

# Riktlinje

Gullspångs kommun

## Riktlinje ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vård- och omsorgsnämnden



Innehåll

Beslutad av: Vård- och omsorgsnämnden

Datum och paragraf: 2024-12-09, §187

Dokumentansvarig: Vård- och omsorgschef

Gäller från: 2024-12-09

Diarienummer: VON 2024-166



**GULLSPÅNGS  
KOMMUN**

1	Inledning.....	3
2	Bakgrund.....	3
3	Styrande lagar och föreskrifter.....	4
4	Ansvar för och användning av ett ledningssystem.....	4
5	Ansvarsfördelning i det systematiska kvalitetsarbetet.....	5
5.1	Vård och omsorgsnämndens ansvar.....	5
5.2	Vård- och omsorgschefs ansvar.....	6
5.3	Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar.....	6
5.4	Socialt ansvarig samordnares ansvar.....	6
5.5	Enhetschefs ansvar.....	7
5.6	Alla medarbetares ansvar.....	7
6	Ledningssystemets uppbyggnad.....	7
6.1	Processer och rutiner.....	7
6.2	Processkartläggning.....	8
6.3	Samverkan.....	8
7	Modell att använda för det systematiska kvalitetsarbetet.....	9
8	Systematiskt förbättringsarbete.....	9
8.1	Riskanalys.....	10
8.2	Egenkontroll.....	10
8.3	Avvikelse.....	10
8.3.1	Klagomål och synpunkter.....	10
8.3.2	Avvikelse.....	10
9	Dokumentation av ledningssystem för kvalitet.....	11
10	Årshjul för systematiskt kvalitetsarbete.....	11

# 1 Inledning

Riktlinjen är en beskrivning av kvalitetsledningssystemet för att säkerställa arbetsformerna för verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling. Dokumentet ska göra det möjligt för medarbetare att på ett överskådligt sätt få en helhetsbild över kvalitetsarbetet i vård och omsorg. Det är viktigt att känna till att samtliga lagrum är lika berörda av ledningssystemet för kvalitetsarbetet, hur ansvarsfördelningen ser ut och hur arbetet är fördelat.

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

## 2 Bakgrund

Vård och omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgår från socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Författningen ska tillämpas på verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Vård och omsorgsnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Systemet fastställer grundprinciperna för ledning av verksamheten, ställer upp mål samt följer upp och utvärderar dessa mål.

Kvalitetsledningssystemet ska vara ett stöd för att planera, genomföra, utvärdera och förbättra kvalitén i verksamheterna. Ledningssystemet säkerställer att rätt saker görs på rätt sätt och vid rätt tillfälle och skapar ordning så att vårdskador, missförhållande 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.

Kvalitet definieras enligt SOSFS 2011:9, 2 kap 1 § på följande sätt:

Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Kvalitetsdefinitionen kan beskrivas som en ram som ska fyllas med innehåll som finns i lagar och föreskrifter.

### 3 Styrande lagar och föreskrifter

Exempel på lagar och förordningar som styr verksamheten inom vård och omsorg är:

SFS 2001:453 Socialtjänstlag (SoL)

SFS 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag

SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag (HSL)

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag

SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

SFS 2018:1197 Barnkonventionen

SFS 1990:52 Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

SFS 1988:870 Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

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

### 4 Ansvar för och användning av ett ledningssystem

Vård och omsorg i Gullspångs kommun består av all verksamhet som bedrivs inom IFO, LSS och äldreomsorgen. Ledningssystemet för kvalitet gäller i samtliga verksamheter och på samtliga nivåer.

