 ÖRNSKÖLD SVIK KOMMUN	Verksamhetsområde Kvalitet	
	Dokumentnamn Välfrädsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9	
Förvaltning Välfrädsförvaltningen	Dokumentansvarig Margareta Bolinder Sundin	Version
Fastställd av Humanistiska nämnden 2013-06-18 Omsorgsnämnden 2013-06-19	Skapad/ändrad av Margareta Bolinder Sundin	Sida 1 (21)
	Skapat datum 2013-06-19	Ändrad datum

VÄLFÄRDSFÖRVALTNINGENS LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE ENLIGT SOSFS 2011:9

Innehåll

1. Syftet med ledningssystemet.....	2
2. Krav och mål som gäller för verksamheten	3
3. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	4
4. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	5
4.1 Processer och rutiner	5
4.2 Samverkan	7
5. Systematiskt förbättringsarbete.....	8
5.1 Riskanalys.....	8
5.2 Egenkontroll	10
5.3 Utredning av avvikelser.....	13
5.3.1 Klagomål och synpunkter	13
5.3.2 Rapporteringskyldighet	14
5.3.3 Sammanställning och analys	16
5.4 Förbättrande åtgärder i verksamheten	17
5.5 Förbättring av processerna och rutinerna	19
6. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	20
7. Dokumentationsskyldighet	21

1. Syftet med ledningssystemet

Syftet med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är att ge stöd och struktur till ett systematiskt och målmedvetet arbete med ständiga förbättringar. Fokus i ledningssystemet ligger på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning som bidrar till att verksamhetens kvalitet kan säkras i de insatser och det stöd som socialtjänsten ansvarar för.

'Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS kan förebyggas. Därigenom ökar verksamhetens nytta för intressenterna'¹.

'Den som bedriver verksamhet måste skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet. Medarbetarnas erfarenheter avseende verksamhetens kvalitet kan ge värdefull information i arbetet med att säkra kvaliteten och vidareutveckla vården och omsorgen. På så sätt blir verksamheten en lärande organisation'¹.

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, andra föreskrifter² och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (SOSFS 2011:9, 2 kap. *Definitioner*).

Alla verksamheter ska bedrivas med utgångspunkt i välfärdförvaltningens verksamhetsidé *'Tillsammans underlättar vi människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv'*. Verksamhet ska bedrivas och utvecklas med fokus på följande för att:

- främja verksamhet med god kvalitet (medborgarnytta³);

- rättssäkerhet⁴
- tjänstekvalitet⁵
- kontinuitet⁶
- patientsäkerhet⁷

¹ *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*

² Om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade.

³ Ett av fem perspektiv i kommunens styrkort.

⁴ Till exempel genom uppföljning av insatser, uppföljning av beslut och kompetent personal.

⁵ Till exempel genom att förbättra tillgänglighet, ett gott bemötande, verka för trygghet och nöjdare brukare.

⁶ Till exempel genom att förbättra omsorgskontinuiteten (förhållningssätt, arbetssätt), personkontinuiteten (antalet personer en brukare får hjälp av under en viss period) och tidskontinuiteten.

- främja verksamhetens effektivitet (effektiv verksamhet³);
 - inre effektivitet⁸
 - yttre effektivitet⁹
- säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten (utveckling och förnyelse³);
 - intern samverkan¹⁰
 - extern samverkan¹¹.

Alla vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter¹² ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

2. Krav och mål som gäller för verksamheten

Krav och mål som är vägledande för verksamheten framgår bland annat av följande lagar:

- SoL, Socialtjänstlag (SFS 2001:453¹³).
- LSS, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387¹⁴).
- HSL, Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763¹⁵).
- PSL, Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659¹⁶).

Nämndernas mål för verksamheten framgår av:

- Nämndernas styrkort¹⁷.

