

# Handbok för tillämpning av SOSFS 2011:9

Beslutad av omsorgsnämnden och socialnämnden 2019-05-15



**BORLÄNGE**

## Metadata om dokument

<b>Dokumentnamn</b> Handbok för tillämpning av SOSFS 2011:9		<b>Dokumenttyp</b> Handbok	<b>Omfattar</b> Sociala sektorn, individ- och familjeomsorgen
<b>Dokumentägare</b> Sektorchef sociala sektorn	<b>Dokumentansvarig</b>	<b>Publicering</b> Författningssamling	
<b>Författningsstöd</b> SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete			
<b>Beslutad</b> 2019-05-15	<b>Bör revideras senast</b> 2020-05-15	<b>Beslutinsats</b> Omsorgsnämnden/Socialn ämnden	<b>Diarienummer</b> 2019/1153
<b>Revidering 1</b> Lägg in datum och paragraf	Klicka eller tryck här för att ange text.		
<b>Revidering 2</b> Lägg in datum och paragraf	Klicka eller tryck här för att ange text.		
<b>Revidering 3</b> Lägg in datum och paragraf	Klicka eller tryck här för att ange text.		

# Innehåll

<b>1 Om kvalitetsledningssystem</b> .....	<b>5</b>
1.1 Inledning och bakgrund.....	5
1.1.1 Vad är ett kvalitetsledningssystem?.....	5
1.2 Syfte med ledningssystemet .....	5
1.3 Uppföljning och dokumentation .....	5
1.4 Verksamheter .....	5
1.5 Definition av kvalitet .....	5
<b>2 Verksamheter och styrning</b> .....	<b>6</b>
2.1 Lagar och föreskrifter .....	6
2.2 Verksamhetens mål.....	6
2.3 Borlänge kommuns styrmodell .....	6
2.3.1 Kvalitetsledning .....	7
2.3.2 Planeringsprocess.....	7
2.3.3 Ledarskap .....	7
2.3.4 Värdegrund.....	7
2.4 Systemsyn.....	7
<b>3 Roller och ansvar</b> .....	<b>8</b>
3.1 Nämnder.....	8
3.2 Sektorchef .....	8
3.3 Verksamhetschef.....	8
3.3.1 Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen .....	9
3.4 Kvalitetsgruppen .....	9
3.5 Enhetschef.....	9
3.6 Utvecklare .....	10
3.7 Medarbetare .....	10
3.8 Externa aktörer.....	10
3.9 Samverkan .....	10
<b>4 Omfattning och grundstruktur</b> .....	<b>11</b>
4.1 Ledningssystemets grundläggande struktur .....	11
4.1.1 Process .....	11
4.1.2 Rutin .....	11
4.1.3 Instruktion .....	11
4.2 Processer och aktiviteter.....	11
4.3 Rutiner och instruktioner .....	11
4.3.1 Revideringsfönster .....	12
4.4 Systematiskt förbättringsarbete.....	12
4.4.1 Riskanalys .....	12
4.4.1.1 När ska en riskanalys genomföras? .....	12
4.4.2 Egenkontroll .....	12
4.4.3 Avvikelsehantering .....	13

4.4.3.1	Rapporteringsskyldighet.....	14
4.4.4	Klagomål och synpunkter .....	14
4.4.5	Förbättrande åtgärder.....	14
4.4.6	Dokumentation .....	15
4.4.6.1	Kvalitetsberättelse/patientsäkerhetsberättelse .....	15

# 1 Om kvalitetsledningssystem

## 1.1 Inledning och bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ställer krav på att det finns ett ledningssystem som säkerställer att vårdgivare bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Författningen ska tillämpas på verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Kravet på att ha ett ledningssystem gäller både för den verksamhet som innefattar myndighetsutövning, till exempel ärendehandläggning, såväl som för den verksamhet som verkställer insatsen.