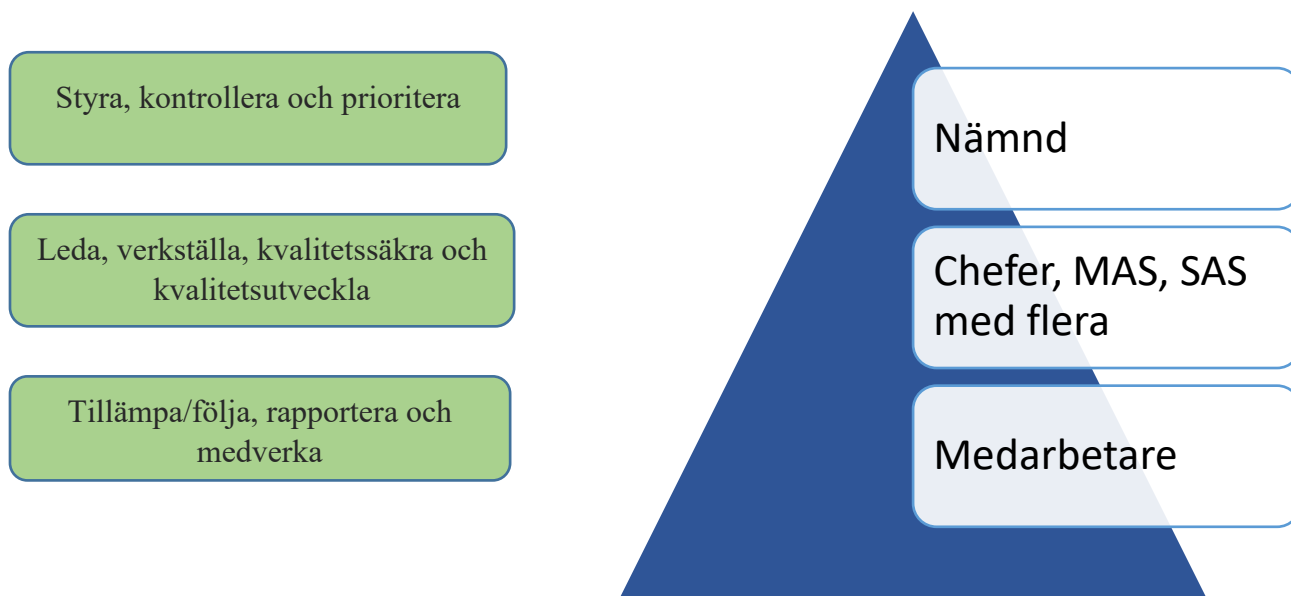
Ledningssystemet ska bestå av de riktlinjer, processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet vilka utgör ledningssystemets grundläggande delar.

SOSFS 2011:9 anger ramar och strukturer för hur vård och omsorg arbetar med styrnings-, uppföljnings- och kvalitetsfrågor.

Med riktlinjer menas – Ett politiskt antaget dokument som anger ramarna för handlingsutrymmet i en viss fråga. Riktlinjer kan ange vad som ska uppnås och hur.

Med process menas – En serie aktiviteter/flöden som främjar ett bestämt ändamål eller avsett resultat.

Med rutin menas – Rutiner är detaljerade instruktioner för hur en viss fråga ska hanteras. Rutiner beslutas av ansvarig chef.



Verksamheternas arbete bedrivs utifrån gällande föreskrifter, förordningar, lagstiftning, kommunens gällande riktlinjer och utifrån nämndens fattade beslut.

För att ledningssystemet ska hållas levande krävs att verksamheten betraktar det som ett pågående, systematiskt arbetssätt. Det krävs att chefer och medarbetare är engagerade och delaktiga.

## 5 Ansvarsfördelning i det systematiska kvalitetsarbetet

Alla medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet med egenkontroll, riskanalys, uppföljning, avvikelser och kvalitetsregister. All personal har ett eget ansvar för att utföra sitt arbete med god kvalitet.

### 5.1 Vård och omsorgsnämndens ansvar

Ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och nämnden har ett övergripande ansvar som innebär att:

- ge uppdrag och förutsättningar så att ledningssystemet är utformat så processerna fungerar verksamhetsöverskridande
- fastställer övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följer upp och utvärderar målen
- verksamheten är organiserad så att hög patientsäkerhet och god kvalitet kan upprätthållas samt ge förutsättningar för detta

## 5.2 Vård- och omsorgschefs ansvar

- inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- kommunicera och omsätta kommunfullmäktiges och nämndens övergripande strategier och mål inom vård- och omsorg.
- årligen beakta resultat av kvalitetsarbete i anslutning till verksamhetsplanering och budgetarbete samt i samband med årsredovisning och bokslut.
- att uppföljning och analys av verksamheten genomförs så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten
- att regelbundet återrapportera till vård- och omsorgsnämnden - att ta ansvar för att planer upprättas för vård och omsorg

## 5.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

- utveckla, säkra och följa upp kvalitet genom att planera, styra och kontrollera att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- besluta om att delegera ansvar för hälso- och sjukvårdsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienter
- att patientjournaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (PDL)
- att rutiner för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande
- samverka med läkare och annan vårdpersonal med specialistkompetens kan ske samt att läkares ordinationer kan verkställas
- hantera och sammanställa avvikelser inom hälso- och sjukvård
- anmäla till nämnd när patient i samband med en hälso- och sjukvårdsuppgift drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada, samt anmäla enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- samverka med ledningspersonal i patientsäkerhetsfrågor
- upprätta den årliga patientsäkerhetsberättelsen (PSB)
- medverka i att ta fram kvalitetsindikatorer för samtliga verksamheter

## 5.4 Socialt ansvarig samordnares (SAS) ansvar

- ansvara för och utveckla metoder genom processverktyget
- stödja verksamheter och ledningsgrupper i kvalitetsarbete och i det systematiska kvalitetsarbetet samt analysarbetet
- medverka i att ta fram kvalitetsindikatorer för samtliga verksamheter
- sammanställa resultat och kvalitet från verksamheter som ska presenteras för nämnd/nämnder
- sammanställa kvalitetsuppgifter och verksamhetsberättelse inför nämndens behandling
- Utredda avvikelser och utredningar enligt Lex Sarah

