



**VAGGERYDS  
KOMMUN**

# **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9**

---

Antagen av Socialnämnd 2023-XX-XX §  
Ansvarig förvaltning: Socialförvaltningen  
Ansvarig tjänsteman: Verksamhetschef Stab



## Innehåll

---

Bakgrund.....	3
Kvalitet i Socialförvaltningen .....	3
Socialförvaltningens ledningssystem för kvalitet.....	4
Analysera .....	4
Förutsättningar .....	5
Socialförvaltningens målstyrning.....	5
Personalens kompetens och medverkan i kvalitetsarbetet.....	6
Genomföra .....	6
Följa upp .....	6
Ansvarsfördelning och organisation för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet .....	7
Socialnämnd.....	7
Socialchef.....	7
Verksamhetschef stab .....	7
Verksamhetschefer.....	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) .....	7
Enhetschef för kvalitet och utveckling.....	8
Områdes-/enhetschefer.....	8
Medarbetare .....	8
Stödjande funktioner – enheten för Kvalitet och Utveckling.....	8
Förbättringscoacher.....	8
Beskrivning av ledningssystemets olika delar.....	9
Processer och rutiner .....	9
Systematiskt förbättringsarbete.....	10
Riskanalyser.....	10
Egenkontroll.....	11
Utredning av avvikelser .....	11
Förbättrande åtgärder i verksamheten .....	12
Förbättring av processerna och rutinerna .....	12
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....	12
Dokumentationsskyldigheten .....	12

## Bakgrund

---

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012 och omfattar verksamheter som bedrivs enligt socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Föreskrifterna omfattar även verksamhet som bedrivs enligt lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt det systematiska patientsäkerhetsarbetet som ska bedrivs enligt patientsäkerhetslagen (PSL). Syftet med ledningssystemet är att det ska verka som ett verktyg för att leda, planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet inom LSS eller är vårdgivare är ansvarig för att det finns ett ledningssystem. Kravet på ett ledningssystem gäller både för den verksamhet som innefattar myndighetsutövning som den verksamhet som verkställer insatser.

Ledningssystemet ska användas för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten

Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten säkerställa och utveckla kvaliteten i de tjänster som ges inom förvaltningens verksamheter. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Det möjliggör också ordning och struktur i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter, kan förebyggas.

## Kvalitet i Socialförvaltningen

---

I föreskriften och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) definieras kvalitet 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 samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Därmed blir det viktigt att i ledningssystemet tydliggöra vilken lagstiftning och vilka krav och mål som gäller för verksamheten. Utifrån det definieras sedan vad kvalitet innebär för den specifika enheten eller processen. Vilka krav och mål som finns tydliggörs bland annat i de beskrivningar av processer som dokumenteras för verksamheten.

Definitionen av vad som är kvalitet har även andra perspektiv, bland annat den upplevda kvaliteten hos de medborgare som tar del av socialförvaltningens tjänster eller kommer i kontakt med förvaltningens verksamheter på olika sätt och av olika anledningar. Kommunfullmäktige och socialnämnd beslutar om mål som rör verksamheten, vilka har ett tydligt fokus på just den upplevda kvaliteten.

Kvalitetsarbetet som sådant inom socialförvaltningen utgår från tillämplig lagstiftning:

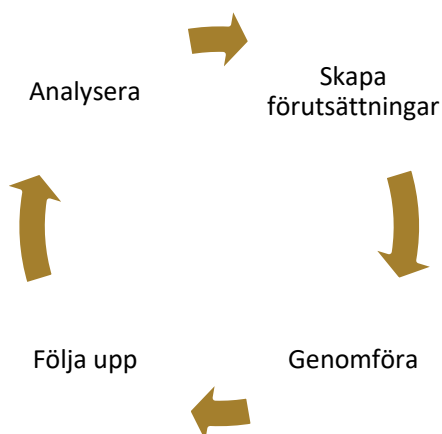
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) 5 kap. 1 § och 4 § samt 12 kap. 1 §.
- Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) 3 kap. 3 § tredje stycket.
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387) 6 §.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

I Socialtjänstlagen finns en bestämmelse om en nationell värdegrund inom äldreomsorgen och en bestämmelse som tydliggör äldre personers möjligheter till inflytande vid genomförandet av socialtjänstens insatser. Den nationella värdegrunden handlar om att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. I Socialstyrelsens allmänna (SOSFS 2012:3) råd om värdegrund i socialtjänstens omsorg om äldre finns värdeord som redan finns i socialtjänstlagen (2001:453) och omfattar hela socialtjänstområdet. Inom socialförvaltningen är därför värdegrunden med dess värdeord tillämpliga inom samtliga verksamhetsområden och det kvalitetsarbete som bedrivs ska ha sin utgångspunkt i värdegrunden.

