



Beslutad av: Hälsa och omsorgsnämnden
Framtagen av: Lina Bengtsson, MAS/VU
Uppdaterad: 2023-04-05

Beslutsdatum: 2023-04-27
Dokumentansvarig: MAS
Diarienummer: HON/2023-93
Giltighetstid: Tills vidare

Innehåll

1	Bakgrund och syfte	3
2	Verksamhet som ledningssystemet omfattar	3
2.1	Hälsa- och omsorgsnämnden	4
2.2	Ansvar för och användning av ett ledningssystem.....	4
2.2.1	Nämndens ansvar	4
2.2.2	Områdeschefens ansvar	4
2.2.3	Enhetschefens ansvar.....	4
2.2.4	Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar	4
2.2.5	Verksamhetsutvecklare hälso- och sjukvårdsansvar	5
2.2.6	Medarbetarens ansvar	5
3	Kvalitet – utgångspunkten för ledningssystemet	5
3.1	Lagkrav.....	5
4	Kommunfullmäktigemål och nämnds mål	6
4.1	Värdegrund.....	7
5	Ledningssystemets olika delar	7
5.1	Processer och rutiner	7
5.2	Samverkan	7
5.3	Personal- och kompetensförsörjning.....	8
5.4	Systematiskt förbättringsarbete.....	8
5.5	Riskanalyser.....	9
5.6	Egenkontroll.....	9
5.7	Utredning av avvikelser	9
5.7.1	Lex Sarah och Lex Maria	9
5.8	Synpunkter och klagomål	10
5.9	Sammanställning och analys.....	10
5.9.1	Förbättrande åtgärder samt förbättring av processer och rutiner	10
5.10	Dokumentationsskyldigheten	10

1 Bakgrund och syfte

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, som trädde i kraft den 1 januari 2012, framgår det att all hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS, ska inrätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med ett ledningssystem är att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Med stöd av ledningssystemet ska den som bedriver verksamheten kunna

- planera
- leda
- kontrollera
- följa upp
- utvärdera
- förbättra verksamheten

Ledningssystemet ska möjliggöra att saker i verksamheten görs på rätt sätt vid rätt tillfälle. Det ska även förebygga att det inträffar missförhållanden eller avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2011:9) är tvingande och ställer följande krav på ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete;

- Att ledningssystemet är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning (4 kap. 1 §)
- Att processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet är identifierade, beskrivna och fastställda (4 kap. 2 §)
- Att processernas aktiviteter och ordning är identifierade (4 kap. 3 §)
- Att rutiner för aktiviteter är utarbetade och beskrivna samt att ansvaret för hur utförandet av aktiviteter är fördelat i verksamheten finns angivet (4 kap. 4 §)
- Att samverkan med interna och externa aktörer är identifierade och rutiner för samverkansformen är utarbetade (4 kap. 5 §)
- Att riskanalyser för händelser som medför brister i verksamhetens kvalitet är upprättade (5 kap. 1 §)
- Att system för egenkontroll finns (5 kap. 2 §)
- Att system för klagomål, avvikelshantering och rapporteringsskyldighet finns (5 kap. 3-5 §§)
- Att system för samanställning och analys finns (5 kap. 6 §)
- Att system för förbättring av processer och rutiner finns (5 kap. 7 §)
- Att system så att personalen följer processer och rutiner finns (6 kap. 1,3 §§)
- Att dokumentation som visar arbete med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet finns (7 kap. 1 §)

2 Verksamhet som ledningssystemet omfattar

Ledningssystemet omfattar alla de verksamheterna inom Hälsa och omsorgsförvaltningen som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst samt verksamhet enligt LSS.

2.1 Hälsa- och omsorgsnämnden

Hälsa- och omsorgsnämnden är ansvarig nämnd för förvaltningen Hälsa- och omsorg. Inom förvaltningen återfinns äldreomsorg, hälso- och sjukvård, LSS-verksamhet och socialpsykiatri.