Vårdgivaren är ytterst ansvarig för patientsäkerheten¹⁸ och verksamhetschefen för hälso- och sjukvård är huvudansvarig för patientsäkerhetsarbetet¹⁹. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska verksamhetschefen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

⁷ Till exempel att reducera risker för trycksår, undernäring och fall.

⁸ Att göra saker på rätt sätt.

⁹ Att göra rätt saker.

¹⁰ Samverkan inom förvaltningen respektive kommunen.

¹¹ Samverkan med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och organisationer.

¹² *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*

¹³ Specifika bestämmelser för kvalitet framgår av 3 kap. 3 § (SoL).

¹⁴ Specifika bestämmelser för kvalitet framgår av 6 § (LSS).

¹⁵ Specifika bestämmelser för kvalitet framgår av 31 § (HSL).

¹⁶ Specifika bestämmelser för patientsäkerhet framgår av 3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (PSL).

¹⁷ Ingår i välfärdsförvaltningens verksamhetsplan antagen av humanistiska nämnden och omsorgsnämnden.

¹⁸ Respektive nämnd är vårdgivare inom sitt ansvarsområde.

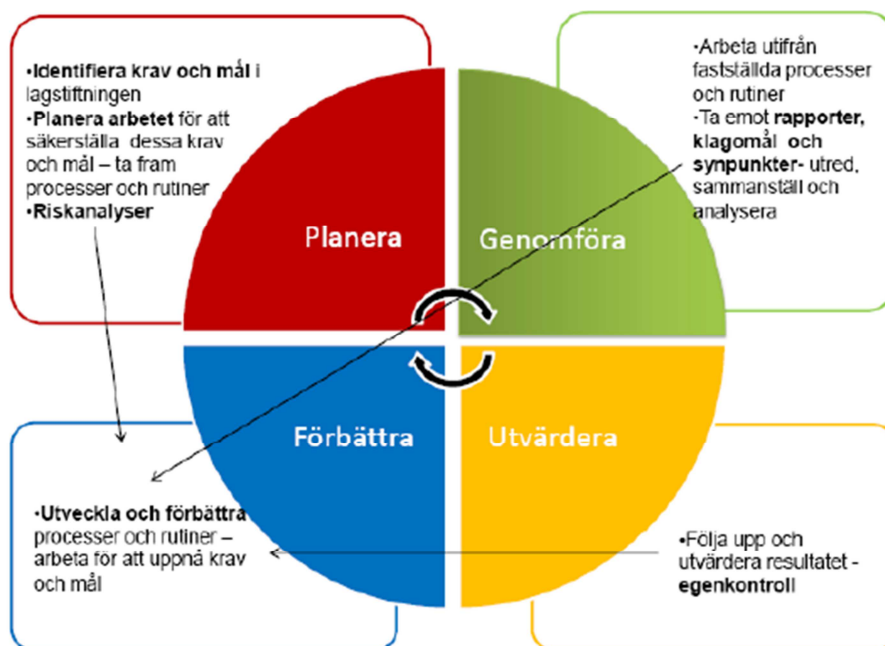
¹⁹ Förvaltningschefen, eller annan funktion som detta ansvar har delegerats till, är verksamhetschef.

3. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Humanistiska nämnden och omsorgsnämnden ansvarar enligt 3 kap. *Ansvar för och användning av ett ledningssystem*, SOSFS 2011:9 för att:

- Det finns ett ledningssystem för verksamheten (1 §)²⁰.
- Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (1 §).
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (2 §).
- Det av ledningssystemet framgår hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet är fördelade i verksamheten (3 §).

Innehållet i ledningssystemet åskådliggörs i bilden nedan som ett förbättringshjul²¹. Pilarna i bildens mitt visar på de fyra fasernas (planera, genomföra, utvärdera, förbättra) tidsordning och att kvalitetsarbete pågår ständigt. De långa pilarna visar att underlag för utveckling och förbättring av verksamheternas processer och rutiner kommer fram under alla faser.



Välfärdförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 omfattar hur det ska arbetas med systematiskt kvalitetsarbete inom förvaltningen.

²⁰ Ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.

²¹ Ur *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*

Ledningssystemets innehåll redogörs för utifrån utvecklingsinriktning (målsättning, metod, uppföljning), ansvarsfördelning²² och styrande dokument (process, rutin, information).

4. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

4.1 Processer och rutiner

Kravet på att identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 4 kap. 2 § - 4 § (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Identifiera de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet²³.
- Beskriva dessa processer²⁴.
- Beskriva aktiviteter som ingår i processerna och deras inbördes ordning.
- Upprätta de rutiner²⁵ som behövs för att säkra kvaliteten.
- Beskrivna processer och dokumenterade rutiner²⁶ fastställs i enlighet med välfärdsförvaltningens rutin för dokumentstyrning²⁷.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
De processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet ska identifieras, beskrivas och fastställas.	Processbaserad verksamhetsutveckling.	Följa upp att de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utvecklas och kvalitetssäkras med stöd av SIQs ProcessIndex ²³ .

Ansvarsfördelning
Förvaltningschefen ansvarar för att det finns:
- dokumenterade rutiner för de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. - en etablerad organisation för att underlätta processbaserad verksamhetsutveckling (inklusive processutveckling). - en dokumenterad rutin för processutveckling. - processansvariga utsedda för de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
Kvalitetsledaren ansvarar för att:
- upprätta en rutin för processutveckling.

²² Fördelat på nämnd, förvaltningschef, kvalitetsledare, socialt ansvarig samordnare (SAS*), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för habilitering/rehabilitering (MAR*), avdelningschef, enhetschef, medarbetare. *Se fotnot 28.

²³ Dessa processer ska prioriteras i utvecklingsarbetet och en del av dem ska kvalitetssäkras med stöd av SIQs ProcessIndex. Detta index omfattar tio steg med början i att 'Processen är identifierad och processansvarig är utsedd' (steg 1) och steg 10 är 'Målen är höjda och kontinuerligt förbättringsarbete bedrivs'.

²⁴ Genom att genomföra processkartläggning och dokumentera i funktionsindelade processkartor.

²⁵ Dessa ska vara dokumenterade och de ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat.

²⁶ Innehållet i en rutin utformas alltid med utgångspunkt i en processbeskrivning.

²⁷ I alla dokumenterade rutiner ska det ingå ett avslutande avsnitt om förbättringsmöjligheter/ständiga förbättringar som hänvisar till ledningssystemets 5 kap. och 6 kap. med mera.

- följa upp och utvärdera processer som ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. - stödja processansvariga i arbetet med att kvalitetssäkra processer.
Socialt ansvarig samordnare (SAS²⁸) ansvarar för att:
- följa upp och utvärdera processer som ingår i ledningssystemet gällande omsorgsverksamhet ²⁹ . - stödja processansvariga i arbetet med att kvalitetssäkra processer.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:
- följa upp och utvärdera processer som ingår i ledningssystemet gällande hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. - stödja processansvariga i arbetet med att kvalitetssäkra processer.
Medicinskt ansvarig för habilitering/rehabilitering (MAR) ansvarar för att:
- följa upp och utvärdera processer som ingår i ledningssystemet gällande habilitering/rehabilitering och patientsäkerhet. - stödja processansvariga i arbetet med att kvalitetssäkra processer.
Avdelningschefen ansvarar för att:
- informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande rutin för processutveckling. - informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande rutiner ³⁰ för de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. - gällande rutiner för de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet följs av berörd personal i avdelningens verksamheter. - stödja enhetschefer och annan berörd personal i verkställandet av gällande rutiner. - enhetschefer och annan berörd personal vid behov erhåller kompetensutveckling för att kunna utföra arbetet i de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
Enhetschefen ansvarar för att:
- informera berörd personal om gällande rutin för processutveckling. - informera berörd personal om gällande rutiner ³¹ för de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. - gällande rutiner för de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet följs av berörd personal i enhetens verksamheter. - stödja berörd personal i verkställandet av gällande rutiner. - berörd personal vid behov erhåller kompetensutveckling för att kunna utföra arbetet i de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
Medarbetaren ansvarar för att:
- följa gällande rutin för processutveckling. - hålla sig uppdaterad om gällande rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet. - följa gällande rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet. - återkoppla till enhetschefen när rutiner inte fungerar. - till sin chef lyfta behov av kompetensutveckling för att kunna utföra arbetet i de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Styrande dokument		
Process	Rutin	Information
Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.	Rutiner för de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.	Intranätet/Ledningsprocesser ³² . Intranätet/Huvudprocesser ³³ . Intranätet/Stödprocesser ³⁴ .