- Självbestämmande
- Trygghet
- Meningsfullhet och sammanhang
- Respekt för privatliv och personlig integritet
- Individanpassning och delaktighet
- Gott bemötande
- Insatser av god kvalitet

## Socialförvaltningens ledningssystem för kvalitet

Nedan beskrivs hur Socialförvaltningens ledningssystem för kvalitet är uppbyggt och ska fungera ur ett processperspektiv. Längre fram i dokumentet beskrivs respektive del i ledningssystemet mer ingående. Det pågår löpande utveckling och förbättringsarbete kring ledningssystemet och dess uppbyggnad då organisation och omvärld ständigt förändras och då verksamheten befinner sig i ett ständigt lärande. Förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete följer ett flöde och en process som liknar processen i förbättringshjul; **analysera, skapa förutsättningar, utföra** samt **följa upp**. Genom att ledningssystemet utgår från de stegen, skapas också förutsättningar för verksamheten att vara en lärande organisation.



### Analysera

För att kunna utveckla och förbättra kvaliteten i verksamheten behöver man kunskap om hur verksamheten fungerar, vilket resultat som verksamheten skapar samt vad det är som skapar just det resultatet. Om den kunskapen saknas finns en risk att de aktiviteter man planerar och genomför för att förbättra verksamheten kan vara missriktade och istället ta tid och resurser i anspråk, utan att lösa det egentliga problemet och bidra till en förbättring. Därför tar förvaltningens arbete med kvalitet och dess ledningssystem sin utgångspunkt i analysen.

En analys av resultatet möjliggör ett lärande och ett underlag för både politik och förvaltning att prioritera, sätta upp mål och styra. Detta görs på olika nivåer i förvaltningen, dels övergripande men också på områdes- och enhetsnivå. **Egenkontroll** i form av Öppna Jämförelser (ÖJ) och Kommunernas kvalitet i korthet (KKIK) är exempel på resultat av uppföljningar i jämförelser med andra kommuner och nationellt. Utöver det så sammanställer förvaltningen en **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse** årligen där en samlad analys görs av

olika uppföljningar. På verksamhetsnivå sammanställer varje verksamhetschef årligen en **verksamhetsberättelse** från föregående år och på områdes- och enhetsnivå redovisar enheterna sitt kvalitetsarbete årligen i en verksamhetsberättelse. I verksamhetsberättelserna analyserar respektive chef sitt resultat och verksamhetens kvalitet för året som gått utifrån bland annat uppföljning av lokala mål, avvikelser, synpunkter och klagomål, resultat från brukarundersökningar, medarbetarundersökningar samt verksamhetens arbete med förbättringar.

Förvaltningen genomför även **riskanalyser** löpande i verksamheten på olika nivåer, bland annat inför framtagandet av den interna kontrollplanen. I det arbetet analyseras då även resultatet från föregående års interna kontroll.

Analysen behöver löpande pågå under året och då fungera som underlag i en lärande organisation. Olika utredningar, som utföras som uppdrag från nämnder, förvaltningsledning eller enskilda verksamhetschefer genomförs löpande.

Som ett stöd att analysera enhetens resultat finns stödjande funktioner inom enheten för kvalitet och utveckling. Ett arbete som pågår för att stödja enheterna i detta är vad som benämns som **kvalitetsmöten** som genomförs tillsammans med områdes-/enhetschefer inom respektive verksamhet och område/enhet. Syftet är att bistå och stärka kärnverksamheternas analysarbete samt undersöka och stödja hur verksamheterna arbetar systematiskt med sitt kvalitetsarbete och vilka delar de behöver stöd inom.

