KARLSBORG

# Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete

| | |
|---|---|
| Gäller för: | Socialförvaltningen |
| Diarienummer: | 2025-153 |
| Beslutande: | Socialnämnden |
| Datum för beslut: | 2025-06-09 |
| Paragraf i protokoll: | § 61 |
| Gäller från och med: | 2025-07-01 |
| Dokumentansvar: | Socialchef |
| Aktualitetsprövning: | Ska ske under första året av varje mandatperiod. |

# Innehåll

BAKGRUND ..... 2
Syfte ..... 2
Kvalitetsbegrepp ..... 2
Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad ..... 4
Processer ..... 4
Styrdokument – riktlinjer, rutiner mm ..... 4
Samverkan ..... 4
Systematiskt förbättringsarbete ..... 4
Utredning av avvikelser ..... 6
Förbättrande åtgärder ..... 6
Dokumentation för Systematiskt Kvalitetsarbete ..... 7
Ansvarsfördelning ..... 8
Socialnämnden ..... 8
Socialchef ..... 8
Enhetschef ..... 9
MAS ..... 9
Medarbetare ..... 10

# 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 verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Författningen ska tillämpas på verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Föreskriften gäller all typ av verksamhet (t.ex. myndighetsutövning och verkställande av beslut) och alla typer av insatser.

# Syfte

Syftet med ledningssystemet är att det skall användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet säkerställer att rätt saker görs på rätt sätt och vid rätt tillfälle och skapar ordning så att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser kan förebyggas.
Genom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete arbetar verksamheten utifrån ett systemperspektiv som skapar struktur för ledning och styrning där ett kontinuerligt förbättringsarbete bedrivs.

Med hjälp av ledningssystemet ökar förståelsen för socialtjänstens uppdrag då detta tydliggörs i våra processer. Ledningssystemet tydliggör att rätt sak ska görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Det ska även ses som ett medel för att uppnå målet om god kvalitet och säkerställa att den enskilde får den hjälp och stöd utifrån sitt behov och att denna hjälp och stöd utförs med god kvalitet.
Ledningssystemet ska underlätta att verksamheten bedrivs så kostnadseffektivt som möjligt och i linje med de beslutade mål och prioriteringar som finns. Som exempel på god kvalitet är att rättssäkerheten garanteras, att barnperspektivet beaktas och att insatserna utformas efter den enskildes behov samt att dessa så långt som möjligt sker i samråd med den enskilde.

# Kvalitetsbegrepp

God kvalitet kan definieras genom att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och andra styrande beslut om kvalitet. I samband med kvalitetsbegreppet inom socialtjänsten anges ofta begrepp så som respekt för människors självbestämmande och integritet. Insatserna som utförs ska alltid utgå ifrån den enskildes behov och livssituation. Insatserna ska utgå ifrån en helhetssyn, vara samordnade och präglas av kontinuitet. De ska vara kunskapsbaserade och effektivt utförda. Insatserna ska vara tillgängliga och fördelade efter behov. Myndighetsutövningen ska präglas av rättssäkerhet.

