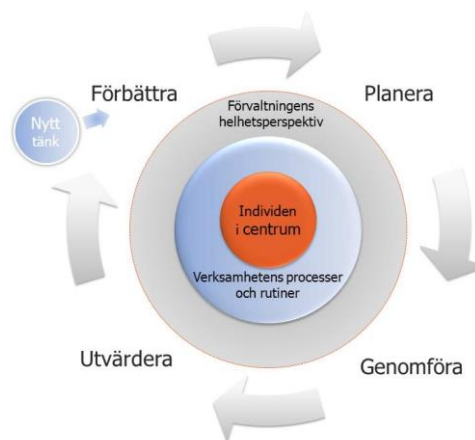




SVENLJUNGA  
KOMMUN

plan  
policy  
program  
regel

# Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete inom socialförvaltningen



rutin  
strategi  
taxa

.....  
Beslutat av: Socialnämnden

Beslutandedatum: 2016-10-05 § 109

Ansvarig: Socialchef

Revideras: Vid behov

Följas upp: Årligen



---

## Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Syfte .....	4
Metod – Kvalitetshjulet (PGSA-hjulet).....	5
God kvalitet.....	5
Kvalitetsindikatorer .....	6
Verksamheter .....	7
Mål för verksamheten.....	8
Verksamhetsidé .....	8
Etisk värdegrund.....	8
Styrmodell.....	9
Verksamhetsplanering .....	10
Dokumentation och uppföljningsprocess.....	10
Egenkontroll/Uppföljning .....	10
Årligen.....	10
Halvårsvis .....	12
Kvartalsvis.....	12
Månadsvis .....	12
Socialförvaltningens processer .....	13
Vad är en process.....	13
Socialförvaltningens huvudprocesser.....	14
Socialförvaltningens stödprocesser.....	14
Verksamhetens processer och rutiner.....	15
Individens processer .....	15
Kompetensutveckling .....	15
Ansvar och användning av ledningssystemet .....	15
Socialnämnden .....	15
Socialförvaltningens ledningsgrupp .....	15
Socialchef .....	16
Verksamhetschef .....	16
MAS, Medicinsk ansvarig sjuksköterska/ Utvecklingsledare .....	17
SAS, samordnare särskilt ansvar för socialtjänsten/ Utvecklingsledare.....	17
Nämndsekreterare/Utvecklingsledare LOV .....	18
Systemförvaltare .....	19
Vårdchef .....	19
Enhetschef .....	20
Medarbetare.....	20
Planer, styrdokument, riktlinjer, regler, rutiner, uppföljningar, avtal och vägledande bestämmelser .....	20

---

Styrdokument är fastställda av Socialnämnden .....	21
Övriga dokument.....	21
Riktlinjer och rutiner inom Socialtjänstens område .....	21
Rutiner inom hälso- och sjukvårdens område .....	21
<b>Samverkan .....</b>	<b>22</b>
Samverkan inom förvaltningen .....	22
Samverkan med andra .....	22
<b>Systematiskt förbättringsarbete .....</b>	<b>23</b>
Riskanalys .....	23
Händelseanalys .....	24
<b>Förbättring av processer och rutiner.....</b>	<b>24</b>
Avvikelser, klagomål, synpunkter och riskanalys .....	24
<b>Aktuella lagar och förordningar att ta hänsyn till i Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.....</b>	<b>25</b>

---

## Inledning

Ledningssystemet grundar sig på (länk till) [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9](#). Ledningssystemet beskriver socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete, som omfattas av följande bestämmelser:

- 3 kap. 3 § socialtjänstlagen
- 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- 31 § hälso- och sjukvårdslagen

Ledningssystemet ska utvecklas och revideras löpande vid nya lagstiftningar, föreskrifter, uppdrag och uppföljningar av verksamheten. Länk till SKL:s [Vägledning](#)

## Syfte

- Säkerställa att socialförvaltningen, i enlighet med gällande lagstiftning, ger en säker vård och omsorg med god kvalitet som också är kostnadseffektiv.
- Styra förvaltningen till ett systematiskt, metodiskt och processorienterat arbetssätt som kontinuerligt utvecklar kvalitet, säkerhet och kostnadseffektivitet.

Ledningssystemet ska möjliggöra

- för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak (vad) görs vid rätt tillfälle (när) och på rätt sätt (hur)
- ordning och reda i verksamheten
- en struktur för verksamhetens ledning och styrning
- ett kontinuerligt förbättringsarbete
- och skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

Ledningssystemet ska användas för att:

- Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- Planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

## Metod – Kvalitetshjulet (PGSA-hjulet)

PGSA (Planera, Göra, Studera, Agera) är en metod för systematiskt förbättringsarbete. Genom att fortlöpande följa upp och utvärdera verksamheten samt följa utvecklingen i omvärlden kan verksamheten utvecklas. Detta illustreras i utvecklingsnunnan och visar grunden i uppbygganden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt.

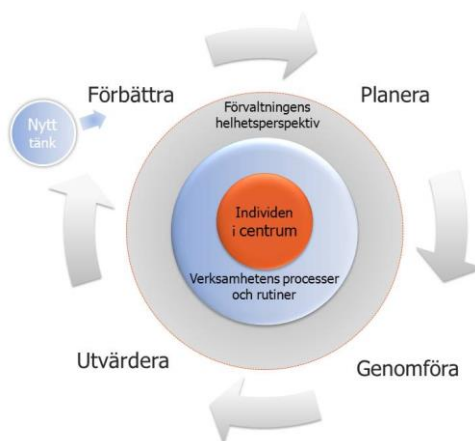
Ledningssystemet ska styra kvalitetsutvecklingen utifrån förvaltningens helhetsperspektiv, verksamhetens processer och rutiner med individen i centrum. De tre perspektiven kompletterar varandra och är beroende av varandra.

Förvaltningens mål, verksamhetsidé och etiska värdegrund ska genomsyra hela förvaltningens arbete.

Verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Dessa ska vara effektiva och baseras på standardiserade och evidensbaserade metoder. Processerna och rutinerna är ledningssystemets grundläggande delar.