### 1.1.1 Vad är ett kvalitetsledningssystem?

Ett kvalitetsledningssystem kan beskrivas som ett arbetssätt för kvalitetssäkring. Så här säger SKL om kvalitetsledningssystem: *”Ledningssystem är ett verktyg för att uppnå kvalitet. Det är ett stöd för både ledning och medarbetare att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten”.*

## 1.2 Syfte med ledningssystemet

Ledningssystemet ska användas för att *planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten*. Ledningssystemet säkerställer att rätt saker görs på rätt sätt vid rätt tillfälle och skapar ordning för att möjliggöra ett förebyggande arbetssätt. Genom kvalitetsledningssystem arbetar verksamheten utifrån ett systemperspektiv som skapar struktur för ledning och styrning där ett kontinuerligt förbättringsarbete bedrivs.

Syftet med ett ledningssystem för kvalitet är att skapa systematik, struktur och samordning i verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling. Ledningssystemet underlättar för berörda nämnder att utveckla tjänster av god kvalitet, i enlighet med gällande regelverk.

## 1.3 Uppföljning och dokumentation

Verksamheternas arbete med kvalitetsledningssystemet följs årligen upp och dokumenteras genom en kvalitetsberättelse och en patientssäkerhetsberättelse. Även planeringsprocessens olika delar ger ett underlag för uppföljning av verksamheternas kvalitetsarbete, så som intern kontroll och uppföljning av nämndernas nämndplaner och verksamheternas verksamhetsplaner.

## 1.4 Verksamheter

Inom omsorgsnämnden och socialnämnden bedrivs verksamheter inom ramen för SoL, HSL och LSS. Sociala sektorn i sin helhet samt individ- och familjeomsorgen inom bildningssektorn berörs av innehållet i detta styrdokument.

## 1.5 Definition av kvalitet

Enligt SOSFS 2011:9 2 Kap 1 § definieras kvalitet som att ”verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut”. Kvalitetsdefinitionen kan beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

SOSFS 2011:9 innehåller bestämmelser om hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Definitionen av kvalitet utgör både grunden för hur ledningssystemet ska byggas upp samt det som ska uppnås med hjälp av ledningssystemet. Definitionen av kvalitet är därför av central betydelse.

I Socialtjänstlagen (SoL) framgår att 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.

I Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) framgår att verksamheter ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de som tillhör en personkrets. Det framgår också att verksamheten ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter.

I Hälso- och sjukvårdslagen framgår att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Det framgår också att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

## 2 Verksamheter och styrning

### 2.1 Lagar och föreskrifter

Exempel på lagar och förordningar som styr verksamheten inom sociala sektorn och individ- och familjeomsorgen är:

- SoL, Socialtjänstlagen (SFS 2001:453)
- LSS, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387)
- Förordning om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:1090)
- Socialtjänstförordning (2001:937)
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Barnkonventionen
- LVU, Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
- LVM, Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
- Patientsäkerhetslagen
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Varje del av verksamheten ansvarar för att ha kunskap om vilka lagar som styr verksamheten.

### 2.2 Verksamhetens mål

Utifrån Strategisk plan som innehåller mål för god ekonomisk hushållning, bedöms nedanstående verksamhetsmål beröra i huvudsak omsorgsnämndens och socialnämndens verksamhetsområde:

- Vård och omsorg är av god kvalitet där den enskilde har inflytande över sin vardag (Omsorgsnämnden/Socialnämnden)
- Alla har möjlighet till arbete/sysselsättning utifrån sina förutsättningar (Socialnämnden).
- Borlänge kommun arbetar aktivt med förebyggande insatser som skapar social trygghet (Socialnämnden).

### 2.3 Borlänge kommuns styrmodell

Kommunens styrmodell ska säkra verkställandet av det kommunala uppdraget och den politiska viljeinriktningen. Styrmodellen består av fyra olika delar: kvalitetsledning, planeringsprocess, ledarskap och värdegrund. Målet är att ge ännu bättre service till Borlängebon. I styrmodellen framgår följande om de olika delarna:

### **2.3.1 Kvalitetsledning**

Ett kvalitetsledningssystem är en struktur för att styra, utveckla, dokumentera och följa upp kvaliteten i en organisation. Kvalitetsledningssystemet utifrån SOSFS 2011:9 är ett lagstyrt exempel på detta som också hänger ihop med det kommunövergripande kvalitetsledningssystemet.

