

## Bilaga till Famnas kvalitetsstrategi

---

### Kvalitetskrav i lagen

---

Det framgår av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) att hälso- och sjukvård och social omsorg ska vara av god kvalitet, se nedan.

#### **Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) [1]**

2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälso-tillstånd.

31 § Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

#### **Socialtjänstlagen (SoL) [2]**

3 § Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

#### **Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) [3]**

6 § Verksamheten enligt denna lag skall vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten skall vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

7 § (...) Den enskilde skall genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna skall vara varaktiga och samordnade. De skall anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

Socialstyrelsen har förtydligat kraven på kvalitetsledningssystem inom vård och social omsorg i föreskrifter och handböcker:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12 (M) [4]
- Handbok: God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOS 2006-101-2 [5]
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2006:11 (S) [6]
- Handbok: God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS, SOS 2008-101-2 [7]

Förutom att man i handböckerna beskriver vad man menar med god kvalitet så ges också en beskrivning av respektive lagrums förutsättningar samt dess skillnader avseende ansvar och beslutsfattande. Mest påtagligt är att hälso- och sjukvården styrs av ett medicinskt behov och insatserna bedöms av professionen, medan socialtjänstens insatser beslutas av en politisk nämnd.

Det blir tydligt att skillnaderna i insatsernas innehåll och målsättning även påverkar kvalitetsarbetet. Det är t.ex. mycket svårare att objektivt beskriva vad man avser med god kvalitet när det handlar om en insats som framförallt bygger på relationen mellan personal och brukare. Socialstyrelsen skriver i sin handbok God kvalitet i socialtjänsten [7]:

*”Även om god kvalitet är ett begrepp som inte kan ges en entydig innebörd, så konstateras det i förarbetena till SoL att vissa faktorer är av stor betydelse för att en verksamhet ska uppnå god kvalitet. Bland annat anges att socialtjänstens insatser ska ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som lagen anger. De ska också ges på ett sådant sätt att den enskildes behov av stöd och hjälp tillgodoses och att syftet med insatsen eller verksamheten uppnås. (...)*

*Vidare anger förarbetena en rad andra nödvändiga faktorer, såsom rättssäkerhet, den enskildes medinflytande och en lättillgänglig vård och service. En väl fungerande arbetsledning och en lämplig sammansättning av ett arbetslag är andra faktorer som kan ge förutsättningar för en god kvalitet. Att socialtjänsten använder sig av ett genomtänkt arbetssätt är också en del av kvaliteten. (...) I förarbetena konstateras att kvaliteten inte enbart kan bedömas ur klientens/brukarens perspektiv utan den bör även bedömas ur ett personal-, lednings- och medborgarperspektiv. I förarbetena lyfts dessutom bemötandet av enskilda inom socialtjänsten fram som en viktig faktor. (...)*”

Eftersom insatserna enligt de olika lagområdena går in i varandra har man på nationell nivå efterstävät att samordna arbetssätt och metoder för att beskriva god kvalitet. Det har varit svårt att hitta uppföljbara mått för kvaliteten i t.ex. socialtjänsten på grund av problematiken som beskrivs ovan.

Trots dessa skillnader så är för alla verksamheter inom vård och social omsorg gemensamt att ett ledningssystem för kvalitet utgör ett viktigt verktyg för att åstadkomma god kvalitet. Enligt Socialstyrelsen ska ett sådant ledningssystem vara integ-

rerat i hela verksamheten och dess ändamålsenlighet för att styra verksamheten skall fortlöpande analyseras och dokumenteras.

