

# **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

## **Socialförvaltningen Varbergs kommun**

- **Styrdokument**  
**140506**

## Innehåll

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete Socialförvaltningen Varbergs kommun .....	1
1 Bakgrund .....	4
2 Ledningssystemets syfte och uppbyggnad .....	5
2.1 Syfte .....	5
2.2 Uppbyggnad .....	5
3. Definition av kvalitetsbegreppet .....	5
3.1 Kvalitet i lagstiftning .....	6
4. Mål och vägledande principer för verksamhet enligt SoL, LSS och HSL .....	6
4.1 Socialtjänstlagen, SoL (SFS 2001:453) .....	6
4.2 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (SFS 1993:387) .....	7
4.3 Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763) .....	7
4.4 Nationella mål för olika grupper .....	7
5. Kvalitetsdimensioner .....	7
6. Kommunens mål .....	8
7. Kommunens styrmodell .....	8
8. Förvaltningens styrmodell .....	8
8.1 Nämndens mål och inriktning .....	8
8.2 Nämndens budget .....	9
8.3 Nämndens uppdrag .....	9
8.4 Samhällsuppdraget .....	9
8.5 Ägaruppdraget .....	10
8.6 Planeringsprocessen .....	10
8.7 Uppföljning .....	11
Kommungemensam uppföljning .....	11
Nämndspecifik uppföljning .....	11
9. Ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet .....	11
9.1 Organisation .....	11
9.2 Ansvarsfördelning .....	13
Socialnämnden .....	13
Socialnämndens arbetsutskott .....	13
Sociala utskottet .....	13
Alla chefer, oavsett nivå .....	13
Förvaltningschef .....	13

Avdelningschef .....	13
Verksamhetschef för hälso- och sjukvård enligt § 29.....	13
Medicinskt ansvariga.....	14
Enhetschef.....	14
Medarbetarnas ansvar och medverkan .....	14
Förvaltningsstab .....	14
Ekonomistab.....	14
10. Processtyrning .....	14
11. Samverkan (SOSFS 2011:9 4 kap 5§) .....	15
12. Systematiskt förbättringsarbete.....	15
12.1 Modell för arbetet med ständiga förbättringar .....	15
12.2 Att styra mot kunskap .....	16
12.3 Riskanalys .....	17
12.4 Händelseanalys.....	17
13 Kvalitetsarbete mot bakgrund av avvikelser och brister.....	18
13.1 Avvikelsehantering, hälso- och sjukvård inklusive Lex Maria .....	18
13.2 Rapporteringsskyldighet, Lex Sarah .....	18
13.3 Hantering av idéer, klagomål och synpunkter .....	18
14. Uppföljning och utvärdering .....	18
14.1 Interna kontrollen .....	18
14.2 Uppföljning av samhällsuppdraget.....	19
14.3 Egenkontroll .....	19
14.4 Uppföljning på individnivå.....	20
14.5 Avtals-/uppdragsuppföljning.....	20
14.6 Påkallad uppföljning .....	20
15. Dokumentation .....	20
16 Lagkravlista .....	21

## 1 Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>1</sup> trädde i kraft 1 januari 2012 och ersatte de två tidigare föreskrifterna SOSFS 2005:12<sup>2</sup> Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården samt SOSFS 2006:11<sup>3</sup> Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SOL, LVU, LVM och LSS.

Den nya föreskriften ska tillämpas på verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen<sup>4</sup>, tandvårdslagen<sup>5</sup>, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade<sup>6</sup>, och socialtjänstlagen<sup>7</sup>. Föreskriften ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivaren ska bedriva enligt patientsäkerhetslagen<sup>8</sup>.

Fokus ligger på att skapa en formaliserad struktur för verksamhetens ledning och styrning samt för att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete. Viktiga utgångspunkter är utöver Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) även kommunallagens bestämmelser om Intern kontroll samt kommunens och socialförvaltningens styrmodeller.

Kravet på att ha ett ledningssystem gäller både den verksamhet som innefattar myndighetsutövning och den verksamhet som utför beslutade insatser.

Ledningssystemet ska vara ett stöd för att nå uppsatta mål och få alla involverade att dra åt samma håll. Mål och strategier på ledningsnivå ska påverka hela verksamheten och ledningssystemet ska hänga ihop så att allt som sker på verksamhetsnivå ska skapa värden som bidrar till att nämndens mål uppnås.

Ledningssystemet för kvalitet ska integreras med kommunens befintliga modeller för styrning och kontroll av verksamhet och ekonomi; planeringsprocesser, uppföljningsprocesser, rapporter och årsredovisning. Processerna ska sätta fokus på resultat och syfta till att skapa kvalitet i verksamheten.

De grundläggande nationella krav som ställs på ledningssystem är att:

1. Det finns processer och rutiner för att säkra kvaliteten i verksamheten
2. Riskanalyser görs för att säkra kvaliteten i verksamheten
3. Egenkontroller görs för att säkra kvaliteten i verksamheten
4. Klagomål och synpunkter samt rapporter om missförhållanden används för att säkra kvaliteten i verksamheten.

---

<sup>1</sup> SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

<sup>2</sup> SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

<sup>3</sup> SOSFS 2006:11 Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SOL, LVU, LVM och LSS

<sup>4</sup> Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763

<sup>5</sup> Tandvårdslagen, 1985:125

<sup>6</sup> Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:387

<sup>7</sup> Socialtjänstlagen, 2001:453

<sup>8</sup> Patientsäkerhetslagen, 2010:659

## 2 Ledningssystemets syfte och uppbyggnad

### 2.1 Syfte

Syftet med ett kvalitetsledningssystem är att skapa en systematik och formaliserad struktur för att utveckla och säkra kvalitet och ett värde för den enskilde.

Förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete integreras med kommunens befintliga modeller för styrning och kontroll av verksamhet och ekonomi.

### 2.2 Uppbyggnad

Det systematiska kvalitetsarbetet ska säkra alla de krav och mål som gäller för respektive verksamhet enligt lagar, förordningar och föreskrifter. Målen i lagstiftningen återfinns i avsnitt 4.

Ansvarsfördelningen för det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs i avsnitt 9.

Verksamhetens olika huvudprocesser beskrivs i Atlas, förvaltningens IT-baserade stödstruktur, se avsnitt 10.

Den modell för det systematiska kvalitetsarbetet som tillämpas inom socialförvaltningen återfinns i avsnitt 12.

Genom uppföljning säkerställs att verksamheten bedrivs efter fastställda processer och rutiner. Egenkontrollen, d.v.s. systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamheten beskrivs tillsammans med struktur för nämndens uppföljning och utvärdering i avsnitt 14.

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Av ledningssystemet ska det tydligt framgå vilken verksamhet som bedrivs. De lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten ska klargöras i en lagkravslista. Denna återfinns i avsnitt 16.

Förvaltningen har, i detta styrdokument, valt att använda de definitioner och den terminologi som används i SOSFS 2011: 9.

## 3. Definition av kvalitetsbegreppet

God kvalitet i vård och omsorg innebär likvärdig vård och omsorg oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder.<sup>9</sup>

Kvalitet definieras i 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 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.*

---

<sup>9</sup> Diskrimineringslagen 2 kap 13§

Varje verksamhet ska identifiera de kvalitetskrav och de kvalitetsegenskaper som är relevanta för respektive verksamhet med utgångspunkt från:

- Kvalitet utifrån krav i lagar och föreskrifter
- Lokala definierade kvalitetskrav
- Kvalitet utifrån den enskilde

### 3.1 Kvalitet i lagstiftning

Socialtjänstlagen (SoL 3kap § 3) anger att:

*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.*<sup>10</sup>

Hälso- och sjukvårdslagen<sup>11</sup> 31§ anger att:

*”Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras”.*

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade<sup>12</sup> (LSS) anger i § 6 att:

*”Verksamheten enligt denna lag skall vara av god kvalitet och bedrivs 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. För verksamheten enligt denna lag skall det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges. Vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas.”*

## 4. Mål och vägledande principer för verksamhet enligt SoL, LSS och HSL

I lagstiftningen anges ett antal mål och principer som är vägledande för socialtjänstens verksamhet. Dessa sammanfattas nedan.

### 4.1 Socialtjänstlagen, SoL (SFS 2001:453)

Socialtjänstens mål enligt socialtjänstlagen 1 §, portalparagrafen, anger att samhällets socialtjänst, på demokratins och solidaritetens grund, ska främja människors

- ekonomiska och sociala trygghet
- jämlikhet i levnadsvillkor
- aktiva deltagande i samhällslivet

<sup>10</sup> Gäller även för lagen med särskilda bestämmelser om vård och unga (LVU) SFS 1990:52 och för lagen om vård av missbrukare (LVM) SFS 1988:870.

<sup>11</sup> Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763, § 2 a

<sup>12</sup> Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, § 6

Vidare anges att socialtjänsten under hänsynstagande till människors ansvar för sin och andras situation, ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.

#### **4.2 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (SFS 1993:387)**

Verksamheten ska, enligt 5 §, främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som anges i 1 §. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.

#### **4.3 Hälso-och sjukvårdslagen, HSL (1982:763).**

Målet för hälso-och sjukvården är en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. *Lag (1997:142).*

#### **4.4 Nationella mål för olika grupper**

I socialtjänstlagen, LSS och HSL finns nationella mål för olika grupper. Dessa mål ska vara styrande för verksamheternas kvalitetsarbete.

### **5. Kvalitetsdimensioner**

Sveriges kommuner och landsting, SKL och Socialstyrelsen har tagit fram en gemensam kunskapsstyrningsmodell för god hälsa, vård och omsorg. Med utgångspunkt från lagstiftningen i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen har sex kvalitetsdimensioner definierats. Hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten ska vara:

- *Kunskapsbaserad.* Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- *Säker.* Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- *Individanpassad.* Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- *Effektiv.* Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.
- *Jämlig.* Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
- *Tillgänglig.* Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Kvalitetsdimensionerna kan användas som vägledning för strukturering av kvalitetskrav och kvalitetsindikatorer.

## 6. Kommunens mål

Socialnämnden kan välja att ställa ytterligare krav på verksamheten genom att sätta egna mål, förutsatt att de inte står i strid med författningarna.

Kommunens mål finns angivna i *Styrmodell i Varbergs kommun – vision, mål och ramstyrning*, samt i mål- och inriktningsdokument, se länk nedan.

[Kommunens vision, mål och ramstyrning](#)

## 7. Kommunens styrmodell

Varbergs kommun har ett antal styrande dokument, policys och riktlinjer som skall vägleda och stödja i det dagliga arbetet. Dessa finns samlade på kommunens intranät, kallat Vinden under rubriken Styrning och ledning.

Kommunfullmäktige fastställer årligen en övergripande resursfördelning, rambudget, till nämnderna med ett treårsperspektiv. Revidering sker årligen i samband med beslut om mål och inriktning.

## 8. Förvaltningens styrmodell

Socialnämndens styrmodell utgår ifrån kommunens styrmodell.