### **2.3.2 Planeringsprocess**

Planeringsprocessen är strategisk och utgör en viktig del i samordningen och styrningen av kommunens verksamheter. Verksamhetsstyrningen i Borlänge kommun sker i en process där kommunens verksamhet planeras, genomförs, följs upp och utvärderas.

### **2.3.3 Ledarskap**

Ledare i Borlänge kommun ska vara tydliga, modiga, kommunikativa, långsiktiga och coachande. Ett sådant ledarskap är relevant i såväl det dagliga arbetet utifrån verksamheternas processer och rutiner som i det systematiska förbättringsarbetet.

### **2.3.4 Värdegrund**

Värdegrunden beskriver det förhållningssätt som alla som arbetar i kommunen ska bära med sig och leva efter i sitt arbete. Borlänge kommuns värdegrund innehåller tre delar:

- Jag finns här för Borlängebon

*Det innebär att jag har fokus på mitt uppdrag. Jag är professionell och trevlig i mitt bemötande.*

Att vi har Borlängebon i fokus och hjälper oss att förstå syftet med verksamheten och vem vi finns till för. Det innebär att vi blir duktiga på att lyssna på Borlängebon och anpassar verksamheten utifrån deras behov och kan leverera de tjänster som efterfrågas på ett effektivare sätt.

- Jag gillar utmaningar

*Det innebär att jag vågar tänka nytt och bidrar till förändring. Jag vill utvecklas och växa. Jag är stolt över mitt arbete.*

Våra medarbetare har stor delaktighet i förbättringsarbetet då vi tror på att det är de som har störst kunskap om verksamheten. Genom att få medarbetarna att "känna" målen och inriktningen för verksamheten blir behovet av detaljstyrning mindre och vi skapar en större arbetsglädje i organisationen.

- Jag möter varje människa med öppenhet

*Det innebär att jag visar respekt för alla jag möter. Jag har tilltro till människor och ser allas lika värde.*

Vi arbetar för en organisation utan fördomar och med ett trevligt bemötande, både inom organisationen och mot våra Borlängebor. Genom dialog med Borlängeborna kan vi ge ännu bättre service i Sveriges trevligaste stad.

## **2.4 Systemsyn**

Systemsyn innebär enkelt uttryckt att fokusera på organisationen som helhet och förstå sambanden mellan delarna. Processorientering innebär att arbetet för att uppnå kvalitet tar utgångspunkt i Borlängebons resa genom organisationen. Borlängebons resa sträcker sig

ofta över flera organisatoriska gränser. En helhetsbild och samverkan blir därmed viktiga faktorer för att kunna erbjuda Borlängebon tjänster som skapar värde.

## 3 Roller och ansvar

Förtroendevalda, sektorchefer, verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare ansvarar alla för att delta i det systematiska kvalitetsarbetet. Genom allas medverkan och engagemang skapas förtroende och kvalitet i möte med den enskilde, anhöriga, medborgare och externa aktörer.

Var och en som fullgör uppgifter i verksamhet enligt SoL eller LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Detsamma gäller för hälso-och sjukvårdspersonal utifrån patientsäkerhetslagen.

Att medverka till god kvalitet innebär bland annat att vara uppmärksam och påtala sådant som kan medföra risk för att den enskilde inte får god omvårdnad, gott stöd eller god service. En förutsättning för att detta ska ske är att det finns rutiner för att hantera avvikelser samt synpunkter och klagomål, likaså att ledningen uppmuntrar och välkomnar ett sådant arbetssätt. Alla medarbetare ska delta i att ta fram, tillämpa och vidareutveckla av rutiner och arbetsmetoder samt delta i arbetet kring uppföljning av mål och resultat.

