

Riktlinje för socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Normerande styrdokument

Berörd verksamhet: socialförvaltningen

Beslutsfattare: socialnämnden

Beslutsdatum: 2026-06-16

Diarienummer: SCN-2026-00466

Dokumentansvarig: stabschef, socialförvaltningen

Policy

Riktlinje

Rutin

Vägledning

Innehåll

Inledning	3
Syfte.....	3
Omfattning	3
Definitioner och begrepp	3
Lagbestämmelser och krav	4
Ansvar	4
Socialnämndens ansvar.....	4
Förvaltningsdirektörs ansvar	5
Chefers ansvar	5
Medarbetares ansvar	6
Processer och processtyrning.....	6
Dokumentstyrning och kvalitetsledningsstöd (KLS)	7
Systematiskt förbättringsarbete	8
Egenkontroll.....	8
Riskhantering	8
Avvikelsehantering	9
Rapportering av missförhållanden – lex Sarah	9
Synpunktshantering.....	10
Medarbetarnas delaktighet och kompetens.....	10
Samverkan	10
Uppföljning och dokumentation av kvalitetsarbetet	11
Relaterade dokument.....	11
Kommunövergripande dokument	11
Socialförvaltningens dokument	12

Inledning

Socialnämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs med god kvalitet och i enlighet med gällande lagstiftning. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att nämnden ska säkerställa att det finns ett ändamålsenligt ledningssystem för systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete.

Ledningssystemet ska tillförsäkra att verksamheten **planeras, leds, följs upp, kontrolleras, utvärderas och förbättras** på ett strukturerat och sammanhållet sätt. Det innebär bland annat att mål och krav tydliggörs, risker identifieras, ansvar och arbetssätt klargörs samt att resultat och avvikelser systematiskt följs upp och används i ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Denna riktlinje har tagits fram för att tydliggöra hur ledningssystemets olika delar ska tillämpas inom socialnämndens verksamhetsområde. Riktlinjen utgör ett stöd för förvaltningen i arbetet med att säkerställa att den politiska styrningen får genomslag i verksamheten och att kraven i SOSFS 2011:9 uppfylls på ett enhetligt, rättssäkert och ändamålsenligt sätt.

Syfte

Riktlinjen syftar till att reglera nämndens systematiska kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9, konkretisera Uppsala kommuns kvalitetspolicy samt säkerställa insyn och återrapportering till nämnden som en integrerad del av verksamhetens utveckling och kvalitetssäkring.

Omfattning

Riktlinjen gäller för socialförvaltningens samtliga medarbetare och ska följas vid allt arbete som innefattar socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Definitioner och begrepp

Begrepp	Definition
Ledningssystem	system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.
Process	serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.
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 och beslut som har med delats med stöd av sådana föreskrifter.

Egenkontroll	systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.
Risk	möjlighet att en händelse inträffar som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet eller säkerhet för den enskilde.
Avvikelse	ett avsteg där verksamheten inte följer gällande krav eller fastställda rutiner.
Missförhållande (lex Sarah)	allvarlig brist eller handling som medför att den enskilde far illa eller riskerar att fara illa.

Lagbestämmelser och krav

Socialnämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter samt med god kvalitet och hög rättssäkerhet. Det systematiska kvalitetsarbetet ska säkerställa att verksamheten planeras, följs upp och utvecklas med utgångspunkt i den enskildes behov och rättigheter, barns bästa samt socialtjänstens förebyggande och kunskapsbaserade inriktning.

Kvalitetsarbetet utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9.).

Följande regelverk är särskilt styrande för nämndens ansvar:

- Socialtjänstlagen (2025:400)
- Kommunallagen (2017:725)
- Föräldrabalken (1949:381)
- Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU, 1990:52)
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM, 1988:870)
- Förvaltningslagen (FL, 2017:900)
- Offentlighets- och sekretesslagen (OSL, 2009:400)
- Arkivlagen (1990:782)
- Dataskyddsförordningen (EU) 2016/679 (GDPR) och kompletterande dataskyddslagstiftning

Därutöver ska övrig tillämplig lagstiftning och föreskrifter som berör nämndens verksamhetsansvar beaktas.

Ansvar

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs med god kvalitet och i enlighet med gällande lagstiftning. Nämnden ska säkerställa att det finns ett ändamålsenligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 samt följa upp att

ledningssystemet tillämpas och utvecklas så att den politiska styrningen får genomslag i verksamheten.

Förvaltningsdirektörs ansvar

Förvaltningen leds av förvaltningsdirektören, som har det övergripande ansvaret för att genom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete planera, styra, leda, följa upp och utveckla verksamheten.

Förvaltningsdirektören ansvarar för att förvaltningen:

- omsätter nämndens övergripande mål, strategier och beslut i verksamheten säkerställer att nödvändiga processer och styrdokument finns är kända, tillämpas och vid behov revideras
- identifierar, analyserar och hanterar risker i verksamheten genom riskanalyser och egenkontroller
- följer upp, analyserar och sammanställer resultat från avvikelshantering, klagomål, synpunkter och lex Sarah-utredningar
- initierar, beslutar om och följer upp förbättrande åtgärder på verksamhetsnivå
- säkerställer att det finns rutiner för dokumentation, uppföljning och rapportering av det systematiska kvalitetsarbetet
- regelbundet rapporterar till nämnden om kvalitetsarbetets status, resultat och identifierade utvecklingsområden.

Chefers ansvar

Förvaltningens chefer ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs i den egna verksamheten och att medarbetarna ges förutsättningar att bidra till kvalitet och säkerhet.

Chefer ansvarar för att:

- säkerställa att styrande och stödjande dokument i kvalitetsledningsstödet är aktuella, förankrade och efterlevs i den egna verksamheten
- skapa ett tillåtande och öppet arbetsklimat där avvikelser, risker och missförhållanden uppmärksammas och rapporteras utan rädsla för repressalier
- säkerställa att medarbetare har tillräcklig kompetens och ges möjlighet till relevant utbildning och introduktion
- säkerställa att beslutade verksamhetssystem används ändamålsenligt och i enlighet med avsett syfte
- utreda, analysera och vidta åtgärder med anledning av avvikelser, missförhållanden samt synpunkter och klagomål
- genomföra och dokumentera egenkontroller och riskanalyser samt följa upp vidtagna åtgärder
- följa upp verksamhetens resultat och bidra till lärande och förbättring på både individ- och verksamhetsnivå.

Medarbetares ansvar

Medarbetare förväntas vara delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet.

Medarbetare ansvarar för att:

- följa gällande lagstiftning, styrande dokument, beslutade rutiner och arbetssätt
- använda beslutade verksamhetssystem ändamålsenligt och i enlighet med avsett syfte
- dokumentera och hantera information korrekt, rättssäkert och i enlighet med regler om sekretess, informationssäkerhet och dataskydd
- aktivt bidra till verksamhetens utveckling genom engagemang och förbättringsförslag
- uppmärksamma och rapportera risker, avvikelser, missförhållanden, synpunkter och klagomål i enlighet med gällande rutiner och rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah
- rapportera incidenter som kan påverka kvalitet, säkerhet eller rättssäkerhet, som informationssäkerhets- och personuppgiftsincidenter
- delta i uppföljningar, egenkontroller och utvecklingsarbete när det krävs
- ta del av och tillämpa relevant information samt obligatoriska utbildningar kopplade till uppdraget
- ta ansvar för att upprätthålla en god och säker kvalitet i det dagliga arbetet.

Processer och processtyrning

Processer beskriver **vad som ska göras** i verksamheten för att uppdraget ska utföras rättssäkert och med god kvalitet. För att tydliggöra **hur arbetet ska utföras** kompletteras processerna med rutiner och andra stödjande dokument som är kopplade till respektive process.

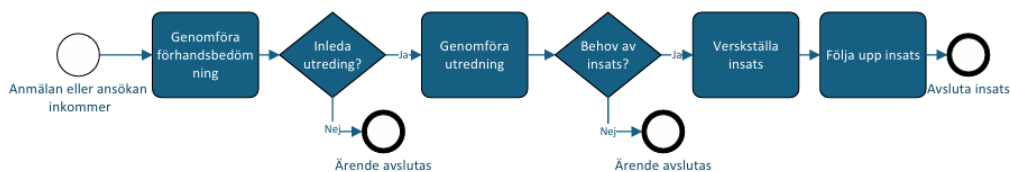
Rutiner och stödjande dokument konkretiserar arbetssätt, ansvar, arbetsmoment och krav på dokumentation samt bidrar till enhetliga och likvärdiga arbetssätt. Tillsammans utgör processer och rutiner ett stöd för samverkan, både inom förvaltningen och med externa aktörer.