2.2 Ansvar för och användning av ett ledningssystem

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska bidra till att den som bedriver verksamhet kan planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

2.2.1 Nämndens ansvar

- Övergripande ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet samt ansvar för ledningssystemets uppbyggnad och omfattning.
- Följa upp förvaltningarnas arbete med det systematiska kvalitetsarbetet.
- Formulera mål för nämndernas verksamheter.

2.2.2 Förvaltningschefens ansvar

- Ansvara för förvaltningens utvecklings- och kvalitetsarbete.
- Ansvara för förvaltningens övergripande egenkontroll vilket innebär att intern kontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt.
- I samråd med områdeschefer, enhetschefer och verksamhetsutvecklare formulera mål för verksamheterna.

2.2.3 Områdeschefens ansvar

- Leda ansvarsområdets utvecklings- och kvalitetsarbete och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- I samråd med förvaltningschef, enhetschefer och verksamhetsutvecklare formulera mål för verksamheterna.
- Sammanställa kvalitetsberättelse

2.2.3 Enhetschefens ansvar

- Driva enhetens utvecklings- och kvalitetsarbete och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Ansvara för att enhetens processer, rutiner är uppdaterade och väl kända i enheten samt att övriga styrande dokument är väl kända i enheten.
- I samråd med områdeschef, förvaltningschef och verksamhetsutvecklare formulera mål för verksamheten.
- Göra riskbedömningar

2.2.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

- Svara för att patienterna inom Hälsa- och omsorg får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.
- Upprätta riktlinjer och rutiner för samverkan mellan huvudmännen gällande hälso- och sjukvård.

- Genomföra verksamhetsuppföljningar av hälso- och sjukvården.
- Sammanställa patientsäkerhetsberättelse inom Hälsa- och omsorg

2.2.5 Verksamhetsutvecklare hälso- och sjukvård ansvar

- Tillsammans med ansvariga chefer driva utvecklings- och kvalitetsarbete och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- I samråd med förvaltningschef, områdeschef och enhetschefer. formulera mål för verksamheten.

2.2.6 Medarbetarens ansvar

- Medverka till att den verksamhet som bedrivs är av god kvalitet.
- Ansvara för att arbeta enligt upprättade processer, riktlinjer, rutiner och i enlighet med gällande delegationsordning samt återkoppla när dessa inte fungerar.
- Aktivt medverka i utbildning och handledning.
- Hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

3 Kvalitet – utgångspunkten för ledningssystemet

Kvalitet är ofta kopplat till värderingar, synsätt och förhållningssätt. Vad som är kvalitet förändras över tid, bland annat när samhällets och medborgarnas behov och förväntningar förändras. Med anledning därav kan kvalitet endast uppnås i en verksamhet som har förmåga att förändras och utvecklas utifrån nya kvalitetskrav.

3.1 Lagkrav

Att uppfylla lagens krav är en förutsättning för att leverera tjänster av god kvalitet och är grunden för att vår verksamhet ska vara rättssäker. SOSFS 2011:9 innehåller bestämmelser om hur kvalitet i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Definitionen av kvalitet utgör därmed grunden för både hur ledningssystemet ska byggas upp samt för det som ska uppnås med hjälp av ledningssystemet.

I Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd definieras kvalitet som ”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.”

I Socialtjänstlagens 3 kap. 3§ (SoL) står det att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, att för utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personer med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Ytterligare mål för socialtjänstens verksamhet regleras i SoL 1 kap. 1§ där det anges att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.

I Hälso- och sjukvårdslagens 2 § (HSL) står det att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård (HSL 2a§).

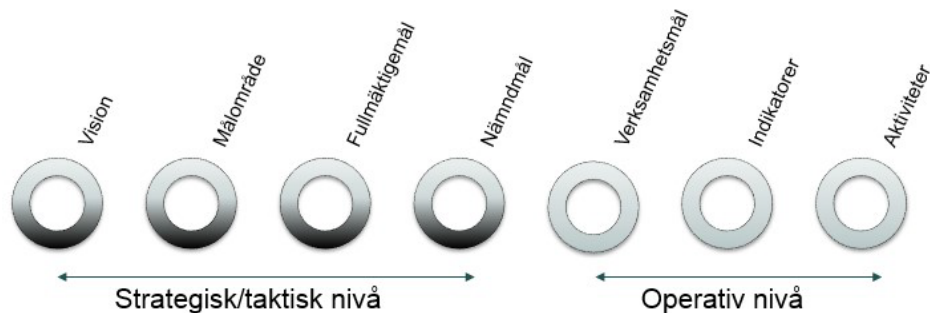
Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) har tagit fram ett antal kvalitetsindikatorer som beskriver vad god kvalitet är i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamhetens kvalitet är en följd av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter) som beslutats samt att de:

- bygger på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet
- utgår från helhetssyn på den enskildes situation, är samordnade och präglade av kontinuitet
- är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- är tillgängliga
- är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövning

Utöver SoL och HSL styrs verksamheterna av Förvaltningslagen (FL), Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) och Patientsäkerhetslag (PSL). För att förstå och tolka ett krav eller ett mål i en lag kan lagens förarbeten ge vägledning. Allmänna råd, handböcker, nationella riktlinjer, vägledningar och andra publikationer från Socialstyrelsen kan även de vara ett stöd.

4 Kommunfullmäktigemål och nämnds mål

Osby kommuns målkedja kan beskrivas med följande bild;



Värdegrund

Kommunfullmäktige har antagit en vision för Osby kommun som lyder ”På spåret och naturligt nära”. De har även antagit tre målområden; attraktiv boendekommun, trygghet hela livet samt utveckling och tillväxt. Under varje målområde återfinns fullmäktigemålen. Kommunfullmäktigemålen, tagna i juni 2016 lyder; ”Osby kommun ska vara en bättre kommun att leva och utvecklas i”, ”Osby kommun ska skapa förutsättningar och möjligheter för människor i alla åldrar att forma ett tryggt liv”, ”Osby kommun ska ge förutsättningar för utveckling och tillväxt som skapar mervärde” samt ”Osby kommun ska ha strategier för att möta dagens och morgondagens utmaningar”.

Utifrån dessa kommunfullmäktigemål har respektive nämnd skapat nämndsmål som gäller för all verksamhet som lyder under deras ansvar. Och

det är utifrån de nämndsmålen som verksamheterna sedan sätter sina verksamhetsmål.

4.1 Värdegrund

Osby kommuns värdegrund grundar sig i sex värdeord;

- **Mångfald** är en förutsättning för att vi ska utvecklas och berikas.
- **Förtroende** visar vi genom att lita på varandras vilja och förmåga.
- Vi bemöter varandra med **respekt** och utgår från alla människors lika värde.
- Vi visar **mod** genom att utmana oss själva och andra.
- Vi bidrar aktivt till en **hållbar** livsmiljö med kommande generationer i åtanke.
- **Samverkan** är en förutsättning för goda resultat.

5 Ledningssystemets olika delar

5.1 Processer och rutiner

Den som bedriver verksamhet ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. En rutin ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat.

Varje förvaltning ansvarar för att identifiera och beskriva de processer som krävs för att säkerställa kvaliteten. Dessa ska vara synliga och tillgängliga för medarbetarna via kommunens intranät.

Osby kommun har riktlinjer för styrdokument vars syfte är att fastställa en definition för vad som är styrdokument samt skapa en enhetlig struktur för hur de olika styrdokumentet förhåller sig till varandra. Denna riktlinje tydliggör vilken roll våra styrdokument har när det gäller styrning och uppföljning av verksamheten i kommunen. Riktlinjen styr även hur styrdokumentet ska göras tillgängliga för medarbetarna samt hur de ska följas upp och revideras.

5.2 Samverkan

Flera av de som kommer i kontakt med våra verksamheter har sammansatt problematik som kräver insatser från olika aktörer. Att vi samarbetar och samverkar internt och externt med andra myndigheter och aktörer är i dessa fall en förutsättning för att vårdtagare/patienten ska kunna få den hjälp och det stöd som svarar mot behoven. De formaliserade interna och externa samverkansformer har som syfte att stärka kvaliteten avseende bland annat individuellt inriktade insatser, allmänt inriktade insatser och strukturinriktade insatser.

Den som bedriver socialtjänst ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvalitén på verksamheten. Föreskrifternas krav på att

identifiera, beskriva och fastställa processer för samverkan gäller inom organisationen, det vill säga mellan olika enheter och mellan olika personalgrupper, men även hur samverkan med externa aktörer ser ut. Vårdgivare ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

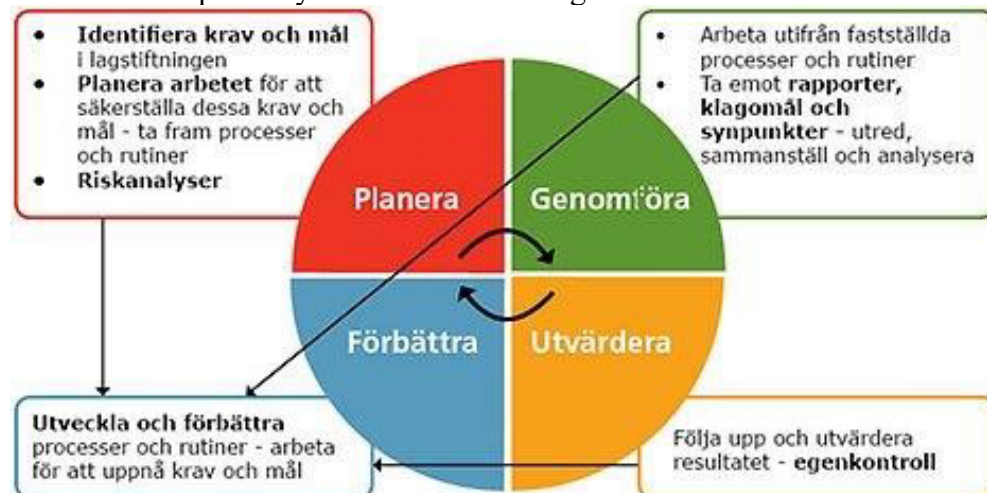
Varje förvaltning ansvarar för att identifiera och beskriva de processer där samverkan krävs för att säkerställa kvalitén. Under 2022 har kommunen gjort klart modellen ("Osby modell") som innebär att förvaltningars överskridande samverkan har beskrivits och samverkansmodeller tagits fram. Även en del av externa samverkansformer har beskrivits (SIP, Lots mm).

5.3 Personal- och kompetensförsörjning

Att personal har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg. Utan rätt kompetens har personalen inte förutsättningar att fullgöra sin rapporteringsskyldighet eller i övrigt delta i kvalitetsarbetet. För att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra kvaliteten krävs en planering för personalförsörjning och kompetensutveckling. I Osby kommun finns strukturerade former för medarbetarsamtal innehållande bland annat ett avsnitt om kompetensbehov. Relevant och anpassad introduktion av nyanställd personal ska ske i alla verksamheter i Osby kommun.

5.4 Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är uppbyggt på ett ändamålsenligt sätt krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete.



Bilden, tagen ur Socialstyrelsens handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, visar grunden i uppbygganden av ett ledningssystem samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på de olika fasernas tidsordning och att kvalitetsarbete är något som pågår hela tiden. De långa pilarna visar på att utveckling och förbättring av verksamhetens processer och rutiner kan behövas under varje fas (planering, genomförande och utvärdering).

Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt.