### 3.1 Nämnder

Nämnderna ansvarar för att leda, styra och följa upp verksamheterna och för kvalitetsledningssystemet. Detta innebär till exempel att nämnden ska:

- I nämndplan fastställa strategier eller liknande för kvalitetsarbetet, samt följa upp och utvärdera dessa strategier.
- Se till att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måluppfyllelse.
- Anmäla ny verksamhet, förändringar i verksamhet eller flytt av verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Integrera kvalitetsledningssystemet med de befintliga systemen för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med.
- Samarbeta med kommunövergripande kvalitetsledningsgrupper och liknande.

### 3.2 Sektorchef

Sektorchefen ansvarar för att utarbeta och förvalta ett ledningssystem för kvalitet utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Sektorchefen ansvarar för att syftet med kvalitetsutvecklingen omsätts i praktisk handling. Detta innebär till exempel att:

- Organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser.
- Ansvara för att beredning sker av ärenden till nämnden för beslut i enlighet med mål, uppdrag, riktlinjer, policys, lagar, speciallagar och andra förordningar.
- Göra analyser och lämna rapportunderlag till nämnd och kommunledningen.
- Egenkontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt.

### 3.3 Verksamhetschef

Verksamhetschefer ansvarar för att sköta och löpande uppdatera kvalitetsledningssystemet utifrån sektorchefens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.



Verksamhetschef säkerställer att de rutiner och instruktioner som behövs för att kunna tillämpa innehållet i styrdokument i kvalitetsledningssystemet finns framtagna.

Verksamhetschefer ansvarar också för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt förbättras.

### **3.3.1 Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen**

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård har ett samlat ledningsansvar för verksamheten så att patientsäkerhet och god vård säkerställs. Detta innebär till exempel att:

- Fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvård kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.
- Verksamheten svarar upp mot kraven som medicinskt ansvarig sjuksköterska ställer utifrån att den enskilde ska få en god och säker vård

## **3.4 Kvalitetsgruppen**

Kvalitetsgruppen är ett nätverk bestående av medarbetare från sociala sektorn och individ- och familjeomsorgen. Deltagare i kvalitetsgruppen tillsätts av sektorchef för sociala sektorn och verksamhetschef för individ- och familjeomsorgen. Kvalitetsgruppen förvaltar kvalitetsledningssystemet, implementerar det i organisationen och håller det levande. Det innebär bland annat att kvalitetsgruppen utifrån uppdrag från sektorchef eller verksamhetschef ska:

- Se över antagna/befintliga processer, rutiner och instruktioner som ingår i kvalitetsledningssystemet och vid behov säkerställa revidering av dessa.
- Ta fram nya processer och styrdokument efter beslut från ledningsgrupp.
- Förändra ledningssystemet om/när behov finns, vid exempelvis ny föreskrift eller brister inom en verksamhet.
- Arbeta med uppföljning och förbättringsarbete. Lämna förslag på förbättringar till ledningsgrupper.
- Utveckla, förbättra och arbeta övergripande med avvikelshantering. Vid behov kan kvalitetsgruppen bistå med utredningsresurser gällande utredning av lex Sarah.
- Utveckla, förbättra och arbeta övergripande med egenkontroll och verksamhetstillsyn.
- Utveckla, förbättra och arbeta övergripande med dokumentation.
- Årligen dokumentera verksamheternas arbete med kvalitetsledningssystemet genom en kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse.

## **3.5 Enhetschef**

Enhetschef ska med stöd av kvalitetsledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. En del i det ansvaret är att arbeta utifrån fastställda mål, strategier och/eller måtvärden och se till att mål och strategier bryts ner till åtaganden för verksamheten och kvalitetssäkra dessa. Detta sker i enhets/verksamhetsplan. Det är också enhetschefens ansvar att följa upp och analysera resultat för att vidta förbättringsåtgärder på den egna enheten.

Enhetschefen ska dokumentera hur arbetsuppgifterna är fördelade när det gäller att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Enhetschef ansvarar för att processer och styrdokument kopplade till kvalitetsledningssystemet finns tillgängliga på enheten, samt att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och styrdokument som ingår i enhetens ledningssystem. I det arbetet ingår att säkerställa att instruktioner som behövs för att kunna tillämpa innehållet i kvalitetsledningssystemet finns framtagna.

