OSBY KOMMUN

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Riktlinjer

Beslutad av:	Kommunstyrelsen	Beslutsdatum:	2021-11-10
Framtagen av:	Towa Nilsson, Socialt ansvarig samordnare	Dokumentansvarig:	Socialt ansvarig samordnare
Uppdaterad:	2025-05-02	Diarienummer:	KS 2025-00295

Ett utskrivet exemplar är alltid en kopia, giltigt original finns på kommunens intranät.

Innehåll

1 Inledning 3

1.1 Syfte 3
1.2 Definition av kvalitet 3
1.2.1 Lagkrav på god kvalitet 3
1.2.2 Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 3
1.2.3 Kvalitetsindikatorer för en god kvalitet 3

2 Ansvarig för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 4

2.1 Nämnd 4
2.2 Förvaltningschef 4
2.3 Enhetschef 5
2.4 Socialt ansvarig samordnare 5
2.5 Medarbetare 5

3 Ledningssystemets olika delar 6

3.1 Processer och rutiner 6
3.1.1 Processer för stöd till barn och unga 6
3.1.2 Processer för stöd till vuxna 7
3.1.3 Processer för stöd till arbete och försörjning 7
3.1.4 Processer för familjerätt 8
3.1.5 Samverkansprocesser 8
3.1.6 Process för kvalitetsarbete 9
3.2 Personal- och kompetensförsörjning 9
3.3 Systematiskt förbättringsarbete 9
3.3.1 Riskanalyser 10
3.3.2 Utredning av avvikelser 10
3.3.3 Egenkontroll 11
3.3.4 Förbättrande åtgärder i verksamheten 11

4 Dokumentationsskyldighet 12

4.1 Dokumentation ..... **Fel! Bokmärket är inte definierat.**
4.2 Kvalitetsberättelse 12

1 Inledning

1.1 Syfte

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att socialtjänsten ska inrätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

1.2 Definition av kvalitet

Arbete med att säkerställa en god kvalitet är centralt för socialtjänstens verksamhet. För att god kvalitet ska kunna uppnås måste verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas, följas upp och säkras.

Kvalitet kan inte enbart ses ur den enskildes perspektiv utan bör även bedömas ur ett personal-, lednings- och medborgarperspektiv.

1.2.1 Lagkrav på god kvalitet

Att uppfylla lagens krav är en förutsättning för att leverera tjänster av god kvalitet och är grunden för att vår verksamhet ska vara rättssäker. I Socialtjänstlagen (SoL) framgår enligt 4 kap 1 § att *verksamhet inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Verksamheten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kvalitet i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande följas upp, utvecklas, och säkras.*

Utöver SoL styrs verksamheterna av Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), Lag om placering av barn i skyddat boende, Förvaltningslagen (FL) samt Offentlighets- och sekretesslagen (OSL). 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.

1.2.2 Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

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.

1.2.3 Kvalitetsindikatorer för en god kvalitet

Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) 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

Socialstyrelsens figur för dimensioner i god vård och omsorg beskriver liknande som delar i vad som är god kvalitet.

Figur 4. Dimensioner i god vård och omsorg

2 Ansvarig för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

2.1 Nämnd

- 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 Förvaltningschef

- 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 enhetschefer leda utvecklings- och kvalitetsarbete och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- I samråd med enhetschefer och socialt ansvarig samordnare formulera mål för verksamheterna.
- Vidta åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet inom förvaltningen.

2.3 Enhetschef

- Driva enhetens utvecklings- och kvalitetsarbete och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Säkerställa att verksamhetens personal känner till och arbetar enligt processer och rutiner i ledningssystemet.
- I samråd med förvaltningschef och socialt ansvarig samordnare formulera mål för verksamheten.
- Göra riskbedömningar.
- Vidta åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet inom enheten.
- Att introduktion av nyanställda medarbetare sker på ett säkert sätt.
- Samverka med interna och externa aktörer för en kvalitativ socialtjänst.

2.4 Socialt ansvarig samordnare

- Kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling, tillse att det finns ett uppdaterat ledningssystem för förvaltningens socialtjänst.
- Tillsammans med ansvariga chefer leda och driva utvecklings- och kvalitetsarbete och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- I samråd med förvaltningschef och enhetschefer formulera mål för verksamheten.
- Samordna introduktion av nyanställd personal enligt rutin.
- Upprätta och uppdatera riktlinjer och rutiner.
- Hålla sig uppdaterad kring författningar, styrdokument och vetenskapliga rön som gäller för socialtjänsten.
- Utreda avvikelser i verksamheten samt komma med förslag till beslut om lex Sarah rapporter är allvarliga missförhållande, och där med ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Sammanställa och analysera avvikelser samt lämna förslag på åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Samordna utförande av egenkontroller.
- Utreda om misstanke finns om obehörig åtkomst till journal.
- Sammanställa kvalitetsberättelse.

