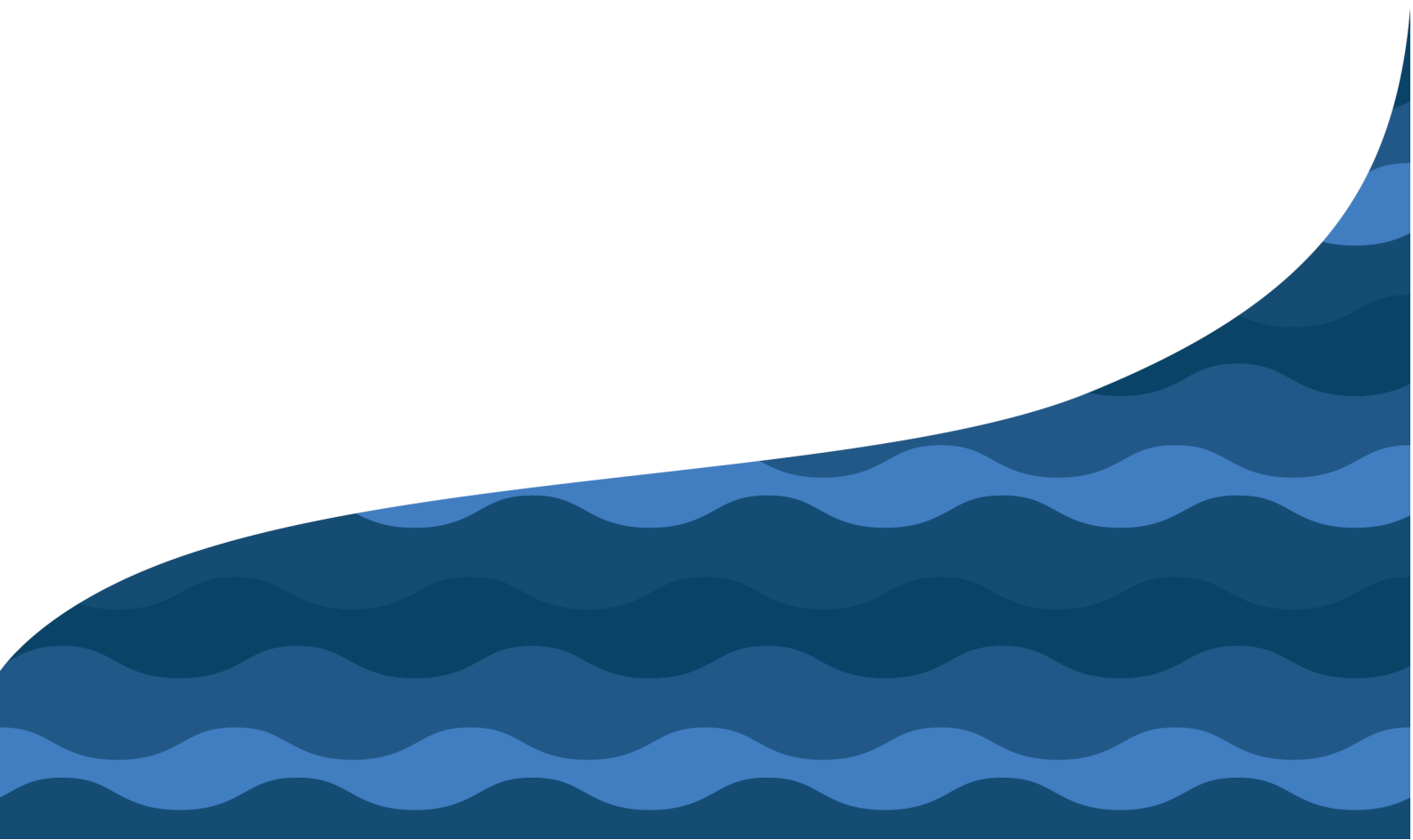




Beslutad av: Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden
Dokumenttyp: Riktlinje
Diarienummer: 2026/655
Antagen: OAN § 104, 2023-08-24
Gäller från: 2026-11-01
Reviderad: OAN § 135, 2026-10-22
Gäller för: Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete





Innehållsförteckning

Inledning	3
Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad, 4–7 kap. SOSFS 2011:9	3
Bakgrund och syfte	4
Kvalitet	4
Styrande regelverk.....	5
Styrmodell för Karlshamns kommunkoncern	5
Intern kontroll som del av ledningssystemet	6
Omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens verksamhetsplan	6
Roller och ansvar	6
Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden ansvarar för att:	6
Förvaltningschef ansvarar för att:	7
Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att:	7
Socialt ansvarig socionom (SAS) ansvarar för att:	7
Verksamhetscheferna för förvaltningens samtliga verksamhetsområden ansvarar för att:.....	8
Verksamhetschef enligt HSL ansvarar för att:	8
Verksamhetsutvecklare ansvarar för att:	8
Enhetscheferna ansvarar för att:	9
Alla medarbetare ansvarar för att:.....	9
Privata utförare ansvarar för att:	9
Processer och rutiner	10
Samverkan intern och extern.....	11
Systematiskt förbättringsarbete	11
Riskanalys.....	11
Egenkontroll.....	12
Avvikelser (inklusive vårdskador)	12
Klagomål och synpunkter.....	13
Rapporteringsskyldighet	13
Lex Sarah.....	13
Lex Maria.....	13
Sammanställning, analys och rapportering av förvaltningens systematiska kvalitets- och förbättringsarbete.....	14
Dokumentationsskyldighet	15
Bilaga 1	16
Bilaga 2	17



Inledning

Detta dokument beskriver förvaltningen för omsorg och arbetsmarknads ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Riktlinjen utgår ifrån Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Riktlinjen utgår även ifrån kommunens styrmodell för Karlshamns kommunkoncern (antagen 2023-11-06) samt riktlinjer för styrdokument (antagen 2023-10-24).

Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad i Karlshamns kommun består av följande verksamhetsområden; stöd i ordinärt boende, stöd i särskilt boende, LSS stöd och service, individ- och familjeomsorg/arbetsmarknadsenheten, myndighet och resurs samt förvaltningsstöd, utveckling och administration. Riktlinjen gäller för samtliga verksamhetsområden. Där det endast rör verksamhet utifrån socialtjänstlag, verksamheter utifrån lag om stöd och service till viss funktionshindrade eller vårdgivare utifrån hälso- och sjukvårdslag eller HSL så anges det.

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad, 4–7 kap. SOSFS 2011:9





Bakgrund och syfte

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

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

Kvalitet

Kvalitet definieras enligt 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.

I 5 kap. socialtjänstlagen anges att verksamhet inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som utförs är av god kvalitet. Verksamheterna ska systematiskt och fortlöpande följa upp, utveckla och säkra kvaliteten. Verksamheten ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och personal som utför uppgifter inom socialtjänsten ska ha lämplig utbildning och erfarenhet.

Även i lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade anges att verksamhet enligt denna lag ska vara av god kvalitet.

God kvalitet inom omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden innefattar bland annat rättssäkerhet, bemötande och delaktighet. Socialstyrelsen har tagit fram kvalitetsindikatorer baserade på tillgänglig kunskap med utgångspunkt i socialtjänstlagen. Motsvarande indikatorer finns även inom hälso- och sjukvården och används som en del i nationell kunskapsstyrning. Indikatorerna avser att beskriva en god kvalitet och innefattar:

- kunskapsbaserad
- säker
- individanpassad
- effektiv
- jämlik
- tillgänglig

Styrande regelverk

Omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens ledningssystem är uppbyggt enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden väger samman lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd, nationella riktlinjer, kommunens styrdokument samt omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens mål för att leda verksamhetens inriktning och utveckling.

God kvalitet innebär att verksamheterna följer gällande regelverk och det säkerställs i processer och rutiner. Lista på det regelverk som är styr förvaltningens verksamheter finns i bilaga 1, *Regelverk*.