### 3.6 Utvecklare

Vissa enheter och verksamheter har egna verksamhetsutvecklare knutna till sig. Arbetsfördelning och delegation kan se olika ut beroende på hur verksamheten är organiserad. Inom ramen för kvalitetsledningssystem förväntas utvecklare kunna:

- Redovisa resultat av granskningar till verksamhetens ledningsgrupp och nämnd.
- Bistå chefer i utfärdandet och revidering av riktlinjer, rutiner och instruktioner.
- Sammanställa material och rapportera detta till chef i samband med delårsrapporter och årsbokslut.
- Vara behjälplig till chefer i sektorerna inför verksamheternas verksamhetsplanering, delårsrapporter och årsbokslut.

### 3.7 Medarbetare

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

- Arbeta i enlighet med beslutade processer, riktlinjer, rutiner och instruktioner.
- Medverka i enhetens olika aktiviteter i kvalitetsarbetet.
- Delta i och lämna uppgifter till egenkontroll, kvalitetsregister och liknande.
- Delta i uppföljning och analys av mål och resultat.
- Rapportera avvikelser av olika slag.
- Lämna uppgifter till rapporter och utredningar.
- Utgå från bästa tillgängliga kunskap vid vård- och stödinsatser i socialtjänsten.
- Ge sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

### 3.8 Externa aktörer

Även externa aktörer (exempelvis bolag, stiftelser och enskilda näringsidkare) är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem. Kravet på att ha ett ledningssystem gäller både för den verksamhet som innefattar myndighetsutövning, till exempel ärendehandläggning, och för den verksamhet som gäller genomförandet av insatser.

Externa aktörer är ansvariga för att informera nämnden om resultat av kvalitetsuppföljningar.

### 3.9 Samverkan

Närmast ansvarig chef för enhet/ verksamhet ska synliggöra de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten i de insatser som ges i verksamheten. Genom processerna och rutinerna ska det tydligt framgå hur samverkan internt och/eller externt ska ske.

För de personer som kommer i kontakt med verksamheten och som har sammansatta behov krävs en samverkan och samarbete såväl inom och mellan sektorer som externt med andra myndigheter och aktörer. Samverkansskyldigheten regleras i olika lagar och föreskrifter, bland annat förvaltningslagen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Samverkan är en förutsättning för att den enskilde ska få det stöd som motsvarar hennes eller hans behov, om det inte finns hinder för detta i offentlighets- och sekretesslagen och bestämmelser om sekretess i SoL och LSS. Samverkan är en nödvändig aktivitet för att säkerställa att den enskilde inte hamnar mellan olika myndigheters ansvarsområden.

## 4 Omfattning och grundstruktur

Kvalitetsledningssystemet omfattar alla verksamheter och alla nivåer inom sociala sektorn samt alla enheter och nivåer inom individ- och familjeomsorgen.

### 4.1 Ledningssystemets grundläggande struktur

Kvalitetsledningssystemet utgår från innehållet i SOSFS 2011:9. Systemets uppbyggnad utgår från genomförd processkartläggning av sociala sektorns och individ- och familjeomsorgens gemensamma huvudprocess. Det är uppbyggt utifrån fem olika huvudområden med tillhörande stödprocesser och stöddokument. Kvalitetsledningssystemet är som helhet tillgängligt på intranätet för alla medarbetare i organisationen. Arbetsätt, rutiner, instruktioner, andra styrdokument och bestämmelser som är specifika för enskilda enheter och/eller verksamheter, återfinns hos den egna enheten och/eller verksamheten.

#### 4.1.1 Process

Med process menas ett nätverk av aktiviteter som upprepas i tiden, vars syfte är att skapa värde för kund/mottagaren.

#### 4.1.2 Rutin

Rutiner ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat.

#### 4.1.3 Instruktion

Instruktioner ska vara tydliga och innehålla formuleringar som inte låter den enskilde göra egna tolkningar. Instruktionen tydliggör hur ett särskilt moment utförs i en enskild enhet eller verksamhet.