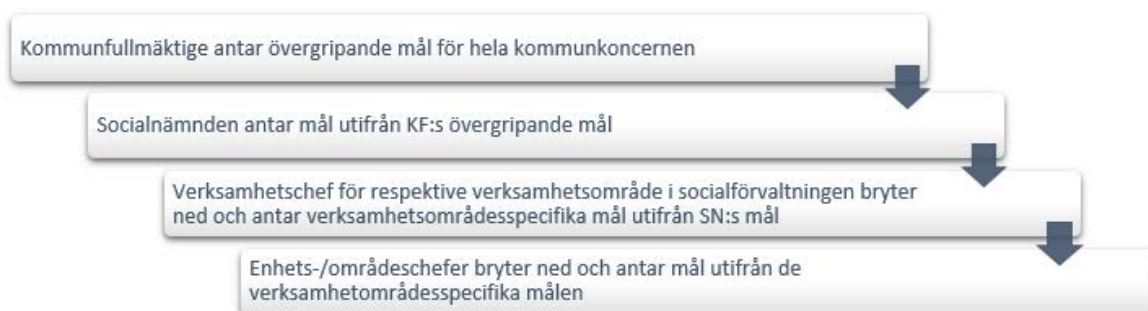
### Förutsättningar

För att förvaltningens verksamheter ska kunna åstadkomma ett resultat och utföra arbete av god kvalitet krävs även att förutsättningar finns som möjliggör detta. I arbetet att med att skapa förutsättningar ingår att formulera **mål, fördela resurser och leda verksamheten i en viss riktning**. Likväl krävs att förutsättningar finns som möjliggör att personal har **rätt kompetens** och medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet. För att det ska möjliggöras krävs också ett arbetsklimat som är öppet och som ser synpunkter och rapporter som positivt för att utveckla verksamhetens kvalitet.

### Socialförvaltningens målstyrning

Socialförvaltningens målstyrning utgår från de mål som Socialnämnd formulerat och som i sin tur utgår från de mål som Kommunfullmäktige har beslutat om. De politiskt antagna målen har ett tydligt fokus på de medborgare som tar del av verksamhetens tjänster. Dessa följs årligen upp genom brukarundersökningar och redovisas övergripande i Socialnämndens årsredovisning. På verksamhetsnivå inom Socialförvaltningen formuleras verksamhetsplaner årligen som sätter riktningen inom respektive verksamhetsområde. Enhets- och områdeschefer arbetar sedan tillsammans med sina medarbetare kring vilka särskilda mål och aktiviteter som de behöver arbeta med under året för att bidra till att de övergripande målen uppfylls. Målen utgår då från den riktning som politikerna formulerat i de politiska målen, men även från de områden som i respektive verksamhetsberättelse identifierats där kvaliteten behöver stärkas och utvecklas samt områden som identifierats som särskilt sårbara i de riskanalyser som verksamheterna gör löpande.

#### Bild 1. Socialförvaltningens målstyrning



### Personalens kompetens och medverkan i kvalitetsarbetet

För de verksamheter som omfattas av föreskrifterna och de allmänna råden om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete så omfattas all personal av kompetenskrav som anges i lagstiftningen. Att det finns personal på plats i verksamheterna och att de har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg.

Personalens medverkan i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete regleras i föreskriften om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), dels genom att föreskriften anger den skyldighet som verksamheten har att säkerställa att personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Men även genom att personalen i verksamheten har en skyldighet att delta i verksamhetens kvalitetsarbete genom att t.ex. rapportera missförhållanden samt rapportera avvikelser och synpunkter om verksamheten.

### Genomföra

I det systematiska kvalitetsarbetet är grundstommen att identifiera, beskriva och fastställa de **processer och rutiner** i verksamheten som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten. Enligt föreskriften (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänsten eller verksamhet enligt LSS identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Verksamheten ska även i varje process identifiera de aktiviteter som ingår samt bestämma aktiviteternas inbördes ordning. Till varje aktivitet ska också verksamheten utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

När processer och rutiner inte fungerar som det är tänkt och det påverkar brukare eller den enskilde som tar del av socialförvaltningens tjänster, rapporterar medarbetare det som **avvikelser**. Syftet är att identifiera brister i processer och rutiner för att systematiskt kunna förbättra dem. Likaså har medborgare möjligheter att lämna **synpunkter och klagomål** på socialförvaltningens verksamhet, vilka är viktiga för att identifiera brister i processer och rutiner.

### Följa upp

I analyssteget omnämndes flertalet av de underlag som finns där verksamhetens samlade kvalitetsresultat dokumenteras och sammanställs. Uppföljningen av kvaliteten i verksamheten görs dels genom **egenkontroll**, men också genom **intern kontroll** som genomförs i enlighet med den internkontrollplan som nämnden antar årligen.