Fastställda processer och rutiner ska vara kända av berörda medarbetare och finnas lättillgängliga i verksamheten.

Förvaltningens processer delas in i följande kategorier:

- **Styr- och ledningsprocesser**
Processer som rör ledning, styrning, uppföljning och utveckling av verksamheten.
- **Verksamhetsprocesser**
Processer som beskriver kärnverksamheten och de aktiviteter som direkt riktas till enskilda och målgrupper.
- **Stödprocesser**
Processer som stödjer verksamheten och möjliggör att kärnverksamheten kan bedrivas effektivt och rättssäkert.

Exempel på en verksamhetsprocess, Handläggningsprocessen.



Dokumentstyrning och kvalitetsledningsstöd (KLS)

Förvaltningen använder det kommungemensamma kvalitetsledningsstödet (KLS), som är ett IT-baserat stöd för ledning och styrning av verksamheten. KLS utgör grunden för förvaltningens systematiska kvalitetsarbete och är ett verktyg för att säkerställa att verksamheten bedrivs på ett rättssäkert, likvärdigt och kvalitativt sätt.

Kvalitetsledningsstödet används för att:

- styra och leda verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt
- ge verksamheterna stöd i det dagliga arbetet
- beskriva vad förvaltningen ska arbeta med och hur, i syfte att uppfylla krav i lagar, förordningar samt politiskt fastställda och övriga styrande dokument

KLS är tillgängligt för samtliga medarbetare och ledamöter i socialnämnden.

För att säkerställa att medarbetare arbetar utifrån aktuella, fastställda och tillgängliga dokument finns en dokumentstyrning som är integrerad i KLS. Dokumentstyrningen reglerar hur dokument ska upprättas, revideras, granskas, fastställas, publiceras och arkiveras.

Inom KLS finns två huvudtyper av dokument:

- **Styrande dokument**
Styrande dokument beskriver ansvar, befogenheter och beslutade arbetsätt som ska följas i verksamheten. Exempel på styrande dokument är riktlinjer och rutiner.
- **Stödjande dokument**
Stödjande dokument används för att underlätta genomförandet av det som anges i styrande dokument. Exempel på stödjande dokument är mallar, blanketter och checklistor.

Nya och reviderade dokument görs tillgängliga via KLS. Respektive chef, beslutsfattare eller annan utsedd funktion ansvarar för att berörda dokument kommuniceras, implementeras och efterlevs inom sitt ansvarsområde.

Systematiskt förbättringsarbete

Förvaltningen ska inom ramen för ledningssystemet bedriva ett strukturerat och systematiskt arbete med hantering av avvikelser och missförhållanden, synpunkter och klagomål, egenkontroll samt riskhantering. Arbetet ska omfatta både utredning och åtgärder vid enskilda händelser samt återkommande sammanställning och analys av resultatet från förbättringsarbetet.

Syftet med sammanställning och analys inom socialtjänsten är att identifiera brister, förbättringsområden samt mönster och trender i verksamheten som inte framkommer vid handläggning eller utredning av enskilda ärenden. Detta för att möjliggöra förebyggande åtgärder, stärka rättssäkerheten för enskilda och säkerställa att socialtjänstens insatser och myndighetsutövning bedrivs med god kvalitet.

Egenkontroll

Egenkontroll är en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och innebär en planerad och systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten i enlighet med SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §. Egenkontrollen genomförs i efterhand och ska säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning samt de processer, rutiner och arbetssätt som ingår i kvalitetsledningssystemet.

Egenkontrollen ska genomföras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet. Den innebär en strukturerad granskning av verksamheten och kan beskrivas som en intern kontroll av att ställda krav, mål och föreskrivna arbetssätt uppfylls.

Externa revisioner och tillsyn

Verksamheterna ska löpande medverka i externa revisioner, granskningar och tillsyner som genomförs av externa aktörer, såsom Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och kommunrevisionen. Resultaten från dessa granskningar ska tas om hand inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet och vid behov leda till förbättringsåtgärder.

Målgruppsundersökningar

Som en del av kvalitetsarbetet och för att stärka delaktighet och inflytande ska verksamheten delta i relevanta nationella och målgruppspecifika undersökningar, exempelvis brukarundersökningar. Resultaten ska användas för att följa upp verksamhetens kvalitet ur ett brukarperspektiv och bidra till förbättring och utveckling av verksamheten.

Riskhantering

Riskhantering utgör en integrerad del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9, 5 kap. 1–2 §§) och innebär att fortlöpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten som kan medföra brister i kvalitet, rättssäkerhet eller säkerhet för den enskilde.

För varje identifierad risk ska en riskanalys genomföras som minst omfattar:

- en bedömning av sannolikheten för att den aktuella händelsen inträffar, samt

- en bedömning av vilka negativa konsekvenser händelsen kan medföra för verksamheten eller för den enskilde.

Riskanalyser ska genomföras både fortlöpande i den ordinarie verksamheten och inför planerade förändringar som kan påverka kvaliteten, såsom organisatoriska förändringar, förändringar i personalgruppen eller innan nya arbetssätt, metoder eller rutiner införs.

Riskhanteringsprocessen består av tre delar: riskinventering, riskanalys och riskbedömning samt beslut om åtgärder och upprättande av handlingsplan. Processen omfattar förvaltningens samtliga verksamheter och nivåer. På övergripande nivå ska förvaltningen sammanställa identifierade risker i ett gemensamt riskregister, vilket bland annat grundas på riskanalyser som genomförs på avdelnings- och enhetsnivå.

Vid behov ska även riskbedömningar genomföras på individnivå för att förebygga att den enskilde utsätts för risker eller brister i insatsernas genomförande. Identifierade risker ska följas upp och vidtagna åtgärder utvärderas inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering utgör en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS2011:9, 5 kap. 1–4 §§ och innebär att verksamheten på ett strukturerat och systematiskt sätt ska identifiera, rapportera, utreda, åtgärda och följa upp avvikelser och negativa händelser.

En avvikelse föreligger när verksamheten inte uppfyller krav och mål i gällande lagstiftning, föreskrifter eller beslut, eller när arbetet inte bedrivs i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Avvikelser kan avse brister i exempelvis handläggning, genomförande av insatser, dokumentation eller samverkan.

Upptäckt och rapportering av avvikelser är en central del av det systematiska förbättringsarbetet. När en avvikelse uppmärksammas skapas förutsättningar för att utan dröjsmål vidta nödvändiga åtgärder samt att analysera bakomliggande orsaker. Genom detta kan processer och rutiner ses över och utvecklas i syfte att stärka styrning och kontroll samt minska risken för att liknande avvikelser upprepas. Avvikelsehanteringen bidrar därigenom till att säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet.

Rapportering av missförhållanden – lex Sarah

I lagstiftningen finns särskilda bestämmelser som reglerar skyldigheten att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden, så kallad lex Sarah. Enligt socialtjänstlagen (2025:400) är var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten skyldig att genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Av samma lagstiftning följer att verksamheten är skyldig att ta emot, dokumentera och utan dröjsmål utreda inkomna lex Sarah-rapporter samt vidta de åtgärder som krävs för att avhjälpa eller undanröja upptäckta missförhållanden eller risker. Lex Sarah-ärenden ska hanteras inom ramen för ledningssystemet för systematiskt

kvalitetsarbete och utgöra ett underlag för analys, lärande och förebyggande förbättringsåtgärder.

Synpunktshantering

Synpunktshantering omnämns både i socialtjänstlagen och i kommunallagen. Det är individens möjlighet att uttrycka sin åsikt om socialtjänstens myndighetsutövning eller insatser, både positiva och negativa. Medarbetare är skyldiga att registrera mottagna synpunkter, ansvarig chef att utreda och om möjligt, återkoppla till synpunktslämnaren.

Om utredningen av en synpunkt visar på brister i verksamheten eller risk för brist ska ansvarig chef vid behov upprätta en avvikelse enligt gällande rutin för avvikelshantering. Synpunkter utgör därmed ett viktigt underlag i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Medarbetarnas delaktighet och kompetens

Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten säkerställa att det finns personal med den kompetens, utbildning och erfarenhet som krävs för att utföra arbetsuppgifterna med god kvalitet. Personalens kompetens är en grundförutsättning för att kunna följa gällande lagstiftning, tillämpa fastställda processer och rutiner samt fullgöra skyldigheter inom det systematiska kvalitetsarbetet, som rapportering av avvikelser och missförhållanden.

Ansvarig chef ska planera för personalförsörjning och kompetensutveckling i syfte att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet. Detta innefattar att identifiera kompetensbehov, säkerställa introduktion och fortbildning samt skapa förutsättningar för medarbetarna att aktivt delta i kvalitetsarbetet.

Medarbetarnas delaktighet, engagemang och medverkan är en förutsättning för att uppnå och vidmakthålla god kvalitet i verksamheten. Genom att medarbetarna ges möjlighet och uppmuntras att lämna rapporter, synpunkter och förbättringsförslag skapas underlag för den verksamhetsansvariga att följa upp, analysera och utveckla verksamheten i enlighet med kraven i ledningssystemet.

För att möjliggöra detta ska den verksamhetsansvariga verka för ett öppet och tillåtande arbetsklimat där rapportering av avvikelser, risker och missförhållanden ses som en naturlig och värdefull del av kvalitetsarbetet. Inkomna rapporter och synpunkter ska betraktas som en resurs för lärande och förbättring, i syfte att förebygga brister och säkerställa verksamhetens kvalitet.

Samverkan

Enligt SOSFS 2011:9 ska samverkan utgöra en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och vara en förutsättning för att säkerställa god kvalitet i socialtjänstens insatser. Verksamheten ska planeras och bedrivas så att den främjar en ändamålsenlig samverkan både internt och externt, när detta är nödvändigt för att tillgodose den enskildes behov och säkerställa rättssäkerhet och kvalitet.

Samverkan ska ske såväl inom den egna förvaltningen som med andra förvaltningar, myndigheter och externa aktörer, i de fall där samarbete bedöms vara nödvändigt för att uppnå verksamhetens mål och upprätthålla god kvalitet. Samverkan ska präglas av ett helhetsperspektiv och utgå från individens bästa.

Socialförvaltningen ska arbeta tvärprofessionellt och gränsöverskridande i syfte att samordna insatser och stärka kvaliteten i handläggning och genomförande. Fastställda processer, rutiner och styrande dokument inom kvalitetsledningssystemet ska ge stöd och vägledning för hur samverkan ska ske, följas upp och vid behov utvecklas inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Uppföljning och dokumentation av kvalitetsarbetet

Enligt SOSFS 2011:9 ska kvalitetsarbetet dokumenteras, följas upp samt regelbundet sammanställas, analyseras och återförs för att säkerställa nämndens insyn och styrning.

En årlig kvalitetsberättelse ska upprättas och utgöra ett samlat underlag för återrapportering av det systematiska kvalitetsarbetet till medarbetare, förvaltningens ledningsgrupp och socialnämnden. Kvalitetsberättelsen ska redovisa hur arbetet med att fortlöpande säkra och utveckla verksamhetens kvalitet har bedrivits samt vilka brister, risker och förbättringsområden som identifierats. Kvalitetsberättelsen utgör därmed ett centralt underlag för nämndens uppföljning av verksamhetens kvalitet och efterlevnad av gällande krav.

Utöver den årliga kvalitetsberättelsen ska sammanställning och analys av det systematiska förbättringsarbetet återföras till förvaltningens ledningsgrupp och socialnämnden minst två gånger per år, i enlighet med årshjulets planerade uppföljningstillfällen. Vid behov ska återföring även ske till avdelningarnas ledningsgrupper. Återrapporteringen ska ge socialnämnden tillräcklig insyn för att fullgöra sitt ansvar för styrning, uppföljning och prioritering av förbättringsåtgärder.

Återrapportering och redovisning av anmälda lex Sarah-rapporter ska därutöver ske kontinuerligt till socialnämnden. Redovisningen ska omfatta inkomna rapporter, genomförda utredningar, vidtagna åtgärder samt uppföljning av åtgärdernas effekter rörande dessa. Denna återrapportering utgör en del av nämndens ansvar för att följa upp verksamhetens kvalitet och ska bidra till lärande, förebyggande arbete och långsiktig utveckling av verksamheten.

Relaterade dokument

Kommunövergripande dokument

[Kvalitetspolicy](#) (Uppsala kommun)

[Riktlinje för synpunktshandtering, felanmälan, avvikelser och servicemätning](#) (Uppsala kommun)

[Riktlinje för riskhantering](#) (Uppsala kommun)

Socialförvaltningens dokument

Rapportera och handlägga avvikelser samt missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt lex Sarah (rutin)

Registrera och handlägga synpunkter (rutin)