²⁸ SAS och MAR finns inte när detta dokument fastställs.

²⁹ SoL- och LSS-verksamhet.

³⁰ Som berör den egna avdelningens verksamheter.

³¹ Som berör den egna enhetens verksamheter.

³² 'Ledningsprocesser behövs för att styra och koordinera huvud- och stöd processerna' (Ljungberg, A. Larsson, E. (2012) Processbaserad verksamhetsutveckling Varför – Vad – Hur?).

³³ 'Processer som realiserar verksamhetsidén' (Ljungberg, A. Larsson, E. (2012) Processbaserad verksamhetsutveckling Varför – Vad – Hur?).

³⁴ 'Stödprocesser behövs för att huvudprocesserna ska fungera så bra som möjligt' (Ljungberg, A. Larsson, E. (2012) Processbaserad verksamhetsutveckling Varför – Vad – Hur?).

Processutveckling.	Rutin Processutveckling.	Intranätet/Ledningsprocesser.
Verksamhetsplanering/-uppföljning.	Rutin Verksamhetsplanering/-uppföljning.	Intranätet/Ledningsprocesser.

4.2 Samverkan

Kravet på att identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 4 kap. 5 § - 6 § (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Definiera samverkanskrav.
- Kontrollera att det framgår av processerna och rutinerna som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet:
 - hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten
 - hur samverkan möjliggörs med andra verksamheter och med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
Samverkan, internt och externt, ska säkerställa den enskildes behov av vård- och omsorg.	Rutiner för de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet omfattar krav på samverkan samt hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten och/eller ska möjliggöras med externa aktörer ³⁵ .	Följa upp att de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet omfattar hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten och/eller ska möjliggöras med externa aktörer.

Ansvarsfördelning
Förvaltningschefen ansvarar för att det:
- finns avtal kring ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. - finns dokumenterade riktlinjer för samverkan, internt och externt. - finns dokumenterade rutiner för hur samverkan ska bedrivas respektive möjliggöras, internt och externt. - ges förutsättningar för samverkan, internt och externt.
Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:
- upprätta rutiner för hur samverkan ska bedrivas respektive möjliggöras, internt och externt, gällande det sociala innehållet inom omsorgens område ²⁹ . - delta i samverkansforum gällande det sociala innehållet inom omsorgens område ²⁹ . - på ett systematiskt sätt återföra information från samverkansforum till berörd personal.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:
- upprätta riktlinjer för samverkan mellan huvudmännen gällande hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. - upprätta rutiner för hur samverkan ska bedrivas respektive möjliggöras, internt och externt, gällande hälso- och sjukvård. - delta i samverkansforum gällande hälso- och sjukvård. - på ett systematiskt sätt återföra information från samverkansforum till berörd personal.
Medicinskt ansvarig för habilitering/rehabilitering (MAR) ansvarar för att:
- upprätta riktlinjer för samverkan mellan huvudmännen gällande habilitering/rehabilitering och

³⁵ Andra verksamheter och med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

patientsäkerhet.