# Ansvarsfördelning och organisation för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

---

## Socialnämnd

- Socialnämnden som vårdgivare har det yttersta ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som bedrivs utifrån gällande lagar, författningar och förordningar.
- Övergripande ansvaret för socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Beslutar om ledningssystemets uppbyggnad och omfattning.
- Beslutar om övergripande strategier, mål och riktlinjer.

## Socialchef

- Leda och följa upp förvaltningens övergripande ekonomi-, mål och kvalitetsstyrning.

## Verksamhetschef stab

- Ansvar för att det beslutade ledningssystemet realiserar och utvecklas i enlighet med fattade beslut.
- Ansvarar för att driva utvecklingen av ledningssystemet som helhet.
- Övergripande ansvar för intern- och egenkontroll.
- Identifiering, framtagande och uppdatering av förvaltningsgemensamma processer och rutiner i ledningssystemet (strategisk ledning och styrning).
- Att på förvaltningsnivå sammanställa och analysera t.ex. brukarundersökningar, öppna jämförelser och KKIK samt annan data.
- 

## Verksamhetschefer

- Planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten inom sitt verksamhetsområde samt i samverkan med andra.
- Årligen upprätta verksamhetsplan med mål och aktiviteter samt kvalitetsindikatorer som ska följas under året. Målen utgår från socialnämndens beslutade mål.
- Följa upp verksamheten löpande och årligen sammanställa en verksamhetsberättelse inom det verksamhetsområde som verksamhetschefen har ansvar för.
- Löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.
- Fatta beslut om fastställande av processer inom sitt verksamhetsområde. Vid behov fattas beslut gemensamt av flera verksamhetschefer.
- Enligt förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården (1993:933) ansvarar verksamhetschef för hälso- och sjukvård för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet och är därmed också ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Om denne inte innehar hälso- och sjukvårdskompetens fullgörs vissa uppgifter av kommunens motsvarighet med särskilt medicinskt ledningsansvar, medicinskt ansvarig sjuksköterska/rehabiliterings-ansvarig (MAS/MAR). Det övergripande administrativa ansvaret övergår inte från verksamhetschef till MAS.

## Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

- Ansvaret regleras i 4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
- Att riktlinjer och rutiner finns för att säkerställa hälso- och sjukvårdens kvalitetskrav inom kommunens hälso- och sjukvårdsområde samt uppföljning och utveckling av verksamhetens kvalitet och säkerhet.
- Ansvar för utredning och händelserapportering enligt Lex Maria.
- I samverkan med områdeschef anmäla till Socialstyrelsen vid händelse av att medarbetare utgör en risk för patientsäkerhet.
- Upprätta patientsäkerhetsberättelse.

## Enhetschef för kvalitet och utveckling

- Operativt arbete med hela socialförvaltningens kvalitets- och utvecklingsarbete.
- Stöd till områdes-/enhetschefer.
- Fatta beslut gällande Lex Sarah i enlighet med delegationsordningen.
- Ansvara för att på verksamhetsnivå sammanställa och analysera t.ex. brukarundersökningar, öppna jämförelser och KKIK samt annan data tillsammans med stödjande funktioner.

## Områdes-/enhetschefer

- Ansvarar för att arbetet inom enheten bedrivs utifrån gällande lagstiftning, författningar, föreskrifter, allmänna råd och lokala rutiner samt att medarbetare uppfyller kompetenskrav som regleras i desamma.
- Planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten inom enheten samt i samverkan med andra.
- Årligen upprätta verksamhetsplan med mål och aktiviteter samt kvalitetsindikatorer som ska följas under året, enligt rutin.
- Följa upp arbetet inom enheten löpande och årligen sammanställa en verksamhetsberättelse inom sitt ansvarsområde.
- Löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser som rör enheten.
- Ansvarig för att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete inom enheten och i samverkan med andra enheter.

## Medarbetare

- Ansvarar för att arbeta i enlighet med processer, rutiner och riktlinjer.
- Medverka i uppföljning av mål och resultat samt i det löpande verksamhetsnära kvalitetsarbetet.
- Rapportera avvikelser samt missförhållanden eller risk för missförhållanden.
- Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, har vid utförande av insatserna samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen.

