 ÖRNSKÖLDSVIKS KOMMUN	Processområde Utveckla tjänster	
	Process Bedriva systematiskt kvalitetsarbete	
	Dokumenttyp Riktlinje	
	Dokumentnamn Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9	
Förvaltning Välfärdförvaltningen	Dokumentansvarig/processansvarig Kvalitetsledaren	Version
Avdelning Alla	Skapad/ändrad av Margareta Bolinder Sundin	Sida 1 (18)
Godkänd av Humanistiska nämnden 2018-11-13 Omsorgsnämnden 2018-11-14	Skapat datum/ändrat datum 2018-11-19	Uppföljt datum

LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE ENLIGT SOSFS 2011:9

Innehåll

1. Syftet med riktlinjen	3
2. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete	3
2.1 Syftet med ledningssystemet	3
2.2 Ansvar för och användning av ledningssystemet	4
3. Krav och mål som gäller för verksamheten	5
3.1 Krav i lagstiftningen	5
3.2 God vård och omsorg	6
3.2.1 Egenskaper	6
3.2.2 Kunskapsbaserad	6
3.2.3 Säker	6
3.2.4 Individanpassad	6
3.2.5 Effektiv	6
3.2.6 Jämlik	6
3.2.7 Tillgänglig	6
4. Ansvarsfördelning	6
4.1 Nämnd	6

4.2 Förvaltningschef.....	7
4.3 Kvalitetsledande funktion.....	7
4.4 Processansvarig	7
4.5 Avdelningschef.....	7
4.6 Enhetschef	8
4.7 Verksamhetsutvecklare.....	8
4.8 Medarbetare	8
4.9 Vårdgivare HSL.....	9
4.10 Verksamhetschef HSL.....	9
4.11 Medicinskt ansvariga.....	9
4.12 Legitimerad personal	9
4.13 Ansvar för att bedriva systematiskt kvalitetsarbete (SKA)	9
5. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	10
5.1 Processer och rutiner	10
5.2 Samverkan	10
6. Systematiskt förbättringsarbete.....	11
6.1 Riskanalys.....	11
6.2 Egenkontroll	11
6.3 Utredning av avvikelser.....	12
6.3.1 Klagomål och synpunkter	12
6.3.2 Rapporteringskyldighet.....	12
6.3.3 Sammanställning och analys	13
6.4 Förbättrande åtgärder i verksamheten	13
6.5 Förbättring av processerna och rutinerna	13
7. Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet	13
8. Dokumentationsskyldighet	14
9. ”Systematiskt kvalitetsarbete (SKA)” i Stratsys.....	14
9.1 Struktur och innehåll	14
9.2 Rapporter	15
9.2.1 Rapporter som underlättar planering av systematiskt kvalitetsarbete.....	15
9.2.2 Rapporter som underlättar uppföljning av systematiskt kvalitetsarbete	15

10. ”Systematiskt kvalitetsarbete (SKA)” på Örnsköldsvik	16
11. Länkar	17
12. Hänvisningar	17

1. Syftet med riktlinjen

Humanistiska nämndens och omsorgsnämndens riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9¹ omfattar VAD det ska arbetas med gällande systematiskt kvalitetsarbete inom förvaltningen.

Syftet med riktlinjen är att tydliggöra:

- VAD det ska arbetas med inom förvaltningen för att kraven¹ på verksamheten ska uppnås.
- VEM som ansvarar för VAD gällande det systematiska kvalitetsarbetet.
- HUR kvalitetsarbete ska bedrivas genom att hänvisa till samlingsrutinen ”Bedriva systematiskt kvalitetsarbete (SKA) enligt SOSFS 2011:9”.

2. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

2.1 Syftet med ledningssystemet

Syftet med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är att ge stöd och struktur till ett systematiskt och målmedvetet arbete med ständiga förbättringar. Fokus i ledningssystemet ligger på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning som bidrar till att verksamhetens kvalitet kan säkras i de insatser och det stöd som socialtjänsten ansvarar för.

’Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS kan förebyggas. Därigenom ökar verksamhetens nytta för intressenterna’².

’Den som bedriver verksamhet måste skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet. Medarbetarnas erfarenheter avseende verksamhetens kvalitet kan ge värdefull information i arbetet med att säkra kvaliteten

¹ 1 ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

² Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

*och vidareutveckla vården och omsorgen. På så sätt blir verksamheten en lärande organisation*².