- upprätta rutiner för hur samverkan ska bedrivas respektive möjliggöras, internt och externt, gällande habilitering/rehabilitering och patientsäkerhet.
- delta i samverkansforum gällande habilitering/rehabilitering.
- på ett systematiskt sätt återföra information från samverkansforum till berörd personal.

Avdelningschefen ansvarar för att:

- informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande avtal kring ansvarsfördelning mellan huvudmännen³⁰.
- informera enhetschefer om gällande riktlinjer och rutiner för samverkan, internt och externt.
- upprätta rutiner för hur samverkan ska bedrivas respektive möjliggöras, internt och externt.
- informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande rutiner för hur samverkan ska bedrivas respektive möjliggöras, internt och externt.
- gällande rutiner för hur samverkan ska bedrivas respektive möjliggöras, internt och externt, följs av berörd personal i avdelningens verksamheter.
- delta i samverkansforum.
- återkoppla till förvaltningschefen när riktlinjer och/eller rutiner för samverkan inte fungerar.

Enhetschefen ansvarar för att:

- informera berörd personal om gällande riktlinjer och rutiner³¹ för hur samverkan ska bedrivas respektive möjliggöras, internt och externt.
- gällande rutiner för hur samverkan ska bedrivas respektive möjliggöras, internt och externt, följs av berörd personal i enhetens verksamheter.
- delta i samverkansforum.
- återkoppla till avdelningschefen när riktlinjer och/eller rutiner för samverkan inte fungerar.

Medarbetaren ansvarar för att:

- följa gällande rutiner för hur samverkan ska bedrivas respektive möjliggöras, internt och externt.
- vid behov delta i samverkansforum.
- återkoppla till enhetschefen när riktlinjer och/eller rutiner för samverkan inte fungerar.

Styrande dokument

Process	Rutin	Information
Processer som behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.	Rutiner som behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.	Intranätet/Ledningsprocesser. Intranätet/Huvudprocesser. Intranätet/Stödprocesser.

5. Systematiskt förbättringsarbete

5.1 Riskanalys

Kravet på att **fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet** som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 1 § (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.
- För varje sådan händelse:
 - uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
 - bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
Systematiskt och fortlöpande ska det bedömas om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.	Rutin för riskanalys. Rutin för händelseanalys.	Följa upp att det finns dokumenterade rutiner för riskanalys och händelseanalys som är kända i verksamheten och följs av berörd personal.

Ansvarsfördelning
Förvaltningschefen ansvarar för att det finns:
- dokumenterade rutiner för riskanalys och händelseanalys.
Kvalitetsledaren ansvarar för att:
- upprätta rutiner för riskanalys och händelseanalys gällande lednings- och stödverksamhet. - följa upp och analysera förutsättningarna för att arbeta med riskanalyser och händelseanalyser. - stödja chefer i arbetet med riskanalyser och händelseanalyser.
Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:
- upprätta rutiner för riskanalys och händelseanalys gällande omsorgsverksamhet ²⁹ . - följa upp och utvärdera arbetet med riskanalyser och händelseanalyser gällande omsorgsverksamhet ²⁹ . - stödja chefer i arbetet med riskanalyser och händelseanalyser.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:
- upprätta rutiner för riskanalys och händelseanalys gällande hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. - följa upp och utvärdera arbetet med riskanalyser och händelseanalyser gällande hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. - stödja chefer i arbetet med riskanalyser och händelseanalyser.
Medicinskt ansvarig för habilitering/rehabilitering (MAR) ansvarar för att:
- följa upp och utvärdera arbetet med riskanalyser och händelseanalyser gällande habilitering/rehabilitering och patientsäkerhet. - stödja chefer i arbetet med riskanalyser och händelseanalyser.
Avdelningschefen ansvarar för att:
- informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande rutiner ³⁰ för riskanalys och händelseanalys. - löpande och inför förändringar i avdelningens verksamheter genomföra riskanalyser. - gällande rutiner för riskanalys och händelseanalys följs i avdelningens verksamheter.
Enhetschefen ansvarar för att:
- informera berörd personal om gällande rutiner ³¹ för riskanalys och händelseanalys. - löpande och inför förändringar i enhetens verksamheter genomföra riskanalyser. - genomföra händelseanalys när en händelse har inträffat, som har inneburit ett allvarligt hot mot eller som har medfört (allvarliga) konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa, ska en händelseanalys genomföras ³⁶ . - gällande rutiner för riskanalys och händelseanalys följs i enhetens verksamheter.
Medarbetaren ansvarar för att:
- delta i arbetet med riskanalyser. - delta i arbetet med händelseanalyser. - återkoppla till enhetschefen när en riskanalys eller en händelseanalys behöver genomföras.

