

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

## Vård- och omsorgsnämnden

---

Typ av styrdokument: Riktlinje  
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden  
Datum för beslut: 2014-03-24 § 22  
Diarienummer: 2022.302 VON

Gäller för: Vård- och omsorgsnämndens  
verksamheter  
Giltighetstid: Tills vidare  
Reviderad senast: 20xx-xx-xx § xx  
Dokumentansvarig: EC kvalitetsenheten

# Innehåll

<b>Innehåll.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet .....</b>	<b>3</b>
1.1. Inledning.....	3
1.2. Syftet med ett ledningssystem för kvalitet .....	3
<b>2. Kvalitetsarbetet.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Beskrivning av verksamhet .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Lagar och förordningar .....</b>	<b>5</b>
<b>5. Styrmodell .....</b>	<b>5</b>
5.1. Mål och resultatstyrning .....	6
5.2. Kvalitetsstyrning .....	6
5.3. Verksamhetsuppföljning .....	7
<b>6. Kvalitetskrav för god vård och omsorg .....</b>	<b>7</b>
<b>7. Ansvar för kvalitetsarbetet.....</b>	<b>8</b>
7.1. Vård och omsorgsnämnden (Vårdgivare enligt HSL) .....	8
7.2. Förvaltningschef .....	8
7.3. Verksamhetschef enligt HSL.....	8
7.4. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) 9	
7.5. Socialt ansvarig samordnare, SAS, .....	10
7.6. Avdelningschef .....	10
7.7. Enhetschef .....	11
7.8. Medarbetare .....	11
7.9. Extern utförare.....	12
<b>8. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad.....</b>	<b>12</b>
8.1. Processer och rutiner.....	12
8.2. Styrande dokument.....	13
8.3. Samverkan .....	13
<b>9. Systematiskt förbättringsarbete .....</b>	<b>13</b>
9.1. Riskanalys .....	14
9.2. Egenkontroll .....	15
9.2.1 Nämndens plan för egenkontroll .....	16
9.3. Hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser .....	16
<b>10. Medarbetarens medverkan .....</b>	<b>17</b>
<b>11. Kompetensförsörjning .....</b>	<b>18</b>
<b>12. Dokumentationsskyldighet .....</b>	<b>18</b>

Bilaga 1. Laglista

## **1. Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet**

### **1.1. Inledning**

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, beskrivs kraven för vad ett kvalitetsledningssystem ska omfatta. SOSFS 2011:9 består av både föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer).

Föreskrifterna och de allmänna råden omfattas av:

- 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (217:30)
- 16 § tandvårdslagen (1985:125)
- 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387)
- 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen, SoL (2001:453) (*HSLF-FS 2017:12*)
- 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659)

Kvalitetsledningssystemet ska integreras med de befintliga systemen för målstyrning samt budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som nämnden upphandlar tjänster av eller har avtal med.

### **1.2. Syftet med ett ledningssystem för kvalitet**

Ett välfungerande ledningssystem innebär att det för verksamheten finns en organisatorisk struktur med ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Systemet ska vara lättillgängligt för medarbetarna och ett stöd i det dagliga arbetet. Det ska också motivera till att utveckla verksamhetens kvalitet. Utgångspunkten är att kvalitetsarbetet ska vara levande och ledningssystemet bör därför revideras årligen.

## **2. Kvalitetsarbetet**

Kvalitet kan uttryckas som förhållandet mellan förväntning och upplevelse. Det ska vara tydligt för den som kommer i kontakt med förvaltningen vad de förvänta sig. Den enskilde har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet.

Enligt föreskriften definieras kvalitet som: Verksamheten uppfyller de krav och mål som

enligt lagar och andra föreskrifter som gäller för området. De som avses är hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. (2 kap 1 § SOSFS 2011:9).

Att arbeta med kvalitet innebär att vi säkerställer det vi har som uppgift att göra. Alla insatser ska utföras på ett säkert sätt och med kvalitet så att den enskilde upplever sig nöjd med stödet/hjälpen. Systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbetet utgår från gemensamma arbetsmetoder som följs upp och utvecklas beroende på hur de fungerat och vilket resultat de lett till. På så vis återförs erfarenheter och kunskap för att förbättra metoder och verksamhet. Alla medarbetare har ett gemensamt uppdrag för att säkra och utveckla kvaliteten.

### **3. Beskrivning av verksamhet**

I enlighet med vård- och omsorgsnämndens reglemente som beslutades av kommunfullmäktige den 14 december 2022, § xx är nämndens målgrupper människor över 65 år, människor som ingår i personkretstillhörighet enligt 1§ LSS som kan ansöka om insatser enligt både socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, människor med demens, människor som behöver hemsjukvård<sup>1</sup> eller hemtjänst samt människor i livets slutskede.

Vård-och omsorgsnämnden ansvarar bland annat för att, inom nämndens verksamhetsområde, fullgöra kommunens uppdrag enligt följande lagstiftning:

- socialtjänstlagen (2001:453),
- hälso-och sjukvårdslagen (2017:30),
- lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag,
- lag (2021:600) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter samt
- vad som i övrigt i lag eller annan författning sägs om socialnämnd.

Undantaget från nämndens ansvar är:

---

<sup>1</sup> Benämning kommer att ändras till kommunal primärvård.

- Hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (sjukvård i hemmet upp till sjuksköterskenivå) för personer inom socialpsykiatri.
- Nämnden ansvarar för uppgifter som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal oavsett övrig uppgiftsfördelning mellan nämnder. Nämndens ansvar för vård i livets slutskede omfattar inte vård i hospis.

I Alingsås tillämpas lagen om valfrihet, LOV, för verkställighet av hemtjänst och lagen om offentlig upphandling, LOU, för driften på vissa särskilda boenden.

## 4. Lagar och förordningar

Vård och omsorgsförvaltningens verksamheter styrs av en mängd lagar, författningar och nationella krav, utöver den interna styrningen (se bilaga Laglista). Dessa ska tillämpas i verksamheten på ett sätt som skapar värde för kommuninvånaren, utifrån den egna organisationens förutsättningar.

Kvaliteten och kontinuiteten säkras genom gemensamma arbetsmetoder, som kan förstås och tillämpas av alla, och som är lättillgängliga och tydliga.

## 5. Styrmodell

Alingsås kommun arbetar utifrån en styrmodell, antagen i kommunfullmäktige 2019-11-27, § 218.

Styrmodellen består av tre övergripande block; *mål- och resultatstyrning*, *kvalitetsstyrning* och *ekonomistyrning* som tillsammans bildar kommunens styrsystem. Styrmodellen har sin utgångspunkt i kommunens gemensamma vision och värdegrund samt kommunen och dess verksamheters grunduppdrag som regleras genom lagstiftning och nämndernas reglementen.

Kommunens vision är grundbulten i arbetet vi gör tillsammans i Alingsås. Den ska genomsyra alla verksamheter och vara känd för alla medarbetare. Visionen utgör den långsiktiga styrningen och gemensamma riktningen för hela kommunen.

*"Alingsås är Västsveriges vackraste kulturstad i en levande bygd. Genom nytänkande, engagemang och tillgänglighet skapar vi livskvalitet för alla."*

För att låta visionen få kraft i hela samhället har fem fokusområden tagits fram som tydliggör de särskilda inriktningar som fokus bör ligga på för att nå kommunens vision.

Fokusområdena ska vara vägledande för både politiker och chefer i styrningen av kommunen, och genomsyrar såväl politiska mål som verksamheternas egna mål.

- Vackra miljöer
- Livskvalitet
- Experimentlust
- Omställning
- Tillsammans

*Vision 2040 antogs av kommunfullmäktige den 28 mars 2018, § 55*

All verksamhet som bedrivs i Alingsås kommun ska vila på en tydlig värdegrund. Värdegrunden anger tonen i det förhållningssätt som präglar hela kommunens verksamhet och visar sig i hur vi agerar som medarbetare gentemot varandra. Varje dag, året om. Tillsammans har vi arbetat fram de värdeord som beskriver vårt förhållningssätt gentemot varandra: **engagemang, öppenhet och respekt.**

Styrmodellens syfte är att säkerställa att den politiska viljan får genomslag i verksamheterna, att kommunens verksamheter håller en hög kvalitet och att kommunen har en god ekonomisk hushållning där resurser används på bästa sätt.

## 5.1. Mål och resultatstyrning

Kommunfullmäktiges prioriterade mål med tillhörande indikatorer pekar ut områden som behöver prioriteras för att utveckla kommunen. De tydliggör nämndernas och bolagens inriktning för den kommande planperioden. Målen bryts ned i nämndens budget och följs upp i samband med bokslut. Internkontrollplanen ingår som en del i nämndens budget.

I styrmodellens tillhörande anvisningar finns krav på analys av de utfall av mål och nyckeltal som nämnderna och bolagen ställt upp i sina budgetar och som de följer upp vid bokslut. Kommunens kvalitetsstrategi är en del av kommunens styrmodell och ska bidra till att uppnå uppsatta mål och indikatorer.