### 8.1 Nämndens mål och inriktning

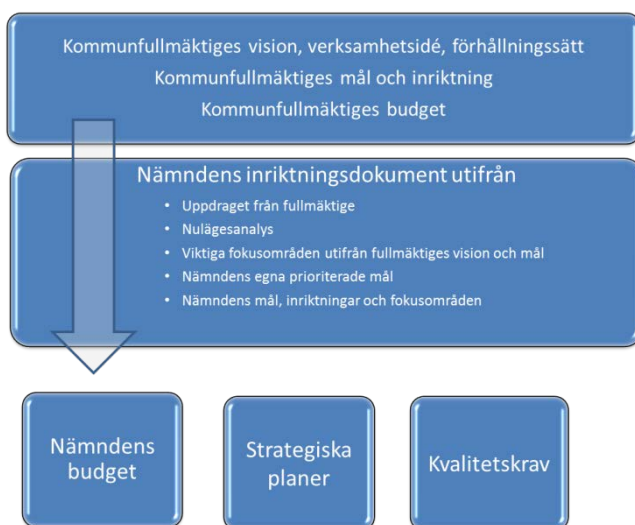
Socialnämnden ska arbeta fram ett mål- och inriktningsdokument som har ett tre till fyra års perspektiv och revideras årligen. I mål- och inriktningsdokumentet bryts fullmäktiges mål och strategier ner och övergripande färdriktning och prioriteringar pekas ut.

Nämnder ska arbeta fram ett eget mål- och inriktningsdokument utifrån:

- Uppdraget från fullmäktige
- Nulägesanalys, viktiga planeringsförutsättningar
- Viktiga fokusområden utifrån fullmäktiges vision och mål
- Egna prioriterade mål
- Socialnämndens värdegrund och förhållningssätt
- Kvalitetskrav/-deklarationer



Det åskådliggörs i bilden nedan.



## 8.2 Nämndens budget

Utifrån fullmäktiges budget och nämndens mål- och inriktningsdokument beslutar årligen nämnden om en övergripande förvaltningsbudget. Budgeten ska innehålla en ekonomisk budget samt svara på hur måluppfyllelse ska uppnås på fullmäktiges vision och mål samt nämndens egna mål. Planeringsprocessen är en viktig del i framtagandet av förutsättningarna för budgetens innehåll.

Då nämnden har beslutat att arbeta efter en beställar- utförarmodell består den huvudsakliga resursfördelning i att besluta om vilken ram den beställande enheten har.

## 8.3 Nämndens uppdrag

Socialnämnden har ett totalansvar för hela förvaltningens verksamhet vilket innebär både ett samhällsuppdrag och ett ägaruppdrag, vilka beskrivs nedan.

Socialförvaltningen har uppdraget att styra och leda förvaltningens verksamhet så att de politiska målen omsätts och fattade beslut genomförs inom både samhällsuppdraget och ägaruppdraget. Förvaltningen ska säkerställa att verksamheten organiseras och genomförs på effektivaste sätt.

I uppdraget ingår även att ge nämnden nödvändiga underlag och korrekt information samt återrapportering av verksamhetens utveckling för dialog kring mål och prioriteringar samt analys av relevanta handlingsalternativ och tydliga förslag till beslut.

## 8.4 Samhällsuppdraget

Socialnämndens samhällsuppdrag innebär att främja kommuninnevärnarnas sociala och ekonomiska trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet så att ett "inkluderande samhälle som är till för alla" skapas. Varje individ ska utifrån sina unika förutsättningar kunna leva ett liv där de uppnår sin fulla potential. Socialförvaltningen

möjliggör detta genom att erbjuda stöd och assistans när individens egen förmåga inte räcker till.

## 8.5 Ägaruppdraget

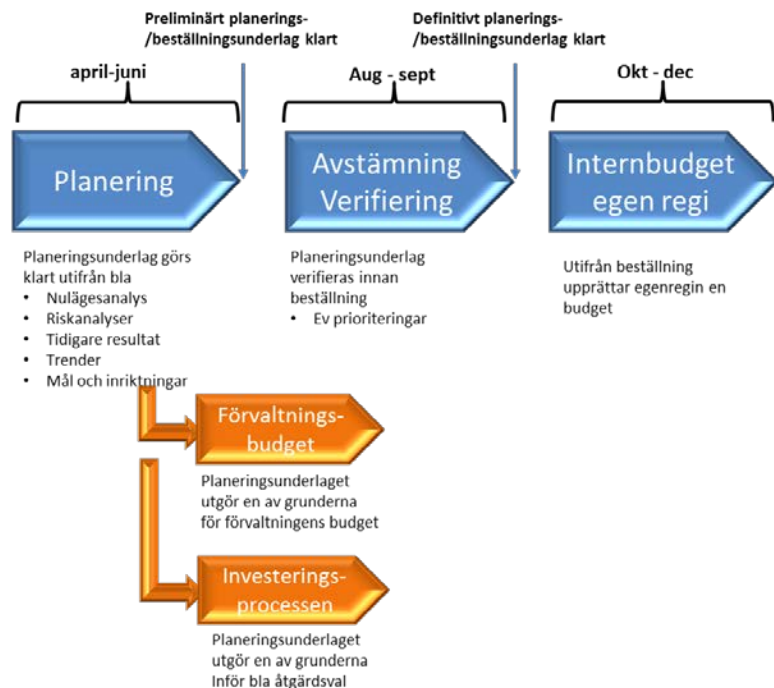
Socialnämndens ägaruppdrag innebär att som utförare verkställa samhällsuppdrag. Verksamheten ska bedrivas inom givna resursramar (beställningar) och arbeta för att angivna mål uppnås.