Styrande dokument		
Process	Rutin	Information
Riskanalys.	Rutin Riskanalys.	Intranätet/ Systematiskt förbättringsarbete.
Händelseanalys.	Rutin Händelseanalys.	Intranätet/ Systematiskt förbättringsarbete.

³⁶ Modell för risk- och händelseanalys. Systematiskt förbättringsarbete inom individ- och familjeomsorgen. Sveriges Kommuner och Landsting.

5.2 Egenkontroll

Kravet på att **utöva egenkontroll** som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 2 §. (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Systematiskt följa upp och utvärdera vår egen verksamhet³⁷.
- Kontrollera att verksamhet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i förvaltningens ledningssystem.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
Den egna verksamhetens resultat ska systematiskt följas upp och utvärderas ^{38 39} .	Rutin för vårdplanering.	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för vårdplanering som är känd i verksamheten och följs av berörd personal.
	Rutin för genomförandeplanering.	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för genomförandeplanering som är känd i verksamheten och följs av berörd personal.
	Följa upp insatser ⁴⁰ /planering ⁴¹ .	Följa upp att det finns genomförandeplaner/vårdplaner.
		Följa upp att klienter/brukare är delaktiga i genomförandeplaneringen/vårdplaneringen.
		Följa upp att genomförandeplaner/vårdplaner följs upp.
	Följa upp biståndsbeslut enligt SoL och LSS.	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för uppföljning av biståndsbeslut som är känd i verksamheten och följs av berörd personal.
	Verksamhetsuppföljningar.	Följa upp att alla verksamheter har en verkstadsplan som följs upp.
		Följa upp antalet LEAN-inspirerade kvalitetsarbeten ⁴² .
	Tertialuppföljningar.	Följa upp verksamheters resultat med utgångspunkt i nämndernas resultatmått.
	Brukaruppföljningar.	Följa upp verksamhet ⁴³ .

³⁷ Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att nämnderna ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

³⁸ Egenkontroll innebär att granska den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs.

³⁹ Egenkontroll är en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

⁴⁰ Genomförandeplaner.

⁴¹ Vårdplaner.

⁴² Som det publiceras information om löpande på intranätet (ett sätt att synliggöra personalens medverkan i verksamhetens kvalitetsarbete) (se 6 kap. Personalens medverkan i kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)).

	Klientuppföljningar.	Följa upp verksamhet ⁴³ .
	Utvärdera genomförda projekt.	Följa upp och utvärdera avslutade projekt utifrån fastställda utvärderingsplaner ⁴⁴ .
	Utvärdera genomförda uppdrag.	Utvärdera effekterna av genomförda uppdrag.
	Utvärdera genomförda utvecklingsarbeten.	Utvärdera effekterna av genomförda utvecklingsarbeten.
	Utföra interna kontroller.	Utföra kontroller enligt nämndernas plan för intern kontroll.
	Utvärdera hur rapporterade klagomål och synpunkter används i förbättrings- och utvecklingsarbetet.	Följa upp och utvärdera hur klagomål och synpunkter används i förbättrings- och utvecklingsarbetet.
	Utvärdera hur rapporterade fel, brister och avvikelser används i förbättrings- och utvecklingsarbetet.	Följa upp och utvärdera hur rapporterade fel, brister och avvikelser används i förbättrings- och utvecklingsarbetet.

Ansvarsfördelning

Förvaltningschefen ansvarar för att:

- det finns dokumenterade rutiner för uppföljning och utvärdering.
- välfärdsförvaltningens verkstadsplan följs upp.

Kvalitetsledaren ansvarar för att:

- genomföra uppföljningar utifrån nämndernas resultatmått (underlag för tertialuppföljningar).
- planera uppföljningar tillsammans med SAS, MAS och MAR.
- följa upp och analysera förutsättningarna för att systematiskt följa upp och utvärdera verksamhet.
- kontrollera att verksamhet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i förvaltningens ledningssystem⁴⁵.
- planera interna kontroller tillsammans med SAS, MAS och MAR.
- genomföra interna kontroller avseende lednings- och stödverksamhet.
- planera interna revisioner tillsammans med SAS, MAS och MAR.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:

- kontrollera att verksamhet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i förvaltningens ledningssystem gällande det sociala innehållet inom omsorgens område^{29 45}.
- genomföra uppföljningar inom omsorgens område²⁹.
- genomföra interna kontroller avseende omsorgsverksamhet²⁹.
- genomföra interna revisioner tillsammans med MAS och MAR.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:

- kontrollera att verksamhet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i förvaltningens ledningssystem gällande hälso- och sjukvård och patientsäkerhet⁴⁵.
- genomföra uppföljningar inom hälso- och sjukvårdens område.
- genomföra interna kontroller avseende hälso- och sjukvårdsverksamhet.
- genomföra interna revisioner tillsammans med SAS och MAR.

Medicinskt ansvarig för habilitering/rehabilitering (MAR) ansvarar för att:

- kontrollera att verksamhet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i förvaltningens ledningssystem gällande habilitering/rehabilitering och patientsäkerhet⁴⁵.
- genomföra uppföljningar inom habiliterings-/rehabiliteringsområdet.

⁴³ Till exempel daglig verksamhet, LSS boende, barn, ungdom och familjeenheten (inom avdelningen socialt stöd).

⁴⁴ Projektbeställaren ansvarar för att fastställa en utvärderingsplan i samband med att ett projekt avslutas.

⁴⁵ Underlag för planering av interna revisioner.

<ul style="list-style-type: none"> - genomföra interna kontroller avseende habiliterings-/rehabiliteringsverksamhet. - genomföra interna revisioner tillsammans med SAS och MAS.
Avdelningschefen ansvarar för att:
<ul style="list-style-type: none"> - informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande rutiner³⁰ för uppföljning och utvärdering. - kommunicera med, handleda och stödja enhetschefer och annan berörd personal i verkställandet av gällande rutiner för uppföljning och utvärdering. - gällande rutiner för uppföljning och utvärdering följs av berörd personal i avdelningens verksamheter. - enhetschefer och annan berörd personal erhåller kompetensutveckling i frågor som berör uppföljning och utvärdering. - följa upp avdelningens verkstadsplan.
Enhetschefen ansvarar för att:
<ul style="list-style-type: none"> - informera berörd personal om gällande rutiner³¹ för uppföljning och utvärdering. - kommunicera med, handleda och stödja berörd personal i att följa rutinerna för uppföljning och utvärdering. - rutinerna för uppföljning och utvärdering följs av berörd personal i enhetens verksamheter. - berörd personal erhåller kompetensutveckling i frågor som berör uppföljning och utvärdering. - följa upp enhetens verkstadsplan.
Medarbetaren ansvarar för att:
<ul style="list-style-type: none"> - följa gällande rutin för vårdplanering. - följa gällande rutin för genomförandeplanering. - följa gällande rutin för uppföljning av biståndsbeslut. - återkoppla till enhetschefen när rutiner för uppföljning och utvärdering inte fungerar.