## 5.2. Kvalitetsstyrning

Utöver att nämnden är ålagda enligt lagstiftning att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete på ett särskilt sätt, så ansvarar samtliga verksamheter i kommunen för att löpande följa upp och kvalitetssäkra att verksamhetens grunduppdrag bedrivs på ett kvalitativt sätt.

Kommunens styrmodell innefattar vissa gemensamma utgångspunkter för systematisk kvalitetsuppföljning som gäller för alla nämnder. Arbetssättet går ut på att varje förvaltning utifrån definitionen av god kvalitet och med fokus på sitt grunduppdrag identifiera och

definiera de områden som är särskilt viktiga för en god kvalitet i den egna verksamheten, så kallade kritiska verksamhetsfaktorer.

De kritiska verksamhetsfaktorerna ska formuleras på förvaltningsnivå och ska systematiskt följas upp genom att analysera verksamhetens kvalitet och följa lämpliga nyckeltal. De kritiska kvalitetsfaktorerna revideras årligen vid behov och varje förvaltning säkerställer att den egna nämnden får information om de kritiska verksamhetsfaktorerna. Instruktioner till hur identifiering och dokumentering av kritiska verksamhetsfaktorer sker finns i anvisningar till nämndens budget.

### **5.3. Verksamhetsuppföljning**

Förvaltningens styrning mot att uppnå målen i kommunens mål- och resultatstyrning, och kvalitetsstyrningen sker genom att mål och kritiska verksamhetsfaktorerna bryts ner i chefs- och medarbetaröverenskommelse. Det åligger respektive chef på underliggande nivå att analysera och följa upp mål och kritiska verksamhetsfaktorer för den egna verksamheten. Uppföljning av hur målen utvecklas sker två gånger per år i samband med delårs- och årsuppföljning.

Varje medarbetare ska vara delaktig, ta ansvar och bidra till verksamhetens utveckling.

## **6. Kvalitetskrav för god vård och omsorg**

Nämnden har antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. Dessa krav finns specificerade för särskilt boende, hemtjänst, kommunal primärvård, samt funktionsstöd. All verksamhet följs årligen upp utifrån dessa krav. Vård- och omsorgsnämnden justerar löpande dessa krav vid behov för att utveckla och förbättra vården och omsorgen.

Kraven utgår från de områden som Socialstyrelsen har angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg. Kraven finns beskrivna under följande rubriker:

- Värdegrund
- Säker vård och omsorg
- God och säker vård och omsorg
- God kvalitet i stöd och service
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

## **7. Ansvar för kvalitetsarbetet**

Ansvaret för hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

### **7.1. Vård och omsorgsnämnden (Vårdgivare enligt HSL)**

Ansvarar för att

- det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som fastställer grundprinciperna för ledning av verksamheten,
- verksamheten håller en god kvalitet,
- fastställa mål, inriktning och direktiv för vård och omsorgsförvaltningen,
- fastställa en årlig patientsäkerhetsberättelse utifrån hälso- och sjukvårdslagens ansvarsområde samt
- fastställa en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse utifrån nämndens ansvarsområde.

### **7.2. Förvaltningschef**

Ansvarar för att

- kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål till all berörd verksamhet samt organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser,
- leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen,
- Ger förutsättningar för att planera, genomföra, utvärdera och analysera kvalitetsarbetet,
- förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och efterlevs,
- samordna övergripande kvalitetsprojekt,
- delge utförare mål, kvalitetskrav och direktiv mm,
- i samverkan med MAS, MAR, SAS och övriga utsedda stödfunktioner initiera, fastställa och följa upp processer, riktlinjer och rutiner på förvaltningsnivå,
- i samverkan med MAS, MAR, SAS och övriga utsedda stödfunktioner initiera revidering av ledningssystemet,
- Ansvarar för att en årlig patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse upprättas, samt
- rapportera till Vård och omsorgsnämnden.

### **7.3. Verksamhetschef enligt HSL**



Ansvarar för att

- planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls samt uppfylla de krav som anges enligt HSLF-FS 2021:43, Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården,
- vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador,
- utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada,
- ansvara för att kommuninvånarna och deras anhöriga får möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet, samt
- i samverkan med MAS och MAR, upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse.