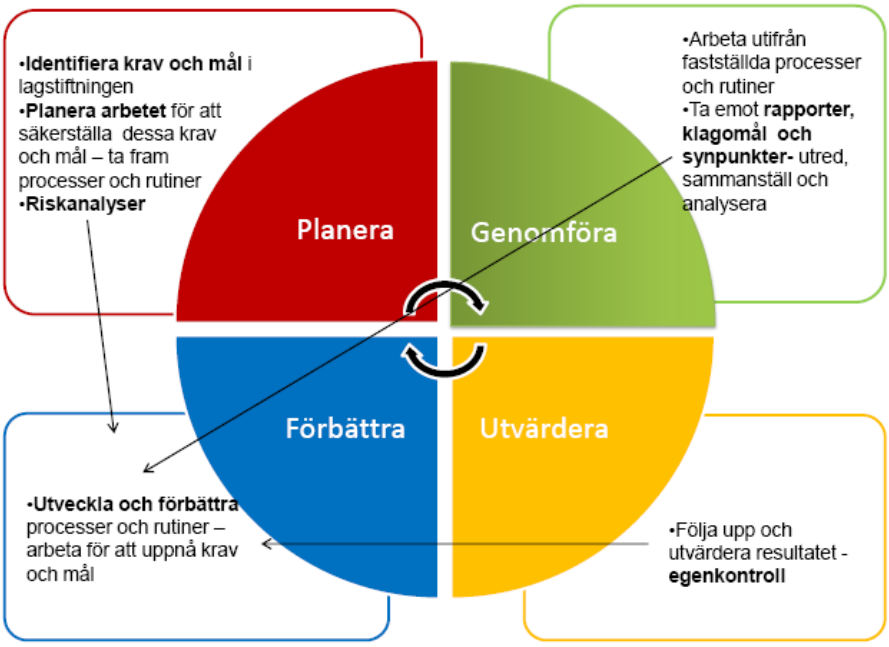
Som exempel på god kvalitet är att rättssäkerheten garanteras, att barnperspektivet beaktas och att insatserna utformas efter den enskildes behov samt att dessa så långt som möjligt sker i samråd.

Utöver de krav och mål som lagar och författningar anger finns mål och åtagande som socialnämnden i Karlsborg fastställt och ska därför beaktas i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

I socialnämndens styrkort finns mål för verksamheten samt vilka aktiviteter som förvaltningen ska genomföra för att uppnå målet. Styrkortet finns även styrtal för att mäta om målet är uppnått eller inte. Verksamheterna har egna styrkort utifrån samma modell.

## Förbättringshjul

Ledningssystemet ska ses som ett förbättringshjul där verksamheten beskriv i fyra faser:
planera, genomföra, utvärdera, förbättra



# Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

## Processer

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Aktiviteterna anger vad som ska göras och de ska utföras i en bestämd ordning. Verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra kvaliteten. Kartläggningen görs på olika nivåer beroende på verksamhetens omfattning och struktur. Varje enhetschef ska ha en sammanställning av de processer och aktiviteter som finns inom enheten. Socialchefen ska ha motsvarande sammanställning för förvaltningsövergripande processer. Processkartorna ska bidraga till en gemensam bild av vad arbetet på enheten innehåller samt till ett effektivt och kvalitetssäkrat arbete.

## Styrdokument – riktlinjer, rutiner mm

En rutin är en beskrivning av ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret är fördelat. Varje aktivitet ska beskrivas så att det blir tydligt hur aktiviteten ska utföras, vem som ska utföra den och när den ska utföras. Även andra styrande dokument (manualer, checklistor, anvisningar mm) kan finnas. Riktlinjer fastställs av socialnämnd. Styrdokumenten ska finnas tillgängliga på intranätet samt i socialförvaltningens kvalitetsledningssystem. Originaldokument ska ej sparas på enskild dator, utan skickas till förvaltningsekreterare för diarieföring. Den dokumentansvarige ser till att styrdokumenten uppdateras vid behov, se Karlsborgs kommuns Riktlinje för styrdokument

## Samverkan

Närmast ansvarig chef ska identifiera i vilka processer det behövs samverkan för att kunna säkra kvaliteten och patientsäkerhet. Processer med tillhörande dokument ska det beskrivas hur samverkan internt och/eller externt ska ske.

## Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt krävs ett fortlöpande och systematiskt förbättringsarbete. I detta förbättringsarbete ingår riskanalyser och egenkontroller. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras Riktlinje för kvalitetssäkring genom avvikelsehantering. Identifierade brister ska åtgärdas, men

även processer och rutiner anpassas så att brister inte upprepar sig i organisationen. Detta arbetssätt bidrar till att systematiskt förbättra och säkra upp kvaliteten.

## Riskanalys

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Arbetet med riskanalyser är framåtblickande och förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Riskanalysen ska bedöma sannolikheten för att en händelse ska inträffa samt en bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följd av händelsen. Riskanalyserna ska genomföras fortlöpande. Åtgärder ska beslutas om och genomföras i verksamheten. Särskild rutin för hur arbetet med riskanalys finns fastställd. Arbetet med riskanalyserna ska dokumenteras i kvalitetsledningssystemet.

## Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de beslutade processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen kan göras genom att:

- Jämföra verksamhetens resultat via kvalitetsregister och öppna jämförelser.
- Genomföra brukarundersökningar eller andra målgruppsundersökningar för att följa upp verksamhetens resultat.
- Granskning av journaler mm med hjälp av stickprov
- Undersöka om det finns förhållningssätt eller bemötande inom verksamheten som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- Analys från utlåtanden och granskningar från tex patientnämnden, IVO och revisorer.

Egenkontroll ska göras i den frekvens och omfattning som krävs för att säkra kvaliteten. Faktorer som påverkar omfattningen kan vara verksamhetens inriktning, komplexiteten i den tillämpliga lagstiftningen, verksamhetens risknivå, genomförda förändringar eller införandet av nya arbetssätt.
Karlsborgs kommun har en gemensamt framtagen internkontrollplan där socialnämnden årligen kan besluta om extra kontrollpunkter. Utöver detta ska varje enhet ha en egenkontrollplan registrerad i avsett IT-system. Arbetet med egenkontroller ska ske enligt denna plan och dokumenteras i kvalitetsledningssystemet.

## Utredning av avvikelser

En avvikelse uppstår när en verksamhet inte når upp till de fastställda kraven och målen. Avvikelser kan exempelvis vara klagomål eller synpunkter från brukare, anhöriga/närstående eller brister som uppkommer i verksamheten. För att säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete ska inkomna klagomål, synpunkter och upprättade avvikelser utredas av enhetschef och/eller socialchef. Utredningen ska fokusera på att identifiera bakomliggande orsaker till avvikelsen och därefter föreslå och vidta åtgärder för att förhindra att liknande avvikelser uppstår i framtiden. Analys med tillhörande åtgärder ska dokumenteras i avsett IT-system.

Genom att använda utredningsmetoder där bakomliggande orsaker blir synliga och kontinuerlig genomföra förbättringar kan verksamheten säkerställa att kvalitetsbrister åtgärdas på ett strukturerat sätt.
Klagomål och synpunkter ska årligen sammanställas och presenteras för socialnämnden. Denna sammanställning ska inkludera en analys av trender och mönster för att identifiera områden som behöver förbättras. Genom att arbeta proaktivt med kvalitetsförbättringar kan verksamheten säkerställa att den uppfyller de krav och mål som ställs enligt lagar och föreskrifter

För att fånga upp ytterligare avvikelser finns det en lagstadgad skyldighet för all personal att rapportera om vårdskador, risk för vårdskador (HSL) eller missförhållanden, risk för missförhållanden då (SoL och LSS). Riktlinjer för hur rapporteringsskyldigheten ska fullgöras finns framtagna för både Lex Maria och Lex Sarah

Inkomna rapporter ska utredas av oberoende part med goda kunskaper i utredningsmetod, förslag på åtgärdsplan ska tas fram och presenteras för verksamheten samt socialnämnd. Utifrån fastställd matris ska beslut fattas av utsedd person enligt delegationsordning om rapporterad brist eller risk ska anmälas in till IVO som ett allvarligt missförhållande eller vårdskada. All dokumentation kring hantering av klagomål och synpunkter samt rapporter enligt Lex Sarah och Lex Maria diarieföras i kommunens avsedda IT-system.

## Förbättrande åtgärder

Genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser får verksamheten kännedom om när krav och mål för kvaliteten ej uppfylls. Åtgärder ska beslutas och genomföras i verksamheten för att säkra kvaliteten. Om det systematiska kvalitetsarbetet visar att processer och rutiner inte är ändamålsenliga, ska dessa förändras så att kvaliteten säkras. På så vis blir verksamheten en lärande organisation och framtida avvikelser kan förhindras.

## Personalens medverkan

För att uppnå en god kvalitet och säkerhet är medarbetarnas engagemang och delaktighet nödvändig. Enligt HSL, SoL och LSS är personalen skyldig att medverka till hög patientsäkerhet respektive god kvalitet. Respektive chef ska säkerställa att deras personal arbetar i enlighet med beslutade processerna och fastställda rutinerna som ingår i ledningssystemet.

# Dokumentation för Systematiskt Kvalitetsarbete

För att säkerställa att socialförvaltningen i Karlsborgs kommun upprätthåller hög kvalitet i sina tjänster, är det avgörande att ha en välstrukturerad och noggrant genomförd dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet. Dokumentationen bör omfatta följande aspekter:

**Mål och Strategier:** Beskrivning av de övergripande målen och strategierna för kvalitetsarbetet. Detta inkluderar långsiktiga och kortsiktiga mål samt de strategier som används för att uppnå dessa mål.

**Processer och Rutiner:** Detaljerad redogörelse för de processer och rutiner som implementeras för att säkerställa kvalitet. Detta kan inkludera arbetsflöden, ansvarsområden och specifika procedurer som följs.

**Utvärdering och Uppföljning:** Beskrivning av de metoder och verktyg som används för att utvärdera och följa upp kvalitetsarbetet. Detta kan innefatta regelbundna kvalitetskontroller, interna och externa revisioner samt feedback från brukare och personal.

**Åtgärdsplaner:** Dokumentation av de åtgärdsplaner som upprättas för att hantera identifierade brister eller förbättringsområden. Detta inkluderar tidsramar, ansvariga personer och uppföljningsmekanismer.

**Rapportering och Kommunikation:** Beskrivning av hur resultat och insikter från kvalitetsarbetet rapporteras och kommuniceras inom organisationen. Detta kan innefatta regelbundna rapporter, möten och informationsutbyten.

**Kontinuerlig Förbättring:** Redogörelse för hur socialförvaltningen arbetar med kontinuerlig förbättring av sina tjänster. Detta kan inkludera implementering av nya metoder, utbildning av personal och anpassning av processer baserat på utvärderingar och feedback.
Genom att noggrant dokumentera dessa aspekter kan socialförvaltningen i Karlsborgs kommun säkerställa att kvalitetsarbetet är transparent, spårbart och effektivt, vilket i sin tur bidrar till att förbättra tjänsterna för brukarna.

# Ansvarsfördelning

Arbetet med att säkra kvaliteten är ett åtagande som varje chef och medarbetare har ansvar för i sitt arbete.

## Socialnämnden

I SOSFS 2011:9 (3 kap 1 §) framgår att det alltid är vårdgivarens eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Socialnämnden ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning. Ledningssystemet ska hjälpa nämnden i sitt arbete med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Socialnämnden ansvarar för att ledningssystemet består av de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Av 3 kap 3 § kan ansvaret för att uppfylla kraven i SOSFS 2011:9 kan ej delegeras, men uppgifterna kan fördelas internt i förvaltningen. Ansvarsfördelningen anges i denna riktlinje. Det ansvar som fördelas till socialchef och enhetschef kan i särskild ordning fördelas på en mer detaljerad nivå.

## Socialchef

Leda och fördela förvaltningens kvalitetsutvecklingsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt socialnämndens direktiv.
Detta innebär:

- Ta fram, fastställa och dokumentera de riktlinjer och rutiner som behövs för att det systematiska kvalitetsarbetet ska kunna bedrivas på ett effektivt sätt.
- Sammanställa, analysera och följa upp verksamhetens arbete med det systematiska kvalitetsarbetet.
- Regelbundet informera socialnämnden om hur arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet genomförs samt se till att nämnden har den kunskap de behöver för att utöva sitt ansvar. Detta genom att ta fram den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen samt sammanställa och analysera klagomål och synpunkter samt årets Lex Sarah-rapporter årligen i samband med bokslut.
- Vara sammanhållande för utredning av Lex Sarah-rapporter och informera socialnämnden enligt riktlinjen för Lex Sarah.
- Förmedla förvaltningens resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt.
- Vara processägare till förvaltningsövergripande processer.