## 8.6 Planeringsprocessen

Utifrån kommunfullmäktiges övergripande resursfördelning arbetar socialnämnden med en modell för resursfördelning/planeringsprocess. Denna utgår från beställar-utförarkonceptet. I princip alla resurser utgår från den beställande enheten, Uppdragsavdelningen.

Under våren arbetas en både kort (nästkommande år) och långsiktig planering (femårs-perspektiv) fram för respektive verksamhetsområde. Den långsiktiga planeringen syftar till att skapa en så god bild som möjligt över utvecklingen. Detta bland annat för att fånga behovet av att skapa nya verksamheter eller göra större förändringar för att på så sätt skapa handlingsutrymme. Den långsiktiga planeringen ger underlag till investeringsprocessen och är ett viktigt underlag vid framtagandet av mål- och inriktningsdokument. Den kortsiktiga planeringen utgör underlag för nästkommande års budget.

Då socialnämndens bygger sin styrning på ett beställar-utförare koncept innebär det att den beställning som skall göras måste göras i så god tid att utförarna har en god möjlighet till planering, för översikt, se bild nedan.



Under genomförandeperioden kan volymer förändras och justeringar i beställning behöva göras. Det är viktigt att i planeringen skapa förutsättningar att hantera normala förändringar i både volym och verksamhetsinriktning. Det ställer höga krav på kontinuerlig uppföljning, både ekonomisk och kvalitetsmässig av ansvariga. Detta för att i tid fånga upp och agera på utvecklingstrender eller kvalitetsmässiga brister.

Socialnämnden styr även verksamheternas kvalitet och den framtida planeringen genom de kvalitetskrav som skrivs in i avtal och interna uppdrag samt genom projektstyrning.

## 8.7 Uppföljning

Uppföljning är en viktig del i målstyrning. Det är viktigt att kommunen och nämnden löpande får återrapportering av hur förvaltningen arbetar med de beslutade målen, ekonomins utveckling inklusive utvecklingen av kritiska indikatorer (exempelvis volymer) samt kvalitetsarbetet.

### Kommungemensam uppföljning

Socialnämnden ska till kommunen lämna fem månadsrapporter och tre uppföljningsrapporter tertialrapport för årets första fyra månader, delårsrapport för årets åtta första månader samt årsredovisning för helåret. I dessa rapporter. Redovisningen i månadsrapporterna syftar främst till ge en lägesrapport och mer djupgående beskrivningar och analyser ges i uppföljningsrapporter.

I månadsrapporten ges en kortfattad lägesrapport av ekonomi och personaldata. Dessa månadsrapporter upprättas efter februari, mars, maj september och oktober månad.

I uppföljningsrapporterna skall förutom ekonomi- och personaldata även en beskrivning göras av vad nämnden gjort och gör för att uppnå visionen och fullmäktiges prioriterade mål kopplade till de strategiska målområden och strategiska inriktningar. När det gäller redovisningen av hur förvaltningen arbetar med att uppfylla målen är huvudinriktningen att rapportera enligt PDCA-hjulet.

### Nämndspecifik uppföljning

Varje månad ska socialnämnden även få en redovisning av utvecklingen av volymer, statistik över kvalitetsnyckeltal samt en ekonomisk redovisning som följer resurs- och ansvarsfördelningen.

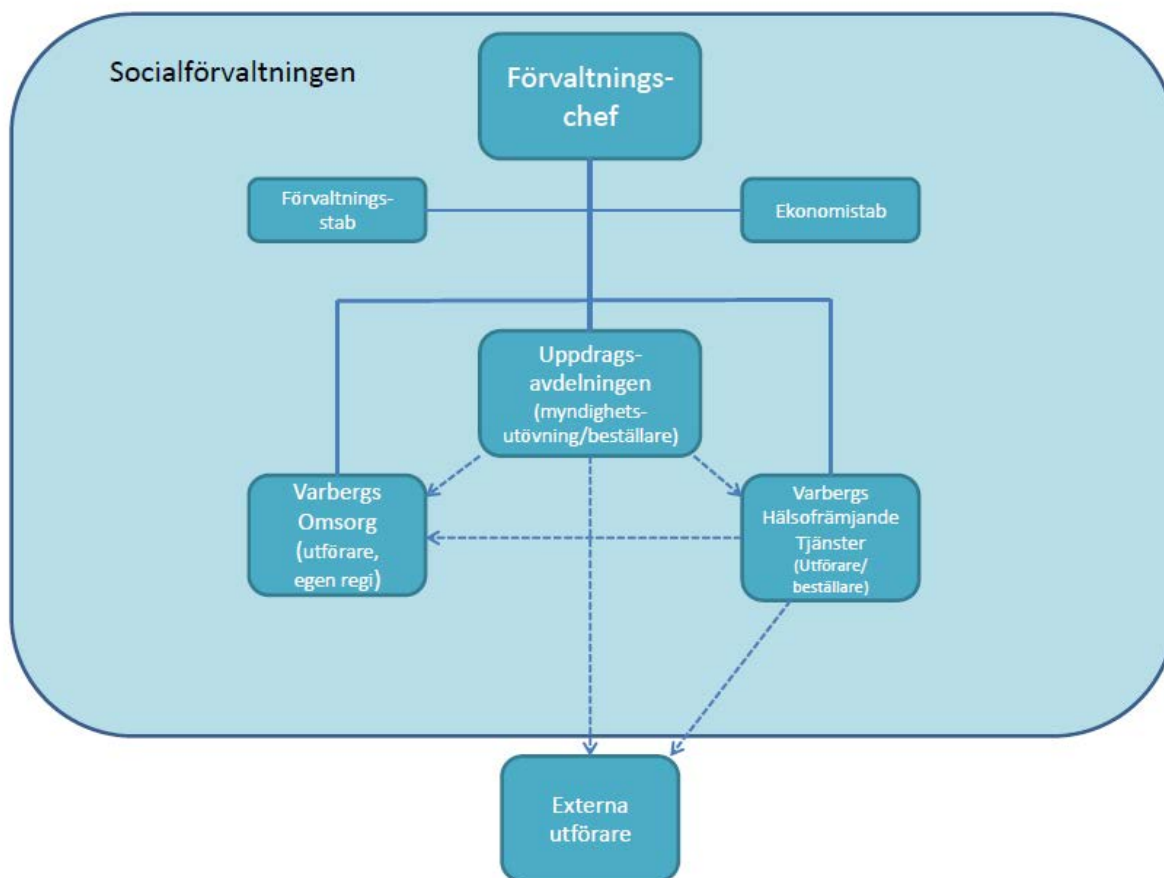
Vid negativa prognosavvikelser skall handlingsplan upprättas till nästkommande månadsrapport.