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, andra föreskrifter³ och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter⁴.

Alla verksamheter ska bedrivas med utgångspunkt i välfärdsförvaltningens verksamhetsidé *'Tillsammans underlättar vi människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv'*.

Alla vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter⁵ ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

2.2 Ansvar för och användning av ledningssystemet

Humanistiska nämnden och omsorgsnämnden ansvarar⁶ för att:

- Det finns ett ledningssystem för verksamheten (1 §)⁷.
- Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (1 §).
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (2 §).
- Det av ledningssystemet framgår hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet är fördelade i verksamheten (3 §).

Innehållet i ledningssystemet åskådliggörs i bilden nedan som ett förbättringshjul². Pilarna i bildens mitt visar på de fyra fasernas (planera, genomföra, utvärdera, förbättra) tidsordning och att kvalitetsarbete pågår ständigt. De långa pilarna visar att underlag för utveckling och förbättring av verksamheternas processer och rutiner kommer fram under alla faser.

³ Om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade.

⁴ Enligt 2 kap. *Definitioner* i SOSFS 2011:9.

⁵ *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*

⁶ Enligt 3 kap. *Ansvar för och användning av ett ledningssystem* i ”*Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*”.

⁷ Ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.



3. Krav och mål som gäller för verksamheten

3.1 Krav i lagstiftningen

Krav och mål för verksamheten framgår bland annat av följande lagar:

- Socialtjänstlag (SFS 2001:453) (SoL)⁸.
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387) (LSS)⁹.
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) (HSL)¹⁰.
- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) (PSL)¹¹.
- Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (SFS 1990:52) (LVU).
- Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870) (LVM).

Nämndernas mål för verksamheten framgår av nämndernas verksamhetsplaner.

⁸ Specifika bestämmelser för kvalitet framgår av 3 kap. 3 § (SoL).

⁹ Specifika bestämmelser för kvalitet framgår av 6 § (LSS).

¹⁰ Specifika bestämmelser för kvalitet framgår av 31 § (HSL).

¹¹ Specifika bestämmelser för patientsäkerhet framgår av 3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (PSL).

3.2 God vård och omsorg

3.2.1 Egenskaper

God vård och omsorg är ett samlingsbegrepp som speglar följande egenskaper¹² som en god vård inom hälso- och sjukvården och en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla:

- Kunskapsbaserad
- Säker
- Individanpassad
- Effektiv
- Jämlik
- Tillgänglig.

3.2.2 Kunskapsbaserad

Vården och omsorgen ska basera på bästa tillgängliga kunskap och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

3.2.3 Säker

Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.

3.2.4 Individanpassad

Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.

3.2.5 Effektiv

Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

3.2.6 Jämlik

Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.

3.2.7 Tillgänglig

Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård eller omsorg som hon eller han har behov av.

4. Ansvarsfördelning

4.1 Nämnd

Nämnden:

¹² Utdrag från Socialstyrelsens ”Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg”.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20626/2017-5-19.pdf>

- Ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheten.
- Beslutar om riktlinjen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
- Beslutar om åtgärder, som behöver vidtas för att skapa förutsättningar för att säkra verksamhetens kvalitet, i nämndens kvalitetsberättelse respektive patientsäkerhetsberättelse.
- Har fokus på att planera, styra, kontrollera och prioritera.

4.2 Förvaltningschef

Förvaltningschefen:

- Har det yttersta ansvaret för att systematiskt kvalitetsarbete planeras, genomförs och följs upp.
- Har det yttersta ansvaret för att utvärdera och förbättra det systematiska kvalitetsarbetet.
- Beslutar om rutiner som gäller mer än en avdelnings verksamheter; om inte berörda avdelningschefer är eniga.
- Har fokus på att planera, leda, samordna, verkställa, följa upp och utvärdera det systematiska kvalitetsarbetet inom förvaltningen.
- Introducerar och informerar avdelningschefer om ansvaret att systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas.

4.3 Kvalitetsledande funktion

Kvalitetsledaren, socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR):

- Ansvarar för att utveckla och förvalta ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete utifrån nämndernas direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.
- Har fokus på att underlätta för nämnderna att planera, styra, kontrollera och prioritera.

4.4 Processansvarig

För respektive process i ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete finns en processansvarig utsedd som:

- Ansvarar för att utifrån behov, leda, driva och följa upp processutvecklingsarbetet.
- Ansvarar för att underlätta arbetet i processen.
- Ansvarar för att arbeta med ständiga förbättringar av processen.
- Har fokus på att kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla.