Brukarens behov och rättigheter ska alltid sättas i centrum. En säker, evidens- och kunskapsbaserad vård och omsorg ska genomsyra förvaltningens arbete liksom den enskildes rätt till självbestämmande och delaktighet.

I samtliga tre perspektiv är personalens delaktighet avgörande för att arbetet enligt kvalitetshjulet ska lyckas.



## God kvalitet

God kvalitet innebär att socialförvaltningen uppfyller de krav och mål som lagstiftningen ställer på verksamheten.

Kvalitet enligt SOSFS 2011:9

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 för vissa funktionshindrade samt,
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

## Kvalitetsindikatorer

### Vad är kvalitetsindikatorer

*En central utgångspunkt när det gäller att fastställa vad som är god kvalitet i socialtjänstens verksamhet är lagstiftningen på området. En annan utgångspunkt är att ta fram kvalitetsindikatorer som ska främja en utveckling där de sociala insatserna i högre grad utformas utifrån kunskap om deras kvalitet.*

*Vi vet att vår kunskap om resultat av olika insatser på området är begränsat. Den systematiska utvecklingen av kvalitetsindikatorer görs antingen direkt från ett kunskapsunderlag eller i olika former av konsensusförfarande.*

Det finns nationella riktlinjer utarbetade av Socialstyrelsen bland annat (länkar);

- [Nationella riktlinjer för depression och ångest](#)
- [Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård](#)
- [Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni](#)
- [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demens](#)
- [Nationella riktlinjer för palliativ vård](#)

### Kvalitetsindikatorer som redskap för verksamhetsuppföljning och utveckling

Genom att utveckla indikatorer för olika delar av socialtjänsten får vi en bättre kunskap om olika verksamheter och deras resultat. På så sätt ökar också möjligheterna att värdera och jämföra olika verksamheter. Kvalitetsindikatorer är ett viktigt redskap för medarbetarna och chefer för att de ska kunna följa upp och utveckla verksamheten. En bättre kunskap om olika verksamheter och deras resultat är också viktigt för "dem vi är till för"/klient/brukare/boende så att de ska kunna ta ställning till de insatser som erbjuds.

Socialstyrelsen arbetar med fler nationella kvalitetsindikatorer. Det arbetet står inte i motsättning till att Socialförvaltningen tar fram lokala indikatorer för att följa en särskild verksamhet. På socialstyrelsens hemsida står mer att läsa om (länk) [att arbeta evidensbaserat](#). Här finns också bra utbildningsmaterial.

I Socialstyrelsen (länk) [metodguide](#) för socialt arbete hittar Du mer om olika beprövade metoder.



---

## Verksamheter

### Verkställighet vård och omsorg

Utifrån Socialtjänstlagen Sol bedrivs verksamhet för personer som till följd av sjukdom, skada eller förlust av förmågor är i behov av insatser. Efter ansökan och individuell prövning kan följande insatser beviljas:

- Hemtjänst
- Vård och omsorgsboende
- Dagverksamhet
- Anhörigstöd/avlösning
- Korttidsplatser
- Trygghetslarm

Utan individuell prövning finns följande verksamheter

- Träffpunkter
- Anhöriggrupper
- Trygghetslägenheter

I Svenljunga tillämpas lagen om valfrihet, LOV för hemtjänstupdrag.

### Verkställigheten Socialpsykiatri, LSS, Sol, ensamkommande flyktingbarn

Utifrån Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade; LSS bedrivs följande verksamheter för personer över och under 65 år.

- Personlig assistens
- Bostad med särskild service
- Kontaktperson
- Kontaktfamilj
- Ledsagarservice

### Hälso- och sjukvård

Enligt § 18 i Hälso- och sjukvårdslagen har Socialförvaltningen sjukvårdsansvar enligt följande;

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 7 § tredje stycket samt 7 kap. 1 § första stycket socialtjänstlagen
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet 3 kap. 6 § socialtjänstlagen
- Personer som erhåller hemsjukvård i ordinärt boende enligt avtal med Västra Götalandsregionen.

---

## Myndighetsutövning

- Utreder och fattar beslut gällande barn, unga och vuxna med behov av insatser enligt Sol, LVU, LVM, LSS och Färdtjänstlagen.

## Mål för verksamheten

Socialnämnden har en formulerad verksamhetsidé och en etisk värdegrund som tillsammans med lagstiftning och övriga gällande bestämmelser ligger till grund för nämndens arbete.

## Verksamhetsidé

Socialnämndens verksamhetsidé är att på kommuninvånarnas uppdrag:

- *Förebygga* - genom att stödja folkhälsoarbetet i vid mening.
- *Möjliggöra* - genom att ge stöd, vård och service på ett sätt där människans egna resurser stimuleras och tillvaratas.
- *Aktivt hjälpa* - genom att erbjuda vård och omsorg till dem vars behov inte kan tillgodoses på annat sätt.

Verksamheten skall stärka den enskildes eget ansvar med delaktighet och självbestämmande i det dagliga livet och arbetet utförs på ett sätt som inte försvårar för kommande generationer.

## Etisk värdegrund

Socialnämndens etiska värdegrund innebär att:

- Verksamheten ska grundas på en humanistisk människosyn, som innebär att alla människor är unika och har lika värde.
- Varje människa ska behandlas utifrån sina specifika behov och med utgångspunkt från aktuell livssituation.
- Insatserna ska präglas av en helhetssyn.
- Alla ska ha rätt till ett värdigt liv och ett gott bemötande vilket innebär respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

Svenljunga kommun håller på arbeta fram en gemensam värdegrund.