## 9. Ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet

### 9.1 Organisation

Grunden för ansvarsfördelningen är socialförvaltningens organisation. Avdelningarna är, i sin tur, organiserade i enheter och har stödfunktioner knutna till verksamhetsutvecklingen. På övergripande nivå har förvaltningen organiserat strategiska stödfunktioner i form av en förvaltningsstab och en ekonomistab.

Nedan synliggörs hur avdelningarna förhåller sig till varandra samt att förvaltningsstab respektive ekonomistab har ett, för förvaltningen, sammanhållande uppdrag.



Beskrivning av avdelningarnas/enheternas verksamhetsuppdrag återfinns i förvaltningens IT-baserade stödstruktur, Atlas .

Till ovanstående linjeorganisation har socialförvaltningen en processorganisation. Roller och ansvar för denna beskrivs i Atlas.

Förvaltningens ledningsgrupp ansvarar för att skapa förutsättningar för processutveckling och är styrande i strategiska och långsiktiga frågor, så som utveckling, kvalitet och ekonomi. Inom ansvaret ligger också att prioritera och hantera eventuella resurskonflikter. Resursägare är chefer på olika nivåer inom förvaltningen. Förvaltningens ledningsgrupp ansvarar vidare för att processorganisationen kompetensbesätts samt följer upp att förvaltningsplan för processarbetet respektive Atlas upprättas och hålls uppdaterade. Stabsfunktioner finns för det sammanhållande ansvaret.

Vid särskild eller extra ordinär händelse träder en annan organisationsfördelning i kraft, enligt lokal krisledningsplan, se Atlas.

Externa utförare, enligt LOV och LOU, betraktas som vårdgivare i juridisk mening och omfattas också av SOSFS 2011:9. De ska därmed ha egna ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

## 9.2 Ansvarsfördelning

### Socialnämnden

Socialnämnden bryter ner de kommunövergripande målen samt ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna. I ledningssystemet anger socialnämnden hur de övergripande uppgifterna i det systematiska kvalitetsarbetet ska fördelas i verksamheten. Förvaltningschef, avdelningschef och enhetschef ansvarar därefter på en mer detaljerad nivå, för att fördela arbetsuppgifterna i det systematiska kvalitetsarbetet.

### Socialnämndens arbetsutskott

I socialnämndens delegationsförteckning framgår vilka frågor arbetsutskottet ansvarar för.

### Sociala utskottet

I socialnämndens delegationsförteckning framgår även vilka individfrågor det sociala utskottet ansvarar för.

### Alla chefer, oavsett nivå

Varje chef leder kvalitetsarbete utifrån gällande regelverk. Varje chef ansvarar för att kvalitetsarbetets resultat utgör en integrerad del i verksamhetsplanering och verksamhetsstyrning. Inom sitt ansvarsområde ska respektive chef planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. De ska också bidra till utvärdering, lärande och förbättring på övergripande nivå genom att sammanställa resultat och analyser och rapportera dessa. Kvalitetsutvecklingen ska följas upp i den egna verksamheten vilket gör att brister tidigt kan uppmärksammas och åtgärdas. Likaså kan goda exempel fångas upp och spridas.

### Förvaltningschef

Förvaltningschefen ansvarar för att bryta ner nämndens mål, på förvaltningsnivå, och har det yttersta ansvaret för förvaltningens kvalitetsarbete och övergripande processer. Ansvaret för kvalitetsarbetet gäller för verksamhet som bedrivs av nämnden såväl i egen som i extern regi. I det ansvaret ingår ansvar för att upprätta och uppdatera detta styrdokument för förvaltningens kvalitetsledningssystem. Förvaltningschef ansvarar vidare för att avvikelser, brister, synpunkter och klagomål lyfts fram och redovisas till nämnden. Det görs i Kvalitetsberättelse respektive Patientsäkerhetsberättelse.

### Avdelningschef

Avdelningschef ska bryta ned förvaltningens mål till operativa mål/aktiviteter samt följa upp kvalitetsarbetet för avdelningen. Avdelningschef ansvarar för att verksamheten uppfyller gällande krav på kvalitet och har ett övergripande ansvar för att verksamheten inom avdelningen arbetar enligt lagar och fastställda mål.

### Verksamhetschef för hälso- och sjukvård enligt § 29

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

*Verksamhetschefen ska se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs samt ansvarar för att en Patientsäkerhetsberättelse skrivs och att den utgör en del av underlaget för förvaltningens förbättringsarbete.*

### Medicinskt ansvariga

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården i kommunen och har, enligt lag, ett eget tillsynsansvar. Den medicinskt ansvariga för rehabilitering har motsvarande ansvar för kommunal rehabilitering och habilitering.

