 Koppling till lagstiftning och andra styrdokument	3
2.2 Kvalitetsledningssystemet.....	3
2.3 Förutsättningar för ett fungerande kvalitetsledningssystem.....	4
2.3.1 Dokumentation	4
2.3.2 Sammanhängande system	4
2.3.3 Samverkan mellan kvalitetsstrategier/MAS/MAR och verksamheterna.....	4
2.4 Ledningssystemets uppbyggnad.....	5
2.4.1 Planera	5
2.4.2 Genomföra.....	5
2.4.3 Utvärdera	6
2.4.4 Förbättra	6
2.5 Ansvarsfördelning i det systematiska kvalitetsarbetet	6
2.5.1 Socialnämnd	6
2.5.2 Förvaltningschef.....	6
2.5.3 Kvalitetsstrateger.....	7
2.5.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).....	7
2.5.5 Verksamhets-, områdes- och enhetschef.....	8
2.5.6 Medarbetare.....	8
3 Definitioner	8
4 Ansvar och uppföljning.....	8



1 Syfte

Syftet med riktlinjen är att tydliggöra vilka delar som ingår i ett kvalitetsledningssystem och vilket ansvar som finns på olika organisatoriska nivåer inom socialförvaltningen.

Riktlinjen gäller för de verksamheter som bedrivs inom Vård och omsorg Falkenberg, inom Avdelningen för socialt arbete och Socialförvaltningens stab. Privata utförare har i enlighet med SOSFS 2011:9 ett eget ansvar att skapa ett för verksamheten anpassat kvalitetsledningssystem.

2 Riktlinje

2.1 Koppling till lagstiftning och andra styrdokument

Bestämmelser om kvalitet i verksamheter finns i lagar och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS: 2011:9). I SOSFS 2011:9 finns krav på att det ska finnas ett ledningssystem som säkerställer att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Föreskriften ska tillämpas på verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), socialtjänstlagen (2025:400), tandvårdslagen (1985:125) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).

Utöver de krav och mål som finns i författningar och föreskrifter finns också i vissa fall av kommunen bestämda mål. I Falkenbergs kommun finns dessa samlade i systemet Stratsys.

I Socialtjänstlagen (SoL), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) finns paragrafer om kvalitet inom verksamheten. Centrala exempel på detta är kapitel 5 i SoL, 5:1 HSL och 6 § LSS.

2.2 Kvalitetsledningssystemet

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS: 2011:9) framgår att ledningssystemet ska omfatta verksamheternas alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet:

- Planera
- Leda
- Kontrollera
- Följa upp
- Utvärdera
- Förbättra verksamheten

Kvalitetsledningssystemet består av alla delar som krävs för att verksamheterna ska kunna arbeta systematiskt med sitt kvalitets- och förbättringsarbete. Det innehåller bland annat processer och rutiner som används för att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheterna. Socialförvaltningen använder Stratsys som det sammanhållande systemet för



kvalitetsarbetet. Dock finns vissa delar, som exempelvis rutiner och avvikelshantering, på andra platser och i andra system.

Det systematiska förbättringsarbetet görs genom:

- **Risikanalyt** - Dokumenteras i Stratsys och görs i samverkan mellan verksamhet och kvalitetsstrateger/MAS/MAR i kvalitetsdialog.
- **Egenkontroll** - Enhetschefer ansvarar för att egenkontroller genomförs och att de dokumenteras i Stratsys. MAS/MAR/kvalitetsstrateg har i sin roll mandat att besluta om egenkontroller. Årligen ska en egenkontrollplan fastställas av Socialnämnden.
- **Utredning av avvikelserapporter, klagomål och synpunkter** - Sker i anvisat verksamhetssystem. För hur dessa hanteras och ansvarsfördelning se ”Anvisning för avvikelshantering, lex Sarah och lex Maria” samt ”Anvisning för synpunkts- och klagomålshantering”.
- **Förbättrande åtgärder** - Dokumenteras i Stratsys. Närmst ansvarig chef ansvarar för att åtgärder vidtas.
- **Förbättring av processer och rutiner** - Förbättring av processer och rutiner görs parallellt med det övriga arbetet utefter att behoven uppstår.

2.3 Förutsättningar för ett fungerande kvalitetsledningssystem

2.3.1 Dokumentation

Samtliga delar i kvalitetsledningssystemet ska dokumenteras i syfte att säkerställa att verksamheten uppfyller lagkrav och uppsatta mål.

2.3.2 Sammanhängande system

Det systematiska kvalitetsarbetet behöver kopplas samman med kommunens mål- och resultatstyrningen och ekonomistyrningen. Det finns till exempel en överlappning mellan målstyrningsmodellens kvalitetsindikatorer och kvalitetsledningssystemets egenkontroller. Genom att de samordnas motverkar förvaltningen att parallella processer pågår och på så sätt effektiviseras förvaltningens samlade kvalitetsarbete.

