



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialnämnden Ånge kommun

2017-04-20

Innehåll

1	Inledning	4
1.1	Syfte	4
2	Ledningssystemets omfattning	4
2.1	Äldreomsorg.....	4
2.2	Stöd och omsorg	5
2.2.1	Individ-och familjeomsorg	5
3	Kvalitetsbegreppet.....	5
4	Styrande dokument	6
4.1	Lagstiftning och föreskrifter.....	6
4.1.1	Nationell värdegrund för äldreomsorg	6
4.2	Föreskrifter och allmänna råd.....	6
4.3	Nationella riktlinjer	6
4.4	Riktlinjer och rutiner	6
4.4.1	Riktlinjer	6
4.4.2	Rutiner.....	6
4.5	Politiska mål	7
4.6	Internkontroll.....	7
4.7	Delegeringsordning.....	7
5	Ansvar	7
5.1	Socialnämnden.....	7
5.2	Verksamheternas ansvar	7
5.2.1	Socialchef	8
5.2.2	Verksamhetschefer	8
5.2.3	Enhetschefer	8
5.2.4	Medarbetarens roll	8
5.3	Den medicinska ledningen	9
5.3.1	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	9
5.3.2	Verksamhetschef för hälso-och sjukvård.....	9
6	Processer.....	9
7	Samverkan.....	9
7.1	Brukarsamverkan	9
7.2	Brukar/boenderåd	9
8	Kompetens	10
9	Dokumentation	10
9.1	Dokumentation av kvalitetsarbetet	10

9.2	Dokumentation på individnivå.....	10
10	Att arbeta med ständiga förbättringar	11
10.1	Risakanalys.....	11
10.2	Avvikelse.....	11
10.2.1	Avvikelse enligt SOL och LSS.....	12
10.2.2	Avvikelse enligt HSL.....	12
10.3	Synpunkter och klagomål.....	12
10.4	Egenkontroll.....	12
10.4.1	Egenkontroll på övergripande nivå.....	12
10.4.2	Egenkontroll på verksamhets- och enhetsnivå.....	13
11	Förbättrande åtgärder	14
12	Lex Sarah och Lex Maria.....	14
12.1	Lex Sarah	14
12.2	Lex Maria.....	14
13	Modell för det systematiska kvalitetsarbetet.....	15

1 Inledning

Socialtjänstlagen (SoL), lagen och stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HsL) ställer krav på att verksamhetens insatser ska vara av god kvalitet, utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvalitén systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter enligt SoL, LSS och HsL (SOSFS 2011:9).

Socialnämnden är ytterst ansvarig för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ett välfungerade ledningssystem innebär att det finns en organisatorisk struktur med ett uttalat och tydligt ansvar, identifierade processer, dokumenterade arbetsrutiner samt rutiner för uppföljning av verksamheten.

1.1 Syfte

Utifrån ett helhetsperspektiv ska ledningssystemet stödja verksamheterna att förbättra tjänsterna för medborgarna och brukarna/patienterna/klienterna.

Syftet med ledningssystemet är att:

- leda verksamheterna att uppnå en god kvalitet
- ge stöd i rättsäker myndighetsutövning och utförande av beslutade insatser
- ge stöd i patientsäker hälso-och sjukvård
- så långt som möjligt förebygga avvikelser, missförhållanden och vårdskador

Det är viktigt att ledningssystemet överensstämmer med aktuell organisation, strategi och arbetsätt. Vid konstaterade kvalitetsbrister ska ledningssystemet justeras och anpassas.

2 Ledningssystemets omfattning

Ledningssystemet omfattar de krav och mål som gäller för de verksamheter som socialnämnden ansvarar för.

2.1 Äldreomsorg

De flesta insatser inom äldreomsorgen föregås av ett individuellt beslut/behov och därefter är de huvudsakliga insatsområdena följande:

- Särskilda boenden inkl korttidsboende
- Ordinärt boende - hemtjänst
- Hemsjukvård
- Dagvård

2.2 Stöd och omsorg

Inom verksamheten stöd och omsorg finns organisatoriskt anhörigstöd, som i viss del ges som generell insats. Annars föregås insatserna av individuella beslut:

- Utredning och bistånd med stöd av LSS och SOL
- Personlig assistans
- Ledsagarservice
- Kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år
- Boende i familjehem eller i boende med särskild service för barn eller ungdom
- Boende med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad
- Daglig verksamhet

2.2.1 Individ-och familjeomsorg

Även inom individ-och familjeomsorg föregås i de flesta fall insatserna av individuella beslut.

- Försörjningsstöd
- Missbruksvård
- Barn-och familj
- Utredning och bistånd enligt SOL samt dess tilläggslagstiftning

Dessutom finns några generella öppna insatser; tex inom missbruksvård och barn och familj.

3 Kvalitetsbegreppet

Kvalitet är när verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagstiftning, föreskrifter och politiska beslut gällande socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade, hälso-och sjukvård, och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Utöver krav och mål i lagstiftning och författningar finns kommun- och ämnesövergripande kvalitetsdefinitioner, beslut eller inriktningar. Bland dem kan nämnas kvalitetspolicy och bemötandepolicy.

”Bästa service för medborgarna” är den övergripande ledstjärnan för alla kommunens verksamheter

Kvalitet ska mätas, utvärderas och systematiskt förbättras genom kvalitetssäkring

4 Styrande dokument

4.1 Lagstiftning och föreskrifter

Verksamheterna ska beskrivas och aktuell lagstiftning och andra styrande dokument ska vara identifierade.

Verksamheterna styrs till stor del av gällande lagstiftning, LSS, HSL och SOL med tillhörande tilläggslagstiftning. Till dessa tillkommer ett flertal andra lagstiftningar; tex kommunallagen, förvaltningslagen, offentlighets- och sekretesslag för att nämna några.

4.1.1 Nationell värdegrund för äldreomsorg

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen är inskriven i socialtjänstlagen (2001: 453). Ändringen i 5 kap 4 § tydliggör de etiska värden och normer som ska vara grunden i arbetet inom äldreomsorgen samt den äldre personens möjlighet till inflytande vid genomförandet av insatserna.

4.2 Föreskrifter och allmänna råd

Föreskrifter som utfärdas av Socialstyrelsen är juridiskt bindande för vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet inom lag om stöd och service i vissa fall.

Socialstyrelsens allmänna råd är endast rådgivande.

4.3 Nationella riktlinjer

Nationella riktlinjer som utfärdas av Socialstyrelsen är rekommendationer om prioriteringar inom ett visst område, till exempel vården av en svår kronisk folksjukdom eller missbruksvård.

4.4 Riktlinjer och rutiner

4.4.1 Riktlinjer

Riktlinjer kan ses som en ram som beskriver ett visst handlings/arbetsätt. Som stöd kan finnas checklistor, mallar, blanketter, formulär m.m. De omfattar vanligtvis flera verksamheter/enheter. I de flesta fall bör i dessa fall brytas ner till lokala rutiner.

Inom socialtjänsten kan riktlinjer beslutas av socialchef och verksamhetschef. Dessutom kan MAS fastställa riktlinjer utifrån dennes specifika ansvarsområde.

4.4.2 Rutiner

Rutin kan ses som en detaljerad beskrivning av hur en arbetsuppgift ska utföras. Som stöd kan finnas checklistor, mallar, blanketter, formulär m.m. Ofta kombineras rutin och arbetsprocess på så sätt att texten i rutinen kompletteras av ett flödesschema över arbetsprocessen, eller vice versa.

Rutiner kan vara både verksamhetsövergripande och lokala för arbetsstället. De kan därmed upprättas på olika chefsnivåer. Dessutom kan MAS fastställa rutiner utifrån dennes specifika ansvarsområde

4.5 Politiska mål

Utifrån kommunfullmäktiges övergripande mål fastställer socialnämnden årligen sina mål, som kan vara både verksamhetsspecifika och övergripande för alla verksamheter.

4.6 Internkontroll

Internkontrollen samverkar med kvalitetsarbetet för att få en säker och effektiv verksamhet. Den ska hjälpa till att styra verksamheten genom att ha kontroll över alla de faktorer som kan vara risker för att verksamheten inte ska nå sina mål och klara sina uppgifter eller av extra stort intresse att följa trender/utveckling

4.7 Delegeringsordning

Enligt 6 kap 33 § kommunallagen (KL) får en nämnd, med vissa undantag, uppdra åt ett utskott, åt en ledamot eller ersättare eller åt en anställd i kommunen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Beslut som fattas på delegering, ska enligt kommunallagen, rapporteras till nämnden.

Ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet kan inte delegeras

5 Ansvar

5.1 Socialnämnden

SOSFS 2011:9, 3 kap 1, 2, 3 §§§

Socialnämnden har det övergripande och yttersta ansvaret för ett fungerande ledningssystem. Socialnämnden ska med stöd av ledningssystemet kunna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt säkerställa att arbetet sker enligt gällande lagstiftning.

De som bedriver verksamhet måste skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet. På så sätt blir verksamheten en lärande organisation.

5.2 Verksamheternas ansvar

För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är all personals engagemang och delaktighet nödvändig. För att kunna medverka behöver personalen också ha kunskap om rutiner och processer samt förutsättningar för att jobba utifrån dessa.

5.2.1 Socialchef

Socialförvaltningen leds av socialchef och hen är ytterst ansvarig mot socialnämnden. Socialchefen har ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten utifrån nämndens uppdrag.

Socialchefen har vidare ett ansvar för att:

- kommunicera och omsätta socialnämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten
- för att mål uppnås
- bevaka verksamhetens totala resursbehov för att säkerställa kvalitetsarbetet på lång och kort sikt

5.2.2 Verksamhetschefer

Direkt underställd socialchef finns verksamhetschefer. Deras huvudsakliga ansvar i kvalitetssystemet är att säkra det som fastställts, dvs att skapa förutsättningar i verksamhet för att rutiner och riktlinjer blir kända och att de används.

Verksamhetschefen ansvarar för att skapa övergripande strukturer och processer för sitt verksamhetsområde samt för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete. Dessutom har verksamhetschef ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs.

5.2.3 Enhetschefer

Enhetschefer ansvarar för sin verksamhet och ska tillsammans med sina medarbetare bedriva och dokumentera det verksamhetsnära kvalitetsarbetet.

Speciellt viktigt är det att enhetschef verkar för att det finns ett öppet klimat kring att identifiera och rapportera avvikelser samt missförhållanden och att erfarenheter från synpunkter och klagomål tas tillvara i det systematiska kvalitetsarbetet. Enhetscheferna har också ansvar att säkra och följa upp det som fastställts.

5.2.4 Medarbetarens roll

SOSFS 2011:9 6 kap 1§

- 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.
- Var och en som fullgör uppgifter enligt LSS ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.
- Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada
- Alla medarbetare har ett ansvar för att arbeta efter fastställda processer och rutiner samt för att delta i kvalitetsutveckling i det dagliga arbetet.

5.3 Den medicinska ledningen

Den medicinska ledningen består av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt verksamhetschef för hälso- och sjukvård.

5.3.1 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Inom kommunens hälso- och sjukvård ska det, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 11 kap 4§ finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Ansvaret regleras i Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap 6 §.

5.3.2 Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten, HSL 4 kap 2§,

En verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

6 Processer

SOSFS 2011:9 4 kap 2, 3, 4 §§§

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Varje process ska ha en utsedd processägare. Dennes roll är att organisera, utveckla och styra processen från ett helhetsperspektiv.

För att säkra verksamhetens kvalitet och effektivitet ska viktiga processer identifieras, beskrivas och fastställas.

7 Samverkan

SOSFS 2011:9 4 kap 5§

Många av dem som kommer i kontakta med socialtjänsten har sammansatta behov som kräver samverkan och samarbete med andra såväl internt, inom och mellan nämnder som externt med andra myndigheter och aktörer. Skyldigheten att samverka regleras i olika lagstiftningar och föreskrifter som Förvaltningslagen (FL) och Socialtjänstlagen (SoL). Samverkan är ofta en förutsättning för att den enskilde skall få det stöd som motsvarar dennes behov. Samverkan en viktig faktor för att uppnå kvalitet i verksamheten.

7.1 Brukarsamverkan

Socialnämndens politiker har ansvar för brukar- och medborgardialog i olika former. Organiserad samverkan sker till exempel genom kommunala pensionärs- och handikapprådet (KPHR),

7.2 Brukar/boenderåd

I verksamheten ska samverkan med brukare/klienter ske genom brukar/boenderåd eller andra forum där brukare ges möjlighet att vara delaktig

8 Kompetens

När en person vänder sig till socialnämnden för stöd och omsorg under kortare eller längre tid ska denne mötas upp av yrkeskompetens personal.

För att säkra personalens kompetens och lämplighet finns rutiner för anställning, introduktion och medarbetarsamtal, kompetens-och fortbildningsplaner.

I vissa fall finns författningskrav som styr på krav på kompetens och i vissa fall finns allmänna råd om krav på kompetens. För att arbeta inom vissa yrkesgrupper krävs legitimation (reglerat yrke)

9 Dokumentation

9.1 Dokumentation av kvalitetsarbetet

SOSFS 2011:9 7 kap 1, 2§ §

Det verksamhetsnära kvalitetsarbetet ska dokumenteras systematiskt och fortlöpande .

Enligt patientsäkerhetslagen ska en patientsäkerhetsberättelse upprättas senast 1 mars varje år. Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva bland annat hur egenkontroll följts upp och utvärderats, hur vårdskador förbyggts och hanterats samt redovisa inkomna klagomål och synpunkter relaterat till patientsäkerhet.

En motsvarande kvalitetsberättelse ska upprättas för det systematiska förbättringsarbetet som omfattar SOL och LSS. Kvalitetsberättelsen sammanfattar avvikelser, granskningar, brukarundersökningar samt utvecklingsarbeten som bedrivits i syfte att utveckla verksamhetens kvalitet.

Patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen redovisas tillsammans.

9.2 Dokumentation på individnivå

Enligt patientsäkerhetslagen är all legitimerad personal skyldighet att dokumentera. Till hälso- och sjukvårdspersonal räknas förutom fysioterapeut/sjukgymnast, dietist, arbetsterapeuter och sjuksköterskor även de som biträder legitimerad personal, det vill säga personer som utför en delegerad hälso- och sjukvårds insats. Vårdplaner upprättas till patienter med omfattande behov eller där mer än en huvudman är involverad i vården.

Enligt SOL och LSS skall både handläggning och verkställighet dokumenteras. Utredning, bedömning och beslut om behov dokumenteras av biståndshandläggarna och verkställigheten dokumenteras av berörd enhetschef på respektive enhet. Genomförandeplan upprättas och följs upp. För övrigt dokumenteras händelser av vikt.

10 Att arbeta med ständiga förbättringar

För att säkerställa att ledningssystemet är uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett ständigt pågående förbättringsarbete.

Förbättringsarbetet innebär att utifrån *riskanalyser*, *egenkontroll* och utredningar av *avvikelser* samt *synpunkter och klagomål* lära av sina erfarenheter för att göra förbättringar i verksamheten. Även inspektionsrapporter och revisionsrapporter ska beaktas i förbättringsarbetet. Att arbeta med ständiga förbättringar innebär att::

- hitta och åtgärda avvikelser från kvalitet,
- identifiera mönster och trender som indikerar kvalitetsbrister samt
- att ändra eller justera processer och rutiner

10.1 Riskanalys

SOSFS 2009:11 5 kap 1§

Att genomföra en risk- och händelseanalys är viktigt för det *förebyggande* arbetet. Risker som skulle kunna påverka kvalitén i verksamheten ska fortlöpande identifieras och sannolikhetsbedömas. Dessutom ska de negativa konsekvenserna, som skulle bli följderna om den inträffade, bedömas och eventuella åtgärder som ska vidtas ska planeras.

Riskanalys ska genomföras vid till exempel

- När brister i verksamheten uppmärksammas, tex klagomål, avvikelser, eller anmälan om missförhållanden
- Vid organisationsförändringar
- Vid kartläggning av verksamhetens processer
- Vid uppmärksammade risksituationer
- Vid nya arbetsmoment/teknisk utrustning

10.2 Avvikelser

SOSFS 2011:9 5 kap 4, 5§§

En avvikelse är en negativ händelse i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra risk eller skada för patienten/brukaren/klienten. Det kan även vara avvikelse från ledningssystemets processer och rutiner.

Alla medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser, missförhållanden samt avvikelser som medfört/kunnat medföra vårdskada. Inkommen avvikelse ska dokumenteras och utreda. Uppgifterna ska analyseras för att kunna se trender som indikerar brister i verksamheterna.

10.2.1 Avvikelser enligt SOL och LSS

Rapportering och hantering av avvikelser gäller negativa händelser som bedöms vara av lindrigare art än ett missförhållande enligt lex Sarah.

Exempel på avvikelse enligt SOL och LSS kan vara fysiska övergrepp, sexuella övergrepp/trakasserier, brister i bemötande, brott mot sekretesslagstiftning, överskriden handläggningstid, brister i beviljad insats, brister i dokumentation, utebliven insats, brister i rutinföljsamhet etc.

10.2.2 Avvikelse enligt HSL

En avvikelse kan vara uppmärksammas risk (innan någon negativ händelse eller vårdskada inträffat), avvikande händelse (allt som inte stämmer med normal rutin och förväntat vårdförlopp, tex irriterande småstrul som tar tid från patientarbetet, en negativ händelse med ett gånghjälpmedel), inträffad händelse som kunnat medföra skada/vårdskada, vårdskada (lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården), allvarlig vårdskada (vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit)

10.3 Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9 5 kap 3§

Synpunkter och klagomål ska tas emot från brukare/patient/klient, anhöriga/närstående, personal, myndigheter, föreningar/organisationer, andra intressenter.

Inkomna klagomål och synpunkter ska tas emot och utredas. Uppgifterna ska analyseras för att kunna se trender som indikerar brister i verksamheterna.

10.4 Egenkontroll

SOSFS 2011:9 2§

Egenkontroll ska ske systematiskt och med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkerställa kvalitet i verksamheterna. Egenkontrollplaner ska upprättas på alla nivåer i organisationen.

10.4.1 Egenkontroll på övergripande nivå

Den övergripande egenkontrollplanen kan - där det bedöms lämpligt- integreras med socialnämndens internkontrollplan. Egenkontroll på övergripande nivå kan innehålla resultat och analys av målgruppsundersökningar, nationella kvalitetsregister, granskning av akter och annan dokumentation. Socialnämnden följer särskilt följande:

Nationella brukarundersökning

Socialstyrelsen genomför årligen nationella brukarundersökningar inom områdena särskilt boende äldre, hemtjänst samt individ- och familjeomsorg.

Brukarundersökningar gruppboenden respektive daglig verksamhet

Undersökningarna genomförs vartannat år inom respektive verksamhet

Öppna jämförelser

Socialstyrelsens Öppna jämförelser är en samlad rapport som presenterar olika kvalitetsindikatorer som möjliggör att jämföra kommuner med varandra. Rapporter sammanställs för olika verksamhetsområden inom socialtjänst samt hälso- och sjukvård och kommer ut en gång per år.

Kommunens kvalitet i korthet (KKIK)

Ånge kommun deltar i KKIK, ett antal kvalitetsparametrar som omfattar flera av kommunens verksamheter. Socialnämnden följer årligen resultatet följt över tid och jämfört med övriga landet.

Nationella kvalitetsregister

Enligt patientdatalagen definieras ett kvalitetsregister som en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättas särskilt för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Registren ska möjliggöra jämförelser inom hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå. Ånge kommun arbetar med följande kvalitetsregister inom kommunal hälso- och sjukvård.:

- Senior Alert
- Palliativa registret
- BPSD-registret

Kontrollärenden

Förutom de kvalitetsuppföljningar kan socialnämndens arbetsutskott ta del av kontrollärenden, då ansvarig handläggare föredrar i enskilt ärende på begäran av nämnderna.

10.4.2 Egenkontroll på verksamhets- och enhetsnivå

Verksamheterna ska ner på enhetsnivå säkerställa sina egna egenkontrollplaner för att säkra att fastställda processer och rutiner fungerar i den egna verksamheten.

11 Förbättrande åtgärder

SOSFS 2011:9 5 kap 7, 8 §§

Utifrån identifierade brister ska de åtgärder som krävs, för att säkerställa verksamhetens kvalitet vidtas.

Om resultatet visar att processer och rutiner inte är ändamålsenliga för att säkerställa verksamhetens kvalitet ska processerna och rutinerna förbättras och utbildning ges.

Socialnämnd alternativt socialförvaltningens ledningsgrupp beslutar om nya styrdokument, enligt den dokumentstruktur kommunen beslutat.

12 Lex Sarah och Lex Maria

12.1 Lex Sarah

SOSFS 2011:5

Enligt bestämmelserna om lex Sarah i SOL och LSS ska

- anställda med flera genast rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten¹
- den som bedriver verksamheten utan dröjsmål utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållandet²
- den som bedriver verksamheten, om missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till IVO³
- den som ska ta emot rapporter (den som bedriver verksamheten) informera de som omfattas av rapporteringsskyldigheten om denna skyldighet

Det som framkommer vid utredning av missförhållandet ska användas för att minimera risken att liknande händelser inträffar igen.

12.2 Lex Maria

SOSFS 2005:8

Lex Maria är bestämmelser i patientsäkerhetslagen.

Bestämmelserna innebär att ett vårdgivaren ska anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient drabbats av eller riskerat att drabbas av en allvarlig vårdskada, det vill säga en skada som kunde ha undvikits. Vårdskadan eller risken för vårdskada kan ha uppstått i samband med en undersökning, under vård eller behandling.

13 Modell för det systematiska kvalitetsarbetet

Modellen beskriver att systematiskt kvalitetsarbete är en ständigt pågående process och de aktiviteter som ingår i de fyra faserna: planera, genomföra, utvärdera och förbättra.



Under fasen **planera** läggs grunden för kvalitetsarbetet och vad som ska utföras och uppnås. Lagstiftning, föreskrifter, tillsynsbeslut och nationella riktlinjer utgör ramarna för de sociala nämndernas ansvar.

Genomförandefasen innebär att arbeta utifrån de processer och rutiner som tagits fram för verksamheten. En viktig del av genomförandet är verksamhetens samarbete inom den egna organisationen så väl som med externa samverkansparter, exempelvis landsting och externa utförare.

Under **utvärderafasen** följer verksamheten upp, utvärderar och analysera utifrån riskanalyser, egenkontroll samt de avvikelser och synpunkter och klagomål som rapporterats. Under den här fasen är det viktigt att ta tid till analys för att få ett bra underlag till förbättringsåtgärder och verksamhetsutveckling.

Under fasen **förbättra** konkretiseras de åtgärder som identifierats i utvärderingsfasen. Det kan innebära att processer och rutiner revideras eller nya processer och rutiner tas fram. Förbättringsarbetet kan också handla om att förbättra och förändra arbetssätt i verksamheten.