### Enhetschef

Enhetschef ska bryta ner avdelningens mål till operativa mål/aktiviteter inom sitt område och göra medarbetarna delaktiga. Enhetschefen leder kvalitetsarbetet inom sitt ansvarsområde utifrån lagar och föreskrifter samt säkerställer att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

### Medarbetarnas ansvar och medverkan

Varje medarbetare ska bidra till att verksamhetens mål uppnås. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Inom socialtjänst och verksamhet enligt LSS ska arbetet utföras med stöd av bästa tillgängliga kunskap (evidensbaserad praktik).

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. All personal som utför hälso- och sjukvårdsinsatser betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal.

### Förvaltningsstab

Stabens uppdrag fokuseras på utveckling, uppföljning, utvärdering, upphandling och administrativt stöd för förvaltningsledningen. Stabens sammansättning anpassas utifrån organisationens aktuella behov.

### Ekonomistab

Stabens uppdrag fokuseras på att ge stöd i förvaltningens budget/planering-, redovisning- och uppföljningsarbete. Utifrån kommungemensamma riktlinjer inom bl. a budgetarbete och kommungemensam uppföljning har ekonomistaben en styrande funktion.

## 10. Processtyrning

Atlas används för att tydliggöra det arbete som socialförvaltningen ska genomföra utifrån Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Där beskrivs de ansvarsområden som förvaltningen arbetar med, indelade i olika processer med processkartor. De olika uppdragen och övergångarna mellan olika deltagare i processerna tydliggörs. Atlas är en ingång i arbetet med ständiga förbättringar.

*Huvudprocesserna/kärnprocesserna* beskriver det arbete som utförs närmast kunden. Socialnämnden har identifierat följande kärnprocesser:

- Hälsöfrämjande insatser
- Besluta och beställa sociala insatser
- Besluta, beställa och utföra hälso- och sjukvårdsinsatser
- Utföra beställda, delegerade och instruerade insatser

En *styrprocess* förtydligar strategin och behövs för att styra och koordinera verksamheten. Exempel på styrprocesser är nämndens mål, verksamhetens ledningsprocesser, ekonomi, riktlinjer etc.

En *stödprocess* behövs för att kärnprocesserna ska fungera och tillgodose kärnverksamhetens behov. De skapar indirekt värde för extern kund genom att stödja kärnprocesserna. Exempel på stödprocesser är att hantera ekonomi, personal, kommunikation, infrastruktur (IT) etc.

## **11. Samverkan (SOSFS 2011:9 4 kap 5§)**

Vårdgivare samt de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer där samverkan med andra verksamheter behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges samt förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas såväl internt, inom och mellan nämnder, som externt med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Ansvar och roller framgår av bland annat delegationsordning, riktlinjer och samverkansavtal.

Hur samverkan bedrivs i den egna verksamheten framgår av processer och rutiner i Atlas.

## **12. Systematiskt förbättringsarbete**

I detta avsnitt finns en översiktlig beskrivning av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Här beskrivs modellen för ständiga förbättringar, att styra mot kunskap samt arbetet med risk- respektive händelseanalys. Begreppet systematiskt förbättringsarbete innefattar också arbetet med avvikelser och brister men för att poängtera vikten av det arbetet har förvaltningen valt att specificera det i ett eget avsnitt, benämnt *Kvalitetsarbete mot bakgrund av avvikelser och brister*.

### **12.1 Modell för arbetet med ständiga förbättringar**

För att utveckla verksamheten med fokus på kvalitet, måste arbetet vara systematiskt och ske fortlöpande utifrån ständiga förbättringar. I det ingår att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra samt, sprida lärdomarna i verksamheten. Atlas är ett verktyg i det arbetet.

Socialförvaltningen har beslutat tillämpa PDCA-cykeln (Plan-Do-Check-Act) för det systematiska förbättringsarbetet (kvalitetshjulet nedan). Modellen finns beskriven i Atlas. I detta avsnitt summeras de viktigaste delarna i modellen.



Kvalitetshjulet innehåller delarna planera, genomföra, utvärdera och förbättra.

*Planera:* sätt mål, samla fakta, resonera om Varför, Vad och Hur.

*Genomföra:* fullfölj det planerade arbetet.

*Utvärdera:* reflektera över genomförandet, analysera om det blev en förbättring.

*Förbättra:* gör korrigeringar utifrån utvärderingen, förankra det nya arbetssättet.

En del i arbetet med ständiga förbättringar är att hålla fokus på:

- den enskilde
- resultat
- processer och flöden
- variationer och systemfel

Det gäller alltså att arbeta med resultat och metoder. Det är viktigt att både göra rätt saker och att göra saker rätt. Kvalitet ska vara en integrerad del i all verksamhet. Ett framgångsrikt arbete sätter den enskilde först, och skapar delaktighet och engagemang hos medarbetarna. Varje avdelning specificerar sedan vid behov dessa metodbeskrivningar i relation till egna verksamheten.

## 12.2 Att styra mot kunskap

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och tillämpa bästa tillgängliga kunskap för att göra bästa möjliga nytta för den enskilde och för samhället. En mycket viktig del är att säkerställa att goda/lärande exempel får spridning.

All verksamhetska arbeta utifrån en evidensbaserad och/eller kunskapsbaserad praktik. Det innebär att verksamheten grundar sig på ett samspel mellan den för tillfället bästa vetenskapliga kunskapen alternativt bästa kända praxis, den enskildes erfarenhet och önskemål samt professionell erfarenhet och förmåga.