För att strukturera och effektivisera det systematiska kvalitets-och förbättringsarbete har Osby kommun ett verksamhetssystem, Stratsys. Med hjälp av systemet synliggörs, kvalitetssäkras och underlättas styrning och uppföljning av kommunens processer. I systemet dokumenteras allt från riskanalyser, egenkontroller till avvikelser. Verksamhetssystemet är ett stöd för dokumentation och uppföljning av det systematiska förbättringsarbetet. Genom verksamhetssystemet tas sedan en patientsäkerhetsberättelse och en kvalitetsberättelse fram.

5.5 Riskanalyser

Genom att göra riskanalyser arbetar den som bedriver verksamhet förebyggande. Det handlar om att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte lever upp till de krav på kvalitet som gäller. Där risker uppmärksammas ska åtgärder sättas in.

5.6 Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även en kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som finns beskrivna i ledningssystemet. Egenkontroll kan bedrivas som en intern granskning av att verksamheten uppnår ställda krav och mål. Socialstyrelsen allmänna råd ger vägledning om vad egenkontrollen kan innefatta.

Inom Osby kommun arbetar vi med egenkontroll genom bland annat Öppna jämförelser, Kommunens kvalitet i korthet, målgruppsundersökningar samt checklistor till personal knutet till verksamhetens kvalitet. Utöver detta sker genomlysning av kommunal verksamhet av kommunens revisorer. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas årsvis egenkontroller inom hälso- och sjukvård samt resultat/analys.

I Osby kommuns reglemente för intern kontroll/kvalitetssäkring framgår det att kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att tillse att det finns en god intern kontroll.

5.7 Utredning av avvikelser

En avvikelse uppstår om en verksamhet inte når upp till kvalitet, det vill säga inte lever upp till de krav och mål som finns i lagar, föreskrifter och beslut. En avvikelse uppstår även om personal inte arbetar efter de processer och rutiner som finns beskrivna i ledningssystemet.

5.7.1 Lex Sarah och Lex Maria

Alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och inom verksamhet enligt LSS omfattas av en rapporteringsskyldighet (regleras i både SoL och LSS). Det innebär att de som fullgör uppgifter måste 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 insatser inom verksamheten. Dessa rapporter ska utredas (lex Sarah). All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Dessa rapporter ska utredas (lex Maria). Alla rapporter enligt lex Sarah och lex Maria redovisas för ansvarigt utskott eller nämnd.

5.8 Synpunkter och klagomål

Den som bedriver verksamhet ska ta emot synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkt avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förbättringsförslag. Klagomål och synpunkter kan lämnas av alla intressenter som är angivna i föreskriften; vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, föreningar och andra organisationer och intressenter. Inkomna synpunkter och klagomål ska utredas av den som driver verksamheten. Utredningen ska leda till ett ställningstagande till om det förekommit en avvikelse i verksamheten.

5.9 Sammanställning och analys

Det räcker inte att enbart utreda inkomna rapporter, synpunkter och klagomål var för sig utan de ska sammanställas och analyseras. Detta för att den som bedriver verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Det systematiska arbetet med sammanställning och analys görs årsvis och rapporteras till ansvarig nämnd.

5.9.1 Förbättrande åtgärder samt förbättring av processer och rutiner

Beroende på resultaten av riskanalyser, egenkontroller, utredning av avvikelser och sammanställning och analys av inkomna rapporter, synpunkter och klagomål ska den som bedriver verksamhet vidta de åtgärder som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Visar det sig att de processer och rutiner som finns i ledningssystemet inte är ändamålsenliga för att verksamheten ska uppnå kvalitet ska de förbättras.

5.10 Dokumentationsskyldigheten

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation gäller alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, så väl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer, riktlinjer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbete med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera synpunkter, klagomål och rapporter ska dokumenteras samt vilka förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har lett till.

Dokumentation, planering, åtgärder och uppföljning sker i kommunens verksamhetssystem. Varje förvaltning ansvarar för att varje år ta fram en verksamhetsberättelse för året och en verksamhetsplan för nästkommande år. Varje förvaltning ansvarar för att ta fram patientsäkerhetsberättelse och/eller kvalitetsberättelse.