



**Lekebergs  
kommun**

Datum:

Ansvarig för revidering:  
Socialnämnden

Granskad:  
(Datum)

Fastställt av:  
(Xxxx Xxxx)

Ansvarig tjänsteperson:  
Förvaltningschef

Diarienummer:  
(Xxxx)

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Riktlinjen beskriver det systematiska kvalitetsarbetet  
inom socialförvaltningen



**Policy  
Program  
Plan  
Riktlinje  
Regler**

## Innehåll

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Inledning.....</b>                                                  | <b>3</b>  |
| .....                                                                  | 3         |
| <b>Definitioner.....</b>                                               | <b>4</b>  |
| <b>Ansvar.....</b>                                                     | <b>6</b>  |
| <b>Processer .....</b>                                                 | <b>7</b>  |
| <b>Samverkan .....</b>                                                 | <b>9</b>  |
| <b>Systematiskt förbättringsarbete .....</b>                           | <b>10</b> |
| <i>Risکانالیزer .....</i>                                              | <i>11</i> |
| <i>Egenkontroll.....</i>                                               | <i>11</i> |
| <i>Utredning av avvikelser.....</i>                                    | <i>11</i> |
| <i>Klagomål och synpunkter.....</i>                                    | <i>12</i> |
| <i>Rapporteringsskyldighet av vårdskador och missförhållanden.....</i> | <i>12</i> |
| <i>Sammanställning och analys.....</i>                                 | <i>12</i> |
| <i>Förbättrande åtgärder i verksamheten.....</i>                       | <i>13</i> |
| <i>Förbättring av processerna och rutinerna.....</i>                   | <i>13</i> |
| <b>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....</b>                   | <b>14</b> |
| <b>Dokumentationsskyldighet.....</b>                                   | <b>14</b> |
| <i>Patientsäkerhetsberättelse .....</i>                                | <i>14</i> |
| <i>Kvalitetsberättelse .....</i>                                       | <i>15</i> |

## Inledning

Socialförvaltningens ledningssystem är uppbyggt enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Ledningssystemet för kvalitet anger hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas. Ledningssystemet redogör för vilken typ av verksamhet som bedrivs och vilka lagar och föreskrifter som styr verksamheten. Utifrån dessa lagar och föreskrifter fastställs processer och rutiner som beskriver hur verksamheten upprätthåller en god kvalitet. För att utveckla kvaliteten används riskanalyser och egenkontroller samt det som framkommer genom klagomål, synpunkter och reglerade rapporteringsskyldigheter. Arbetet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och kvaliteten ska säkras i sådan verksamhet som omfattas av ledningssystemet:

5 kap. 2 § socialtjänstlagen (2025:400)

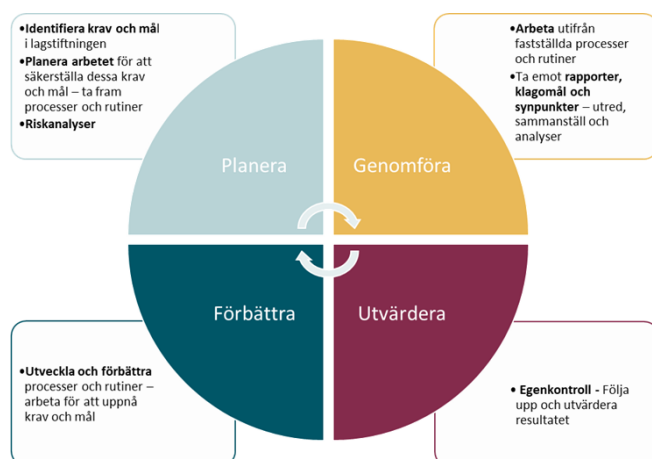
6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

samt även i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

## Syfte

SOSFS 2011:9 beskriver att verksamheter som omfattas av ovan nämnda lagar ansvarar för att det finns ett ledningssystem. Detta ledningssystem ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ett fungerande ledningssystem gör det möjligt för verksamheten att rätt saker görs vid rätt tillfälle. Det skapar möjligheter för verksamheten att förebygga händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och socialförvaltningen följer en kvalitetsmodell:



## Definitioner

### Definition av kvalitet

I 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 definieras kvalitet på följande sätt:

Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten 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.