För socialtjänstens område skriver man

*”... att man ska inrätta ett ledningssystem för att säkerställa att uppföljningsbara mål utifrån SoL eller LSS fastställs, att kvalitetsarbetets inriktning och omfattning är anpassad till vad som krävs för att uppnå verksamhetens mål, att ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet fastställs, att enskilda och grupper, t.ex. brukarorganisationer, ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten, att personalen görs delaktig i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten och att kvalitetsarbetet dokumenteras och kontinuerligt följs upp.” [6]*

För hälso- och sjukvården skriver man att

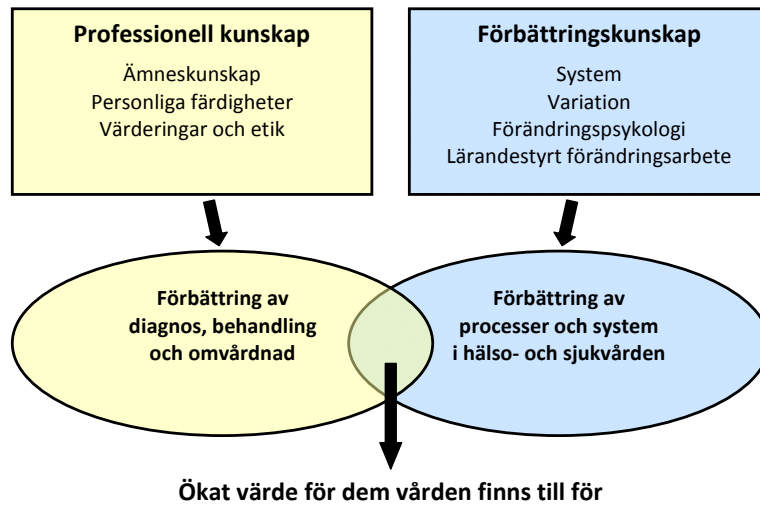
*”... ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och omvärld. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Därmed skapas förutsättningar för det faktabaserade, systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingsarbetet. Denna tydlighet och öppenhet lägger också grund för patienternas och andra intressenters förtroende för vården. Ett ledningssystem ska vara enkelt och inte mera komplext än nödvändigt. Varje verksamhet behöver därför anpassa sitt systematiska kvalitetsarbete till de egna förutsättningarna och ledningssystemet bör inte vara mer omfattande än vad som är nödvändigt för att uppfylla verksamhetens mål. Dessa mål ska vara mätbara, dokumenteras och kontinuerligt följas upp.” [8]*

Famnas medlemmar bedriver verksamhet inom båda områden. Det är därför viktigt att identifiera vilka kvalitetsfrågor som kan bedrivas tillsammans – t.ex. systematiskt kvalitetsarbete, kvalitetsledningssystem, strukturella frågor – och när man behöver bilda arbetsgrupper som avser respektive arbetsområde – specifika processer enligt respektive lagstiftning.

## **Systematiskt kvalitetsarbete**

---

Målsättningen för ett systematiskt kvalitetsarbete är att öka värdet för de människor vården/omsorgen finns till för. Systematiskt kvalitetsarbete bygger på både professionell kunskap och kunskap om förbättringsarbete, se Figur 1. Inom professionen (socio­nomer, läkare, sjuksköterskor, m.fl.) behöver metoder för hur man t.ex. behandlar en åkomma eller hanterar en social situation utvecklas, beskrivas och revideras. Förutom ämneskunskapen innehåller de personliga färdigheterna även den sociala förmågan att möta brukare och patienter. Till professionell kunskap räknas också specifika yrkesvärderingar som t.ex. den Hippokratiska eden för läkare (*Aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta.*), och övergripande värderingar för en verksamhet som t.ex. värdegrund eller ideologi.



**Figur 1.** Professionell kunskap och förbättringskunskap ökar värdet för patienten/brukaren. Efter [9].

Samtidigt handlar förbättringsarbetet om att hantera processer i system där många människor är delaktiga vilket medför att ledarskapet spelar en central roll. Varken den professionella kunskapen eller förbättringskunskapen är statiska, båda förändras över tid och behöver utvecklas. Hela arbetet med kvalitetsutvecklingen blir således en kontinuerlig process där alla aktörer är delaktiga.

Idéerna för ett ständigt förbättringsarbete kommer från det japanska *kaizen* som betyder *gör bättre* och som har utvecklats inom bilindustrin, där man upptäckte att små kontinuerliga justeringar av arbetsprocesserna ledde till bättre resultat än stora strukturella förändringar i organisationen. Kaizen har vidareutvecklats av Deming som beskrev hur förbättringsarbetet bygger på att definiera vad man vill uppnå och att följa upp vad man har uppnått [10]. Detta beskrivs ofta med en s.k. PDCA-cykel (Plan-Do-Check-Act) (Figur 2).

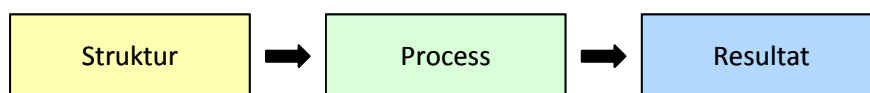


**Figur 2.** PDCA-cykel för kontinuerligt förbättringsarbete. Efter [10, 11].

Socialstyrelsen [8] sammanfattar att ett kvalitetsledningssystem syftar till att skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheten för att, så långt det är möjligt, leda och styra verksamheten mot en god vård och omsorg. Ledningssystemet är en hjälp för att

- fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten
- sätta upp mål i enlighet med kvalitetsområdena/kraven
- följa upp och utvärdera dessa mål.

Detta innebär att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Donebedian beskriver detta som strukturkvalitet, processkvalitet och resultat-kvalitet [12] (Figur 3).



**Figur 3.** Struktur, process och resultat. Efter [12]

Strukturen skapar förutsättningar för verksamheten (kompetens, utrustning, rutiner mm), här ligger hela stödsystemen med IT, administration, service m.m. Processkvaliteten avser det man gör i direkt kontakt med patienter/brukare. Resultatkvaliteten beskriver vad man har uppnått med insatsen. Här skiljer Donabedian mellan tekniska/medicinska resultat – alltså fysiska och funktionella förändringar som ett resultat av behandlingen – och interpersonella resultat som t.ex. patient- och brukartillfredsställelse eller livskvalitet [13]. Tillämpningen av modellen har visat att en bra struktur leder till bra processer som i sin tur ökar kvaliteten på resultaten.

## Kvalitetsfrågorna och Famnas medlemmar

Famna har under 2008 kartlagt hur medlemsorganisationerna arbetar med kvalitetsfrågorna [14], samtidigt har man i en workshop med 31 deltagare från 18 medlemsorganisationer bearbetat bl.a. frågor om hur man skapar en kultur för ständigt förbättringsarbete, hur man kan definiera sin egen organisations särart och mervärde samt vilka utvecklings- och samarbetsbehov som finns [15]. Tillsammans med det allmänna resonemanget ovan om kvalitetsutveckling, bildar resultaten från enkätundersökningen och workshopen utgångspunkten för den föreliggande kvalitetsstrategin.

### *Kvalitetsarbetet hos Famnas medlemmar - Resultat från en medlemsenkät*

Famna har under sommaren/hösten 2008 genomfört en enkätundersökning bland sina medlemmar om hur man arbetar med kvalitetsfrågorna [14]. Medlemsenkäten har berört en del grundläggande frågor om verksamheternas organisation och struktur

samt hur kvalitetsfrågorna hanteras internt och i kontakten med uppdragsgivarna. 29 av Famnas 30 medlemmar har svarat på enkäten.

Undersökningen visar att alla verksamheter jobbar aktivt med kvalitetsfrågorna och att det finns ett behov för att utveckla medlemmarnas systematiska kvalitetsarbete. Eftersom medlemsorganisationerna har likartade frågeställningar så uppstår samarbetsvinster genom att samordna arbetet. För detta krävs att man hittar former för samverkan och att man identifiera vilka områden man ska samverka om. För kompetensutveckling och handledning krävs tillgång till extern expertis.

Undersökningen föreslår följande satsningsområden för det framtida kvalitetsarbetet:

- Behovet för och formen av ett mer operationellt kvalitetssamarbete bland Famnas medlemsorganisationer behöver utredas.
- Kompetensbehovet behöver utredas. Här handlar det om att bedöma vilken kompetens som finns inom organisationerna och hur denna kan användas i ett mer övergripande syfte samt vilken kompetens som behöver tillföras i form av extern expertis.
- Den särskilda värdegrunden, drivkraften och/eller ideologin behöver tas hänsyn till i sättet att arbeta med kvalitetsfrågor. Här behöver man skilja mellan att skapa och visa struktur- och processkvalitet och vilka resultat man uppnår samt hur dessa värderas av brukarna.

#### *Workshop: Kvalitet i idéburen vård och social omsorg*

På workshopen deltog 31 personer från 18 medlemsorganisationer. Man bearbetade bl.a. frågor om hur man skapar en kultur för ständigt förbättringsarbete, hur man kan definiera de idéburna organisationernas särart och mervärde samt vilka utvecklings- och samarbetsbehov som finns i verksamheterna. Workshopen är dokumenterad i en rapport [15]. Nedan sammanfattas slutsatserna från arbetsgrupperna:

#### **Vilka krav ställs på oss både från marknaden och från myndigheter?**

Det finns en samsyn att kvalitetskraven från myndigheter och uppdragsgivare ökar, samtidigt som man upplever att de krav som ställs inte alltid motsvarar de särskilda värden man producerar. Kvalitetskraven kan se olika ut beroende på finansiering av insatsen (avtal, bidrag, gåvor). Man upplever en risk för att ens egna kvalitetskriterier trängs undan av externa krav och man ser behovet av att beskriva särart och mervärde för beställare/upphandlare samt i konkurrens med andra aktörer.

#### **Hur skapar vi en kvalitetskultur som leder till positiva förändringar (utveckling) och hur integrerar vi den i hela verksamheten?**

Det anses vara viktigt att kvalitetsarbetet genomsyrar hela verksamheten. Ett välplanerat ledningssystem för kvalitet optimerar verksamheten och förbättrar samarbetet med andra. Systematisk uppföljning och utvärdering av definierade mål ger feedback till medarbetare och skapar förutsättningen för ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Man saknar lämpliga instrument för att visa ens särskilda kvalitet. Det behövs ett proaktivt arbete med kvalitetsfrågorna och man anser att det finns vinster i att dela med sig av sina erfarenheter, man nämner t.ex. ömsesidig kvalitetsrevision eller en gemensam certifiering.

### **Vad är kvalitet i idéburen vård och social omsorg?**

Alla arbetsgrupper var överens om att en idéburen organisation skapar mervärden i förhållande till andra privata eller offentliga aktörer. Dessa kan sammanfattas enligt följande:

Verksamheten har sin utgångspunkt i patients/brukares behov. Här lyfter man fram att det är viktigt att synliggöra detta t.ex. genom att beskriva kvaliteten i mötet mellan brukare och personal.

Många av Farnas medlemmar är mindre organisationer i förhållande till offentliga aktörer. Man upplever att organisationens storlek skapar större delaktighet genom korta beslutsvägar och ger mer tid för mötet med brukare. Storleken skapar dock ett behov för samordning av övergripande funktioner som t.ex. administration och IT.

Att Farnas medlemmar är non-profit organisationer upplevs som en tydlig gemensam nämnare och en tydlig gemensam särart.

Man ser sig som innovatör och metodutvecklare. Man är flexibel i att anpassa verksamheter till brukares behov och utvecklar t.ex. det goda mötet mellan brukare och personal.

Att vara idéburen skapar ett stort medarbetarengagemang. Det ger en tydlig identifikation med en gemensam värdegrund och man upplever att man kan leva ut engagemanget utan att i första hand begränsas av ekonomi. Engagemanget visas också genom volontärinsatser.

Idéburna aktörer har en unik roll i välfärdssystemet. Man upplever sig som en del av det generella välfärdssystemet och vill vara en jämställd partner. Man har dock en friare roll och styrs inte lika mycket av politiska förändringar. I vissa fall kan man även komplettera systemet och ser sig som brobyggare mellan olika offentliga system (t.ex. kommun, landsting, försäkringskassa, arbetsförmedling). Det finns ett stort förtroendekapital hos brukare, allmänheten och beställare.

### **Hur visar vi vår särart och de mervärden som vi skapar i våra verksamheter?**

Det kom fram att det var svårt att definiera särart och mervärde men att det finns ett stort behov för det.

### **Särart och mervärde av non-profit organisationer**

---

Farnas medlemmar verksamheter kännetecknas av värderingar som sträcker sig från trossamfundens ideologier till allmänt humanistiska värderingar. Gemensamt för alla är att man bedriver verksamheten utifrån ett tydligt behov från brukare och att det ekonomiska vinstmotivet inte primärt. Eventuella överskott delas inte ut till ägare

utan används för att utveckla vården och den sociala omsorgen i den egna verksamheten eller för andra allmännyttiga ändamål.

Särarten av non-profit aktörer ligger alltså delvis i driftsformen – att inte dela ut överskott och att vara en fristående aktör – och i hur man ser på sitt uppdrag i förhållande till patienter och brukare. Denna särart förpliktar organisationerna att leva upp till självpålagda krav utöver de lagliga och man skapar på detta sätt mervärden för patient/brukare, medarbetare och samhället.

Att synliggöra dessa mervärden är viktigt för Famnas och medlemmarnas utveckling, dess trovärdighet och i längden dess existensberättigande. Det är också med dessa mervärden som non-profit organisationer kan utveckla tydliga konkurrensfördelar i förhållande till offentliga och kommersiella aktörer.

## Referenser

---

1. HSL. *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. <https://lagen.nu/1982:763>
2. SoL. *Socialtjänstlag (2001:453)*. <https://lagen.nu/2001:453>
3. LSS. *Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade*. <https://lagen.nu/1993:387>
4. Socialstyrelsen, 2005. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SOSFS 2005:12*: Stockholm. p. 8. [http://www.sos.se/sosfs/2005\\_12/2005\\_12.pdf](http://www.sos.se/sosfs/2005_12/2005_12.pdf)
5. Socialstyrelsen, 2005. *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)*. **2006-101-2**: Stockholm. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9063/2006-101-2.htm>
6. Socialstyrelsen, 2006. *Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. SOSFS 2006:11*: Stockholm. p. 8. [http://www.sos.se/sosfs/2006\\_11/2006\\_11.pdf](http://www.sos.se/sosfs/2006_11/2006_11.pdf)
7. Socialstyrelsen, 2008. *God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. 2008-101-2*: Stockholm. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/9975/2008-101-2.htm>
8. Socialstyrelsen, 2005. *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)*. Stockholm. 2006-101-2.
9. Batalden, P.B. och P.K. Stoltz, 1993. *A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work*. *Jt Comm J Qual Improv* **19**(10): p. 424-47; discussion 448-52.
10. Deming, W.E., 2000. *The New Economics*. 2nd ed: MIT Press.
11. Langlely, C., K. Nolan, T. Nolan, C. Norman, och L. Provost, 1996. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Improving Organizational Performance*. . San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
12. Donabedian, A., 1966. *Evaluating the quality of medical care*. *Milbank Mem Fund Q* **44**(3): p. Suppl:166-206.
13. Donabedian, A., 1988. *Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means*. *Inquiry* **25**(1): p. 173-92.
14. Famna, 2008. *Kvalitetsarbetet hos Famnas medlemmar. Resultat från en medlemsenkät Famna*: Stockholm. 24 s.
15. Famna, 2008. *Kvalitet i idéburen vård och omsorg. Dokumentation från en workshop i Mössberg 15-16 oktober 2008*. Famna: Stockholm. 22 s.