2.5 Medarbetare

- 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.

- Rapportera avvikelser i verksamheten.

3 Ledningssystemets olika delar

3.1 Processer och rutiner

Processer
Den som bedriver verksamhet ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. I de fall samverkan krävs för att säkra kvalitén ska samverkansprocesser också beskrivas och fastställas.

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. För varje process ska socialtjänsten;

- identifiera de aktiviteter som ingår
- bestämma aktiviteternas inbördes ordning
- utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet

Rutiner
En rutin ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvarat för utförandet är fördelat.

Processer och rutiner som krävs för att säkerställa kvaliteten tas fram och hålls organiserade på ett sådant sätt att medarbetare lätt kan hitta dem.

3.1.1 Processer för stöd till barn och unga

Process	**Beskrivs samverkan?**
Huvudprocess	
Delprocess – Aktualisering och förhandsbedömning	
Delprocess – Stöd till barn i behov av placering enligt LVU	
Delprocess – Stöd till barn i behov av placering enligt SoL	
Delprocess – Stöd till barn i behov av skyddat boende	
Delprocess – Stöd till barn i behov av öppenvårdsinsats	
Delprocess – Stöd till barn med funktionsnedsättning	Ja
Delprocess - Utreda familjehem och stödfamiljer	

Delprocess – Övervägande om vårdnadsöverflytt	
Delprocess - Verkställa öppenvårdsinsats	
Delprocess – Verkställa placeringsinsats	
Delprocess – Verkställa andra insatser	
Delprocess -Barnahus	Delvis

3.1.2 Processer för stöd till vuxna

Process	**Beskrivs samverkan?**
Huvudprocess	
Delprocess – Stöd utifrån våld	Delvis i: -Förtur till lägenhet
Delprocess – Stöd utifrån skadligt bruk och beroende	
Delprocess – Stöd utifrån behov av socialt boende	Delvis i: -Vräkningsförebyggande
Delprocess – Insluss från frivård till kommun	Ja
Delprocess – Mottagande av nyanlända	Delvis i: -Förtur till lägenhet
Delprocess – Verkställa öppenvårdsinsats	
Delprocess – Verkställa placeringsinsats	
Delprocess – Verkställa andra insatser	

3.1.3 Processer för stöd till arbete och försörjning

Process	**Beskrivs samverkan?**
Huvudprocess	
Delprocess – Behov av ekonomiskt bistånd	

Delprocess – Hantera misstanke om felaktiga utbetalningar (FUT)	
Delprocess – Hantera återkrav	
Delprocess – Verkställa stöd till arbete	
Delprocess – Hantera dödsboanmälan	

3.1.4 Processer för familjerätt

Process	**Beskrivs samverkan?**
Delprocess -Hantera faderskap	
Delprocess – Utse förmyndare	
Delprocess - Samarbetssamtal	
Delprocess - snabbupplysning	
Delprocess – vårdnad, boende, umgängesutredning	
Delprocess – Avtal vårdnad, boende, umgänge	
Delprocess – särskilt förordnad vårdnadshavare (SFV)	
Delprocess - vårdnadsöverflytt	
Delprocess - äktenskapsskillnad	
Delprocess - adoption	
Delprocess - namnärende	
Delprocess - Informationssamtal	
Delprocess - Umgängesstöd	
Delprocess - Passyttrande	

3.1.5 Samverkansprocesser

Process
Delprocess – Kommunal individuell plan

Delprocess – Samverkan Osbymodellen

3.1.6 Process för kvalitetsarbete

Process
Delprocess - Avvikelsehantering
Delprocess – systematiskt kvalitetsarbete
Delprocess – introduktion
Delprocess – Kunskapshöjande insatser
Delprocess – Fastställa processer

3.2 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.

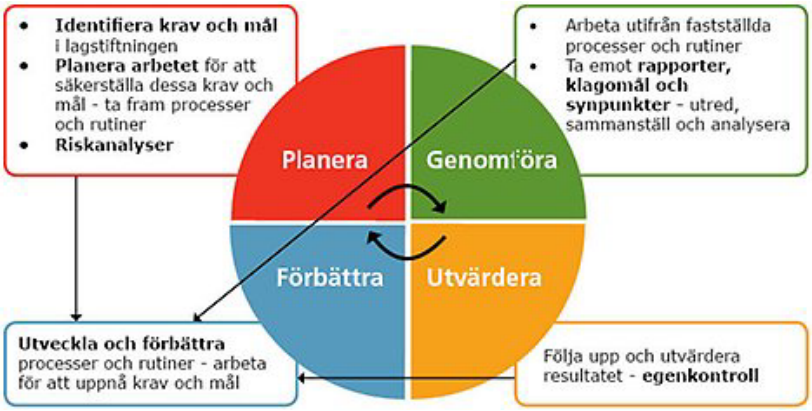
Vid det årliga medarbetarsamtalet gör ansvarig chef tillsammans med medarbetaren en individuell plan för kompetensutveckling/kompetensbehov.

Nyanställda erbjuds introduktion och mentorskap enligt rutin.

3.3 Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska kvalitetsarbetet är ständigt pågående och ska leda till att verksamheten ständigt förbättras. I förbättringsarbetet ingår:

- riskanalys, att förutse eventuella händelser som kan påverka verksamhetens kvalitet negativt
- egenkontroll, undersöka resultat och kontrollera kvaliteten
- avvikelsehantering, negativa händelser, inkomna klagomål, synpunkter
- åtgärder, vid kännedom om att verksamheten inte nått upp till krav och mål i föreskrifter och beslut, ska risker och avvikelser åtgärdas och processer och rutiner ska ses över för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen
- lärande organisation, erfarenheter av förbättringsarbetet ska tas tillvara



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.

3.3.1 Riskanalyser

Riskanalys innebär att verksamheten arbetar förebyggande. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut.

I riskanalysen bedömer verksamheten om det finns risker som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten:

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen

Riskanalyserna ska genomföras fortlöpande. Riskanalyser kan även behöva genomföras inför organisationsförändringar, förändringar i lagstiftning, och innan nya arbetssätt eller metoder börjar tillämpas.

Riskanalys görs på enhets-, och förvaltningsnivå följs upp i kvalitetsberättelse.

3.3.2 Utredning av avvikelser

Avvikelser och risker kopplat till verksamhetens kvalitet
All personal har skyldighet att rapportera risker och avvikelser som har eller kunde ha påverkat verksamhetens kvalitet. Avvikelsehanteringen är en viktig källa för att identifiera behov av förbättringar och ska hanteras systematiskt av ansvarig enhetschef. Identifierade avvikelser ska utredas, åtgärdas och återkopplas av ansvarig chef inom berörda enheter samt vara ett av underlagen för förbättringsarbetet.

Rapporteringsskyldighet av missförhållanden – lex Sarah
Alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten omfattas av en rapporteringsskyldighet. 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).

Alla rapporter enligt lex Sarah redovisas för ansvarig nämnd.

Synpunkter och klagomål
Klagomål/synpunkter kan framföras av intressenter såsom vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, andra vårdgivare, myndigheter och föreningar andra organisationer och intressenter.

Klagomålen ska handläggas och dokumenteras och utgör underlag till verksamhetens ständiga förbättring. Positiva synpunkter bör tas tillvara som goda exempel i verksamheten.

När klagomål från enskilda inkommer till socialtjänsten via IVO ska dessa hanteras inom ramen för sektorns kvalitetsledningssystem.

När klagomål/ synpunkter som gäller en extern utförares verksamhet lämnas till kommunen ska de överlämnas till den externa utföraren.

Sammanställning och analys
Det räcker inte att enbart utreda inkomna avvikelser 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 två gånger per år och redovisas då för ansvarig nämnd.

3.3.3 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.

Egenkontroll inom socialtjänstens individ och familjeomsorg i Osby kommun innefattar;

- Öppna jämförelser
- Brukarundersökningar
- Checklistor som ska besvaras av ansvarig chef med koppling till verksamhetens kvalitet
- Dokumentationsgranskning
- Sammanställning och analys av avvikelser

3.3.4 Förbättrande åtgärder i verksamheten

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.

4 Dokumentationsskyldighet

Verksamheten ska dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9). 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 var 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. Förvaltningen ska varje år ta fram en verksamhetsberättelse för året och en verksamhetsplan för nästkommande år. Varje förvaltning ansvarar även för att ta fram en kvalitetsberättelse.

4.1 Kvalitetsberättelse

I en sammanhållen kvalitetsberättelse bör framgå

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har varit fördelade
- en redogörelse för hur risker har hanterats
- hur rapporter, klagomål och synpunkter har hanterats
- hur kvaliteten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats
- 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.