### Definitioner/förklaringar

**Avvikelse** – En avvikelse är något som inträffar och som inte överensstämmer med verksamhetens normala **rutiner** avseende brukaren/klienten/patienten. Det kan exempelvis vara avsteg från hygienregler, att läkemedel inte getts på rätt tidpunkt till rätt person, brister i information, utebliven insats eller att omvårdnaden brustit så att trycksår kunnat uppstå. Det kan också vara brister i omsorgen och brister i attityd och bemötande. En avvikelse kan ge större eller mindre konsekvenser för den drabbade.

**Avvikelsehantering** – Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera avvikelser samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt, sammanställa och återföra erfarenheterna.

**Checklista** – Checklista är en kontrollista som används för att komma håg att utföra specifika uppgifter. Verksamhetsspecifika checklistor antas av respektive chef.

**Egenkontroll** – En systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

**Handlingsplan** - En handlingsplan är mer konkret och specifik än en plan och innehåller ansvar, tidsplan och uppföljning för de åtgärder som anges i handlingsplanen. Syftet med handlingsplanen är samma som för planen, den anger vilka åtgärder styrelsen/nämnden ska vidta inom ett område för att mål, policy, lagar med mera ska efterlevas. Handlingsplaner antas av kommunstyrelsen eller ansvarig nämnd i de fall politiskt ställningstagande krävs, och i övriga fall av respektive förvaltningschef.

**Internkontroll** – En systematisk uppföljning och utvärdering där det primära syftet är att säkerställa att de av kommunfullmäktige fastställda målen uppfylls.

**Plan** - En plan innehåller åtgärder som ska vidtas inom ett särskilt område och syftar till att förverkliga exempelvis mål, policy, lagar med mera. Den är kortfattad och går inte in på detaljnivå utan håller sig på en övergripande nivå. En plan kan åtföljas av en riktlinje eller rutin som går in djupare och förtydligar vad som ska åstadkommas inom området för planen. Planer antas av kommunfullmäktige.

**Policy** - En policy anger kommunens värderingar och förhållningssätt inom ett visst område. En policy ska ge en princip att följa. En policy ska vara kortfattad. Policyer antas av kommunfullmäktige.

**Process** – En process kan definieras som en serie aktiviteter som skapar ett värde för de som organisationen är till för, det vill säga brukare/klienter/patienter. En process har en väldefinierad början, ett väldefinierat slut och kännetecknande är att den upprepas många gånger. Process ska inte förväxlas med flöde där värdet är att nå målet. Det liknar mer en arbetsbeskrivning.

**Program** - Ett program uttrycker en värdegrund och en önskad utveckling av verksamheten. Programmet ska ange övergripande prioriteringar som kommunen ska uppnå inom ett visst område. I samband med framtagande av ett program bör möjligheten till inflytande för invånare, brukare, näringsliv och andra intressenter prövas. Program antas av kommunfullmäktige.

**Regel** - En regel sätter exakta gränser för vårt handlande i olika situationer och förbjuder vissa beteenden. Reglerna koncentrerar sig på hur en åtgärd utförs. Regler antas av ansvarig chef eller kommunens ledningsgrupp. Regler av principiell karaktär som har ett politiskt ställningstagande antas av kommunstyrelsen.

**Riktlinje** - Riktlinjer avser främst frågor som rör ren verkställighet. Riktlinjer kan ses som en handbok för hur arbetsuppgifterna ska utföras. De ska skapa en gemensam norm för önskat beteende och ge handläggaren ett visst utrymme att själv utforma detaljerna i åtgärden som regleras i riktlinjen. Riktlinjer antas av respektive nämnd, kommunstyrelsen antar kommunövergripande riktlinjer. Om riktlinjen är av principiell karaktär antas den av kommunfullmäktige. Det finns även riktlinjer som kommunen har gemensamt med Regionen, dessa beslutas inte internt i kommunen.