## 5.5 Enhetschefs ansvar

- inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete
- ansvara för att kontrollera samtliga processer inom verksamhetsområdet så att processer och rutiner är aktuella
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet och involvera medarbetarna i det systematiska förbättringsarbetet
- inom sitt verksamhetsområde följa upp, utvärdera, bedriva systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete samt att dokumentera kvalitetsarbetet genom
  - a. att bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra risker i kvaliteten
  - b. egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser
  - c. upprätta och dokumentera samtliga lokala rutiner, regler, arbetssätt och processer
- ytterst ansvara för de aktiviteter som är aktuella för den enskilda enheten och som är beskrivna i processerna

## 5.6 Alla medarbetares ansvar

- utföra arbete av god kvalitet samt följa gällande lagstiftning
- följa/tillämpa verksamhetens riktlinjer, rutiner och arbetssätt
- delta i uppföljning, analys och i det kontinuerliga förbättringsarbetet såsom att prova och vidareutveckla rutiner och metoder
- rapportera avvikelser
- delta i risk-, avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering samt anmäla missförhållande.

# 6 Ledningssystemets uppbyggnad

## 6.1 Processer och rutiner

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.

1. Organisation – övergripande nivå - t.ex. verksamhetsplan, budget, riktlinjer
2. Verksamhetsnivå - t.ex. hemvårdsgrupper, daglig verksamhet, beroendecentrum, familjebehandling
3. Individnivå – t.ex. genomförandeplan, vårdplan, individuell plan

Varje verksamhet ska identifiera och kartlägga sina processer och aktiviteter med tillhörande riktlinjer och rutiner för att säkra kvalitén enligt gällande lagstiftning.

## 6.2 Processkartläggning

En processkartläggning är en beskrivning av aktiviteter i kronologisk ordning.

Vid genomförandet måste man bestämma på vilken nivå kartläggning ska göras samt med vilken detaljgrad aktiviteterna ska anges.

När det är flera verksamheter som arbetar på samma sätt som t.ex. hemvårdsområde så behöver inte en kartläggning göras för varje område för att belysa processen.

Gällande lagstiftning, fastställda mål, värdighetsgarantier, tjänstegarantier och värdegrund i vård och omsorg ska ligga till grund för processkartläggningen.

## 6.3 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.

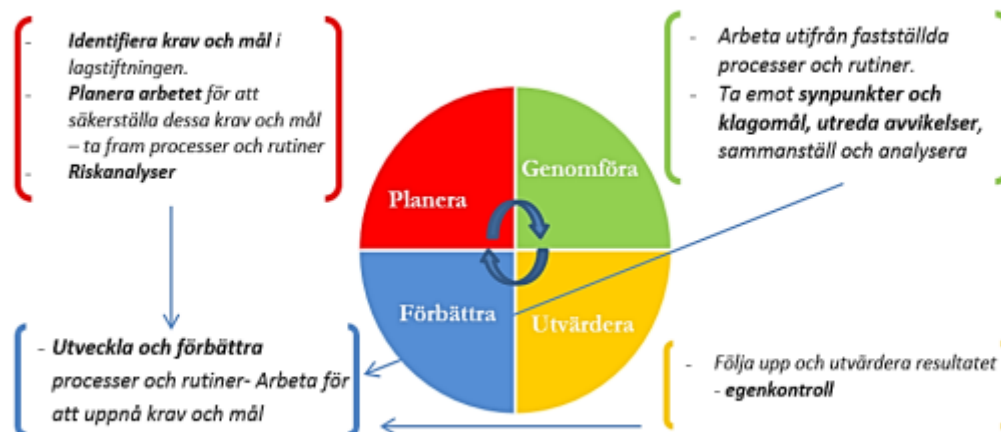
Samverkan är en förutsättning för att den enskilde ska få det stöd som motsvarar hennes eller hans behov, om det inte finns hinder för detta i offentlighets- och sekretesslagen och bestämmelser om sekretess i SoL och LSS. Samverkan är en nödvändig aktivitet för att säkert tälla att den enskilde inte hamnar mellan olika myndigheters ansvarsområden.