Styrmodell för Karlshamns kommunkoncern

Kvalitetsarbetet inom förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad ska dessutom följa den gemensamma policyn för styrning och kvalitetsutveckling i Karlshamns kommun. Den riktar sig till politiker, chefer och medarbetare i kommunen samt till de helägda bolagen. Syftet med styrmodellen är att säkerställa att den politiska viljeinriktningen får genomslag i verksamheterna, att kommunens resurser används effektivt, att politiska mål och prioriteringar får önskad effekt samt att en god ekonomisk hushållning säkerställs.

Tydliga mål och prioriteringar samt ett långsiktigt, tillitsfullt och hållbart kvalitetsarbete skapar förutsättningar för önskvärda resultat för dem vi är till för. Varje besluts- och verksamhetsnivå ska därför aktivt bidra till att:

- skapa helhet och samverkan utifrån kommunens gemensamma uppdrag,
- bygga tillitsfulla relationer och ta ansvar för helheten,
- använda analys och resultat som grund för prioriteringar och utveckling, samt
- ge medarbetare utrymme att, inom givna ramar, ta initiativ och utveckla arbetssätt som skapar värde för dem vi är till för.

Kommunfullmäktiges mål- och budgetdokument anger kommunens övergripande riktning och prioriteringar. Nämnden omsätter den politiska viljeinriktningen i mål och prioriteringar utifrån sitt uppdrag och sina förutsättningar. Dessa ger riktning för verksamheternas arbete och skapar utrymme för verksamheter och enheter att planera och genomföra de insatser som bedöms bäst bidra till önskad förflyttning. Verksamhetsplanering sker årsvis både på nämnd-, verksamhets- och enhetsnivå. Uppföljningen är en integrerad del av styrningen.

Resultat följs upp och analyseras löpande under året och redovisas i resultatrapporter tre gånger per år, i april, augusti och december. Uppföljningen ska inte enbart visa om målen nås, utan också bidra till förståelse för varför utvecklingen ser ut som den gör, vad organisationen kan påverka och vilka prioriteringar eller arbetssätt som behöver förändras.



Intern kontroll som del av ledningssystemet

Den interna kontrollen är en integrerad del av förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Intern kontroll syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs ändamålsenligt, rättssäkert och i enlighet med lagar, föreskrifter, mål och beslut.

Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete genererar underlag till den interna kontrollen genom bland annat:

- riskanalyser
- egenkontroller
- avvikelshantering
- synpunkter och klagomål
- verksamhetsuppföljning
- nationella kvalitetsregister
- öppna jämförelser

Risker som identifieras inom kvalitetsarbetet ska bedömas och vid behov hanteras inom ramen för nämndens internkontrollplan. Arbetet ska följa Karlshamns kommuns riktlinje för intern kontroll.

Omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens verksamhetsplan

Omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens verksamhetsplan tydliggör kommunens vision, mål och strategi. Planen utgår ifrån Kommunfullmäktiges inriktningsmål som bryts ner till nämndmål med mätbara indikatorer. Målen bryts sedan ner på verksamhetsnivå och vidare på enhetsnivå. Verksamhetsplaner och resultatrapporter är en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Roller och ansvar

För att säkerställa att förvaltningens verksamheter bedrivs med god kvalitet och i enlighet med bestämmelserna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är det av vikt att det finns en ansvarsfördelning.

Arbetsledning inom förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad har ett ansvar att implementera styrdokument samt att introducera ny personal/medarbetare. All personal har ett ansvar för att känna till och följa de processer och rutiner som finns beskrivna i förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. All personal har ett eget ansvar för att utföra sitt arbete med god kvalitet.

Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden ansvarar för att:

- säkerställa att ledningssystemet uppfyller de krav och mål som framgår av lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter
- ledningssystemet integreras med det kommunövergripande gemensamma arbetet för styrning och kvalitetsutveckling
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är enhetligt och dokumenterat, samt följa upp kvalitetsarbetet



- att fastställa, följa upp och revidera riktlinjen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- verksamheten är organiserad så att hög patientsäkerhet och god kvalitet kan upprätthållas, samt ge förutsättningar för detta.