#### **7.4. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)**

Ansvarar för att

- Säkerställa att patienten får en ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde (Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80,)
- Säkerställa att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL (Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80),
- bevaka och följa upp att kvalitet och säkerhet upprätthålls inom vård och omsorgsnämndens och socialnämndens ansvarsområde avseende HSL.
- bevaka och informera om förändringar i lagar och förordningar som rör området,
- utfärda och fastställa riktlinjer och rutiner utifrån aktuell lagstiftning,
- utföra granskningar och uppföljningar inom hälso- och sjukvårdens område enligt fastställda dokument samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag,
- återkoppla och redovisa resultat av granskningar till verksamhet, förvaltningsledning och nämnd,
- upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse tillsammans med verksamhetschefen enligt § 29 HSL samt redovisa denna till nämnden,
- anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO när någon i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada (Lex Maria), delegerat från nämnden samt
- vara anmälningsansvarig avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter (HSLF-FS 2021:43).
- bistå förvaltningschef och nämnd i framtagandet av mål och kvalitetskrav samt
- bistå förvaltningschef i uppföljning av hur utförarna arbetar med nämndens mål och kvalitetskrav mm.

## 7.5. Socialt ansvarig samordnare, SAS,

Ansvarar för att

- bevaka och följa upp att kvalitet upprätthålls inom Vård och omsorgsnämndens ansvarsområde,
- bevaka och informera om förändringar i lagar och förordningar som rör området,
- bistå förvaltningschef och nämnd i framtagandet av mål och kvalitetskrav,
- bistå förvaltningschef i uppföljning av hur utförarna arbetar med nämndens mål och kvalitetskrav mm,
- utfärda och fastställa riktlinjer och rutiner utifrån aktuell lagstiftning,
- utföra granskningar och uppföljningar inom nämndens ansvarsområde enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag,
- redovisa resultat av granskningar till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd,
- upprätta en sammanhållen årlig kvalitetsberättelse samt redovisa denna till nämnden, samt
- anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, vid missförhållanden eller risk för missförhållande, enligt Lex Sarah, delegerat från nämnden.

## 7.6. Avdelningschef

Ansvarar för att

- bedöma vilka processer, rutiner och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål,
- upprätta en årlig kvalitetsplan för avdelningen utifrån de resultat som framkommer av kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen,
- initiera och utföra riskanalyser inom verksamhetsområdet,
- utöva egenkontroll,
- rapportera, ta emot och utreda synpunkter, klagomål och avvikelser i enlighet med nämndens riktlinje *"Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser"*,
- där behov finns upprätta lokala rutiner för avdelningen utifrån gällande riktlinjer och rutiner samt följa upp och revidera dessa minst en gång årligen,
- årligen sammanställa och analysera avdelningens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till MAS/MAR,
- årligen sammanställa och analysera avdelningens kvalitetsarbete och redovisa detta till SAS,
- medarbetare har kunskap och information om avvikelshantering, riskanalyser, egenkontroller, resultatet från olika granskningar samt om processer och rutiner,
- det finns rutiner som säkerställer den bemanning som krävs för att kunna genomföra nämndens uppdrag, samt
- det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet och att kompetensutveckling sker i syfte att öka kvaliteten i arbetet.

## 7.7. Enhetschef

Ansvarar för att

- bedöma vilka processer, rutiner och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål,
- upprätta en årlig kvalitetsplan för enheten utifrån de resultat som framkommer av kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen,
- initiera och utföra riskanalyser inom verksamhetsområdet,
- utöva egenkontroll,
- rapportera, ta emot och utreda synpunkter, klagomål och avvikelser i enlighet med nämndens riktlinje *"Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser"*,
- där behov finns upprätta lokala rutiner för enheten utifrån gällande riktlinjer och rutiner samt följa upp och ev. revidera dessa regelbundet,
- årligen sammanställa och analysera enhetens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till avdelningschef,
- årligen sammanställa och analysera enhetens kvalitetsarbete och redovisa detta till avdelningschef,
- rapportera till avdelningschef,
- medarbetare har kunskap och information om avvikelshantering, riskanalyser, egenkontroller, resultatet från olika granskningar samt om processer och rutiner,
- det finns rutiner som säkerställer den bemanning som krävs för att kunna genomföra nämndens uppdrag, samt
- det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet och att kompetensutveckling sker i syfte att öka kvaliteten i arbetet.

## 7.8. Medarbetare

Ansvarar för att

- ha kännedom om och arbeta efter gällande lagstiftning, mål, processer, riktlinjer och rutiner,
- medverka till att de insatser som genomförs är av god kvalitet samt påtala om något inte fungerar,
- aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete samt utveckla arbetssätt och rutiner,
- rapportera avvikelser och ta emot synpunkter och klagomål i enlighet med nämndens riktlinje *"Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser"*,
- medverka i arbetet med riskanalyser,
- känna till och aktivt arbeta utifrån nämndens mål samt,
- utföra sitt arbete med god kvalitet.

## 7.9. Extern utförare

Ansvarar för att

- upprätta ett eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete motsvarande kraven i SOSFS 2011:9,
- att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet och ge information om resultatet till sina medarbetare inom sitt verksamhetsområde,
- fyra gånger om året lämna en redovisning av inkomna avvikelser SoL, synpunkter och klagomål samt
- årligen sammanställa enheternas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till den av nämnden utsedda tjänstepersoner i Alingsås kommun.

## 8. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

### 8.1. Processer och rutiner

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning och bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhets kvalitet. Det kan gälla kärnprocesser, styrprocesser och stödprocesser.

Processorienteringen möjliggör en ökad tydlighet i verksamhetens funktion och bidrar till en ökad förståelse för verksamhetens olika uppdrag och ansvarsområden. Med hjälp av tydliga processer tydliggörs vem som ska göra vad, när och på vilket sätt.

Kärnprocesserna inom vård- och omsorgsförvaltningen är:

- Socialtjänstprocessen SoL
- Socialtjänstprocessen LSS
- Kommunala hälso- och sjukvårdsprocessen
- Bostadsanpassningsprocessen
- Förebyggande processen

Varje kärnprocess består av flera delprocesser och har också närliggande processer kopplade till sig. Processbeskrivningarna visar vilka aktiviteter som utgör processen och dess inbördes ordning. Till processbeskrivningarna kopplas rutiner för att säkerställa att aktiviteterna utförs enligt fastställt tillvägagångssätt. I processbeskrivningarna anges vem som ansvarar för varje del av utförandet. Förvaltningens processbeskrivningar kartläggs och modelleras efter samma princip i beslutstödet 2c8. Fastställda processer med tillhörande beskrivningar och anvisningar kommer att finnas tillgängliga via kommunportalen.

## 8.2. Styrande dokument

Riktlinjer och rutiner ska vara kända och ändamålsenliga och ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat.

Framtagande och utformning av riktlinjer och rutiner sker utanför utvecklingen av ett processororienterat arbetssätt och i enlighet med vård- och omsorgsförvaltningens riktlinjer för styrande dokument, *"Riktlinje för styrande dokument"*.

## 8.3. Samverkan

Samverkan är en lagstadgad skyldighet för både socialtjänst och hälso- och sjukvården. Ledningssystemet ska beskriva med vem eller vilken samverkan ska ske.

De processer där samverkan behövs ska identifieras för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

De processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada ska identifieras.

Socialtjänst och hälso- och sjukvård är skyldiga att samverka på alla nivåer i organisationen i syfte att säkra god kvalitet för den enskilde. Samverkan, såväl internt som externt, är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges.

Utöver samverkansbestämmelserna i socialstyrelsens föreskrifter om kvalitet finns även andra bestämmelser som förutsätter eller kräver samverkan. Sådana krav ingår också i det som ska säkras med stöd av ledningssystemet.

## 9. Systematiskt förbättringsarbete

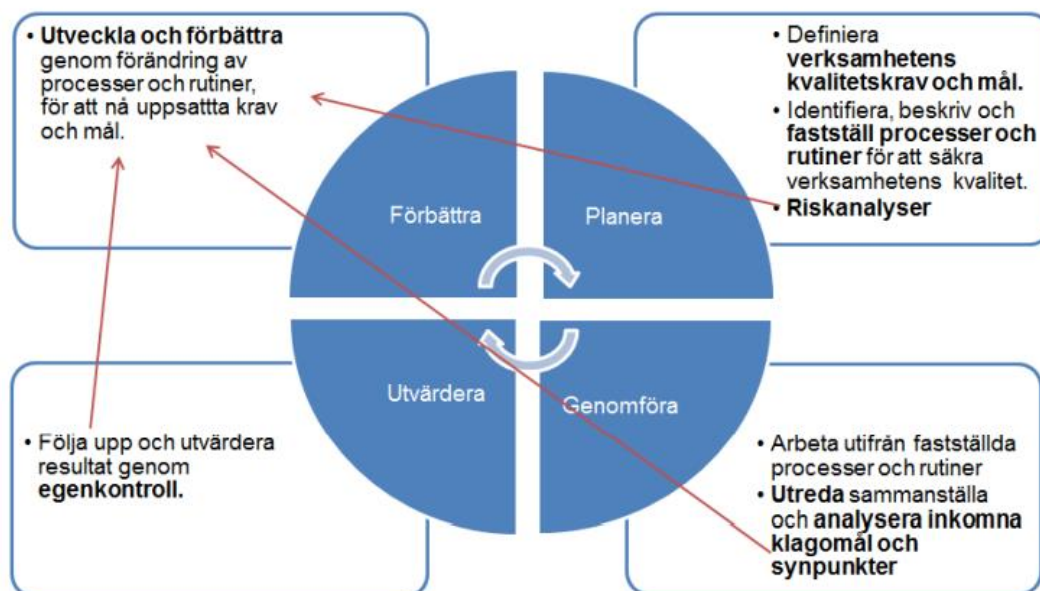
Ledningssystemet ska användas för att

- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten och
- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen bedrivs arbetet med att utveckla och säkra kvalitet genom stegen planera, genomföra, utvärdera, förbättra:

- I planeringsstadiet definieras verksamhetens kvalitetskrav och mål, processer och rutiner fastställs och riskanalyser genomförs.
- I steget genomföra utförs arbetet utifrån processer och rutiner och inkomna klagomål och synpunkter utreds och analyseras.
- I utvärderingssteget följs resultat genom egenkontroll upp.
- I förbättringssteget utvecklas och förbättras verksamheten genom förändring av processer och rutiner för att nå uppsatta krav och mål.



## 9.1. Riskanalys

Riskanalyser innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande, det vill säga arbetar förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Riskanalyser innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalyser ska genomföras fortlöpande.

På strategisk nivå genomför vård- och omsorgsnämnden i den årliga budget- och planeringsprocessen en väsentlighets- och riskanalys som knyter ihop styrmodellen med den interna kontrollen och arbetssättet med kritiska verksamhetsfaktorer.

På avdelnings- och enhetsnivå ska riskanalyser genomföras fortlöpande under året exempelvis vid:

- Frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en arbetsprocess
- När arbetsmoment uppfattas vara riskfyllda.
- Införande av ny metod eller teknik
- Vid organisationsförändringar
- När negativa händelser har inträffat i en liknande organisation som även skulle kunna inträffa i den egna verksamheten

Vid beslut och bedömningar som rör den enskilde brukarens vård- och omsorgsbehov ska en riskanalys genomföras för att förebygga och förhindra skador. Förvaltningen är ansluten till ett antal olika nationella kvalitetsregister avseende riskförebyggande arbete på individnivå.

Varje chef ansvarar, inom sitt uppdrag, för att initiera och genomföra riskanalyser samt vidta åtgärder.

## **9.2. Egenkontroll**

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som behövs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Med egenkontroll avses regelbunden och systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder, samt kontroll av att uppföljningen bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontrollen ska dokumenteras och regelbundet följas upp systematiskt inom samtliga nivåer. Respektive chef ansvarar för att den löpande egenkontrollen är tillräcklig och att, vid behov, vidta åtgärder för detta.

Nämndens egenkontroll består av olika informationskällor om kvalitet och kan sammanfattas i följande bild.



## Nämndens egenkontroll

Brukarens bedömning	Nämndens egen bedömning	Nationell och regional bedömning
<ul style="list-style-type: none"><li>• Brukarenkäter</li><li>• Synpunkter och klagomål</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Måluppföljning och internkontroll</li><li>• Uppföljning av kritiska verksamhetsfaktorer</li><li>• Årlig granskning av kvalitetskrav</li><li>• Lex Sarah, Lex Maria och avvikelser</li><li>• Andra interna mätningar och kontroller</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nationella jämförelser</li><li>• Externa tillsyner och granskningar</li></ul>

### 9.2.1 Nämndens plan för egenkontroll

Som en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete antar nämnden årligen en plan för egenkontroll. Syftet med planen är att tydliggöra de områden och kvalitetskrav som nämnden särskilt behöver granska under nästkommande år.

Väsentlighets- och riskanalysen och nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse ligger till grund för nämndens egenkontrollplan.

Egenkontrollplanen ingår och beslutas om i nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Resultatet från arbetet med egenkontroll rapporteras till nämnd två gånger per år i enlighet med detta dokument.

Ett övergripande årshjul av den planerade och granskningen och egenkontrollen redovisas i beslutsstödet Hypergyne.

### 9.3. Hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på 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 och föreningar samt andra organisationer.



Genom att systematiskt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp händelser, synpunkter och klagomål kan verksamheten dra lärdom av det som hänt och genomföra förändringar för att förhindra upprepning.

I lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheter att rapportera vårdskador och risker för vårdskador respektive missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden.

Avvikelse som sker ska rapporteras och hanteras i enlighet med vård- och omsorgsnämndens riktlinje *"Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser"*. Riktlinjen beskriver också rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah, och HSLF-FS 2017:41 (lex Maria).

Registrering och omhändertagande av klagomål och synpunkter ska ske i enlighet med Alingsås kommuns riktlinje *"Riktlinje och rutin för synpunktshantering"*, samt vård- och omsorgsnämndens riktlinjer *"Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser"*.

## **10. Medarbetarens medverkan**

För att verksamheten ska uppnå en hög kvalitet behövs engagemang i hela förvaltningen. All personal har ett ansvar att medverka i och bidra till att en god och säker vård och omsorg uppnås. Medarbetarens delaktighet i kvalitetsarbetet är nödvändigt för att chefen ska kunna följa verksamhetens resultat.

Ledningssystemet för ett systematiskt kvalitetsarbete är ett stöd för det förbättringsarbete som ska utmynna i kvalitetsförbättringar för den enskilde. Genom att vi följer processer, rutiner och arbetssätt, dokumenterar det som görs, följer upp resultat och arbetar med förbättringar och när vi identifierar avvikelser skapar vi nytta för våra brukare. Förutom det strukturerade förbättringsarbetet ska chefer uppmuntra ett öppet förhållningssätt till förbättringsarbete och låta det genomsyra arbetet på alla nivåer.

Som chef har du ansvar för att dina medarbetare har kunskap och information om avvikelshantering, riskanalyser, egenkontroller, resultat från olika granskningar samt om processer och rutiner. Varje chef ansvarar också för att se till att det finns rutiner för att regelbundet gå igenom förändringar i personalens arbetsbelastning och i brukarnas behov av stöd, vård och behandling. Syftet med dessa rutiner är att försäkra sig om att den bemanning som krävs för att kunna genomföra nämndens uppdrag är tillgodosett.

Varje medarbetare är ansvarig för att lära sig, förstå och följa de processer, rutiner och arbetssätt som finns i verksamheten som medarbetaren arbetar inom.

## **11. Kompetensförsörjning**

Medarbetarens möjlighet att bidra i kvalitetsarbetet och därmed till en god vård och omsorg är kopplat till dess kompetens. Att medarbetare har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och bidra till en god vård och omsorg

För utförande av uppgifter inom förvaltningens ansvarsområde ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Det finns olika kompetenskrav kopplade till personal med arbetsuppgifter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. All personal omfattas således av kompetenskrav.

Den som bedriver verksamhet ansvarar för att det finns den personal som behövs för att kunna ge god vård och omsorg, samt för att bedöma vilka utbildningsinsatser som behövs för att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner.

Chefer på alla nivåer ansvarar för att kompetensutveckling sker i syfte att öka kvaliteten i arbetet. Som chef ansvarar du också för att planera din rekrytering så att dina medarbetare som grupp har den kompetens som krävs. Möjlighet till stöd och kompetensförstärkning för att hantera svåra situationer i det dagliga arbetet måste också ingå i planering av kompetensförsörjning.

## **12. Dokumentationsskyldighet**

Den som bedriver verksamhet ska dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till.

Dokumentation kan avse planeringen av de olika aktiviteterna och dokumentation av framkomna resultat och hur dessa har hanterats.

I enlighet med kraven om dokumentationsskyldighet i SOSFS 2009:11 sammanställer och dokumenterar nämnden varje år delar av kvalitetsarbetet i en kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen ger en samlad analys av informationskällor av kvaliteten i nämndens verksamhet.

### *Kvalitetsberättelse*

I kvalitetsberättelsen framgår det

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som uppnåtts

### *Patientsäkerhetsberättelse*

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast de 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse, som bl.a. ska innehålla hur

- det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten,
- patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats,
- samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,
- risker för vårdskador har hanterats i dokumentationen.

## Bilaga. Laglista

Nedan följer de viktigaste lagarna, förordningarna och föreskrifterna för vård- och omsorgsförvaltningens ansvarsområde:

### Lagar, förordningar

- Barnkonventionen - UNICEF Sverige
- Dataskyddsförordningen
- Diskrimineringslag (2008:567) Svensk författningssamling 2008:2008:567 t.o.m. SFS 2022:848 - Riksdagen
- Förordning (1992:289) om särskild personutredning i brottmål, m.m. Svensk författningssamling 1992:1992:289 t.o.m. SFS 2020:1054 - Riksdagen
- Förordning (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten Svensk författningssamling 2001:2001:637 t.o.m. SFS 2022:923 - Riksdagen
- Förvaltningslag (2017:900) Svensk författningssamling 2017:2017:900 t.o.m. SFS 2019:981 - Riksdagen
- Föräldrabalk (1949:381) Svensk författningssamling 1949:1949:381 t.o.m. SFS 2022:966 - Riksdagen
- Kommunallag (2017:725) Svensk författningssamling 2017:2017:725 t.o.m. SFS 2022:638 - Riksdagen
- LSS - Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade Svensk författningssamling 1993:1993:387 t.o.m. SFS 2022:1253 - Riksdagen
- Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten Svensk författningssamling 2001:2001:454 t.o.m. SFS 2022:914 - Riksdagen
- Lag (2007:171) om registerkontroll av personal vid vissa boenden som tar emot barn Svensk författningssamling 2007:2007:171 t.o.m. SFS 2009:595 - Riksdagen
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem Svensk författningssamling 2008:2008:962 t.o.m. SFS 2022:992 - Riksdagen
- Lag (2009:47) om vissa kommunala befogenheter Svensk författningssamling 2009:2009:47 t.o.m. SFS 2022:1241 - Riksdagen
- Lag (2010:479) om registerkontroll av personal som utför vissa insatser åt barn med funktionshinder Svensk författningssamling 2010:2010:479 - Riksdagen
- Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Svensk författningssamling 2016:2016:1145 t.o.m. SFS 2022:1138 - Riksdagen
- Offentlighets- och sekretessförordning (2009:641) Svensk författningssamling 2009:2009:641 t.o.m. SFS 2022:1392 - Riksdagen
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) Svensk författningssamling 2009:2009:400 t.o.m. SFS 2022:1314 - Riksdagen
- Socialförsäkringsbalk (2010:110) Svensk författningssamling 2010:2010:110 t.o.m. SFS 2022:1291 - Riksdagen
- Socialtjänstförordning (2001:937) Svensk författningssamling 2001:2001:937 t.o.m. SFS 2022:1436 - Riksdagen
- SoL - Socialtjänstlag (2001:453) Svensk författningssamling 2001:2001:453 t.o.m. SFS 2022:1034 - Riksdagen

**- Föreskrifter och allmänna råd**

- HSLF-FS 2022:39 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer
- HSLF-FS 2016 - 59 Socialstyrelsens föreskrifter om statsbidrag för viss verksamhet på funktionshinderområdet
- HSLF-FS 2016:86 Socialstyrelsens föreskrifter om Socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter om insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning
- SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- SOSFS 2014:2 Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning
- SOSFS 2012:6 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS
- SOSFS 2012:3 Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre
- 2011:12 Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre
- SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah
- Socialstyrelsens 2008:32 allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärende som avser personer med funktionshinder
- SOSFS 2007:17 Socialstyrelsens allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärende som avser äldre personer
- 2005:21 Kommunens skyldighet att lämna statistik om stöd och service till vissa funktionshindrade
- SOSFS 2002:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 (1993:387 om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- SOSFS 2002:8 Socialstyrelsens allmänna råd om avgifter inom äldre och handikappomsorg

**Övergripande lagar och förordningar inom hälso- och sjukvård**

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)
- Tandvårdslag (1985:125)
- Läkemedelslag (2015:315)
- Lag (1993:584) om medicintekniska produkter
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården
- Lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

## Bilaga 1.

- Lag (2018:1212) om nationell läkemedelslista
- Lag (2022:1250) om egenvård
- SFS 2017:80 Hälso- och sjukvårdsförordningen
- SFS 2013:196 om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg om beslut att avskeda legitimerad yrkesutövare

### Författningar och allmänna råd

- SOSFS 1998 Allmänna råd om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område
- SOSFS 1999:26 Förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner
- SOSFS 1999:26 Förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner
- SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården
- SOSFS 2004:11 Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården mm
- SOSFS 2005:26 Hantering av smittförande avfall från hälso- och sjukvården
- SOSFS 2008:18 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- SOSFS 2008:21 Anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen
- SOSFS 2009:6 om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård
- SOSFS 2011:7 Livsuppehållande behandling
- SOSFS 2012:17 Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning
- SOSFS 2014:10 Förebyggande av och behandling vid undernäring
- SOSFS 2015:10 Basal hygien inom hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2015:15 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall
- HSLF-FS 2016:40 Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2017:37 Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2017:40 Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
- HSLF-FS 2017:41 Anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria);
- HSLF-FS 2018:43 Behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel
- HSLF-FS 2018:54 Att utfärda intyg i hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2020:81 Behörighet för sjuksköterskor att ordinera läkemedel för vaccination mot sjukdomen covid-19
- HSLF-FS 2021:52 Användande av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2022:44 Smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS;
- HSLF-FS 2022:49 Förebyggande av och behandling vid undernäring;