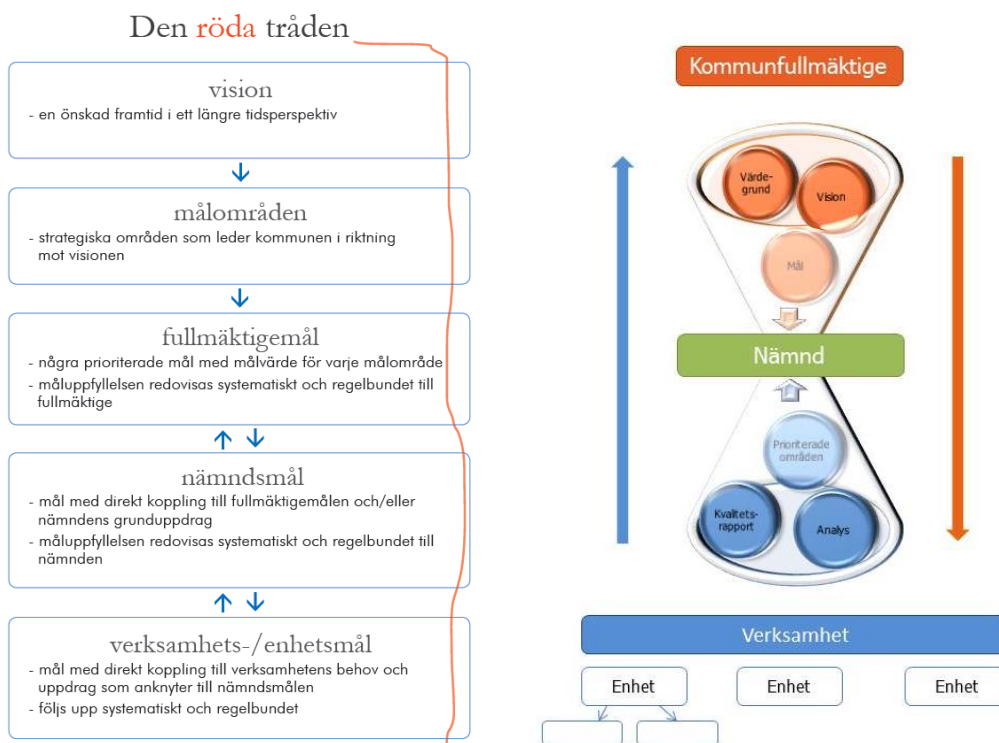
## Styrmodell

### Den Röda tråden och ”timglaset”

Det ska finnas tydliga samband mellan

- Vision
- Värdegrund
- Fullmäktiges mål
- Nämndernas mål – verksamhetsplan
- Målen på enhetsnivå – enhetsplan

Sambandet mellan de olika nivåerna i styrningen illustreras nedan, i den högra även flödet tillbaka till kommunfullmäktige:



### Mål kontra resurstilldelning

Målen ska uppnås inom beslutad budget. Är detta inte möjligt ska budget prioriteras. Nämnd skall i sådana fall redovisa hur man kan omformulera målen och göra konsekvensbeskrivningar av föreslagna förändringar. I sista hand kan tilläggsanslag begäras.

---

## Verksamhetsplanering

Verksamhetsplanering och budgetarbetet är en helhet. Den tilldelning som kommer nämnden till del styr omfattning och uppdrag i verksamheten. Utifrån tilldelad budget säkras nämndens systematiska verksamhets- och kvalitetsutvecklingsarbete för en inriktning och omfattning som är anpassad till vad som krävs för att uppfylla målen. Socialförvaltningen har minst en gång per år ett planeringstillfälle för att fastställa mål och budgetinriktning kommande år. På samma sätt arbetar ledningsorganisationen i förvaltningen. Ledningsorganisationen ska ta ansvar för att granska avvikelser, klagomål samt granskningar från tillsynsmyndigheter.

## Dokumentation och uppföljningsprocess

Kommunfullmäktige beslutar om kommunens vision och verksamhetsinriktning. Utifrån den tar socialnämnden årligen fram en 3-årig verksamhetsplan för socialförvaltningen som sedan ska ingå i kommunens övergripande verksamhetsplan.

Uppföljning av innevarande års verksamhetsplan görs genom:

- Delårsrapport 4 månaders ekonomi- och verksamhetsuppföljning
- Delårsbokslut 8 månaders ekonomi- och verksamhetsuppföljning
- Kvalitetsberättelse
- Årsbokslut
- Patientsäkerhetsberättelse

## Egenkontroll/Uppföljning

### Årligen

Verksamhetens kvalitet följs upp systematiskt genom att en gång per år redovisa;

#### Årsbokslut (årligen, februarinämnd)

Måloppfyllelse och resultat, redovisning av avvikelser samt synpunkts- och klagomålshantering. Sammanställs av förvaltningschef.

#### Patientsäkerhetsberättelse (årligen, februarinämnd)

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och följts upp genom egenkontroll, hur risker för vårdskador har identifierats och hanterats, hur patienter och närstående har involverats i patientsäkerhetsarbetet samt vilka resultat som uppnåtts. Den ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar samt beskriva de viktigaste åtgärderna som vidtagits för ökad patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsberättelsen ska också beskriva hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat. Den sammanställs av MAS och verksamhetschef enligt HSL.

---

### Uppföljning palliativ vård, demensvård och nutrition

Ett antal kvalitetsindikatorer/kvalitetsmål är fastställda i handlingsplaner gällande palliativ vård, demensvård och nutrition. Kvalitetsindikatorerna är fastställda utifrån nationella riktlinjer och nationella kvalitetsregister (BPSD-registret, Palliativregistret, Senior Alert) samt lokala förutsättningar.

Handlingsplan Demens

Handlingsplan Nutrition

Handlingsplan Palliativ vård

MAS och berörda verksamhetschefer rapporterar en gång per år till förvaltningsledning och nämnd.

### Kvalitetsberättelse (årligen, februarinämnd)

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en kvalitetsberättelse där det bör framgå, hur arbetet med att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som uppnåtts. Sammanställs av SAS och verksamhetschefer.

### Loggkontroll, enligt rutin

MAS och SAS sammanställer och redovisar till förvaltningsledning i årsbokslutet

### Brukarundersökningar inom äldreomsorgen via öppna jämförelser (årligen vid resultat)

Verksamhetschefen rapporterar till förvaltningsledning och nämnd när öppna jämförelser resultat presenterats.