### 4.2 Processer och aktiviteter

Närmast ansvarig chef för en enhet/verksamhet ska identifiera, beskriva och fastställa stödprocesser som behövs för att säkra kvaliteten i den egna verksamheten. Därefter ska samma person fastställa vilka aktiviteter som ingår i processerna. Varje chef ska ha en sammanställning av de processer och aktiviteter som finns inom arbetsområdet som den ansvarar för. Verksamhetschef har motsvarande ansvar för verksamhetens övergripande processer. Kvalitetsgruppen bistår med stöd till detta och ansvarar för huvudprocessen och de övergripande gemensamma stödprocesserna för sociala sektorn och individ- och familjeomsorgen.

### 4.3 Rutiner och instruktioner

För varje aktivitet som identifierats enligt ovan ska rutiner och instruktioner tas fram som beskriver hur aktiviteten utförs och hur ansvaret för utförandet är fördelat. Närmast ansvarig chef ansvarar för att det finns rutiner och instruktioner för de aktiviteter som behövs för att säkra kvaliteten i den egna verksamheten/på den egna enheten. Närmast ansvarig chef ansvarar också för att ändra på processer och rutiner/instruktioner om någon form av avvikelse (klagomål, avvikelse, missförhållande, etc.) visar att det finns brister i dessa. Varje chef ska ha en uppdaterad och lättillgänglig sammanställning av de rutiner och instruktioner som gäller i verksamheten inom sitt ansvarsområde. Verksamhetschef och MAS/MAR har ansvar för att fastställa verksamhetsövergripande rutiner och instruktioner. Det finns särskilda bestämmelser för hur rutiner, instruktioner och andra styrdokument publiceras och sorteras. Kvalitetsgruppen ansvarar för gemensamma, övergripande och strategiska styrdokument, och säkerställer att dessa är tillgängliga i kvalitetsledningssystemet på intranätet. Kvalitetsgruppen stöttar chefer i arbetet med rutiner och instruktioner.

### **4.3.1 Revideringsfönster**

Kvalitetsgruppen säkerställer att innehållet i kvalitetsledningssystemet på intranätet är aktuellt och kvalitetssäkrat. Kvalitetsgruppen arbetar under ett verksamhetsår efter särskilda revideringsfönster. Dessa inträffar två gånger per år, i februari och i oktober. Under revideringsfönstret leder kvalitetsgruppen arbetet med revidering och kvalitetssäkring av innehållet i kvalitetsledningssystemet. Innehåll i kvalitetsledningssystemet revideras av dokumentansvarig eller, av dokumentansvarig, delegerad handläggare.

## **4.4 Systematiskt förbättringsarbete**

För att säkerställa att kvalitetsledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I förbättringsarbetet ska vikt läggas vid förebyggande åtgärder för att förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Egenkontroller ska genomföras, där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvalitet. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut är det en avvikelse som verksamheten måste hantera. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen. Därigenom uppnås en systematisk och fortlöpande utveckling och kvalitetssäkring av verksamhetens kvalitet.

Det systematiska förbättringsarbetet som kvalitetsledningssystemet bygger på består av följande delar:

- Riskanalys
- Egenkontroll
- Avvikelsehantering
- Dokumentationsskyldighet

### **4.4.1 Riskanalys**

Riskanalys är en metod för att identifiera och bedöma risker och hot som finns i verksamheten utifrån innehållet i detta styrdokument. Metoden lyfter fram hur stor sannolikheten är att en oönskad händelse inträffar och en bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Enligt SOSFS 2011:9 ska alla vårdgivare eller verksamheter som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som medför brister i verksamhetens kvalitet.

#### **4.4.1.1 När ska en riskanalys genomföras?**

Riskanalyserna ska genomföras fortlöpande. Omständigheter som påverkar vad fortlöpande innebär i det enskilda fallet är till exempel verksamhetens inriktning eller om hela eller delar av verksamheten tidigare bedömts vara särskilt riskfylld. Riskanalyser kan även behöva genomföras innan förändringar av en verksamhet eller inför förändringar av personalens sammansättning och innan nya arbetsätt eller metoder börjar tillämpas. Riskanalyser kan med fördel användas förebyggande för att kartlägga potentiella riskområden utifrån innehållet i SOSFS 2011:9.