## Stödjande funktioner – enheten för Kvalitet och Utveckling

- Stöd till chefer och medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet
- Stöd till verksamheter i att arbeta utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Vissa funktioner inom enheten arbetar med förbättringsarbete och utvecklingsområden som identifieras årligen i arbetet med internkontroll, egenkontroll, avvikelser, klagomål och synpunkter samt lex Sarah och lex Maria. Enheten sammanställer, analyserar och följer upp förbättrings- och utvecklingsarbete i förvaltningen ur olika perspektiv i syfte att tillsammans med ansvariga chefer fördjupa förståelsen för och utveckla kvaliteten i det arbete som verksamheten utför
- Tillsammans med ansvariga områdes-/enhetschefer eller verksamhetschefer att ta identifiera, kartlägga och beskriva aktuella processer och rutiner, göra dem lättillgängliga för medarbetare på intranätet samt samordna förvaltningens arbete med processer och rutiner.
- Utvecklingsledare utreder inkomna rapporter enligt lex Sarah.
- MAS leder och genomför händelseanalys på uppdrag av verksamhetschef eller i samband med utredning gällande vårdskada.
- Samordna och driva det sammanhållna kompetensutvecklingsarbetet i förvaltningen

## Förbättringscoacher

- Vara ett stöd till chef att driva systematiskt förbättringsarbete inom enheten.
- Ger stöd till kollegor att driva förbättringsarbete.
- Leda reflekterande samtal i värdegrundsfrågor på t.ex. APT



## Beskrivning av ledningssystemets olika delar

---

Nedan ges en mer konkret beskrivning av hur förvaltningen arbetar med de olika delarna i ledningssystemet.

### Processer och rutiner

Med process menas en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. De dokumenterade processerna och rutinerna syftar till att skapa standards för hur arbetet genomförs på ett likvärdigt och säkert sätt samt ska vara användbara för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det finns i vissa avseenden i lagstiftning krav på att vissa processer eller rutiner ska fastställas, t.ex. i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:5) om lex Sarah. I övrigt är det upp till respektive verksamhet att identifiera de processer som verksamheten att bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Förvaltningens arbete med processkartläggning innebär:

- Identifiering av förvaltningens processer
- Kartläggning av identifierade processer
- Uppföljning av förvaltningens processer
- Förbättringar av processerna

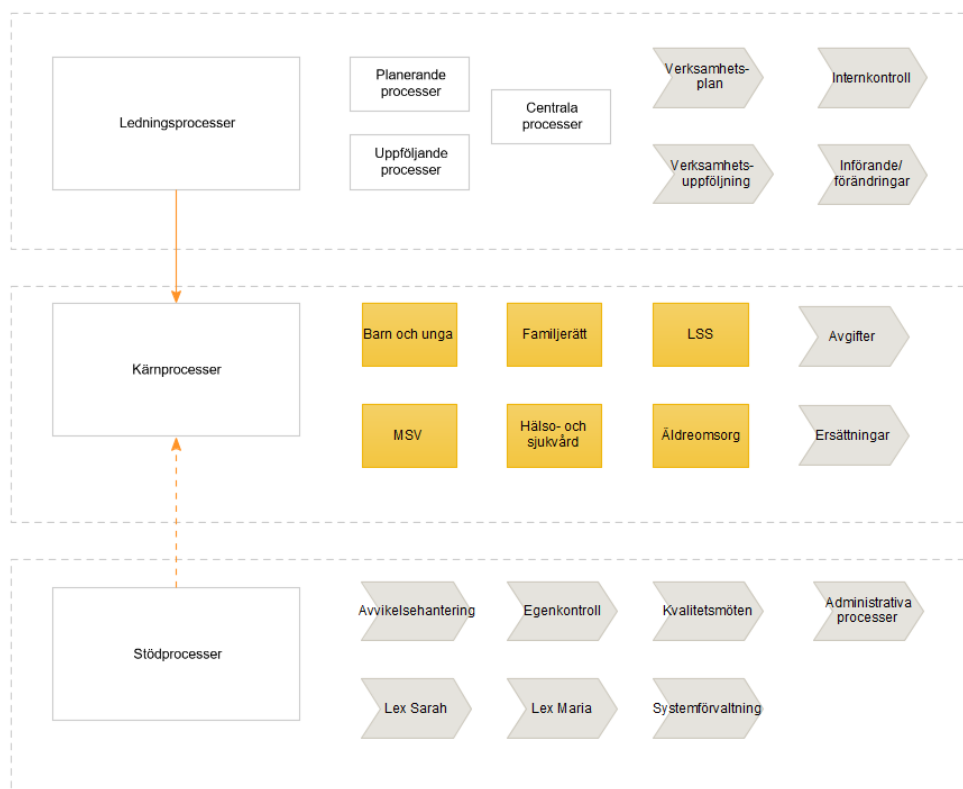
I socialförvaltningen finns ett särskilt IT-stöd för processkartläggning som bidrar till en struktur i dokumentationen av förvaltningens processer, rutiner samt ansvarsfördelning av desamma. Genom IT-stödet säkerställs också att alla utgår från samma processer och rutiner och att revideringar sker systematiskt.