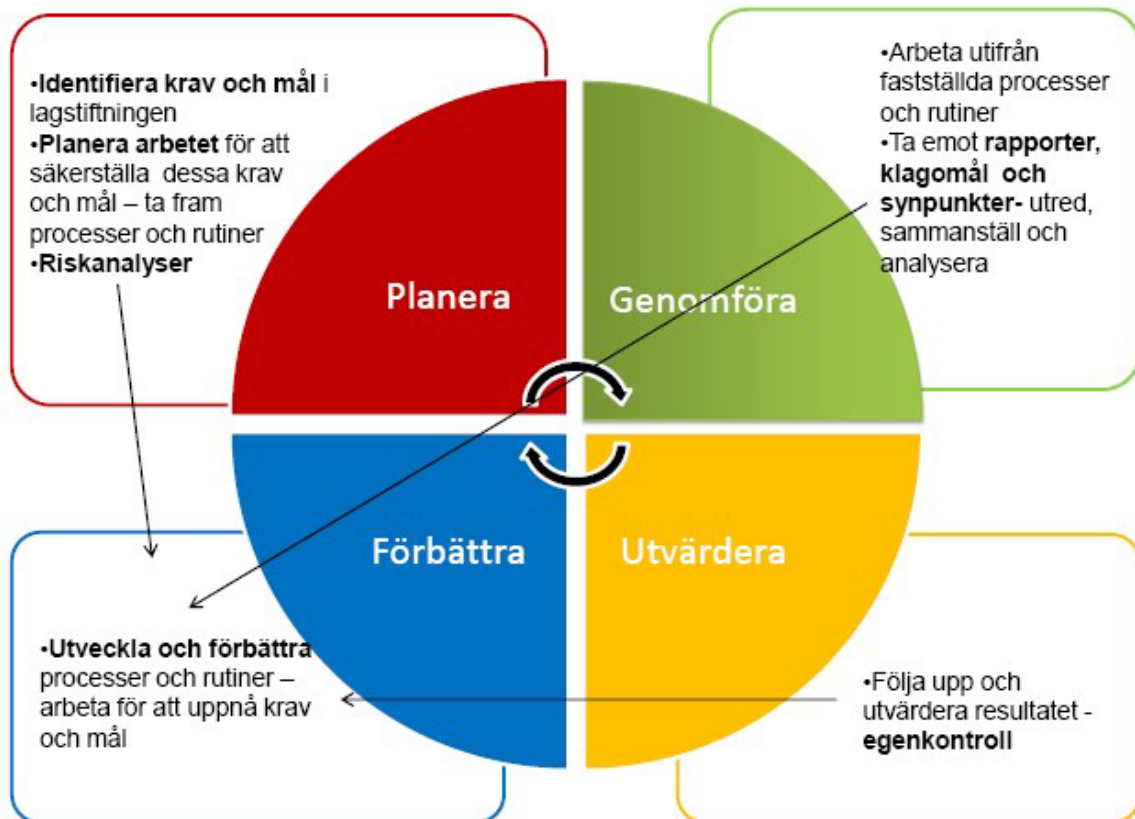
2.3.3 Samverkan mellan kvalitetsstrateger/MAS/MAR och verksamheterna

Samverkan mellan kvalitetsstrateger/MAS/MAR och verksamheterna är en förutsättning i kvalitetsarbetet. Verksamheterna har en skyldighet att arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet och kvalitetsstrateger/MAS/MAR är ett stöd i det. Samverkan sker främst genom kvalitetsdialoger.



2.4 Ledningssystemets uppbyggnad

Följande bild är hämtad från Socialstyrelsens handbok ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”. Bilden visar grunderna för uppbyggnaden av ledningssystemet och det systematiska förbättringsarbetet.



2.4.1 Planera

Verksamheterna ska identifiera vilka krav och vilka mål som är aktuella för deras verksamhet. På så sätt klagörs vilka krav på kvalitet som är aktuell för verksamheten. Utifrån det ska verksamheten beskriva och fastställa de processer som de behöver för att säkra kvaliteten. Detta ligger sedan till grund för upprättandet av verksamhetens riskanalys.

Riskanalyser ska genomföras fortlöpande och ska sammanställas årligen. Analyserna ska ge svar på vilka händelser som om de inträffar kan medföra brister i kvaliteten, hur sannolikheten är för att detta inträffar samt vad konsekvenserna kan bli. Utifrån riskanalysen ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

2.4.2 Genomföra

Medarbetarna ska arbeta i enlighet med lagstiftning och gällande processer och rutiner. I det löpande arbetet hanteras klagomål, synpunkter och avvikelser.



2.4.3 Utvärdera

Egenkontroll innebär att man granskar hur man arbetar. Egenkontroller kan göras på olika sätt, bland annat genom dokumentationsgranskning, målgruppsundersökning, observation samt genom mätning och statistik.

2.4.4 Förbättra

Förbättringsåtgärder görs fortlöpande för att komma till rätta med brister som identifierats genom till exempel synpunkter, egenkontroller eller riskanalyser.

Riktlinjer och rutiner ska hållas uppdaterade och förändringar som kan ha påverkan på arbets sättet ska beaktas.

2.5 Ansvarsfördelning i det systematiska kvalitetsarbetet

För att uppnå en god kvalitet förutsätts att kvalitetsarbetet genomsyrar hela organisationen.



Schematisk bild över ansvarsfördelning i det systematiska kvalitetsarbetet.

2.5.1 Socialnämnd

Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att se till att socialförvaltningen arbetar systematiskt med kvalitetsarbetet. Socialnämnden säkerställer det bland annat genom att årligen besluta om kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse och de fastställer förvaltningens riskanalys och egenkontrollplan.

2.5.2 Förvaltningschef

Förvaltningschef ansvarar för att leda socialförvaltningens kvalitetsarbete. Detta sker i enlighet med socialnämndens direktiv, gällande lagstiftning och SOSFS 2011:9.



Förvaltningschef har det yttersta ansvaret för att kvalitetsledningssystem upprättas och för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, följs upp och utvärderas. Förvaltningschef ansvarar också för att säkerställa att det i organisationen finns en förtroenhet med och delaktighet i det systematiska kvalitetsarbetet.

2.5.3 Kvalitetsstrategier

Kvalitetsstrategerna utför uppgifter som ligger inom förvaltningschefens ansvarsområde gällande det systematiska kvalitetsarbetet. Kvalitetsstrategerna har ansvar för att säkerställa och följa upp att verksamheterna lever upp till kvalitet enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Utöver att vara ett stöd till verksamheterna i kvalitetsarbetet ansvarar kvalitetsstrategerna för att genomföra kvalitetsgranskningar.

Kvalitetsstrategerna ansvarar för att tillse att verksamheterna har tillgång till nödvändiga verktyg för att kunna bedriva kvalitetsarbetet och vara en stödjande funktion för cheferna.

Kvalitetsstrategerna har ansvar för att utreda lex Sarah och ta ställning till om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg ska göras. Kvalitetsstrategerna ansvarar för att årligen sammanställa kvalitetsberättelse för socialförvaltningens verksamheter.

2.5.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Enligt (HSL 2017:30 11kap §4) framgår att det inom de verksamhetsområden som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Det kan även vid behov finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ett särskilt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.
- Det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov.
- Patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt.
- Rutinerna för läkemedelshantering är säkra.
- Besluten om delegering är patientsäkra.
- Patientjournaler förs.
- Anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.

MAS och MAR tillser att verksamheten följer hälso- och sjukvårdens lagar, förordningar och politiskt fattade beslut genom kvalitetsuppföljningar, systematiskt kvalitetsarbete och att prognostisera framtida behov. Detta ansvar delas med verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen.

MAS och MAR har ansvar för att utreda lex Maria och ta ställning till om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg och Läkemedelsverket ska göras. MAS och MAR ansvarar



för att årligen sammanställa patientsäkerhetsberättelse för socialförvaltningens verksamheter samt sammanställa riskanalys och egenkontrollplan.

2.5.5 Verksamhets-, områdes- och enhetschef

Verksamheternas chefer ansvarar för och ska leda kvalitetsarbetet på sin nivå. Detta ska ske i enlighet med övergripande kvalitetsmål, upprättade styrdokument, lagar och föreskrifter.

Verksamheternas chefer ska vara behjälpliga vid lex Sarah och lex Maria utredningar och de ansvarar för att eventuella åtgärder genomförs.

2.5.6 Medarbetare

Medarbetarnas engagemang och delaktighet är en förutsättning för ett välfungerande kvalitetsarbete. Enligt HSL, SoL, LSS, patientsäkerhetslagen och SOSFS 2011:9 är personalen skyldig att medverka till hög patientsäkerhet respektive god kvalitet. Det innebär att alla medarbetare kontinuerligt ska medverka i enhetens kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska arbeta efter gällande lagstiftning, föreskrifter, riktlinjer och rutiner.

Samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera brister och missförhållanden som de uppmärksammar.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Den legitimerade personalen ska bidra till förbättrade processer och rutiner.

3 Definitioner

I denna riktlinje används de definitioner som finns i SOSFS 2011:9, bland annat:

Kvalitet - 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 meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Egenkontroll - systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Process - serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.

4 Ansvar och uppföljning

Denna riktlinje antas av Socialnämnden.

Kvalitetsstrateger, MAS och MAR ansvarar tillsammans med verksamheten för att det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs enligt denna riktlinje och utifrån de krav som ställs i



**Falkenbergs
kommun**

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Kvalitetsstrateger, MAS och MAR ansvarar för uppföljning och revidering av riktlinjen.