4.5 Avdelningschef

Avdelningschefen:

- Ansvarar för att planera, genomföra, dokumentera och följa upp avdelningens systematiska kvalitetsarbete.

- Ska säkerställa att enhetschefer och eventuella stödfunktioner inom avdelningen arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
- Beslutar om rutiner som endast gäller avdelningens verksamheter.
- Beslutar om rutiner som gäller mer än en avdelnings verksamhet; om berörda avdelningschefer är eniga.
- Har fokus på att planera, leda, samordna, verkställa, följa upp och utvärdera det systematiska kvalitetsarbetet inom avdelningen.
- Introducerar och informerar enhetschefer om ansvaret att systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas.

4.6 Enhetschef

Enhetschefen:

- Ansvarar för att planera, genomföra, dokumentera och följa upp enhetens systematiska kvalitetsarbete.
- Ansvarar för att planera, genomföra, dokumentera och följa upp enhetens patientsäkerhetsarbete.
- Ska säkerställa att medarbetarna inom enheten arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
- Beslutar om rutiner som endast gäller enhetens verksamhet.
- Har fokus på att planera, leda, samordna, verkställa, följa upp och utvärdera det systematiska kvalitetsarbetet inom enheten.
- Introducerar och informerar medarbetare om ansvaret att systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas.

4.7 Verksamhetsutvecklare

Verksamhetsutvecklaren:

- Medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet genom att initiera¹³ förbättrings- och utvecklingsarbete.
- I samråd med avdelningschef planera, leda, samordna, verkställa, följa upp och utvärdera kvalitetsarbete.

4.8 Medarbetare

Medarbetaren:

- Arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.
- Följer krav i lagar och föreskrifter.
- Deltar i arbete för att utveckla respektive förbättra processer och rutiner.
- Hanterar¹⁴ klagomål och synpunkter.
- Rapporterar avvikelser.
- Rapporterar vårdskador/risker för vårdskador.

¹³ Att sätta i rörelse, få att börja.

¹⁴ Tar emot och tackar inlämnaren för klagomålet/synpunkten samt rapporterar klagomålet/synpunkten enligt gällande rutin.

- Rapporterar missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden.
- Deltar i uppföljningar och analyser av verksamhetens resultat.

4.9 Vårdgivare HSL

Vårdgivaren¹⁵:

- Är ytterst ansvarig för patientsäkerheten.

4.10 Verksamhetschef HSL

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård¹⁶:

- Är huvudansvarig för patientsäkerhetsarbetet.
- Svarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

4.11 Medicinskt ansvariga

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering ansvarar för att;

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

4.12 Legitimerad personal

Legitimerad personal:

- Bär själv ansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.
- Ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på god och säker vård.
- Är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.
- Är skyldig att föra en patientjournal.

4.13 Ansvaret för att bedriva systematiskt kvalitetsarbete (SKA)

Av samlingsrutinen ”*Bedriva systematiskt kvalitetsarbete (SKA) enligt SOSFS 2011:9*” framgår hur ansvaret för utförandet av aktiviteterna som ingår i processen att ”*Bedriva systematiskt kvalitetsarbete (SKA) enligt SOSFS 2011:9*” är fördelat i verksamheten.

¹⁵ Respektive nämnd är vårdgivare inom sitt ansvarsområde.

¹⁶ Förvaltningschefen, eller annan funktion som detta ansvar har delegerats till, är verksamhetschef.

5. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

5.1 Processer och rutiner

Kravet på att *identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet*¹⁷ uppnår vi genom att:

- Identifiera de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet¹⁸.
- Beskriva dessa processer¹⁹.
- Beskriva aktiviteter som ingår i processerna och deras inbördes ordning.
- Upprätta de rutiner²⁰ som behövs för att säkra kvaliteten.
- Beskrivna processer och dokumenterade rutiner²¹ fastställs i enlighet med välfärdsförvaltningens rutin för dokumentstyrning²².

Det arbetar vi med genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

- Identifiera krav i lagar och föreskrifter (7.1.1.1).
- Bedriva systematiskt kvalitetsarbete (7.1.1.2).
- Arbeta med processutveckling (7.1.2).
- Arbeta med rutinutveckling (7.1.3).

5.2 Samverkan

Kravet på att *identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten*²³ uppnår vi genom att:

- Definiera samverkanskrav.
- Kontrollera att det framgår av processerna och rutinerna som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet:
 - hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten
 - hur samverkan möjliggörs med andra verksamheter och med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Detta arbetar vi med genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

- Skapa förutsättningar för intern samordning i enskilda ärenden (7.1.4.1).

¹⁷ 4 kap. 2 § - 4 § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

¹⁸ Dessa processer ska prioriteras i utvecklingsarbetet och en del av dem ska kvalitetssäkras med stöd av SIQs ProcessIndex. Detta index omfattar tio steg med början i att ’Processen är identifierad och processansvarig är utsedd’ (steg 1) och steg 10 är ’Målen är höjda och kontinuerligt förbättringsarbete bedrivs’.

¹⁹ Genom att genomföra processkartläggning och dokumentera i funktionsindelade processkartor.

²⁰ Dessa ska vara dokumenterade och de ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat.

²¹ Innehållet i en rutin utformas alltid med utgångspunkt i en processbeskrivning.

²² I alla dokumenterade rutiner ska det ingå ett avslutande avsnitt om förbättringsmöjligheter/ständiga förbättringar som hänvisar till ledningssystemets 5 kap. och 6 kap. med mera.

²³ 4 kap. 5 § - 6 § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

- Skapa förutsättningar för extern samverkan i enskilda ärenden (7.1.4.2).

6. Systematiskt förbättringsarbete

6.1 Riskanalys

Kravet på att *fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet*²⁴ uppnår vi genom att:

- Fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.
- För varje sådan händelse:
 - uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
 - bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Det arbetar vi med genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

- Identifiera risker (7.2.1).
- Genomföra riskanalyser (7.2.1).

Situationer när en riskanalys ska genomföras/kan vara befogad att genomföra:

- Efter frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en arbetsprocess.
- Då medarbetare uppfattar att ett arbetsmoment är riskfyllt.
- När en ny metod eller teknik ska införas i verksamheten.
- Vid organisationsförändringar.
- Då negativa händelser har inträffat i en liknande organisation som även skulle kunna inträffa i den egna verksamheten.
- Då flera händelseanalyser har gjorts inom ett område, men betydande risker kvarstår.

6.2 Egenkontroll

Kravet på att *utöva egenkontroll*²⁵ uppnår vi genom att:

- Systematiskt följa upp och utvärdera vår egen verksamhet²⁶.
- Kontrollera att verksamhet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i förvaltningens ledningssystem.

Det arbetar vi med genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

²⁴ 5 kap. 1 § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

²⁵ 5 kap. 2 § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

²⁶ Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att nämnderna ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

- Bedriva egenkontroll (7.2.2.1).
- Genomföra systematisk uppföljning (7.2.2.2).
- Använda resultat från socialstyrelsens öppna jämförelser för att säkra verksamhetens kvalitet (7.2.2.3).

6.3 Utredning av avvikelser

6.3.1 Klagomål och synpunkter

Kravet på att *ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet*²⁷ uppnår vi genom att:

- Ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från:
 - vård- och omsorgstagare och deras närstående,
 - personal,
 - vårdgivare,
 - andra som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS,
 - myndigheter, och
 - föreningar, andra organisationer, intressenter.

Det arbetar vi med genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

- Rapportera och handlägga klagomål och synpunkter (7.2.3.1).

6.3.2 Rapporteringskyldighet

Kravet på *rapporteringskyldighet*²⁸ uppnår vi genom att:

- Rapportera:
 - vårdskador
 - risker för vårdskador
 - missförhållanden
 - påtagliga risker för missförhållanden.

Det arbetar vi med genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

- Rapportera och handlägga avvikelser gällande kvalitet (7.2.3.2).
- Rapportera och handlägga missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden (7.2.3.3).
- Rapportera och handlägga vårdskador/risker för vårdskador (7.2.3.4).

²⁷ 5 kap. 3 § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” och 3 a § i HSLF-FS 2018:10 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

²⁸ 5 kap. 4 § - 5 § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

6.3.3 Sammanställning och analys

Kravet på att *inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet*²⁹ uppnår vi genom att:

- Sammanställa och analysera avvikelser, klagomål och synpunkter för att se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Det arbetar vi med genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

- Rapportera och handlägga avvikelser gällande kvalitet (7.2.3.2).

6.4 Förbättrande åtgärder i verksamheten

Kravet på att *åtgärder ska vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet*³⁰ uppnår vi genom att:

- Vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet utifrån resultaten från egenkontroll, riskanalyser och utredningar av klagomål och anmälningar.
- Förbättra processer och rutiner vid behov.

Det arbetar vi med genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

- Vidta åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet (7.2.4).

6.5 Förbättring av processerna och rutinerna

Kravet på att *processerna och rutinerna ska förbättras*³¹ uppnår vi genom att:

- Förbättra processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet.

Det arbetar vi med genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

- Vidta åtgärder för att förbättra processer och rutiner (7.2.5).

7. Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Kravet på att *verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet*³² uppnår vi genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

- Arbeta i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet (7.3).

²⁹ 5 kap. 6 § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

³⁰ 5 kap. 7 § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

³¹ 5 kap. 8 § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

³² 6 kap. 1 § - 3 § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

8. Dokumentationsskyldighet

Kravet på *dokumentation av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet*³³ uppnår vi genom att:

- Beskriva förvaltningens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.
- Beskriva vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Beskriva vilka resultat som har uppnåtts.

Det arbetar vi med genom att (hänvisning till samlingsrutin i parentes):

- Dokumentera resultatet av det systematiska kvalitetsarbetet i Stratsys³⁴ (7.4.1).
- Dokumentera resultatet av patientsäkerhetsarbetet i Stratsys³⁵ (7.4.2).
- Genomföra ledningens genomgångar (vår) och ledningens uppföljningar (höst) av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) i Stratsys (7.5).
- Upprätta kvalitetsberättelser på nämndnivån och avdelningsnivån.
- Upprätta patientsäkerhetsberättelser på nämndnivån och avdelningsnivån.

9. ”Systematiskt kvalitetsarbete (SKA)” i Stratsys

9.1 Struktur och innehåll

Innehållet i nämndernas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 dokumenteras i och utvecklas löpande med stöd av Stratsys³⁶.

Eftersom syftet med arbetet i processerna skiljer sig åt är processerna samt dito kopplade delprocesser, mått, riskanalyser, egenkontroller och åtgärder fördelade på följande processområden (se texten i de blå pilarna nedan):

³³ 7 kap. 1 § - 3a § i ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”.

³⁴ Utgör underlaget för Stratsys-rapporten ”Kvalitetsberättelse”.

³⁵ Utgör underlaget för Stratsys-rapporten ”Patientsäkerhetsberättelse”.

³⁶ Stratsys är kommunens webbaserade verktyg för planering, uppföljning och rapportering.

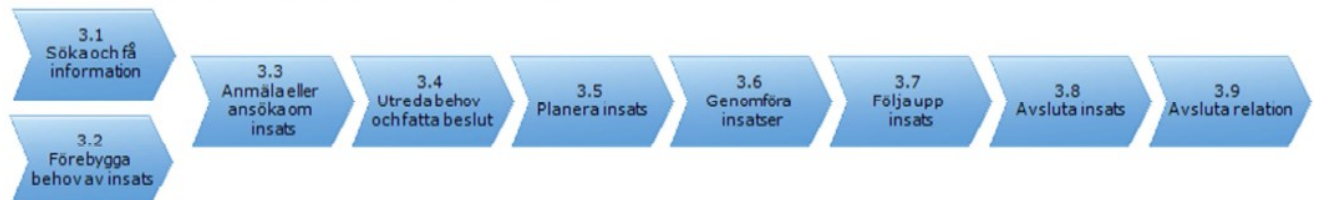
1. Styra verksamheten



2. Utveckla verksamheten



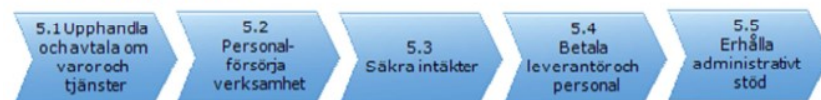
3. Underlätta människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv



4. Skapa förutsättningar



5. Stödja verksamheten



6. Leverera värde till andra aktörer



9.2 Rapporter

9.2.1 Rapporter som underlättar planering av systematiskt kvalitetsarbete

Rapporter som underlättar samt synliggör planering av systematiskt kvalitetsarbete:

- **Kvalitetsplan:**
 - Underlättar årlig kvalitetsplanering på avdelnings- och enhetsnivå.
 - Innehåller processerna som avdelningen respektive enheten ansvarar för att utveckla.
 - Utgör ett planeringsunderlag baserat på det som har dokumenterats i Stratsys.
- **Egenkontrollplan:**
 - Underlättar årlig egenkontroll planering på avdelnings- och enhetsnivå.
 - Innehåller avdelningens respektive enhetens planerade egenkontroller i Stratsys.
 - Utgör ett planeringsunderlag för egenkontroller baserat på det som har dokumenterats i Stratsys.