Det viktiga är att det är tydligt att processerna och rutinerna är användbara för att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Arbetet med att identifiera, kartlägga, följa upp och förbättra processerna avser också särskilt processer i samverkan, både internt och externt. I processerna ska det särskilt framgå hur samverkan ska bedrivas och möjliggöras inom den egna verksamheten och med andra verksamheter.

Inom förvaltningen så drivs och samordnas arbetet med att identifiera, dokumentera och samordnat följa upp processerna genom stabens kvalitets- och utvecklingsenhet. Verksamheterna är ägare av sina processer, men utvecklingsledare dokumenterar processerna i förvaltningens IT-stöd och bistår med ett stöd till verksamheten i arbetet med att kartlägga processerna. Anledningen till att det finns ett samordnat förförande för förvaltningens dokumenterade processer är minimera att processer antas på flera olika ställen i förvaltningen eller att processer antas som får negativa konsekvenser för andra verksamhetsområden eller professioner. Processerna finns tillgängliga via förvaltningens intranät under respektive verksamhet och samtliga processer är tillgängliga för samtliga verksamheter.

Socialförvaltningen har delat upp processerna i tre olika typer av processer; ledningsprocesser, kärnprocesser och stödprocesser. Ledningsprocesserna är processer som skapar förutsättningar att driva kärnprocesser. De kan delas upp i planerande och uppföljande processer. Det handlar bland annat om olika planer, mål och budget, utvärderingar och beslutsfattande om förutsättningar i kärnverksamhet. Kärnprocesser är de huvudprocesser som finns i verksamheten och som är riktade mot medborgare. Det är där arbetet med patient/brukare/klient sker och dessa processer utgår från medborgarens behov. Stödprocesser är processer som finns till för att stödja kärnprocesserna. De har en indirekt koppling till medborgaren.

Bild 2. Förvaltningens identifierade processer



## Systematiskt förbättringsarbete

Förvaltningens systematiska förbättringsarbete bedrivs inom förvaltningens samtliga verksamhetsområden och på samtliga nivåer. Som stöd i det systematiska förbättringsarbetet finns den kommunövergripande värdeverkstaden samt utsedda förbättringscoacher ute i verksamheten inom Socialförvaltningen.

## Risikanalyser

Som en del av det systematiska och förebyggande kvalitetsarbetet ska förebyggande risikanalyser göras i syfte att identifiera eventuella händelser som kan medföra risker som kan påverka verksamhetens kvalitet. Det kan vara aktuellt om ny teknik införs, vid ändring av personalens sammansättning, vid förändring av lagstiftning eller rutiner i arbetsgruppen/verksamheten. Analysen av risker och händelser ska ses som en del i att utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst.

Verksamheten är utifrån arbetsmiljö även ansvarig för att göra riskbedömningar. Riskanalyser och riskbedömningar görs på olika nivåer. Både risikanalysen och riskbedömningen ska tydliggöra hur allvarlig inverkan den eventuella risken har samt hur sannolikt det är att den inträffar och utifrån detta tas eventuella åtgärder fram som också ska följas upp. Riskanalyser och riskbedömningar hanteras och upprättas i olika system. Legitimerad personal dokumenterar riskbedömningar gällande patienten, som är en form av risikanalyser, i verksamhetssystemet, samt att riskbedömningar sker i nationella kvalitetsregister.

Årligen inför framtagande av förvaltningens interna kontrollplan görs en övergripande risikanalys där riskområden identifieras för respektive verksamhetsområde och sammanställs och går igenom i förvaltningens ledningsgrupp. Riskanalysen är underlag för att dels identifiera områden som särskilt behöver följas upp i internkontrollen, men också som underlag för förvaltningen att prioritera viktiga områden att arbeta med den närmaste tiden.

En bedömning om sannolikhet och konsekvens med en samlad risikanalys görs också i samband med att en rapporterad avvikelse utreds. Den risikanalysen är underlag för dels hantering och åtgärd kring den enskilda

avvikelsen, men resultatet av en enhets samtliga riskanalyser för avvikelser kan sammanställas och analyseras på enhets- eller områdesnivå, verksamhetsnivå och även förvaltningsnivå.