## 7 Modell att använda för det systematiska kvalitetsarbetet

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Ett sätt att arbeta systematiskt på är Nolans förbättringsmodell. Modellen består av tre frågor och förbättringshjulet PDSA (plan, do, study, act). Dessa frågor är:

- Vad vill vi åstadkomma? – mål
- Hur vet vi att en förändring är en förbättring? – mått
- Vilka förändringar kan leda till en förbättring? - idéer

Genom förbättringshjulet (PDSA) kan uppbyggandet av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 sammanfattas och beskrivas på följande sätt



## 8 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
- Utredning av rapporter, klagomål och synpunkter
- Förbättrande åtgärder
- Förbättring av processer och rutiner

## 8.1 Riskanalys

Riskanalyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte uppnår de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter (SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §) och lokala beslut. Riskanalys innebär att uppskatta sannolikheten för att en händelse ska inträffa samt att bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. En riskanalys kan göras på individnivå, lokal verksamhetsnivå eller på en övergripande organisatorisk nivå.

Händelser som inträffar i verksamheten ska utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten. Händelseanalys ger kunskap om hur och varför händelser inträffat samt vilka förbättringsåtgärder som bör vidtas för att förhindra att liknande händelser sker igen. Syftet är att upptäcka brister i organisationen. Händelser bedöms på liknande sätt som risker, det vill säga utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepande.

## 8.2 Egenkontroll

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera verksamhetens resultat. I egenkontrollen går det även att kontrollera och granska att verksamheten arbetar utifrån ledningssystemets processer och rutiner. Egenkontrollen kan innefatta jämförelse av resultat i kvalitetsregister, granskning av dokumentation och inhämtande av synpunkter från brukare och anhöriga.

## 8.3 Avvikelse

### 8.3.1 Klagomål och synpunkter

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda inkomna synpunkter och klagomål avseende verksamhets kvalitet. Dessa ska sammanställas och analyseras för att identifiera mönster eller trender som visar på brister i verksamheten.

### 8.3.2 Avvikelse

En avvikelse ska alltid följas upp för att undvika upprepning. Erfarenheterna ska återföras till verksamheten för att ta lärdom och leda till förbättringar och utveckling. Skyldighet att rapportera vårdskador och missförhållande regleras i lagstiftningen genom Lex Maria och Lex Sarah och omfattar samtliga medarbetare inom sektor stöd och omsorg.

## 9 Dokumentation av ledningssystem för kvalitet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras (SOSFS 2011:9 7 kap 1§). Det gäller både ledningssystemets uppbyggnad med processer och rutiner och det systematiska förbättringsarbetet. Utöver kravet på att dokumentera kvalitetsarbetet finns det även krav på att upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse. Arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i årlig kvalitetsberättelse.

Samtliga dokument, processer, aktiviteter och rutiner som ryms inom ledningssystem för kvalitet återfinns i Stratsys och på Navet.

## 10 Årshjul för systematiskt kvalitetsarbete

Årshjulet ska användas som ett stöd i genomförandet av det systematiska kvalitetsarbetet och beskriver när olika delar av det systematiska kvalitetsarbetet genomförs eller följs upp under året.

### Återkommande varje månad

Hantering och åtgärder av avvikelser, lex Sarah och lex Maria samt synpunkter och klagomål ska göras löpande. Kontroll av inre sekretess samt ska göras månadsvis.

Stickprov/egenkontroller på IFO görs även månadsvis.

### Januari/februari – Information & utbildning

- Information om avvikelshantering, lex Sarah och lex Maria
- Analysmöte – egenkontroller/mål Patientsäkerhetsberättelse, avvikelser och Senior Alert, uppföljning av handlingsplan patientsäkerhet
- Hygienombudsträff
- Identifiera och planera utbildnings- och kompetensbehov

### Mars/april – Processkartläggning & riskhantering

- Identifiera och kartlägg processer med tillhörande riktlinjer, rutiner och gör riskanalys
- Journalgranskning HSL
- Dokumentationsombudsträff

### Maj/juni – Klient/brukardialog

- Boråd och klient/brukarundersökningar
- Kvalitetsråd MAS och SAS
- Dokumentationsombudsträff
- Självskattning Basala hygienrutiner och klädregler

### Juli/augusti

- Revidera rutiner och riktlinjer efter identifierade behov
- Omvärldsbevakning – innovationer, ny vetenskap, metoder och arbetssätt

## September/oktober/november – Utvärdering & analys

- Analysmöte – egenkontroller/mål Patientsäkerhetsberättelse, avvikelser och Senior Alert, uppföljning av handlingsplan patientsäkerhet
- Hygienombudsträff
- Hygienrund
- Analysera resultat av Öppna jämförelser LSS, IFO och äldreomsorgen
- Självskattning Basala hygienrutiner och klädregler
- Dokumentationsombudsträff
- Egenkontroller av genomförandeplaner och social journal
- Brukarundersökningar IFO

## December – Prioriteringar, mål & kvalitetsmått

- Planera det systematiska kvalitetsarbetet för nästkommande år i relation till Vård- och omsorgsnämndens årshjul, verksamhetsplan och internkontrollplan
- Dokumentationsombudsträff