Förvaltningschef ansvarar för att:

- besluta om förvaltningsövergripande styrdokument rutiner
- kommunicera och omsätta kommunfullmäktiges och omsorgs- och arbetsmarknadsnämndens övergripande mål och policyn för styrning och kvalitetsutveckling
- årligen kontrollera förvaltningens övergripande processer och vid behov revidera processer och rutiner.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att:

- patienterna får en säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- kontrollera att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs i överensstämmelse med gällande författningar, föreskrifter och rutiner
- säkerställa att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för delegering, läkemedel, medicintekniska produkter, dokumentation samt anmälningsskyldighet vid negativa händelser och tillbud
- upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet i kommunal hälso- och sjukvård i en årlig patientsäkerhetsberättelse
- föreslå förbättringsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården utifrån resultat av riskanalys, kontroller och utredning av avvikelser
- utreda avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt lex Maria
- hålla sig uppdaterad kring författningar, styrdokument och vetenskapliga rön som gäller för hälso- och sjukvård.

Socialt ansvarig socionom (SAS) ansvarar för att:

- tillsammans med MAS och MAR och förvaltningsledning utveckla socialtjänstens kvalitet och säkerhet. Stödja och vägleda förvaltningens verksamheter i det systematiska kvalitetsarbetet.
- ta fram förvaltningsövergripande styrdokument och verka för att det finns ett ändamålsenligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- vid behov vara ett stöd vid implementering av kommunövergripande styrdokument.
- utveckla och arbeta för en god struktur för verksamhetsuppföljning, inkl. det som utförs av privata utförare på uppdrag av kommunen.
- omvärldsbevaka och hålla sig uppdaterad kring gällande regelverk inom förvaltningens områden.



- verka för att förvaltningens verksamhet bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.
- verka för att förvaltningens avvikelshantering är av god kvalitet. Vara ett stöd i utredningar av avvikelser och inkomna rapporter enligt lex Sarah. Samordnande roll gällande lex Sarah-processen. Utredda lex Sarah-rapporter där förvaltningschef bedömer det behövt.
- utföra verksamhetsuppföljning, internkontroll, planerade egenkontroller samt vid i övrigt identifierade behov.
- upprätta årlig kvalitetsberättelse.

Verksamhetscheferna för förvaltningens samtliga verksamhetsområden ansvarar för att:

- inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete i enlighet med bestämmelserna i SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde och att arbeta utifrån verksamhetsplan.
- säkerställa att det inom sitt verksamhetsområde finns tillräckliga och ändamålsenliga processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet.
- årligen eller vid behov revidera samtliga processer och rutiner inom verksamhetsområdet så att dessa är aktuella
- vid behov upprätta nya processer och rutiner som gäller hela verksamhetsområdet
- säkerställa implementering av processer och rutiner
- ge förutsättningar för personal att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Verksamhetschef enligt HSL ansvarar för att:

- hälso- och sjukvårdsverksamheten som bedrivs tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.
- fullfölja det ansvar som tillskrivs verksamhetschef enligt HSL samt författningar och förordningar.

Verksamhetschef enligt HSL är inte att jämföra med den organisatoriskt inrättade tjänsten som också kallas verksamhetschef. Verksamhetschef enligt HSL:s samlade ledningsansvar är undantaget uppgifter som medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för enligt 4 kap. 6 § HSF.

Verksamhetsutvecklare ansvarar för att:

- på uppdrag av verksamhetschef vara ett stöd till ledningen i kvalitets- och förbättringsarbete
- att vara ett stöd i arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och framtagande/revidering av processer och rutiner
- identifiera förbättringsområden
- ge förslag på utveckling och förbättringar för verksamheten
- ta emot och utreda inkomna rapporter om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah.



Enhetscheferna ansvarar för att:

- säkerställa att medarbetarna känner till och arbetar enligt processer och rutiner i ledningssystemet och att utföra riskanalyser och egenkontroller i den omfattning som krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet.
- inom sin verksamhet bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete i enlighet med bestämmelserna i SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet och att arbeta utifrån verksamhetsplan.
- ge förutsättningar för personal att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.
- årligen eller vid behov revidera samtliga, på medarbetarwebben presenterade processer och rutiner på enhetsnivå så att dessa är aktuella
- vid behov upprätta nya processer och rutiner på enhetsnivå
- säkerställa implementering av processer och rutiner
- utreda synpunkter och klagomål, så kallad annan avvikelse och vårdskador enligt rutin för avvikelsehantering.
- bistå utredare av lex Sarah eller lex Maria i utredning av rapporterad händelse
- genomföra och följa upp beslutade åtgärder efter utredning av rapporterade händelser.
- arbeta för en god säkerhetskultur inom sin verksamhet och att personal har god kännedom om rapporteringsskyldighet av avvikelser inkl. missförhållanden.

Alla medarbetare ansvarar för att:

- medverka till att den verksamhet som bedrivs är av god kvalitet
- hälso- och sjukvårdspersonal inklusive personal som biträder leg. hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård
- arbeta enligt upprättade processer och rutiner samt återkoppla till enhetschef när dessa inte fungerar. Följa gällande delegationsordning
- arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet
- rapportera avvikelser och vårdskador samt fullgöra sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah.

Privata utförare ansvarar för att:

- upprätta ett eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- säkerställa att alla medarbetare känner till och följer upprättade styrdokument
- säkerställa att rapporteringsskyldighet efterlevs och att sammanställa och analysera avvikelser
- att i enlighet med avtal redovisa verksamhetsuppföljning till nämnden.

Processer och rutiner

I 4 kap. SOSFS 2011:9 anges att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I varje process ska man identifiera de aktiviteter som ingår (vad ska göras) och bestämma aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska man utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt (hur en aktivitet genomförs), dels hur ansvaret är fördelat i verksamheten. Stödmaterial som kan användas vid revidering av processer och rutiner finns i bilaga 2, *Att tänka på vid revidering av processer, rutiner och checklistor*.

Kommunstyrelsen har fastställt riktlinjer för styrdokument för samtliga nämnder och förvaltningar i kommunen. Styrdokument är det övergripande samlingsbegreppet för dokument som beskriver vad som ska styra kommunens verksamhet. Dokumentet innehåller riktlinje för utformning av styrdokument och vissa ska-krav finns. Exempel på styrdokument är verksamhetsplan, riktlinje och rutin. En fast och enhetlig terminologi och en tydlig namngivning av styrdokument utifrån deras olika funktion underlättar både för de som ska skriva dokumenten och för de som ska förstå och tillämpa dem i verksamheten. Styrdokument kopplat till processer och rutiner i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska följa kommunens riktlinje.

Verksamheter som arbetar inom SoL och LSS utgår från Socialstyrelsens processmodell för socialtjänst:



Verksamheter som arbetar inom HSL utgår från Socialstyrelsens processmodell för hälso- och sjukvård:



Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknads processer är presenterade på Karlshamns kommuns Medarbetarwebb tillsammans med övriga styrdokument. Ledningssystemet kompletteras med övriga stöd- och ledningsprocesser som det bedöms finns behov av. Det är processer och styrdokument publicerade i ledningssystemet på medarbetarwebben som är de som medarbetarna ska följa (undantag vid extraordinär händelse då det kan finnas tillgängligt på annat sätt). Ledningssystemet utformas genom att:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utifrån lagstiftning, författningar, kommunens och nämndens styrdokument.
- Identifiera de aktiviteter som ingår i varje process.



- Utarbeta rutiner för varje aktivitet för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinen ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat, exempelvis vilken yrkesroll.
- Processerna och rutinerna ska göras kända och finnas tillgängliga för medarbetarna.
- Processer och rutiner ska revideras om det i en avvikelse framkommer att det finns brister i processerna eller rutinerna.
- Det ska säkerställas att verksamheten kan bedrivas även vid extraordinära händelser.

Rutiner dokumenteras på avsedd mall. Rutiner fastställs av den som är ansvarig för den aktuella rutinen enligt nedan angiven ansvarsfördelning. Rutiner upprättas och förvaras i dokumenthanteringssystemet Evolution och ska signeras digitalt av ansvarig chef och verksamhetsutvecklare, SAS, MAS eller MAR. Riktlinjer ska beslutas av ansvarig nämnd.

Förvaltningschefen ansvarar för att de förvaltningsövergripande dokumenten hålls uppdaterade och revideras årligen eller vid behov. Verksamhetscheferna ansvarar för att processer och rutiner upprättas och revideras årligen inom respektive verksamhetsområde så att de hålls aktuella. Enhetschefer ansvarar för motsvarande på enhetsnivå.

Om en process eller rutin berör flera verksamhetsområden inom förvaltningen ska berörda verksamhetschefer samverka vid framtagandet. Verksamhetscheferna ska därefter komma överens om vem som har huvudansvar för beslut, fastställande och revidering.

Samverkan intern och extern

Verksamheten ska säkerställa att det i processer och rutiner tydligt framgår hur samverkan ska ske i syfte att upprätthålla kvaliteten i de insatser som ges samt förebygga vårdskador. Samverkan kan behöva ske såväl internt inom förvaltningen som med externa aktörer.

Ansvarig för respektive process eller rutin ansvarar för att det framgår vilken samverkan som kan vara aktuell samt hur denna ska genomföras.

Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet består av:

- riskanalys
- egenkontroll
- avvikelsehantering
- åtgärder och uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån ovanstående

Riskanalys

Riskanalyser ska genomföras systematiskt och dokumenteras. När riskanalyser används som underlag för internkontrollplan ska riskbedömning göras enligt kommunens fastställda modell för intern kontroll där sannolikhet och konsekvens vägs samman till ett riskvärde.

Resultatet ska användas för prioritering av kontrollområden, förbättringsåtgärder och utvecklingsinsatser.

Verksamheterna inom förvaltningen ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Syftet är att

förebygga negativa händelser och missförhållanden. Genom att genomföra riskanalys utifrån upprättade processer och rutiner kan risker upptäckas och förhindras. Riskanalyser genomförs även i samband med införande av nya metoder, teknik eller organisationsförändringar. Identifieras behov av åtgärder ska dessa anges i en handlingsplan och åtgärderna ska följas upp. Utifrån vad som framkommer i riskanalys ska det även säkerställas att processer och rutiner som finns är ändamålsenliga och vid behov ska nya tas fram.

För varje händelse ska verksamheterna:

- uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar
- bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen

Den chef som är ansvarig för process, rutin, förändring och dylikt är ansvarig för att en riskanalys genomförs och dokumenteras. Ansvarig rådgör med de professioner och medarbetare som denne bedömer kan bidra med kunskap till riskanalysen.

Egenkontroll

Verksamheterna inom förvaltningen ska utöva egenkontroll. Egenkontroll ska göras med den frekvens och omfattning som krävs för att verksamhetens kvalitet ska kunna säkras. I uppföljningen och utvärderingen är det av vikt att undersöka om de fastställda processerna och rutinerna följs och är ändamålsenliga. Det är viktigt att säkerställa att verksamheterna följer lagar och föreskrifter. Identifieras behov av åtgärder ska dessa anges i en handlingsplan och åtgärderna ska följas upp.

Följande struktur för egenkontroll finns:

- Internkontrollplan för nämnden för omsorg och arbetsmarknad
- Egenkontrollplan på förvaltnings- och verksamhetsnivå
- Brukarundersökningar
- Öppna jämförelser Socialstyrelsen
- Kvalitetsregister
- Egenkontroll i samverkan HSL

Resultatet av genomförda egenkontroller ska analyseras på enhets-, verksamhets- och förvaltningsnivå. Identifierade brister ska leda till förbättringsåtgärder och vid behov beaktas i kommande riskanalyser och internkontrollplaner.

Avvikelse (inklusive vårdskador)

Med avvikelse avses en händelse som inte överensstämmer med verksamhetens rutiner, inte når upp till kvalitet utifrån krav eller mål och som medfört eller hade kunnat medföra något oönskat för individen/individer. Avvikelse är ett samlat begrepp för: synpunkter och klagomål, rapporterade avvikelser/vårdskador eller risk för vårdskada, rapporterade missförhållanden och risker för missförhållande (lex Sarah).

Identifierade avvikelser ska åtgärdas och vid behov ska processer och rutiner förbättras så att de är ändamålsenliga för att säkra kvaliteten. Åtgärder ska följas upp för att säkerställa att önskvärt resultat uppnåtts och för att förhindra att något liknande inträffar igen. Avvikelsehantering är en del i det systematiska förbättringsarbetet.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att verksamheterna ska kunna se mönster eller trender som indikerar brist i verksamheten.

Samtlig arbetsledning och alla medarbetare ska arbeta för att det finns en god säkerhetskultur inom förvaltningens olika verksamheter. Det är en förutsättning för en avvikelshantering av god kvalitet och att brister i verksamheten uppmärksammas.

Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad har en förvaltningsövergripande rutin för avvikelshantering som beskriver tillvägagångssätt och ansvarsfördelning gällande arbetet med avvikelseprocessen och dess aktiviteter. Det finns även tillhörande stödmaterial.

Klagomål och synpunkter

Förvaltningens verksamheter ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Klagomål och synpunkter kan ge information om behov av förbättringsåtgärder i verksamheten. Genom att hantera klagomål och synpunkter kan verksamheterna förhindra mer allvarliga händelser såsom missförhållande enligt lex Sarah eller en allvarlig vårdskada (lex Maria).

Hantering av klagomål och synpunkter ingår i den förvaltningsövergripande rutinen för avvikelshantering.

Rapporteringsskyldighet

Information om rapporteringsskyldighet finns i ledningssystemet. Det finns ett framtaget material som ska användas vid information till medarbetare.

Lex Sarah

Samtliga medarbetare omfattas av rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah. Bestämmelserna om Lex Sarah regleras i 27 kap. SoL samt 24 a – 24 f §§ LSS. Utgångspunkten är att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till god kvalitet. Det som avviker från god kvalitet och som innebär ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande ska hanteras enligt gällande rutin för lex Sarah. Medarbetare ska informeras om rapporteringsskyldighet enligt gällande rutin.

Lex Maria

Hälso- och sjukvårdspersonal inkl. personal som utför hälso- och sjukvård omfattas av rapporteringsskyldigheten enl. Lex Maria. Utgångspunkten är att ingen ska drabbas av en vårdskada. Vid vårdskador eller risk för vårdskador av allvarlig karaktär ska dessa snarast utredas och anmälas till Inspektion för vård och omsorg (IVO). Medarbetare ska informeras om rapporteringsskyldighet enligt gällande rutin.

Sammanställning, analys och rapportering av förvaltningens systematiska kvalitets- och förbättringsarbete

Resultaten av förvaltningens riskanalyser, egenkontroller, internkontroller, avvikelshantering och förbättringsarbete ska sammanställas och rapporteras till omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden minst årligen.

Rapporteringen ska utgöra underlag för nämndens uppsiktsplikt, styrning och prioritering av kommande internkontrollområden.

En redogörelse för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete sammanställs i Kvalitetsberättelse och Patientsäkerhetsberättelse. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse redovisas i nämnd årligen i mars månad.

I kvalitetsberättelsen bör det framgå;

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

I patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla uppgifter om hur;

- ansvaret enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat,
- patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats,
- samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,
- risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.,
- rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats, och
- inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 a § och enligt 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna 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. Berättelserna ska även bidra till lärande, transparens och fortsatt utveckling av förvaltningens ledningssystem, kvalitetsarbete och interna kontroll.



Dokumentationsskyldighet

Enligt SOSFS 2011:9 ska samtliga delar av det systematiska kvalitetsarbetet dokumenteras, innefattande ledningssystemets struktur, fastställda processer och rutiner samt det fortlöpande förbättringsarbetet. Dokumentationsskyldigheten omfattar även genomförda riskanalyser, egenkontroller, hantering av klagomål och synpunkter samt vidtagna och uppföljda förbättringsåtgärder med anledning av avvikelser.

Bestämmelserna inskränker inte de särskilda dokumentationskrav som följer av patientdatalagen, socialtjänstlagen och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Dokumentation ska ske i förvaltningens verksamhetssystem samt i kommunens dokument- och ärendehanteringssystem. Processer och rutiner ska fastställas och förvaras i det senare och verksamhetsutvecklare ansvarar för dokumenthanteringen. Gällande dokument ska vara tillgängliga för samtliga medarbetare via Medarbetarwebben.



Regelverk

Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknads verksamheter regleras i huvudsak av:

- Bidragsbrottslag (2007:612)
- Dataskyddsförordningen, GDPR
- Förvaltningslag (2017:900), FL
- Föräldrabalk (1949:381), FB
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL
- Kommunallag (2017:725), KL
- Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU
- Lag (2024:79) om placering av barn i skyddat boende, LBSB
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- Lag (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare, LUL
- Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPuL.
- Lag (2005:429) om god man för ensamkommande barn
- Lag (2006:544) om kommuners och regionens åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV
- Lag (2017:310) om framtidsfullmakter.
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, LOS
- Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.
- Lag (2022:1250) om egenvård
- MDR 2017/745, EU-förordning om medicintekniska produkter
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400), OSL
- Lag (2025:170) om skyldighet att lämna uppgifter till de brottsbekämpande myndigheterna.
- Lag om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen (2008:206)
- Lag (2024:307) om uppgiftsskyldighet för att motverka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen samt fusk, regelöverträdelser och brottslighet i arbetslivet.
- Mottagandelag (2026:999)
- Patientdatalag (2008:355), PDL
- Patientlag (2014:821), PL
- Patientsäkerhetslag (2010:659), PSL
- Regeringsformen (1974:152), RF.
- Socialförsäkringsbalk (2010:110)
- Socialtjänstförordning (2025:468)
- Socialtjänstlag (2025:400), SoL
- Språklagen (2009:600).
- Tryckfrihetsförordningen (1949:105), TF.

Utöver lagstiftningen ovan finns bindande regler och rekommendationer för hur lagar förordningar och föreskrifter bör tillämpas. Dessa ges ut i föreskrifter och allmänna råd från statliga myndigheter. Författningssamlingen HSLF-FS omfattar områdena hälso- och sjukvård och socialtjänst. Information om hur man tar del av författningar finns på [Kunskapsguiden.se](https://kunskapsguiden.se).



Att tänka på vid revidering av processer, rutiner och checklistor

Börja med att gå igenom processen

- Stämmer processen överens med hur vi arbetar?
- Är det rätt aktiviteter?
- Lägga till eller ta bort aktiviteter?
- Har något ansvar ändrats?
- Har någon tidsram ändrats?
- Har det tillkommit några lagändringar eller dylikt som behöver synas i processen?

Förbättringar

- Vad kan förbättras i processen i syfte att skapa mesta möjliga värde/nytta för brukaren?
- Vad har ni själva som medarbetare sett för möjliga förbättringar?
- Har ni fått in synpunkter eller förslag från brukarna där det kan finnas förbättringsmöjligheter?
- Kan vi förbättra processen utifrån Barnkonventionen?

Risker

- Är riskerna fortfarande aktuella?
- Har det tillkommit någon ny risk (tänk efter om någon har gått fel under senaste halvåret, har klagomål, IVO/JO, avvikelser eller lex Sarah-rapporter rapporterats)?

Rutiner

- Finns det rutiner för processen?
- Finns det rutiner som sparats på annat ställe än i dokument- och ärendesystemet som borde kopplas till processen?
- Om det inte finns rutiner, vilka saknas?
- Finns det några checklistor för delar av processen?

Digitalisering

- Finns det en e-tjänst kopplad till processen? Om någon förändring eller förbättring av processen ska göras behöver även e-tjänsten ses över.
- Kan någon/några delar av processen eller hela processen digitaliseras? Och i så fall vilken/vilka?
- Finns det någon annan digital lösning som skulle kunna förbättra processen?