För spridningen av goda/lärande exempel mellan Varbergs kommun och andra kommuner deltar kommunen aktivt i de regionala och nationella stödstrukturer som finns inom nämndens ansvarsområden. Ledningsgruppen ansvarar för förvaltningens aktiva deltagande i relevanta stödstrukturer.

För länkar till Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, SKL och Region Hallands sidor, se nedan. På respektive hemsida återfinns aktuell information inom området.

[Socialstyrelsen](#)

[SKL](#)

[Region Halland](#)

### 12.3 Riskanalys

Nämnden (vårdgivaren) ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet eller leda till vårdskador.

Socialförvaltningens ledningssystem ska säkerställa att det finns rutiner för att identifiera, analysera och bedöma risker systematiskt samt uppskatta sannolikheten och konsekvenserna för dessa

Med en riskanalys som underlag kan rätt beslut tas och åtgärder vidtas i syfte att minimera verksamheternas risker. Riskanalyser ska genomföras fortlöpande och speciellt om förändringar i verksamheten planeras, genomförs eller arbetssätt förändras.

Riskanalyser ska genomföras i samband med organisationsförändringar, införandet av ny teknisk utrustning samt inom områden som identifierats via lex Maria, lex Sarah och inrapporterade avvikelser.

*Risk- och väsentlighetsbedömning* är ett verktyg för att rikta uppföljning och kontroll till de processer där det behövs bäst. Det finns utförligare beskrivet i Atlas.

### 12.4 Händelseanalys

Med händelseanalys menas att identifiera, analysera och hantera de bakomliggande orsakerna till händelser där enskilda personer/patienter kommit till skada eller riskerats att komma till skada. Arbetsmodellen har ett systemperspektiv och är ett verktyg i det praktiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Händelseanalys kan med fördel användas vid utredning av avvikelser.

För händelseanalys, inom hälso- och sjukvård, arbetar förvaltningen utifrån socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete, [Risk- och händelseanalys – hälso- och sjukvård](#). Vägledning för risk och händelseanalys inom individ och familjeomsorgs verksamhet finns i SKL:s skrift [Modell för risk- och händelseanalys](#). Den kan användas även inom socialtjänstens andra områden.

## 13 Kvalitetsarbete mot bakgrund av avvikelser och brister

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i lagar och författningar, föreligger en avvikelse/brist som verksamheten måste hantera. När en avvikelse/brist uppmärksammas ska ansvarig chef vidta åtgärder och se över processer och rutiner så att dessa är ändamålsenliga.

Utifrån de avvikelser respektive missförhållanden/risk för missförhållanden som rapporterats och utretts, görs sammanställningar. Sammanställningar och analyser presenteras i Patientsäkerhetsberättelse respektive Kvalitetsberättelse. Analys av resultaten utgör underlag för kommande förbättringsarbete.

### 13.1 Avvikelsehantering, hälso- och sjukvård inklusive Lex Maria

Förvaltningen har rutiner och arbetssätt för avvikelsehantering inom hälso- och sjukvård inklusive Lex Maria (SOSFS 2005:28), se Atlas.

### 13.2 Rapporteringsskyldighet, Lex Sarah

Förvaltningen har rutiner och arbetssätt för hantering av rapporteringsskyldighet, enligt Lex Sarah (SOSFS 2011:5), se Atlas.

### 13.3 Hantering av idéer, klagomål och synpunkter

Att fånga upp medborgarnas klagomål och synpunkter om den service som nämnden tillhandahåller har en demokratisk dimension och är en viktig del i en politiskt styrd organisation för att utveckla och förbättra servicen till medborgarna. Socialförvaltningens synpunktshantering ingår i kommunens funktion "Tyck Om Varberg". Nämnden har en rutin för hantering av idéer, synpunkter och klagomål, se Atlas.

## 14. Uppföljning och utvärdering

Socialnämnden ska följa upp och utvärdera samtliga verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Nämnden fattar årligen i anslutning till budgetdokumentet beslut om plan för uppföljning och utvärdering, systemrevision och intern kontroll av nämndens verksamheter. Planen ska baseras på risk- och väsentlighetsanalys.

### 14.1 Interna kontrollen

Kommunallagens 6 kap 7§ definierar ansvaret för den interna kontrollen.

*”Nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.”*

Den interna kontrollen ska säkerställa att:

- verksamheten bedrivs ändamålsenligt och kostnadseffektivt,
- finansiell rapportering och information om verksamheten är tillförlitlig,
- tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer etc. följs.

Socialförvaltningens riktlinjer för intern kontroll utgår från Kommunfullmäktiges riktlinjer *Intern kontroll – Riktlinjer och tillämpningsanvisningar för Varbergs kommun.*

Varje år ska nämnden anta en plan för den interna kontrollen, som överlämnas till kommunstyrelsen. Rapportering av arbetet sker till kommunstyrelsen och kommunens revisorer i samband med att den nya planen överlämnas. Rapporten ska bestå av en sammanfattning av gjorda kontroller där upptäckta brister lyfts fram och analyseras.

### 14.2 Uppföljning av samhällsuppdraget

Den förvaltningsövergripande uppföljningen ingår i planerings- och budgetprocessen och omfattar måluppfyllelse, ekonomins utveckling inklusive utvecklingen av kritiska indikatorer samt kvalitetsarbetet. I uppföljningen kan även ingå rapportering av egenkontroll.

Den löpande uppföljningen används som underlag för en bedömning av när det behövs en systemrevision eller en fördjupad (effekt-) resultatutvärdering av en viss verksamhet. Systemrevisioner fokuserar på de system och processer som används för organisationen ska uppnå målen. Fördjupad (effekt-) resultatutvärdering syftar till att klargöra om tjänsterna leder till de resultat för kunderna som avses, och om de är kostnadseffektiva.