**Risikanalys** – Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

**Rutin** - Rutiner är detaljerade instruktioner för hur en viss fråga ska hanteras eller hur en arbetsuppgift ska utföras. I rutinen ska det tydligt anges vad som ska göras, när det ska göras och vem som är ansvarig för att det görs. Enheternas interna rutiner antas av ansvarig chef. Mer övergripande rutiner antas av kommunens ledningsgrupp. Rutin kan även antas av medicinsk ansvariga när det gäller patientsäkerhet.

**Samverkan** – Samverkan innebär att, då aktiviteter överskrider gränser inom eller mellan organisationer, handla eller fungera gemensamt för ett visst syfte. Aktörer möts på lika villkor, där aktiviteter syftar till att uppnå det gemensamma målet.

**Styrdokument** - Utöver de lagar och förordningar som styr den kommunala verksamheter åligger det kommunerna själva att upprätta egna styrdokument. Vissa styrdokument är lagstadgade och måste finnas i en viss form inom alla kommuner. Kommunen har även möjlighet att ta fram andra styrdokument för att

reglera sina verksamheter. De styrdokument som finns för oss är Program, Policy, Plan, Handlingsplan, Riktlinje, Regel och Rutin.

**Åtgärdsplan** – En åtgärdsplan är en verksamhetsspecifik handlingsplan. Den ska vara konkret och specifik, innehålla ansvar, tidsplan och uppföljning för de åtgärder som anges. Skillnaden från handlingsplan är att åtgärdsplan får antas av respektive chef.

**Överenskommelser** – Överenskommelser beskriver övergripande principer och gemensamma värderingar. Det är basen för samverkan mellan parterna inom de områden där man delar hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen samt samverkan mellan Region Örebro län och kommunernas socialtjänst, vidare skolornas elevhälsa, e-hälsa och kunskapsstyrning. Inom ett stort antal områden finns och tillkommer överenskommelser som mera i detalj reglerar hur samverkan inom dessa områden ska ske.

## Lagar och krav

### Definition:

**Lagar:** Riksdagen beslutar om lagar. Lagar är regler som alla måste följa. Utöver lagar finns även förordningar och föreskrifter.

**Förordningar:** Regeringen beslutar om förordningar. Förordningar är juridiskt bindande bestämmelser som förtydligar och preciserar det som står i lagarna.

**Föreskrifter:** Myndigheter, exempelvis Socialstyrelsen, beslutar om föreskrifter och dessa är bindande regler.

**Allmänna råd:** Dessa är inte bindande utan en rekommendation som anger vad som bör göras för att uppfylla kraven i en lag eller föreskrift.

**Lagkravslistan** omfattar de skyldigheter och ansvar som vilar på kommunens socialförvaltning enligt gällande rätt. Lagkravslistan ligger separat på kommunens intranät.

## Ansvar

Av 3 kap. SOSFS 2011:9 1 § framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enligt 2 § ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Enligt 3 § ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

## Organisation socialförvaltningen

Socialförvaltningen ansvarar för insatser, stöd och service till enskilda och familjer i kommunen. Ansvarig nämnd är socialnämnden.

Till Socialförvaltningen hör följande verksamheter:

- Individ- och familjeomsorg (IFO) inkl. AMI
- Äldreomsorg
- LSS
- Socialpsykiatri
- Hälso- och sjukvårdsenhet

Inom socialförvaltningen arbetar totalt 266 stycken tillsvidareanställda<sup>1</sup> vilket är den förvaltning i Lekebergs kommun med högst antal tillsvidareanställda medarbetare.

### Ansvarsområden

Socialnämnden, förvaltningschefen, staben, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), enhetschef HSV, övriga enhetschefer samt medarbetare har olika ansvarsområden i det systematiska kvalitetsarbetet.

## Processer

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9:

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 §

Identifiera de aktiviteter som ingår, och bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

4 § För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

En process är en serie återkommande aktiviteter, ett arbetsflöde, som skapar värde för en mottagare. Alla processer har en tydlig start och ett tydligt slut. Varje aktivitet har ett resultat som används som input till nästa aktivitet. Processen är

---

<sup>1</sup> Uppgift inhämtad från Lekebergs HR-avdelning november 2025.

till för att en kommuninvånare, besökare, företagare, kund eller medarbetare ska få ett behov tillgodosett.

Eftersom processer är ständigt återkommande är det nödvändigt att de är så effektiva och levererar så god kvalitet som möjligt. Genom att alla berörda tillsammans kartlägger en process skapas en gemensam bild av hur man arbetar – en processkarta.

Att göra våra processer synliga bidrar till att vi fokuserar på nytta för dem vi är till för. Alla aktiviteter vi utför ska bidra till leveransen och värde för mottagaren. Dessutom ser alla inblandade i processen hur olika aktiviteter är beroende av varandra. Processen blir överblickbar och vi kan lättare identifiera förbättringsområden och på så sätt uppnå högre effektivitet.

Nedan framgår de huvudprocesser som omfattas av socialförvaltningens uppgifter samt de rutiner som finns fastställda för att säkerställa att processerna genomförs på ett riktigt sätt. Kopplat till dessa huvudprocesser finns upprättade rutiner.

#### **Handläggning enligt SoL och LSS**

Beskriver huvudprocessen handläggning från anmälan/ansökan till beslut.

- Anmälan eller ansökan
- Samtycke
- Utredning
- Bedömning
- Beslut enligt delegation; vid bifall vidare till verkställighet, vid avslag ges information om hur överklagan går till.
- Fortlöpande sker dokumentation genom hela processen

#### **Verkställighet enligt SoL och LSS**

Beskriver huvudprocessen verkställighet från mottagande av uppdrag till avslut.

- Mottagande av uppdrag
- Planering
- Genomförande
- Uppföljning
- Utvärdering av resultat
- Fortlöpande sker dokumentation genom hela processen

#### **Verkställighet enligt HSL**

Beskriver huvudprocessen för HSL från identifierat behov till avslut.

- Identifiering av behov hos den enskilde
- Samtycke
- Utredning

- Bedömning av behov och vårdnivå
- Vid bedömd hemsjukvård, planering av åtgärder
- Utföra åtgärder; den legitimerade själv eller genom delegerad personal
- Uppföljning
- Utvärdering av resultat
- Fortlöpande sker dokumentation genom hela processen. För att identifiera processområden, aktiviteter och rutiner är utgångspunkten aktuell lagstiftning och föreskrifter. Om resultaten visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

#### **Icke behovsbedömda insatser**

- Mottagande av enskild som hör till målgruppen för insatsen
- Genomförande
- Uppföljning
- Utvärdering av resultat
- Dokumentation sker enligt vad nämnden beslutat ska gälla för insatsen (se insatskatalogen)

## **Samverkan**

Enligt 4 kap. 5 § SOSFS 2011:9 framkommer att:

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Enligt 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9 framkommer att:

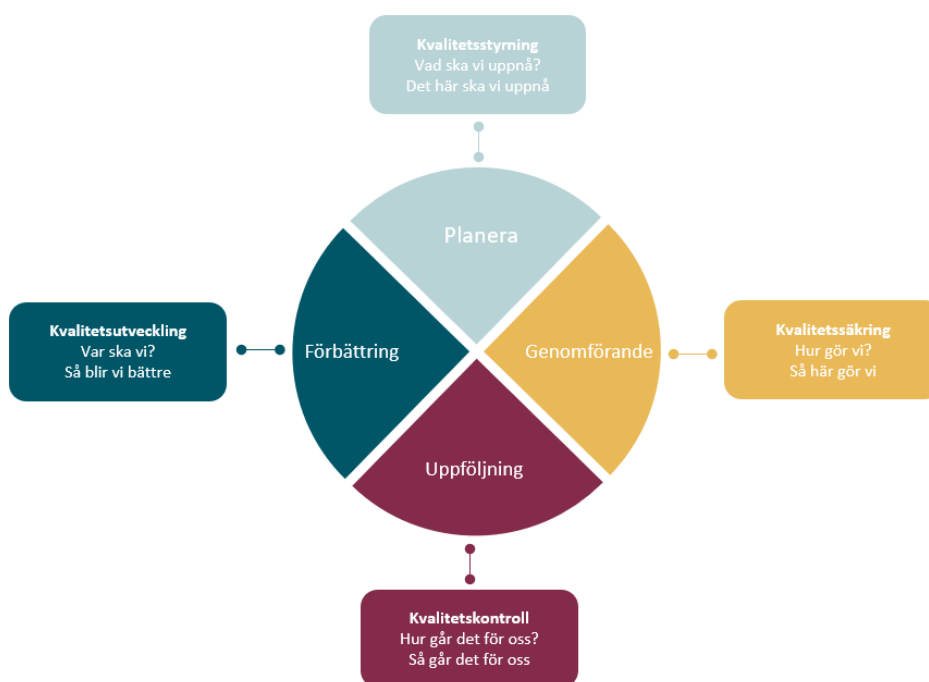
Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Samverkan sker intern och externt för att tillgodose behov hos brukare/klienter/patienter samt säkerställa kvalitet i den egna verksamheten.

## Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Riskanalyser ska göras i förbyggande syfte för att förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Egenkontroller ska göras för att undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvalitet. Rapporter, klagomål och synpunkter ska tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Det systematiska arbetet utgår från nedanstående kvalitetsmodell:



### Planera:

- Identifiera krav och mål i lagstiftningen.
- Planera arbetet för att säkerställa dessa krav och mål.
- Ta fram processer och rutiner.
- Identifiera risker och genomföra riskanalyser.

### Genomföra:

- Arbeta utifrån fastställda processer och rutiner.
- Ta emot rapporter, klagomål och synpunkter; utreda, sammanställa och analysera.

#### **Utvärdera:**

- Följa upp och utvärdera resultatet – egenkontroll.

#### **Förbättra:**

- Utveckla och förbättra processer och rutiner, arbeta för att nå krav och mål.

## **Risikanalys**

Av 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framkommer att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Det ska fortlöpande och vid förändring ske bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje händelse ska sannolikheten för att den inträffar bedömas samt vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden för brukare/klienter/patienter.

## **Egenkontroll**

Av 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framkommer att egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

5 kap. 2 § SOSFS 2011:9 Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

## **Utredning av avvikelser**

Avvikelse är ett samlingsgrepp och omfattar synpunkter, klagomål, rapporterade vårdskador och missförhållanden. Grunden för god kvalitet utgörs av de krav och mål som finns i lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. För att veta vad som är god kvalitet eller vad som avviker från det behöver uppdraget för verksamheten vara tydligt. Alla som arbetar i verksamheten behöver förstå betydelsen av de krav och mål som gäller för just sin verksamhet för att kunna uppnå god kvalitet. Chefer och medarbetare ska hålla sig uppdaterade utifrån att nya krav och mål kan tillkomma och att befintliga kan upphävas eller förändras. Om verksamheten inte uppnår god kvalitet utifrån krav och mål uppstår avvikelser.

## Klagomål och synpunkter

Av 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9 framkommer att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från

1. vård- och omsorgstagare och deras närstående,
2. personal,
3. vårdgivare,
4. andra som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS,
5. myndigheter, och
6. föreningar, andra organisationer och intressenter.

Alla intressenter, vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, verksamheter inom LSS, myndigheter, föreningar och andra organisationer som upplever brister i en verksamhets kvalitet har rätt att framföra klagomål och synpunkter. Missförstånd och problem ska alltid lösas direkt i verksamheten om det går. Denna hantering behöver inte registreras i det digitala verksamhetssystemet om inte ansvarig chef anser att det är nödvändigt för enhetens kvalitetsarbete. Synpunkter och utvecklingsförslag som lämnas direkt till verksamheten ska analyseras och resultaten av bedömningen ska återges till den som lämnat synpunkten.

## Rapporteringsskyldighet av vårdskador och missförhållanden

Lagstiftningen reglerar vilka som har skyldighet att rapportera vårdskada eller risk för vårdskada alternativt missförhållande eller risk för missförhållande.

All hälso- och sjukvårdspersonal har en rapporteringsskyldighet och är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen har rapporteringsskyldighet även när det gäller andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten.

Alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och stöd och service till vissa funktionshindrade, är skyldig att rapportera om de uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för insats inom verksamheten.

## Sammanställning och analys

Av 5 kap. 6 § SOSFS 2011:9 framkommer att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras samlat för att kunna



se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Att enbart utreda varje enskild rapport, klagomål eller synpunkt, utan en samlad analys kan göra att problem inte uppmärksammas fullt ut. Resultaten från avvikelsestatistik, utredningar, analyser ska användas i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Framkomna mönster och trender som indikerar brister i kvalitén ska åtgärdas av verksamheten. Både positiva resultat och förbättringsområden ska ligga till grund för ett lärande och leda till förbättring av processer och överenskomna arbetssätt. Verksamhetens samlade analys ska användas för att prioritera utvecklingsområden fortlöpande under året. I den årliga patientsäkerhetsberättelsen sammanställs och analyseras avvikelser kopplat till vårdskada eller klagomål/synpunkter som har bäring på patientsäkerheten. Sammanställning av övriga avvikelser och klagomål sker i verksamhetsberättelserna.

## Förbättrande åtgärder i verksamheten

Av 5 kap. 7 § SOSFS 2011:9 framkommer att på grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Genom de olika aktiviteter som ingår i det systematiska förbättringsarbetet kan den som bedriver verksamheten få kännedom om avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Sådana avvikelser ska då åtgärdas så att verksamhetens kvalitet säkras. I utredningar analyseras om det finns brister i kvalitet utifrån krav och mål relaterat till avvikelsen. Bakomliggande orsaker till brister ska alltid identifieras för att ligga till grund för beslut om effektiva åtgärder. Förslag på åtgärder tas fram och åtgärderna ska vara så konkreta att det går att följa upp och bedöma om de haft önskad effekt. Uppdragsgivaren har det slutliga ansvaret att besluta om vilka åtgärder som ska vidtas, vem som är ansvarig för genomförandet och vem som ska följa upp effekten av åtgärderna. Det är viktigt att utredningar och planerade åtgärder återkopplas till berörda. Kunskapsåterföring är en betydelsefull del i det systematiska förbättringsarbetet som ger ett ökat lärande samt en större förståelse för vikten av avvikelserapportering. En ökad kunskap och insikt bidrar till större delaktighet i verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

## Förbättring av processerna och rutinerna

Av 5 kap. 8 § SOSFS 2011:9 framkommer att om resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

Vid framkomna avvikelser kan även processer och rutiner behöva ses över. Om dessa inte är ändamålsenliga för att säkerställa verksamhetens kvalitet ska processer och rutiner förbättras. Detta innebär att verksamheten blir en lärande organisation. Utifrån framkomna avvikelser förbättras fortlöpande verksamhetens styrning så att liknande avvikelser inte återupprepas. Därmed utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet. Att en avvikelse inträffar i en verksamhet är något negativt men som en del av ett systematiskt förbättringsarbete är det viktigt att betona att varje upptäckt av en sådan avvikelse är något positivt. Genom upptäckten av en avvikelse säkerställs dels att den kan åtgärdas och dels att



verksamheten får en möjlighet att se över sin styrning och därigenom kan förhindra att liknande avvikelser återupprepas. Det är viktigt att personal och brukare/klienter/patienter alltid uppmuntras till att lämna in rapporter, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

## Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Av 6 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framkommer att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

6 kap. 4 § och 1 kap. 6 § Patientsäkerhetslagen Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Med patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada.

Av 5 kap. 1 § Socialtjänstlagen framkommer att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

Av 24 a § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade framkommer att var och en som fullgör uppgifter enligt denna lag ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är alla medarbetares engagemang och delaktighet nödvändig. Rätt kompetens ökar möjligheterna att medverka i kvalitetsarbetet och ger förutsättningar att kunna ge god vård och omsorg.

## Dokumentationsskyldighet

Av 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framkommer att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. 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 att hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras. Det ska också dokumenteras vilka förbättrade åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till. Det kan dels vara fråga om dokumentation av planeringen av de olika aktiviteterna, dels fråga om dokumentation av framkomna resultat och hur dessa har hanterats.

## Patientsäkerhetsberättelse

Enligt 3 kap. 10 § SOSFS 2011:9 patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur

1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat,

2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp utvärderats,
3. samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,
4. risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.
5. rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats, och
6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 a § och enligt 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.

Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad

1. att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och
2. att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

## Kvalitetsberättelse

Av Allmänna råd SOSFS 2011:9 7 kap. 1 § framkommer att vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå: - 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 har uppnåtts. Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad - att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och - att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.