#### **4.4.2 Egenkontroll**

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

ledningssystem. Egenkontroll innebär att det sätt som arbetet har utförts på granskats, särskilt i jämförelse med andra och med sig själv över tid. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Omständigheter som kan påverka frekvensen och omfattningen är till exempel verksamhetens inriktning, om verksamheten omfattats av komplicerade krav i lagstiftningen, om hela eller delar av verksamheten har varit särskilt riskfylld, om förändringar genomförts i en verksamhet, om nya arbetsätt införts eller om nya metoder har tillämpats.

Närmast ansvarig chef och MAS/MAR ansvarar för att:

- Jämföra sitt resultat med nationella/regionala kvalitetsregister.
- Jämföra sitt resultat med öppna jämförelser.
- Jämföra sitt eget resultat med egna tidigare resultat och andra verksamheters resultat.
- Granska journaler, akter och annan dokumentation på sitt område.
- Undersöka om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.

Utifrån egenkontrollen ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Verksamhetschef ansvarar särskilt för egenkontrollen på ett övergripande plan genom att jämföra verksamhetens resultat med kvalitetsregister, övriga kommuners resultat och sina egna tidigare resultat. Utifrån enhetschefernas egenkontroll granskas dokumentationen på ett övergripande plan.

I uppföljningen och utvärderingen av kvalitetsledningssystemet är det angeläget att undersöka om det fastställda arbets sättet med tillhörande processer och rutinerna följs och är ändamålsenliga. Det är nämndens ansvar att säkerställa att både verksamheten och ledningssystemet följs upp och utvärderas. För att kontinuerligt utveckla kvaliteten i verksamheten måste såväl organisation och arbetsprocesser som resultat och mål vara föremål för uppföljning och utvärdering.

Kvalitetsgruppen ansvarar för process för egenkontroll och tillhörande styrdokument så som riktlinjer, rutiner och instruktioner. I kvalitetsberättelsen sammanställer kvalitetsgruppen arbetet med egenkontroll. Kvalitetsgruppen finns också som stöd till enheter och verksamheter i arbetet med den verksamhetsnära egenkontrollen.

#### **4.4.3 Avvikelsehantering**

Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål som anges i lagar, föreskrifter och beslut fattade med stöd av sådana samt övriga av nämnden fastställda krav och mål. En avvikelse uppstår också om personalen inte arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Identifierade avvikelser ska åtgärdas. Identifierade avvikelse ska också leda till att processer och rutiner ses över för att med stöd av dem säkra att avvikelser inte inträffar på nytt. Förbättringsarbetet ska medföra att organisationen lär av sina misstag.

Inom ramen för ledningssystemet ska nämnden:

- Ta emot och utreda avvikelserapporter.
- Ha rutiner för rapporteringskyldighet och skyldighet att utreda samt vid behov avhjälpa och undanröja missförhållanden enligt SoL.
- Göra sammanställning och analys av inkomna avvikelserapporter.

Inkomna avvikelserapporter ska sammanställas och analyseras. Kvalitetsledningssystemet innehåller rutiner för avvikelshantering. Avvikelser sammanställs och analyseras årligen i kvalitetsberättelsen och/eller patientsäkerhetsberättelsen.

#### **4.4.3.1 Rapporteringsskyldighet**

Det finns en lagstadgad skyldighet att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden då någon lidit skada eller då det finns en konkret och uppenbar risk att någons liv, säkerhet, psykiska eller fysiska hälsa kan skadas. Verksamheterna har rutiner för hanteringen av missförhållanden enligt Lex Sarah.

Hantering av skyldigheter och åtaganden enligt lex Maria leds och samordnas av MAS.