Händelseanalyser är ytterligare en analys som kan genomföras på redan inträffade händelser där förvaltningen genom specifika händelser kan identifiera ”felhändelser” och därmed skapa förändringar/förbättringar i processer där resultatet ej blev som verksamheten önskat. Inom förvaltningen är det verksamhetschef som i samråd med MAS beslutar om en händelseanalys ska initieras. I samband med utredning av vårdskada används händelseanalys som verktyg.

### **Egenkontroll**

Egenkontroll beskrivs i SOSFS 2011:9 som utvärdering och systematisk uppföljning av verksamheten. Det innebär också kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen ska genomföras i förvaltningens olika verksamheter på enhetsnivå och kan vara lokalt förankrad eller ingå i större nationella undersökningar. Identifierade brister i egenkontroll kan ligga till grund för riskbedömningar och även internkontroll för nästkommande år. Till skillnad mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs.

Egenkontroller som genomförs årligen, bland annat;

- Brukarundersökningar (ÄO, FO och IFO)
- Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)
- Öppna jämförelser
- Enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

Genomförandet av egenkontrollen sker löpande under året och är en vital del i det systematiska kvalitetsarbetet och verksamhetsutveckling. Merparten av egenkontrollen utgår från standardiserade undersökningar från Socialstyrelsen och SKR samt utifrån nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer som till exempel rapporteras in i nationella register.

Arbetet med egenkontrollen utvecklas successivt i takt med att arbetet med att kartlägga förvaltningens processer genomförs. I arbetet med förvaltningens processer identifieras viktiga kvalitetsindikatorer som bedöms som kritiska och löpande behöver följas upp. Dessa följs upp utifrån respektive process och redovisas i verksamhetsberättelser, kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen och i löpande uppföljningar som görs i verksamheten.

### **Utredning av avvikelser**

Inom Socialförvaltningen hanteras olika typer av avvikelser på olika sätt. Förvaltningen definierar avvikelser som händelser som avviker från normal rutin och förväntat förlopp och som kan eller har drabbat den enskilde eller en grupp negativt och som innebär att verksamheten inte når upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten. Avvikelser rapporteras av medarbetare eller chefer in via ett särskilt IT-stöd som förvaltningen har. I lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheter att rapportera vårdskador och risker för vårdskador respektive missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Även dessa rapporteras och hanteras i förvaltningens IT-stöd och utreds enligt samma grundstruktur. Avvikelser handlar aldrig om att anklaga eller visa andra personers brister, utan alltid om att förbättra och förhindra att de inträffar igen.

Inom socialförvaltningen hanteras synpunkter och klagomål från enskilda, anhöriga eller medborgare på ett lite annat sätt. De mottagna klagomålen och synpunkterna ska utredas och utredningen ska leda till att verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten. Om avvikelser förekommit ska dessa hanteras enligt rutin för avvikelshantering. För hanteringen av synpunkter och klagomål finns idag inget särskilt IT-stöd utan hanteras av respektive chef och diarieförs enligt rutiner.

Respektive verksamhets avvikelser ska sammanställas och årliga analyseras för att kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Genom att analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter

samlat kan även mönster och trender som inte framkommit i utredningen av ett enskilt fall upptäckas. Redovisningen och analysen görs på både områdes-/enhetsnivå och verksamhetsnivå i verksamhetsberättelsen och på förvaltningsnivå i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

### Förbättrande åtgärder i verksamheten

En förutsättning för att genomföra och upprätthålla ett systematiskt kvalitetsarbete är att det finns en tydlig struktur för hur förbättrings- och kvalitetsarbetet i förvaltningen ska gå till. I Socialförvaltningen utgår allt förbättrings- och kvalitetsarbete från PGSA-hjulet som består av fyra huvudområden; Planera, Göra, Studera och Agera. Nedan beskrivs de mer ingående:



- **Planera** – Ta fram underlag inför aktivitet. Förberedelse och identifiera syfte, mål och tillvägagångssätt.
- **Göra** – Genomför aktivitet utifrån hur vi planerat (genomför jobbet rent praktiskt)
- **Studera** – Hur blev resultatet? Gjorde vi som vi hade tänkt utifrån planeringen? Följer upp och analyserar.
- **Agera** – Behöver vi förändra/göra annorlunda gentemot det vi planerade från början? Vilka förändringar behöver vi göra för att förbättra?

För att kunna arbeta enligt PGSA-hjulet så finns det stöd i förvaltningen i form av den kommunövergripande värdeverkstaden. Det finns även stöd inom Socialförvaltningen som påbörjades och formades genom den så kallade förbättringsresan och där verktyg och stöd finns tillgängligt på intranätet. Ute i verksamheterna finns utsedda förbättringscoacher som särskilt ska kompetensförsörjas kring förbättringsarbete.

### Förbättring av processerna och rutinerna

Löpande ska förbättringar av förvaltningens processer och rutiner göras. Det finns en standard i förvaltningen kring hantering av processer med en ansvarsordning. Processerna och rutinerna ska ses över årligen, men ska också uppdateras vid behov om t.ex. utredning av avvikelser gjorts som tydliggör att processen i sig ej är korrekt eller ändamålsenlig.

### Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Att personal har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna utföra ett arbete av god kvalitet. Rätt kompetens är också en förutsättning för att medarbetare ska kunna fullgöra sin rapporteringsskyldighet och i övrigt delta i kvalitetsarbetet. Ett systematiskt och hållbart arbete med personalförsörjning och kompetensutveckling är därmed viktigt. Dels innebär det att förvaltningen måste säkerställa att medarbetare har den professionella kunskap som krävs och därmed även kunskap om de processer och rutiner som finns. Detta möjliggörs genom tillgängliga processer och rutiner, introduktion och kompetensutveckling. Och dels innebär det att förvaltningen måste säkerställa att medarbetaren har kunskap om hur man arbetar med förbättringar i verksamheten där bland annat rapporteringsskyldigheten ingår som en del. Det senare säkerställs idag genom att medarbetare får genomgå en webbaserad introduktionsutbildning som nyanställd samt underteckna information i samband med introduktion på sin arbetsplats. Chef är ansvarig för att säkerställa att samtliga medarbetare har tillräckliga kunskaper och årligen får information om rapporteringsskyldigheten.

I förvaltningen pågår ett utvecklingsarbete som förväntas leda till ett samlat och samordnat arbete för förvaltningens kompetensutveckling som möjliggör effektiv överblick, hantering och uppföljning av kompetensutveckling för verksamheterna och för enskilda medarbetare.

### Dokumentationsskyldigheten

I lagstiftning finns krav på att verksamheten senast 1 mars ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Innehållet och detaljerna i patientsäkerhetsberättelsen regleras också i lagstiftningen. I SOSFS 2011:9 finns allmänna råd till verksamheten att upprätta en kvalitetsberättelse och rekommendationer vad den bör innehålla. Skillnaden

mellan det lagstadgade kravet på en patientsäkerhetsberättelse och det allmänna rådet om en kvalitetsberättelse ligger i berättelsens omfattning. Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada och kvalitetsbegreppet kan innefatta mer än enbart arbetet med patientsäkerhet.

I socialförvaltningen upprättas årligen en samlad kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars. Resultatet som presenteras i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är viktig information till underlag som riskanalyser, prioriteringar av t.ex. projekt eller förvaltningsövergripande förbättringsarbeten, underlag för målarbete med mera. Därför är det viktigt att förvaltningen får ta del av resultatet av uppföljningar rörande kvalitet och patientsäkerhet även under året.

Förvaltningens kvalitet och dokumentation kring det systematiska kvalitetsarbetet dokumenteras också i verksamheternas olika verksamhetsberättelser som årligen upprättas, samt i den interna kontrollrapport som sammanställs årligen.

### Bild 3. Socialförvaltningens måluppföljning

**Förvaltningschef** sammanställer en verksamhetsberättelse/årsbokslut för hela socialförvaltningen utifrån socialnämndens mål, ekonomiskt resultat samt verksamhetschefernas verksamhetsberättelser. Förvaltningschef föredrar verksamhetsberättelsen/årsbokslut för SN och KF.

**Verksamhetschef** sammanställer en verksamhetsberättelse i vilket de analyserar och kommenterar verksamhetens övergripande måluppfyllelse samt enheterna/områdenas resultat och ekonomi (programnivå). Verksamhetsberättelsen skickas sedan till förvaltningschef.

**Enhets-/områdeschefer** sammanställer en verksamhetsberättelse i vilket de analyserar och kommenterar måluppfyllelse samt resultat och ekonomi på ID-nivå. Verksamhetsberättelsen skickas sedan till ansvarig verksamhetschef.