9.2.2 Rapporter som underlättar uppföljning av systematiskt kvalitetsarbete

Rapporter som underlättar samt synliggör uppföljning av systematiskt kvalitetsarbete:

- **Kvalitetsuppföljning:**
 - Underlättar årlig kvalitetsuppföljning på avdelnings- och enhetsnivå.

- Innehåller processerna som avdelningen respektive enheten ansvarar för att utveckla.
- Utgör ett uppföljningsunderlag baserat på det som har dokumenterats i Stratsys.
- **Kvalitetsberättelse:**
 - Underlättar årlig kvalitetsuppföljning på nämnd- och avdelningsnivå.
 - Innehåller uppföljningen av det systematiska kvalitetsarbetet inom nämndens ansvarsområde respektive avdelningens ansvarsområde.
 - Utgör ett uppföljningsunderlag baserat på det som har dokumenterats i Stratsys.
- **Ledningens genomgång av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA):**
 - Underlättar ledningens genomgångar (vår) och ledningens uppföljningar (höst) på nämndnivån.
 - Innehåller exempelvis processer, beskrivningar av processer och processansvariga.
 - Utgör ett uppföljningsunderlag baserat på det som har dokumenterats i Stratsys
- **Patientsäkerhetsberättelse:**
 - Underlättar årlig uppföljning av patientsäkerhetsarbete på nämnd-, avdelnings- och enhetsnivå.
 - Innehåller uppföljningen av patientsäkerhetsområdet inom nämndens ansvarsområde, avdelningens ansvarsområde respektive enhetens ansvarsområde.
 - Utgör ett uppföljningsunderlag baserat på det som har dokumenterats i Stratsys.

10. ”Systematiskt kvalitetsarbete (SKA)” på Örnsköldsvik

För att underlätta tillgängligheten till rutinerna som är kopplade till processerna i nämndernas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) publiceras dessa på Örnsköldsvik (Startsida/Organisation/Välfärdsförvaltningen/Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SKA))³⁷.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) på Örnsköldsvik innehåller även information om var krav som ställs på verksamheterna finns, processer fördelade på ledningsprocesser, huvudprocesser, stödprocesser samt processområden (se *avsnittet 9.1 Struktur och innehåll* ovan) samt hänvisningar till information inklusive rutiner som

³⁷ Se även ”Startsida/Regler och styrning/Riktlinjer, regler, arbetsrutiner/Välfärdsförvaltningens riktlinjer, regler och arbetsrutiner”.

ska underlätta för berörda att veta vad de ska bidra med ifråga om systematiskt kvalitetsarbete.

11. Länkar

- Samlingsrutin ”Bedriva systematiskt kvalitetsarbete (SKA) enligt SOSFS 2011:9”³⁸.
- SIQs ProcessIndex, Institutet för Kvalitetsutveckling.
- Stratsys (kommunens webbaserade verktyg för planering, uppföljning och rapportering).
- Stratsys-rapport ”Ledningens genomgång av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA)”.
- Stratsys-rapport ”Kvalitetsplan”.
- Stratsys-rapport ”Kvalitetsuppföljning”.
- Stratsys-rapport ”Kvalitetsberättelse”.
- Stratsys-rapport ”Patientsäkerhetsberättelse”.
- Stratsys-rapport ”Egenkontrollplan”.
- Örnkom: Startsidea/Organisation/Välfärdsförvaltningen/Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SKA).
- Örnkom: Startsidea/Regler och styrning/Riktlinjer, regler, arbetsrutiner/Välfärdsförvaltningens riktlinjer, regler och arbetsrutiner.

12. Hänvisningar

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen.
- HSLF-FS 2018:10 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg, Socialstyrelsen.
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) (HSL).
- Hälso- och sjukvårdsförordning (SFS 2017:80)
- Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (SFS 1990:52) (LVU).
- Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870) (LVM).
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387) (LSS).

³⁸ Godkänns av förvaltningschefen.

- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) (PSL).
- Patientdatalag (SFS 2008:355).
- Socialtjänstlag (SFS 2001:453) (SoL).