Kvalitetsgruppen har också i uppdrag att ta fram processer och tillhörande styrdokument/mallar för att göra detta möjligt. Utifrån rapporterade missförhållanden och risker för missförhållanden ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Nämnden är skyldig att dokumentera, utreda, avhjälpa eller undanröja ett missförhållande. Den som fullgör uppgifter inom tillhörande verksamhetsområde är skyldig att genast rapportera missförhållande eller risk för missförhållande.

#### **4.4.4 Klagomål och synpunkter**

Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår förväntad kvalitet. Med synpunkt avses övrigt som framförs och som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag till förbättringar. Klagomål och synpunkter kan framföras av alla intressenter som är angivna i föreskriften, vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, föreningar och andra organisationer och intressenter. Närmaste chef ansvarar för att löpande ta emot klagomål och synpunkter från dessa. Utifrån inkomna klagomål och synpunkter ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Utifrån enheternas systematiska arbete med klagomål och synpunkter ansvarar kvalitetsgruppen för att årligen presentera en sammanställning för nämnden av inkomna klagomål och synpunkter samt de åtgärder som genomförts med anledning av bristerna som uppdragats i dessa.

Inom ramen för kvalitetsledningssystemet ska nämnden:

- Ta emot och utreda interna och externa klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.
- Ha rutiner för rapporteringsskyldighet och skyldighet att utreda samt vid behov avhjälpa och undanröja missförhållanden enligt SoL.
- Göra sammanställning och analys av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter.

#### **4.4.5 Förbättrande åtgärder**

Genom de olika aktiviteter som ingår i det systematiska förbättringsarbetet kan den som bedriver verksamheten få kännedom om avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten. Avvikelsena ska då åtgärdas så att verksamhetens kvalitet säkras.

Avvikelser ska även medföra att den som bedriver verksamhet ser över sina processer och rutiner. Visar avvikelserna att processer och rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet så ska dessa förbättras. Detta innebär att verksamheten blir en lärande organisation. På det här sättet förbättras fortlöpande verksamhetens styrning

löpande så att liknande avvikelser inte upprepas. Därmed utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet.

#### **4.4.6 Dokumentation**

Den enskildes rättssäkerhet och medverkan är grunden i hela processen från ansökan, via utredning, till beslut och genomförande av insatser inom socialtjänsten. Handläggning och dokumentation av genomförandet av beslutad insats och uppgiftslämnande mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats regleras av olika lagar, förordningar och föreskrifter. Dokumentation ska ske på ett sätt som garanterar rättssäkerhet för den enskilde och åtgärder rörande en enskild individ ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen (spårbarhet). En journal eller akt ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård/omsorg sam en rättssäker handläggning.

Det fortlöpande arbetet med att på ett systematiskt sätt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras löpande. Det innefattar både riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering. Dokumentation ska ske enligt beslutade processer, rutiner och instruktioner och på/i anvisade blanketter/system. Varje moment i det systematiska kvalitetsarbetet ska ha tillhörande styrdokument i vilka det ska framgå hur dokumentation ska ske.

##### **4.4.6.1 Kvalitetsberättelse/patientsäkerhetsberättelse**

En gång om året sammanställs och analyseras det systematiska kvalitetsarbetet genom en sammanhållen kvalitetsberättelse som redovisas till respektive nämnd. Kvalitetsberättelse ska innehålla information om hur det systematiska löpande arbetet för att utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits under föregående år. Den ska även innehålla information om vilka åtgärder som verksamheten har vidtagit för att säkra kvaliteten samt vilka resultat som utifrån detta arbete uppnåtts. Genom att kvalitetsberättelsen redovisas för nämnden och därmed diarieförs blir den även tillgänglig för allmänheten.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) reglerar att vårdgivare senast 1 mars varje år ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla information om hur ansvaret enligt 3 kap 9 § patientsäkerhetslagen varit fördelat under året och hur patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats. Information kring hur samverkan har möjliggjorts i arbetet med att förebygga vårdskador samt risken för vårdskador ska även beskrivas samt hur många som bedömts som allvarliga. Det ska även framgå hur rapporter enligt patientsäkerhetslagen samt inkomna synpunkter och klagomål har hanterats.