# Enhetschef

Leda och fördela enhetens kvalitetsutvecklingsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt socialnämndens direktiv.
Detta innebär:

- Bryta ner övergripande mål till enhetsnivå och säkerställa att målen uppnås på bästa sätt.

Leda enhetens kvalitetsarbete:

- Avvikelserapportering
- Hantering av synpunkter och klagomål
- Rapportering av Lex Sarah
- Egenkontroller
- Riskanalyser

Genomföra och dokumentera:

- Riskanalyser
- Egenkontroller
- Avvikelserapportering
- Hantering av synpunkter och klagomål
- Rapportering av Lex Sarah

Förbättrande åtgärder

- Säkerställa att det finns fastställda och dokumenterade processer och rutiner för att säkerställa kvaliteten i verksamheten och att dessa följs.
- Samverka både internt och externt för att uppnå bästa kvalitet för brukaren.
- Informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Se till att riktlinjer och rutiner är kända och efterföljs.
- Vara processägare för enhetens processer.

# MAS

MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, ansvarar för patientsäkerheten genom att utarbeta, uppdatera och besluta om riktlinjer/rutiner som behövs för att verksamheten ska hålla god kvalitet och nå uppsatta mål. MAS har även som uppgift att utvärdera och kontrollera om verksamheten följer gällande lagar och förordningar, författningsbestämmelser och andra styrande dokument. MAS utgör en viktig kunskapsresurs för nämnden när det gäller verksamhetens säkerhet och kvalitet.
Uppdraget innebär:

- Utarbeta rutiner och riktlinjer som säkerställer att samverkan och kommunikation mellan läkare, kommunens medarbetare samt patienter fungerar

- Utarbeta rutiner och riktlinjer för kommunens läkemedelshantering samt följa upp att dokumenten är kända och följs.

- Utarbeta rutiner och riktlinjer för hur dokumentation och dokumenthantering ska ske samt följa upp att dokumenten är kända och följs och att patientjournaler förs i den omfattning som Patientdatalagen föreskriver.

- Utarbeta riktlinjer och rutiner för delegering, samt följa upp att dokumenten är kända och följs. Även ansvara för att beslut om delegation är förenliga med patientsäkerhetskraven

- Utarbeta riktlinjer och rutiner för risk- och avvikelsehantering samt följa upp att dokumenten är kända och följs. MAS ansvarar även för att rapportera, utreda och redovisa allvarliga vårdskador och andra avvikelser till socialnämnd.

- MAS ansvarar för att anmälan görs till vårdgivaren då en patient i samband med vård eller behandling drabbats av (eller utsatts för risk att drabbas av) allvarlig skada eller sjukdom. MAS ansvarar även för att vårdskadan anmälas till IVO.

- Följa upp att riktlinjer och produktanvisningar för användning av medicintekniska produkter efterlevs.

- I PSL 3 kap 7 § framgår det att vårdgivaren ska utse vem som ska anmäla till IVO när en legitimerad person befaras utgöra en fara för patientsäkerheten. Socialnämnden har, genom delegationsordningen, utsett MAS att ansvara för detta.

## Medarbetare

Alla medarbetare ansvarar för kvalitetsarbetet på sin enhet genom att bidra till kvalitetsutvecklingen. Detta innebär:

- Att aktivt delta i att fastställa och följa processer och rutiner.

- Rapportera brister i kvaliteten, såsom klagomål, synpunkter, missförhållanden eller risker för missförhållanden och patientsäkerhetsrisker.

- Aktivt delta i enhetens planering, genomförande, uppföljning och förbättring av verksamheten.