### Resultat ifrån nationella jämförelser och rådet för främjande av kommunala analyser, RKA avseende stöd till personer med funktionsnedsättningar (årligen vid resultat)

Verksamhetschefen rapporterar till förvaltningsledning och nämnd när öppna jämförelser resultat presenterats.

### Mätning av medarbetarnas uppfattning om arbetsmiljö, kompetens, trivsel etc. (årligen, eller när medarbetarenkät genomförts)

Enhetschef planerar handlingsplan för förbättringsområden, rapporterar till verksamhetschef och förvaltningsledning och nämnd vid resultat

---

## Halvårsvis

Verksamhetens kvalitet följs upp systematiskt och redovisas i delårsbokslut och årsbokslut.

## Kvartalsvis

Verksamhetens kvalitet följs upp systematiskt genom att varje kvartal dvs. april, oktober och februari redovisa;

### Hantering av tillbud och arbetsskador (kvartalsvis till Socialnämnd)

Verksamhetschefen sammanställer och redovisar tre gånger per år till förvaltningsledningen samt rapporteras till LOSAM och nämnd (april och september samt bokslut till nämnd)

### Kvartalsvisa mätetal ska visa processernas omfång och trender (kvartalsvis till Socialnämnd)

Systemförvaltare sammanställer kvartalsvis och socialchef redovisar till förvaltningsledning och nämnd (april och september och bokslut till nämnd)

## Månadsvis

Verksamhetens kvalitet följs upp systematiskt genom att kvartalsvis (exklusive juli) redovisa;

### Delegationskontroll, enligt rutin

Verksamhetscheferna sammanställer varje månad och redovisar till förvaltningsledning och nämnd/IFO AU.

### Säkerställa en rättsäker handläggning (varje kvartal till IFO AU)

From december 2014 genomförs ärendegenomgången enligt följande:  
Ärendegenomgången genomförs per handläggare och dokumenteras av enhetschef.  
Resultat av ärendegenomgång månad till verksamhetschef/vid dennes frånvaro förvaltningschef, april, augusti, november och februari, som rapporterar utredningstider  
Verksamhetschefen är ansvarig för att rapportera detta i delårsrapport 4 månader och delårsbokslut 8 månader och årsbokslut.

### Dokumentationsskyldigheten

Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade, att arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till.

---

## Socialförvaltningens processer

### Vad är en process

Hur verksamhetens uppdrag utförs beskrivs som processer. En process är en serie aktiviteter som leder mot ett bestämt mål eller ett avsett resultat.

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. Detta innebär att i varje process

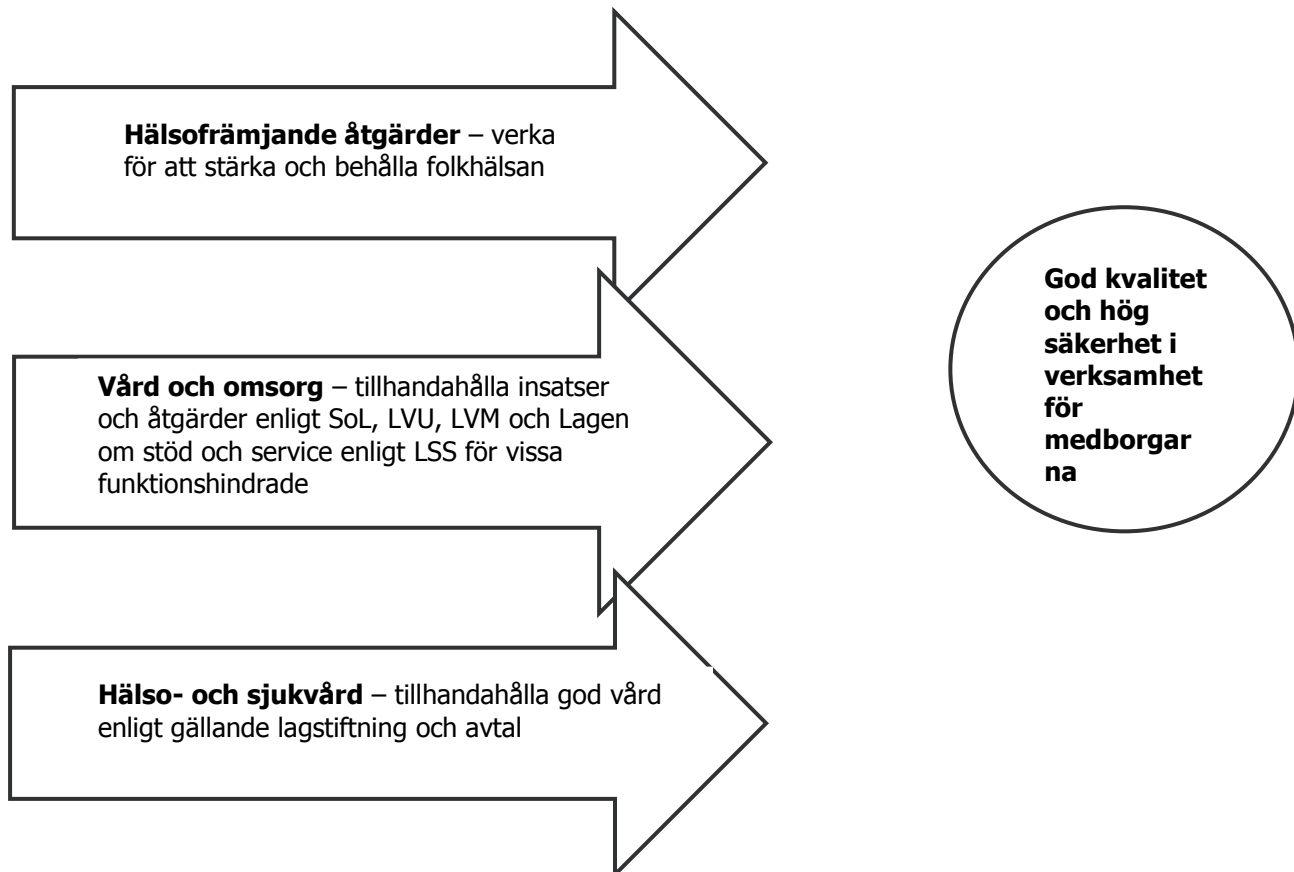
- identifiera de aktiviteter som ingår
- bestämma aktiviteternas inbördes ordning

För varje aktivitet ska de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utarbetas och fastställas. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras. Dessutom ska ansvaret för hur utförande är fördelat i verksamheten framgå.

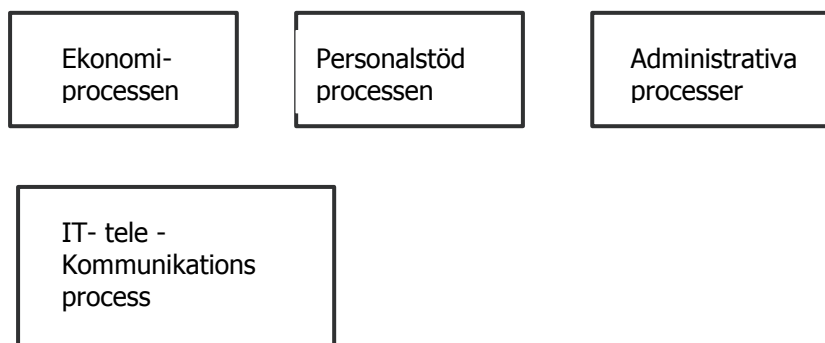
Det ska vidare framgå och säkerställas hur samverkan ska bedrivas både gällande den egna verksamheten och hur samverkan möjliggörs med andra verksamheter som vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Föreskrifterna och de allmänna råden gör ingen skillnad på till exempel huvudprocesser, delprocesser, administrativa processer, ledningsprocesser. Det viktiga är att processerna och rutinerna är användbara för att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

## Socialförvaltningens huvudprocesser



## Socialförvaltningens stödprocesser



Stödprocesserna ska stödja huvudprocessen.

---

## Verksamhetens processer och rutiner

Alla anställda ska vara väl förtrogna med de processer, styrdokument, policy och rutiner som rör deras arbete. Samtliga styrdokument, policy och rutiner ska finnas på intranätet, vara väl kategoriserade och lätt tillgängliga för all berörd personal. Rutiner ska beskrivas i kommunens mall. För varje styrdokument och rutin ska det framgå vem som beslutat om dokumentet, när det är beslutat, vem som ansvarar för dokumentet samt när det ska uppdateras och revideras. Dokument, rutiner och riktlinjer ska vara aktuella och uppdateras vid behov eller varje år.

## Individens processer

Varje individ som är i behov av hjälp från socialförvaltningen ska behandlas utifrån individens behov, den etiska värdegrunden, övriga styrdokument och rutiner.

Samtliga processer för individärenden ska handläggas och dokumenteras i förvaltningens verksamhetssystem Combine.

## Kompetensutveckling

Verksamhetens behov ska styra medarbetarnas kompetensutveckling. Utan rätt kompetens har inte medarbetarna rätt förutsättningar för att delta i kvalitetsarbetet. Varje medarbetare ska årligen ha ett individuellt medarbetarsamtal med sin närmaste chef. Samtalet ska syfta till verksamhetens behov av kompetensutveckling. För varje anställd ska en kompetensutvecklingsplan upprättas och följas upp. Kompetensutvecklingsplanerna redovisas årligen per verksamhetsområde till förvaltningsledning.

## Ansvar och användning av ledningssystemet

### Socialnämnden

Ansvarar för att

- Besluta om ledningssystem enligt SOSFS 2011:9
- Besluta om delegationsordning

### Socialförvaltningens ledningsgrupp

Socialförvaltningens ledningsgrupp ska ansvara för att

- det finns ett ledningssystem
- med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten

---

## Socialchef

### Ansvarar för att

- ansvara för att fördela resurser för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten,
- förvaltningen har de styrdokument, processer och rutiner som speglar verksamhetsplanen och förvaltningens ansvarsområden,
- ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, samt hur dessa uppgifter är fördelade i verksamheten,
- med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten,
- driva arbetet med uppföljning och utveckling av processer, styrdokument och rutiner,
- styrdokumenterna och rutinerna finnas väl kategoriserade och lätt tillgängliga på intranätet,
- Anmäla till inspektionen för vård- och omsorg (IVO) om en patient i samband med vård och behandling utsatts för allvarlig skada eller risk för skada.

## Verksamhetschef

Verksamhetschef för Äldreomsorg och hälso- och sjukvård är tillika verksamhetschef enligt § 29 Hälso- och sjukvårdslag; HSL.

### Ansvarar för att

- ansvara för att fördela resurser för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten
- verksamheten har de styrdokument, processer och rutiner som speglar verksamhetsplanen och förvaltningens ansvarsområden,
- ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, samt hur dessa uppgifter är fördelade i verksamheten,
- med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- driva arbetet med uppföljning och utveckling av processer, styrdokument och rutiner,
- styrdokumenterna och rutinerna finnas väl kategoriserade och lätt tillgängliga på intranätet,
- information går ut till verksamheten om nya eller reviderade styrdokument och rutiner



---

## **MAS, Medicinsk ansvarig sjuksköterska/ Utvecklingsledare**

Ansvarar för att

- ⋮ Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet,
- ⋮ Det finns rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,
- ⋮ Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen,
- ⋮ Beslut om att delegera ansvar för hälso- och sjukvårdsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
- ⋮ Rapportera till socialnämnden om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom,
- ⋮ Anmäla till inspektionen för vård- och omsorg (IVO) om en patient i samband med vård och behandling utsatts för allvarlig skada eller risk för skada,
- ⋮ Medverka i den strategiska planeringen av hälso- och sjukvårdsverksamheten,
- ⋮ Upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse i samråd med verksamhetschefen för § 29 HSL samt redovisa denna till nämnden,
- ⋮ Utföra granskningar och uppföljningar inom hälso- och sjukvårdens område utifrån fastställda dokument, klagomål, avvikelser och rapporter från tillsynsmyndigheter,
- ⋮ Redovisa resultat av granskningar till förvaltningsledning och nämnd,
- ⋮ Utfärda, revidera och fastsätta rutiner och riktlinjer utifrån aktuell lagstiftning,
- ⋮ Delta i och samordna övergripande projekt och särskilda uppdrag,
- ⋮ Utveckla och implementera gemensamma processer inom förvaltningen,
- ⋮ Bistå förvaltningschefen/verksamhetscheferna i framtagandet och uppföljning av kvalitetsindikatorer,
- ⋮ Styrdokument och rutiner gällande hälso- och sjukvård finns väl kategoriserade och lätt tillgängliga på intranätet.

## **SAS, samordnare särskilt ansvar för socialtjänsten/ Utvecklingsledare**

Ansvarar för att

- ⋮ Insatser inom socialtjänstens område håller en god kvalitet och att brukaren får ett professionellt omhändertagande.
- ⋮ Upprättar en årlig kvalitetsberättelse i samråd med socialchefen samt redovisar denna till nämnden i samband med årsbokslut
- ⋮ Utföra granskningar och uppföljningar inom socialtjänstens område enligt fastställda dokument från nämnden, internkontroll, samt utifrån klagomål, synpunkter, rapporter från tillsynsmyndigheter
- ⋮ Redovisa resultat av granskningar till förvaltningsledningen och nämnd

- ⋮ Säkerställa att verksamhetssystemet uppfyller de krav som gällande lagstiftning kräver
- ⋮ Upprätthålla och vidareutveckla verksamhetssystemet utifrån krav från verksamheten och förändrade direktiv och lagstiftning ställer
- ⋮ Delta i och samordna övergripande projekt och särskilda uppdrag
- ⋮ Utveckla och implementera gemensamma processer inom förvaltningen.
- ⋮ Bistå förvaltningschefen/verksamhetscheferna i framtagandet och uppföljning av kvalitetsindikatorer
- ⋮ Företråda förvaltningen i nätverk inom e-hälsa området samt utifrån denna kunskap driva och utveckla förvaltningens utveckling i samverkan med IT avdelningen.

## **MAR, Medicinskt ansvarig för rehabilitering**

- ⋮ Tjänsteköp (15 %) för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet inom ramen för rehabilitering, inklusive processen för personligt förskrivna hjälpmedel, och ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

## **Nämndsekreterare/Utvecklingssekreterare/LOV-samordnare**

Ansvarar för att

- ⋮ Inhämta underlag, upprätta och skicka kallelse till ifoau, beredningsau, socialnämnd, Losam, pensionärsråd och funktionshinderråd. Medverka och upprätta protokoll på ifoau, beredningau, socialnämnd, Losam, pensionärsråd och funktionshinderråd
- ⋮ Upprätta och vid behov redigera tjänsteutlåtanden inför beredning och beslut
- ⋮ Efterarbete efter ovanstående sammanträden med expediering och kungörelse
- ⋮ Föra anteckningar vid socialförvaltningens ledningsgrupps sammanträde samt publicera dessa på Intranät
- ⋮ Inhämta uppgifter och rapportera ej verkställda beslut till IVO
- ⋮ Daglig postöppning och diarieregistrering. Leda/utveckla och utbilda förvaltningen i att gå över till aktivt användande av Vision (diarium och ärendehanteringssystemet)
- ⋮ Arkiv och gallringsansvarig för nämnd och förvaltning
- ⋮ Huvudredaktör för förvaltningens sida på kommunens hemsida samt Intranät. Ledare för övriga redaktörer och samverkan med kommunikationsgruppen Leda/utveckla redaktörer i att jobba fram ett väl fungerande Intranät och hemsida
- ⋮ Ansvarig för att förvaltningen håller den grafiska profilen. Granska och vid behov redigera upprättade dokument som ska beslutas och fastställas.

- ⋮ Samordna och ha ordning på att regelbunden uppföljning och vid behov redigering görs, av upprättade rutiner och riktlinjer
- ⋮ Processledare för avgifts- och faktureringsprocessen Leda/utveckla och utbilda enhetschefer regelbundet i avgiftsprocessen. Aktivt genom bokade möten med enhetschefer
- ⋮ Administratör i Tandvårdsregistret
- ⋮ På uppdrag av socialchef, delta i projekt/utredningar/kartläggningar. Samordna, inhämta fakta, sammanställa och förbereda inför politiska beslut.
  
- ⋮ Delge externa utförare enligt LOV nämndens mål, kvalitetsdeklarationer, direktiv.
- ⋮ Följa upp och granska hur utförarna arbetar med nämndens mål, kvalitetsdeklarationer, direktiv. Sammanställa material från utförarna och rapportera detta till förvaltningschefen i samband med delårsbokslut och årsbokslut

## Systemförvaltare

Ansvarar för att

- ⋮ Initiera till förvaltningschefen/verksamhetscheferna då nya processer behöver utarbetas och säkerställas
- ⋮ Vara förvaltningens kontaktperson när det gäller statistikredovisning.
- ⋮ Vara behjälplig till chefer i förvaltningen inför rapporter och bokslut.
- ⋮ Delta i och samordna övergripande projekt gällande systemutveckling.
- ⋮ Följa utvecklingen på nationell och lokal nivå samt företräda förvaltningen i nätverk inom IT området samt utifrån denna kunskap driva och utveckla förvaltningens utbyggnad och utveckling i samverkan med IT avdelningen.
- ⋮ Verksamhetssystemets funktion och för att systemet löpande utvecklas så att det ger största möjliga nytta för verksamheten
- ⋮ Samarbeta med systemleverantörer
- ⋮ Ansvarar för användarbehörigheter, loggar och loggrutin
- ⋮ Support till systemens användare
- ⋮ Ansvarar för användarutbildning, information om förändringar i systemens funktion
- ⋮ Tar emot fel och ändringsönskemål från användarna.

## Vårdchef

Ansvarar för att

- ⋮ bedöma vilka processer och rutiner som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål,
- ⋮ följa de styrdokument och rutiner som verksamheten berörs av,
- ⋮ medverka i uppföljning och utveckling av processer, styrdokument och rutiner,
- ⋮ implementera de styrdokument och rutiner som verksamheten berörs av,

- att det finns den bemanning och kompetens som verksamheten kräver
- introducera och stödja sina medarbetare i att följa gällande styrdokument och rutiner i arbetet med varje enskild individ.

## Enhetschef

Ansvarar för att

- bedöma vilka processer och rutiner som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål,
- följa de styrdokument och rutiner som verksamheten berörs av,
- medverka i uppföljning och utveckling av processer, styrdokument och rutiner,
- implementera de styrdokument och rutiner som verksamheten berörs av,
- det finns den bemanning och kompetens som verksamheten kräver
- introducera och stödja sina medarbetare i att följa gällande styrdokument och rutiner i arbetet med varje enskild individ.

## Medarbetare

Ansvarar för att

- utifrån den enskilda individens behov följa styrdokument och rutiner,
- medverka i uppföljning och utveckling av processer, styrdokument och rutiner,
- behandla varje individ utifrån den etiska värdegrunden,
- Dokumentera enligt lagstiftning och rutin.

## Planer, styrdokument, riktlinjer, regler, rutiner, uppföljningar, avtal och vägledande bestämmelser

I ledningssystemet finns planer, policy, styrande dokument etc. som styr verksamheten. Dessa finns samlade på intranätet under rubriken SOC. Dokumenten ska vara kända och ändamålsenliga och beskriva vad som ska göras, ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange ansvaret för uppföljning och revidering. Fastställda mallar ska användas (finns på Microsoft Word/nytt/mina mallar) för policy, riktlinjer och rutiner etc.

Riktlinjer grundar sig på aktuell lagstiftning samt av Socialstyrelsens utfärdade föreskrifter och allmänna råd. Rutiner bygger på fastställda riktlinjer.

Vägledande bestämmelser bygger på förvaltningsrättens beslut vad som bedöms vara skälig levnadsnivå. Vägledande bestämmelser utarbetas, fastställs och följs upp av respektive verksamhetschef. Vägledande bestämmelser kommuniceras inom förvaltningsledningen.

---

## Styrdokument är fastställda av Socialnämnden

Dessa finns på intranätet/SOC/förvaltningsövergripande/förteckning styrdokument

[Styrdokument - Planer/Riktlinjer/Polycys/Regler/Avtal/Lagar](#)

Enbart hänvisning till intranätet

## Övriga dokument

Övriga dokument finns på intranätet.

## Riktlinjer och rutiner inom Socialtjänstens område

Alla riktlinjer och rutiner ska ligga i kommunens dokumentmall och vara kritiskt granskade och genomarbetade.

### Riktlinjer

- Riktlinjer utfärdas av förvaltningsledningen och beslutas av Socialnämnden.
- Riktlinjer följs upp av SAS en gång per år eller då förändring sker.

### Rutiner

- Rutin utifrån fastställd riktlinje och/eller gällande lagstiftning utfärdas av utsedd chef och fastställs av respektive chef/ledningsgrupp.
- Vid utfärdandet av rutiner skall alltid hänsyn tas till hur övriga verksamhetsområden påverkas.
- Rutinen läggs in på intranätet och dokumenteras i förteckningen av respektive redaktör.
- På rutinen dokumenteras vilken funktion som ska följa upp rutinen och när den ska följas upp.

## Rutiner inom hälso- och sjukvårdens område

För att säkerställa en hög patientsäkerhet i hela förvaltningen finns riktlinjer fastställda för hälso- och sjukvården.

### Riktlinjer

- Riktlinjer och vissa rutiner utfärdas och fastställs av MAS. Information ges i förvaltningens ledningsgrupp.
- Riktlinjer följs upp av MAS en gång per år eller då förändring sker.

### Rutiner

- Rutin utifrån fastställd riktlinje utfärdas av utsedd chef och fastställs av respektive chef/ledningsgrupp.
- Vid utfärdandet av rutiner skall alltid hänsyn tas till hur övriga verksamhetsområden påverkas.
- Rutinen läggs in på intranätet och dokumenteras i förteckningen av respektive redaktör.

- På rutinen dokumenteras vilken funktion som ska följa upp rutinen och när den ska följas upp.

## Samverkan

### Samverkan inom förvaltningen

Socialförvaltningen ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvalitén på de insatser som beviljas.

För att säkerställa att brukaren får ett tryggt, säkert och professionellt omhändertagande gällande insatser finns det i verksamheten riktlinjer och rutiner för samverkansformer.

De utredningar om behov som ligger till grund för myndighetsbeslut om insatser görs av myndighetsområdet. Handläggaren dokumenterar utredningen i verksamhetssystemet och skickar en beställning till aktuell verkställare. Verkställigheten ska i sin tur upprätta en individuell genomförandeplan tillsammans med brukaren som sedan ligger till grund för utförandet av beviljade insatser.

För att säkerställa en rättsäker process gällande handläggning av ärende inom Socialtjänstlagen Sol, Lagen om särskilt stöd för funktionsnedsatta LSS, Hälso- och sjukvårdslagen HSL, Lagen om vård av unga LVU och Lagen om vård av missbrukare LVM finns riktlinjer och rutiner upprättade.

### Samverkan med andra

Många av de personer som behöver insatser från socialtjänsten, LSS-verksamheten och hälso- och sjukvården har ofta stöd och insatser från flera olika aktörer, både internt och externt. Detta ställer stora krav på samverkan internt och externt.

Samverkan säkerställs genom rutiner som tydliggör ansvar och som säkerställer information och informationsutbyte enligt sekretesslagstiftning och tystnadsplikt.

Representanter från förvaltningen deltar i olika samverkansgrupper inom Närvårdssamverkan i södra Älvsborg. Socialchef, verksamhetschefer och MAS är drivande i den lokala Närvårdssamverkans arbete och driver de lokala arbetsgrupperna inom områdena äldre, barn- och unga, psykisk ohälsa och funktionshinder.

Överenskommen samverkan finns att hitta

Länk till [Närvårdssamverkan](#)

Länk till [Västbusöverenskommelsen](#)

Länk till [Länk Västkom](#)

## Systematiskt förbättringsarbete

### Risikanalys

Risikanalys ska användas för att identifiera risker vid planerade förändringar och händelser i verksamheten. Syftet är att förebygga icke önskvärda händelser och reducera onödiga risker. Rutin och metod finns för risikanalys. Vägledning finns i Personalhandboken via Intranät.

SVENLJUNGA KOMMUN  
Personalhandbok

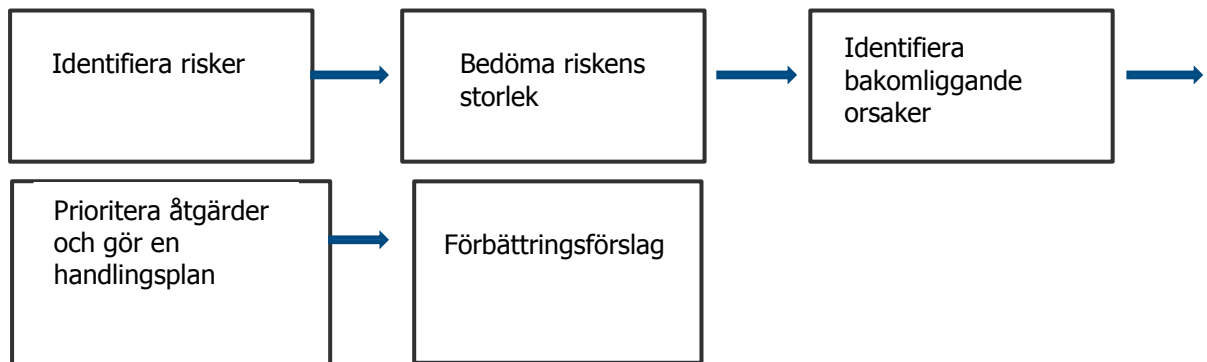
HEM SKRIV UT

Personalhandbok  
Svenljunga kommun  
Inför anställning  
Arbetsmiljö - hälsa - samverkan

**SAM -Systematiskt arbetsmiljöarbete**  
Arbetsmiljö - hälsa - samverkan > SAM -Systematiskt arbetsmiljö

Undersöka  
Riskbedöma  
Åtgärda  
Kontrollera  
samverkan

☑ SAM - Systematiskt arbetsmiljöarbete  
En arbetsmiljöfrågas väg  
Hur mår vår organisation?  
Arbetsmiljöromd, skyddsromd  
Riskbedömning  
Handlingsplan/Åtgärda  
Kontrollera  
Ändringar i verksamheten  
Konsekvensanalys  
Arbetsmiljöpolicy  
☑ Roller i arbetsmiljöarbetet  
☑ Samverkan i Svenljunga kommun  
☑ Anmäla/Rapportera/Utröda  
☑ Rehabilitering  
☑ Fördjupad arbetsmiljöinformation



[Länk till SKL modell för risk och händelseanalys inom socialtjänsten](#)

[Länk till SKL risk- och händelseanalys för patientsäkerhet](#)

---

## Händelseanalys

Ska göras för att analysera händelser och avvikelser samt vidta åtgärder för att minska risken för att det händer igen. Varje händelseanalys ska ge svar på följande frågor:

- ✓ Vad har hänt?
- ✓ Varför har det hänt?
- ✓ Hur förhindras en upprepning av händelsen?

[Länk till modell för risk och händelseanalys](#)

[Länk till risk- och händelseanalys för patientsäkerhet](#)

## Förbättring av processer och rutiner

### Avvikelse, klagomål, synpunkter och riskanalys

En avvikelse är en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra bristande kvalité, risk för skada/skada för en enskild brukare. Alla medarbetare är skyldiga att rapportera avvikelser och risker av betydelse för säkerheten för brukaren. Avvikelsehanteringen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens område ska vara ändamålsenlig och väl känd av alla medarbetare. Syftet med avvikelsehanteringen är att verksamheten ska vara av god kvalitet (3kap.3§ SoL, 6§ LSS, HSL 2a§) och garantera säkerheten för brukaren och minska antal tillbud/olyckor genom att

- Identifiera och analysera avvikelser
- Identifiera orsaker
- Eliminera risker
- Föreslå och vidta förbättringsåtgärder

Syftet med klagomål och synpunktshantering är att kunna identifiera kvalitetsbrister i verksamheten så att ett förebyggande arbete kan bedrivas.

Syftet med att genomföra en riskanalys är att identifiera kvalitetsbrister i verksamheten så att ett förebyggande arbete kan bedrivas. (se sidan 22)

För att säkerställa att avvikelser, klagomål/synpunkter och metoden för riskanalys genomförs på ett korrekt sätt i förvaltningen finns följande riktlinjer och rutiner;

[Länk till Riktlinjer för klagomål och synpunkter](#)

[Länk till avvikelserapportering och anmälningsplikt](#)



---

## Aktuella lagar och förordningar att ta hänsyn till i Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Länkar inlagda till lag och regelverk

[Socialtjänstlagen](#)

i synnerhet 3 kap. 3 §, 5 kap, 7 kap 6§, 11 kap, 14 kap. 2 -6§§

[LSS- Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade](#)

I synnerhet 6 §, 23 e §, 24 b -24e §§

[Hälso- och sjukvårdslagen \(1982:763\)](#)

[Förvaltningslag \(1986:223\)](#)

[Kommunallagen \(1991:900\)](#)

[Socialstyrelsens författningssamling](#)

[Socialstyrelsen - meddelandeblad](#)

[Lagar och förordningar](#)

---

Fastställd av Socialnämnden 5 oktober 2016

**Förvaltningsledningen Socialförvaltningen**

Ing-Marie Larsson

Socialchef

Stefan Augustsson

Verksamhetschef

Christian Sandgren

Verksamhetschef

Michael Jonsson

Verksamhetschef

Carina Stavåsen

MAS

Camilla Emmoth

SAS