### 14.3 Egenkontroll

Nämnden (vårdgivaren) ska utöva egenkontroll. Egenkontroll innebär 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. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Nämnden har ansvar för att säkerställa att socialförvaltningens verksamhet och ledningssystemet följs upp och utvärderas.

Utifrån de principer som anges i detta avsnitt preciserar varje avdelning i sitt ledningssystem hur egenkontrollen ska genomföras inom avdelningen. Egenkontrollen ska sammanställas så att den ger beslutsfattare på alla nivåer en bild av kvaliteten i verksamheten.

Egenkontrollen kan innefatta:

- jämförelser av resultat (eget över tid, annan liknande verksamhet, nationella och regionala uppföljningar, kvalitetsregister),
- den enskildes uppfattning (målgruppsundersökning),
- dokumentationsgranskning (journaler, akter och annan dokumentation),
- utredning och analys av avvikelser (klagomål/synpunkter, rapporter lex Maria och lex Sarah, hälso- och sjukvårdsavvikelser),
- personalens uppfattning om sin arbetssituation och andra förutsättningar för att utföra tjänsterna (medarbetarenkäter och medarbetarsamtal),
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- analys av uppgifter från patientnämnder och
- inhämtande av synpunkter från revisorer, tillsynsmyndigheter och intressenter.

#### **14.4 Uppföljning på individnivå**

Beställarens uppföljning ska utgå från beslutade mål på individnivå och hur väl de är uppfyllda. Den enskildes uppfattning är viktig. Sammanställning av uppföljning och iakttagelser ingår i avtals- och uppdragsuppföljning.

Utföraren följer upp den egna verksamhetens arbete i form av genomgång av den individuella planeringen och den enskildes upplevelse av kvaliteten på levererade tjänster.

#### **14.5 Avtals-/uppdragsuppföljning**

Avtals-/uppdragsuppföljning (ansvarsutkrävande uppföljning) ingår i beställarprocessen och ska säkerställa att utföraren uppfyller avtalsenliga förpliktelser. Utgångspunkt är krav i förfrågningsunderlag, avtal och interna uppdrag, inkl. kvalitetskrav.

Uppföljningen ska genomföras på samma sätt inom såväl egen regi som externa utförares verksamhet.

#### **14.6 Påkallad uppföljning**

Påkallad uppföljning genomförs utifrån en speciell händelse/avvikelse eller på uppdrag från nämnden. Metod för uppföljningen formas utifrån den aktuella frågeställningen.

### **15. Dokumentation**

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras, dels genom att en årlig Kvalitetsberättelse respektive Patientsäkerhetsberättelse skrivs.

## 16 Lagkravlista

Offentlighets- och sekretesslagen  
 Offentlighets- och sekretessförordningen  
 Förvaltningslagen  
 Lag om valfrihetssystem (LOV)  
 Lagen om offentlig upphandling (LOU)  
 Personuppgiftslagen  
 Lag om bostadsanpassning  
 Lag om assistansersättning  
 Diskrimineringslagen  
 Lag om psykiatrisk tvångsvård  
 Lag om vård av missbrukare i vissa fall  
 Lag om vård av unga  
 Patientsäkerhetslagen

### Lagstiftning och föreskrifter för socialtjänsten

Kommunallagen, 1991:900  
 Socialtjänstlagen, 2001:453.  
 Socialtjänstförordningen, 2001:937.  
 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:387.  
 Förordning om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:1090.  
 Föräldrabalken.  
 Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.  
 Förordning om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.  
 Lagen om vissa kommunala befogenheter, 2009:47.  
 Förordningen (2013:176) med instruktioner för inspektionen för vård och omsorg

### Föreskrifter och allmänna råd

SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete  
 SOSFS 2006:5. Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.  
 SOSFS 2007:17 Föreskrift och allmänna råd, personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer.  
 SOSFS 2011:5 Föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah.  
 SOSFS 2003:20. Föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende.  
 SOSFS 2012:12 Föreskrift och allmänna råd om ansvar för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilt boende.  
 SOSFS 2011:12 Föreskrifter och allmänna råd, Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i Socialtjänstens omsorg om äldre  
 SOSFS 2012:3 Föreskrift och allmänna råd, värdegrund i Socialtjänstens omsorg om äldre.  
 SOSFS 2008:32 - Socialstyrelsens allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder  
 SOSFS 2002:9. Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

SOSFS 2009:22 - Socialstyrelsens allmänna råd om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnat våld

### **Lagstiftning och föreskrifter för hälso- och sjukvården**

Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.

Läkemedelslagen, 1992:859.

Patientdatalagen, 2008:355.

Patientsäkerhetslagen 2010:659.

### **Föreskrifter och allmänna råd**

SOSFS 1997:8 - Socialstyrelsens allmänna råd; Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård

SOSFS 1997:14. Föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

SOSFS 1997:10 Socialstyrelsens allmänna råd; Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.

SOSFS 2000:1. Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

SOSFS 2005:28. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

SOSFS 2008:14. Föreskrift om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

SOSFS 2008:1 - Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

SOSFS 2007:19. Föreskrift om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.

SOSFS 2004:12. Föreskrifter om anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som inte kan utöva sitt yrke p.g.a. sjukdom m.m.

SOSFS 2008:20 Föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

SOSFS 2005:27 - Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

SOSFS 2012:6 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS

SOSFS 2006:12 Socialstyrelsens allmänna råd om handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga