



Gäller fr o m
2022-02-14

Diarienummer
SN-2021/2549.111,
VON 2021/1136.111

Beslutad av
Socialnämnden
Vård- och omsorgsnämnden

Dokumentansvarig
Lotta Wigén

Senast reviderad
[Klicka för att ange datum](#)

Typ av styrdokument
Riktlinje

Riktlinjer för socialnämndens och vård- och omsorgsnämndens kvalitetsarbete

Inledning/Bakgrund

All verksamhet som bedrivs enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen ska vara av god kvalitet, vilket framgår i lagstiftningen.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas vilket framgår i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:09).

De nämnder som bedriver kommunal socialtjänst eller hälso- och sjukvård är ansvariga för att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete inom den verksamhet som nämnden ansvarar för.

Nämnden ansvarar vidare för att säkerställa att den enskilde brukaren, som får stöd inom verksamhet som bedrivs av privata utförare, får stöd i beställd omfattning och med avtalad kvalitet.

Utförare i extern regi som utför socialtjänstens insatser på uppdrag av nämnderna ska liksom kommunens egna verksamheter följa Socialstyrelsens föreskrifter om vård och omsorg (exempelvis SOSFS 2011:9). Detta regleras även i kommunens upphandlingar.

Mål och syfte

Syftet med riktlinjerna är att ange hur nämnden säkerställer det systematiska kvalitetsarbetet enligt föreskrifter som gäller för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården, oavsett om denna bedrivs i egen eller privat regi.

Definitioner och begrepp

Kvalitet

Begreppet definieras i den kvalitetsdefinition som följer längre fram i dokumentet.

Ledningssystem

Ett ledningssystem beskriver hur en organisation styr sin verksamhet. Det fungerar som ett verktyg för ledningen att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt fastställda krav och rutiner, och som ett stöd för medarbetarna i deras dagliga arbete.

Process

En serie aktiviteter som leder mot ett bestämt mål.

Ledningsprocess

Processer som anger hur verksamheten leds och styrs.

Kärnprocess

Processer för att tillgodose kommuninvånarnas behov av stöd, i enlighet med gällande lagar, föreskrifter och andra krav.

Stödprocess

Processer som finns till för att kärnprocesserna ska fungera, exempelvis personal- och ekonomiprocesser.

Egenkontroll

Kontroll av den egna verksamheten för att säkerställa att lagar, krav och processer efterlevs.

Risikanalys

Att identifiera och bedöma risker som finns i verksamheten som kan påverka kvaliteten i insatserna, stödet och servicen som ges till brukarna.

Avvikelse

En oönskad händelse i verksamheten som har eller hade kunnat medföra negativa konsekvenser för en eller flera brukare, exempelvis Lex Sarah, hälso-och sjukvårdsavvikelse eller annan intern avvikelse.

Uppföljning

Att ta reda på och analysera resultat. Uppföljning sker löpande under verksamhetsåret.

Målgrupper

Riktlinjerna gäller för all verksamhet som bedrivs inom socialnämndens och vård- och omsorgsnämndens ansvarsområden inklusive privata utförare som bedriver verksamhet på uppdrag av dessa nämnder.

Uppföljning av riktlinjerna

Riktlinjerna följs upp i samband med årlig genomgång av nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Definition av kvalitet inom nämndens ansvarsområde

Den verksamhet som bedrivs inom nämndens ansvarsområde ska vara av god kvalitet, vilket innebär att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Verksamheten ska sträva efter att uppnå följande kvalitetsfaktorer

Kunskapsbaserad verksamhet

Insatser och service ska utföras utifrån bästa tillgängliga kunskap och evidens.

Medarbetarna ska ha den kompetens som krävs för sitt uppdrag.

Verksamheter ska genom systematisk uppföljning säkerställa att det stöd som ges får önskat resultat. Det som vid uppföljningen inte visar sig ge resultat ska ersättas av andra arbetsätt.

Hög delaktighet

Verksamheter ska bedrivas med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Hänsyn ska tas till den enskildes önskemål om när, var och hur insatser utförs.

Verksamheter ska, genom att fråga den enskilde, systematiskt följa upp hur de vi möter upplever vårt stöd och vår service, med syftet att utveckla verksamheten.

Hög säkerhet, trygghet och gott bemötande

Den enskilde ska känna sig trygg med att beslut fattas på ett rättssäkert sätt, samt ges information om vad som ligger till grund för beslutet och vad det innebär.

Utförandet av insatser ska ske på ett sådant sätt att den enskilde känner sig trygg med att hen alltid får det hen har blivit beviljad, samt även att hen blir behandlad väl.

Verksamheter ska sträva efter hög kontinuitet för den enskilde gällande personal och arbetsmetoder.

God tillgänglighet och insatser inom rimlig tid

Det ska vara lätt för kommuninvånarna att hitta information om och kontakta socialtjänstens verksamheter. Information och kontaktvägar ska vara anpassade för alla målgrupper och ge förutsättningar för jämlika villkor. Beslut och insatser ska ges inom rimlig tid, utan att väntan innebär negativa konsekvenser för den enskilde.

Helhetssyn och samordning

Den enskilde ska uppleva att stödet är samordnat. Insatser och service ska präglas av en helhetssyn på individen och samordning med andra aktörer ska säkerställas.

Resurser används där de kommer målgruppen till störst nytta

Verksamheternas arbete ska sträva efter att uppnå högsta möjliga kvalitet i förhållande till resursanvändning. Detta innebär både effektivitet i hur insatser och service utförs, och att arbetet som utförs möter målgruppens behov.

Ansvar

| | |
|--|--|
| Nämnden | De nämnder som bedriver socialtjänst eller hälso- och sjukvård ansvarar för att säkerställa att den enskilde får de insatser hen har rätt till och att de är av god kvalitet. |
| | Nämnden ansvarar för att det inom den egna verksamheten finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden ansvarar även för att säkerställa att privata utförare som utför verksamhet på uppdrag av nämnden har ett ledningssystem. |
| Socialdirektör | Har ansvar för att verksamheten bedrivs effektivt och med god kvalitet. Detta inkluderar ansvar för att ett ledningssystem upprättas och används inom verksamheter som bedrivs inom kommunens regi, samt uppföljning av att privata utförare uppfyller krav i föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. |
| Verksamhetschef | Ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, följs upp och dokumenteras inom sitt ansvarsområde. Verksamhetschef fattar även beslut om allvarlighetsgraden i rapporterat missförhållande eller risk för missförhållande. |
| Verksamhetschef HSL | Den som innehar rollen verksamhetschef HSL har förutom ovanstående verksamhetschefsansvar även ansvar för att verksamhet bedrivs så att god vård uppnås. |
| Chef | Ansvarar för att leda och styra verksamheten samt för att det finns fungerande processer och rutiner för det egna ansvarsområdet. Chefen ska identifiera och hantera risker, genomföra egenkontroller, ta emot avvikelser samt synpunkter och klagomål, samt se till att dessa utreds. Chefen ska vidare skapa förutsättningar för medarbetare att delta i kvalitetsarbetet. |
| Medarbetare | Varje medarbetare är ansvarig för att bidra till god kvalitet i verksamheten. Medarbetare bidrar genom att följa de processer och rutiner som finns för verksamheten, att rapportera brister och avvikelser samt att delta aktivt i utvecklings- och förbättringsarbete. |
| Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) | MAS har tillsynsansvar över vårdgivarens utförande av hälso- och sjukvård och ansvarar för att säkerställa att hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunens ansvarsområde är av god kvalitet. MAS ansvarar även för att patienter får hälso- och sjukvård som läkare ordinerat, |

att journaler förs i korrekt omfattning, att delegering av vårduppgifter är förenliga med patientsäkerhet. Inom MAS ansvarsområde ingår att se till att det finns ändamålsenliga och fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapport av vårdskador, och att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patienters tillstånd kräver det.

Att arbeta för god kvalitet

Grunden för att följa kvaliteten i insatserna är att individuppföljningar genomförs i alla individärenden där beslut har fattats.

Genom att arbeta med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete säkerställs att verksamheten löpande utvecklar och förbättrar stödet och insatserna så att de ges i enlighet med god kvalitet så som definierat ovan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Varje verksamhet som bedriver socialtjänst, eller hälso- och sjukvård ska ha ett ledningssystem för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Det gäller såväl kommunala som privata utförare.

Processer och rutiner

Verksamheten ska identifiera de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det inkluderar såväl kärnprocesser för hur den enskildes behov ska tillgodoses, som lednings- och stödprocesser som behövs för att styra och stödja arbetet i kärnprocesserna. Det ska framgå i processerna hur samverkan bedrivs internt och externt.

Processerna ska kartläggas med information om vilka aktiviteter som ingår, vad dessa ska leda till samt den information som krävs för att kunna utföra arbetet i processen på ett kvalitetssäkert sätt.

Systematiskt förbättringsarbete

Verksamheten som bedrivs ska fortlöpande utvecklas och förbättras. Inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet ska verksamheten arbeta med riskanalyser, egenkontroller och åtgärder. Verksamheter som bedrivs inom kommunens egen regi ska sammanställa planeringen i en *kvalitetsplan*, som redovisas för ansvarig nämnd. Privata utförare ska på efterfrågan kunna uppvisa motsvarande dokumentation om hur arbetet med systematisk förbättring av kvaliteten ska bedrivas.

Verksamheter ska främja att synpunkter, klagomål och avvikelser rapporteras och ska vidare ta emot och utreda dessa. Utredningarna ska resultera i åtgärder som leder till förbättringar för de målgrupper verksamheten finns till för. Ledningssystemet ska innehålla beslutade arbetssätt för klagomåls- och synpunktshantering samt för hantering av avvikelser.

Kommunala utförare ska informera ansvarig nämnd om de lex Sarah rapporter rörande missförhållande eller risk för missförhållande som av verksamhetschef har bedömts som allvarlig. När en anmälan gjorts till Inspektionen för vård och omsorg redovisar verksamhetschef skyndsamt och muntligen, ärendet för ansvarig nämnds ordförande. Ärendet redovisas sedan i nämnderna via ett tjänsteutlåtande. Övriga lex Sarah ärenden redovisas i sammanställning i kvalitetsberättelsen.

Den information som finns om verksamhetens kvalitet ska årligen sammanställas och analyseras. Resultatet ska på ett tydligt sätt bidra till förbättringsarbete som gynnar den målgrupp verksamheten finns till för. Verksamheter som bedrivs inom kommunens regi ska dokumentera ovanstående i en *kvalitetsberättelse* som redovisas för nämnden. Privata utförare ska på efterfrågan kunna uppvisa motsvarande dokumentation om hur arbetet med systematisk förbättring av kvaliteten har genomförts och vilka resultat det har lett till.

Det systematiska kvalitetsarbetet är en del av nämndens internkontroll.

Uppföljning av kvalitetsarbetet

Uppföljningen av kvalitetsarbetet ska sammanställas årligen i en *kvalitetsberättelse* samt en *patientsäkerhetsberättelse*, eller motsvarande dokumentation för privata utförare.

Kvalitetsberättelsen ska minst innehålla:

- Uppföljning av de utvecklingsområden som verksamheten har arbetat med
- Resultat av genomförda egenkontroller
- Resultat av genomförda förbättringsåtgärder utifrån identifierade risker och egenkontroller
- Resultat av brukarundersökningar
- Analys av rapporterade avvikelser
- Resultat av uppföljningar

Patientsäkerhetsberättelsen ska:

- Redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.
- Beskriva hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården.
- Beskriva hur vårdpersonalen bidragit, men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.
- Redogöra för de resultat som uppnåtts under föregående år.

Uppföljning av utförare som ingår i valfrihetssystemet

Årligen genomförs olika typer av uppföljning av de verksamheter som ingår i vård- och omsorgsnämnden och socialnämndens valfrihetssystem.

- Avtalsuppföljning
- Fördjupad uppföljning
- Kvalitetsundersökning

En sammanställning av resultat och analys av uppföljningen redovisas årligen till nämnden i verksamhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen.