



# Riktlinje ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Diarienummer	Fastställt av <sup>1</sup> <b>Socialnämnden</b>	Datum för fastställande <b>2022-09-20</b>
Dokumenttyp <sup>2</sup> <b>Riktlinje</b>	Dokumentet gäller för <sup>3</sup> <b>Socialförvaltningen</b>	Giltighetstid <sup>4</sup> <b>Tills vidare</b>
Revideringsansvarig <sup>5</sup> <b>Kvalitetsstrateg Socialförvaltningen</b>	Revideringsintervall <sup>6</sup> <b>Vartannat år</b>	Reviderad datum <sup>7</sup> <b>2022-09-20</b>
Dokumentansvarig (funktion) <sup>8</sup> <b>Kvalitetsstrateg Socialförvaltningen</b>	Uppföljningsansvarig <sup>9</sup> och tidplan <sup>10</sup> (se punkt 5) <b>Kvalitetsstrateg Socialförvaltningen</b>	

<sup>1</sup> Den instans som antar styrdokumentet.

<sup>2</sup> Typ av styrdokument, ex policy.

<sup>3</sup> Ex alla kommunens nämnder, bolag, kommunalförbund.

<sup>4</sup> From – tom alternativt tills vidare.

<sup>5</sup> Vanligtvis den instans som fastställt dokumentet men man kan även ge en lägre instans möjlighet att revidera i mindre omfattning. Ska i så fall vara på förhand bestämt och avgränsat.

<sup>6</sup> Hur ofta ska dokumentet lyftas för revidering? Ex vartannat år. Max 4 år.

<sup>7</sup> Datum för senaste revidering. Anges enbart då revidering har skett.

<sup>8</sup> Ansvarig tjänsteperson. Ska vara en funktion.

<sup>9</sup> Ansvarig för uppföljning av att styrdokumentet efterlevs. Ex. respektive nämnd.

<sup>10</sup> Tidplan avser intervall för uppföljning. Anges enbart i de fall då det är möjligt att på förhand fastställa.



## 1. Syfte

Ledningssystemets syfte är att verksamheterna systematiskt ska kunna utvecklas och att kvaliteten ska kunna säkras.

Föreskriften SOSFS 2011:9 tillämpas i arbete som omfattas av någon eller några av bestämmelserna:

- 31 § hälso- och sjukvårdslagen
- 16 § tandvårdslagen
- 3 kap. 3 § socialtjänstlagen
- 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Av SOSFS 2011:9 framgår att ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet

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

Genom ledningssystemet skapas en struktur för kvalitetsarbete så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

## 2. Koppling till lagstiftning och andra styrdokument

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS: 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställer krav på att det finns ett ledningssystem som säkerställer att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Författningen ska tillämpas på verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).

### Avgränsning

Riktlinjen gäller för den verksamhet som bedrivs inom egenregin samt för myndighetsavdelningen. Privata utförare har i enlighet med SOSFS 2011:9 ett eget ansvar att skapa ett för verksamheten anpassat kvalitetsledningssystem.



### 3. Riktlinje

#### Kvalitet enligt kvalitetsledningssystemet

SOSFS 2011:9 2 kap. 1 § definierar kvalitet utefter om 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.

Vidare skrivs att kvalitetsdefinitionen kan beskrivas som en ram som fylls med innehåll som finns i lagar och andra föreskrifter.

Utöver de krav och mål som finns i författningar och föreskrifter finns också i vissa fall av kommunen bestämda mål.

I Socialtjänstlagen, Hälso- och sjukvårdslagen och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade finns paragrafer där kvalitet inom verksamheten definieras. Centrala exempel på detta är:

#### **Socialtjänstlagen 1 kap. 1 §**

Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor,
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.

Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

#### **Socialtjänstlagen 3 kap. 3 §**

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.

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. *Lag (2009:596).*



### **Hälso- och sjukvårdslagen 2 a §**

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Lag (2014:822).

### **Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade 6 §**

Verksamheten enligt denna lag skall vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten skall vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

För verksamheten enligt denna lag skall det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges. Lag (2005:125).



### **Kvalitetsledningssystemets delar**

Kvalitetsledningssystemet består av processer, rutiner och ett systematiskt förbättringsarbete. Processer och rutiner ska användas för att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Det systematiska förbättringsarbetet består av

- Riskanalys
- Egenkontroll
- Utredning av rapporter, klagomål och synpunkter
- Förbättrande åtgärder
- Förbättring av processer och rutiner

### **Förutsättningar för ett fungerande kvalitetsledningssystem**

#### Personalens medverkan

För att uppnå en god kvalitet förutsätts att kvalitetsarbetet genomsyrar hela organisationen. Medarbetarnas engagemang och delaktighet är en förutsättning för ett välfungerande kvalitetsarbete. Enligt HSL, SoL, LSS och patientsäkerhetslagen är personalen skyldig att medverka till hög patientsäkerhet respektive god kvalitet.

#### Dokumentationsskyldighet

Det löpande kvalitetsarbetet ska dokumenteras av närmast ansvarig chef. Bland det som ska dokumenteras finns:

- Processer och aktiviteter som styr verksamheten
- Rutiner och riktlinjer
- Avvikelse, synpunkter samt uppföljning av Lex Sarah och Lex Maria
- Resultat och analys av brukarundersökningar
- Resultat och analys av egenkontroller
- Riskanalyser

#### Samverkan stab och verksamhet

För att effektivt arbeta med kvalitets- och utvecklingsarbete behöver staben och verksamheten arbeta tillsammans.

Verksamheten har en skyldighet att arbeta med ett systematiskt kvalitetsarbete bestående av bland annat riskanalyser och egenkontroller. Staben är ett stöd i att skapa en struktur för detta arbete. För att innehållet ska bli användbart behövs en dialog mellan stab och verksamhet kring bland annat vilka egenkontroller som ska genomföras. Staben agerar också stödjande i kvalitetsarbetet.



Då staben har till uppgift att följa upp verksamhetens kvalitet behövs kunskap och insyn i verksamhetens nuläge, utveckling och systematiska kvalitetsarbete.

### Sammanhängande system

För att det systematiska kvalitetsarbetet ska fungera behöver det hänga samman med mål- och resultatstyrningen, ekonomistyrningen och utvecklingsarbetet. Det finns till exempel en överlappning mellan målstyrningsmodellens kvalitetsindikatorer och kvalitetsledningssystemets egenkontroller som behöver samordnas.

### **Ansvarsfördelning**

Nämnd	Planera, kontrollera och prioritera
Chefer och Stab	Styra, leda, verkställa, kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla
Medarbetare	Tillämpa/följa, rapportera och medverka

*Schematisk bild över ansvarsfördelning.*

### Socialnämnd

Socialnämnden ska med stöd av ledningssystemet på en övergripande nivå planera, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Detta innebär i praktiken bland annat att socialnämnden årligen ska besluta om kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse samt fastställa förvaltningens riskanalys och egenkontrollplan.

### Socialchef

Socialchef ansvarar för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet. Detta sker i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Hos socialchefen ligger ansvar att säkerställa att det finns rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet fortlöpande ska bedrivas. Vidare finns ansvar att på övergripande nivå följa upp, analysera och förbättra verksamheten för att säkerställa kvalitet på kort och lång sikt.

Ansvar finns att säkerställa att det i organisationen finns en förtrogenhet med och delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet.

### Stab

Som stöd till Socialchefen finns staben där främst utvecklingsfunktionen utför mycket av de uppgifter som ligger inom Socialchefens ansvarsområde gällande det systematiska kvalitetsarbetet. Bland annat genomförs kvalitetsgranskningar där det följs upp och säkerställs att samtliga verksamheter har god kvalitet och ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete. Det genomförs även brukarundersökningar och sammanställning av uppgifter till officiell statistik och öppna jämförelser.



Det ansvar Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har regleras av lag (HSL 24 §). Det specifika ansvar som vilar på dessa befattningar beskrivs därför under egen rubrik nedan.

Staben ansvarar för att det finns ett strukturerat arbetssätt och nödvändiga verktyg för att kunna bedriva ett strukturerat kvalitetsarbete i verksamheten. Staben arbetar i samråd med verksamheten fram en grundstruktur med processer, riskanalyser, egenkontroller och analysverktyg. Staben har också i uppgift att ge chefer nödvändigt stöd i att hantera verktygen.

Staben ansvarar för att årligen sammanställa kvalitetsberättelse samt riskanalys och egenkontrollplan.

#### Avdelnings- områdes- och enhetschef

Verksamhetens chefer ansvarar för och ska leda kvalitetsarbetet på sin nivå, detta ska ske i enlighet med övergripande kvalitetsmål, upprättade styrdokument, lagar och föreskrifter. I ansvaret ingår att identifiera och kartlägga de processer som är centrala för verksamheten samt säkerställa att det finns nödvändiga rutiner. Likaså ansvaras för att uppföljning sker genom till exempel egenkontroller samt genom att följa upp avvikelser, inkomna synpunkter, Lex Sarah/Lex Maria . Ansvar finns att säkerställa att medarbetare är väl förtrogna med och görs delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet.

#### Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAS/MAR har ansvar att säkerställa och följa upp kvalitén och säkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. MAS/MAR har tillsammans med verksamhetschef ansvar att bland annat att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

MAS/MAR ansvarar för att årligen sammanställa patientsäkerhetsberättelse samt riskanalys och egenkontrollplan.

#### Medarbetare

Medarbetare ska arbeta efter gällande riktlinjer och rutiner, aktivt bidra i kvalitetsutvecklingen, rapportera brister och missförhållanden samt delta i uppföljning och analys.



## Ledningssystemets uppbyggnad

Följande bild är hämtad från Socialstyrelsens föreskrifter. Bilden visar grunderna för uppbyggnaden av ledningssystemet och det systematiska förbättringsarbetet.



### Planera

Verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra kvalitén i verksamheten. En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Omfattningen på processkartorna ska vara anpassad efter verksamhetens behov. Processkartor fungerar som vägledning för utförare men används även vid uppföljning och utveckling av verksamhetens arbete.

Riktlinjer och rutiner ska finnas för verksamhetens arbete. Rutiner ska finnas för det interna arbetet samt för intern- och extern samverkan. Dessa ska vara uppdaterade och överensstämna med gällande lagar, förordningar och föreskrifter.

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





### Genomföra

Personal ska arbeta i enlighet med gällande processer och rutiner. Medarbetare har ansvar att vara förtrodda med de processer och rutiner som finns och att arbeta i enlighet med dessa.

### Utvärdera

Egenkontroll innebär att man granskar hur man arbetar. Detta kan ske genom till exempel dokumentationsgranskning, uppföljningar av vissa arbetsmoment och jämförelse av eget resultat i förhållande till andras genom till exempel öppna jämförelser. En sammanställning över vilka egenkontroller som görs ska finnas.

### Förbättra

Kvalitetsarbete är ett ständigt pågående arbete. Förändringar genomförs fortlöpande för att komma till rätta med brister som framkommit genom till exempel synpunkter, egenkontroller eller riskanalyser. Resultaten av egenkontroller kan också ge indikationer på vilka utvecklingsområden som behöver prioriteras.

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

Socialförvaltningens kvalitetsarbete ska årligen sammanfattas i Kvalitetsberättelse och Patientsäkerhetsberättelse.

## **4. Definitioner och avgränsningar**

I denna riktlinje används den kvalitetsdefinition som finns i SOSFS 2011:9. Det vill säga utefter om 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.

## **5. Ansvar**

Socialförvaltningens stab ansvarar tillsammans med verksamheten för att det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs enligt denna riktlinje och utifrån de krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS: 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.