Styrande dokument		
Process	Rutin	Information
Vårdplanering.	Rutin Vårdplanering.	Intranätet/Huvudprocesser.
Genomförandeplanering.	Rutin Genomförandeplanering.	Intranätet/Huvudprocesser.
Uppföljning av insatser.	Rutin Uppföljning av insatser.	Intranätet/Huvudprocesser.
Uppföljning av beslut.	Rutin Uppföljning av beslut.	Intranätet/Huvudprocesser.
Verksamhetsplanering/-uppföljning.	Rutin Verksamhetsplanering/-uppföljning.	Intranätet/Ledningsprocesser.
Uppföljning utifrån nämndernas mätområden.	Rutin Uppföljning utifrån nämndernas mätområden.	Anvisningar Tertialuppföljningar.
Projektprocessen.	Rutin Projektprocessen.	Intranätet/Ledningsprocesser.
Uppdragsprocessen.	Rutin Uppdragsprocessen ⁴⁶ .	Intranätet/Ledningsprocesser.
Internkontrollprocess.	Rutin Internkontrollprocess.	Reglemente för intern styrning och kontroll
Klagomåls- och synpunktshantering.	Rutin Klagomåls- och synpunktshantering.	Intranätet/ Systematiskt förbättringsarbete.
Avvikelsehantering.	Rutin Avvikelsehantering ⁴⁷ .	Intranätet/ Systematiskt förbättringsarbete.

⁴⁶ Inklusivt övriga utvecklingsarbeten.

⁴⁷ Samlingsrutin (med hänvisningar till områdesspecifika rutiner).

5.3 Utredning av avvikelser

5.3.1 Klagomål och synpunkter

Kravet på att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 3 § (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från:
 - brukare, klienter, närstående
 - personal
 - vårdgivare
 - de som bedriver socialtjänst
 - de som bedriver verksamhet enligt LSS
 - myndigheter
 - föreningar, andra organisationer, intressenter.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska systematiskt tas emot och utredas till underlag för förbättringsarbete.	Rutin för klagomåls- och synpunktshantering.	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för klagomåls- och synpunktshantering som är känd i verksamheten och följs av berörd personal.

Ansvarsfördelning
Förvaltningschefen ansvarar för att: <ul style="list-style-type: none">- det finns en dokumenterad rutin för att ta emot, rapportera och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.- följa gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.
Kvalitetsledaren ansvarar för att: <ul style="list-style-type: none">- följa upp att den dokumenterade rutinen för klagomåls- och synpunktshantering är känd i verksamheten och följs av berörd personal.- handlägga inkomna klagomål och synpunkter rörande lednings- och stödverksamhet.- följa gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.
Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att: <ul style="list-style-type: none">- upprätta en dokumenterad rutin för att ta emot, rapportera och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.- handlägga inkomna klagomål och synpunkter rörande omsorgsverksamhet²⁹.- sammanställa och redovisa inkomna klagomål och synpunkter till nämnderna tertialvis.- följa gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att: <ul style="list-style-type: none">- handlägga inkomna klagomål och synpunkter rörande hälso- och sjukvård och patientsäkerhet.- följa gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.
Medicinskt ansvarig för habilitering/rehabilitering (MAR) ansvarar för att: <ul style="list-style-type: none">- handlägga inkomna klagomål och synpunkter rörande habilitering/rehabilitering och patientsäkerhet.- följa gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

kvalitet.
Avdelningschefen ansvarar för att:
- informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. - gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet följs i avdelningens verksamheter. - följa gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.
Enhetschefen ansvarar för att:
- informera berörd personal om gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. - gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet följs i enhetens verksamheter. - följa gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.
Medarbetaren ansvarar för att:
- följa gällande rutin för att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. - återkoppla till enhetschefen när gällande rutin för rapportering av klagomål och synpunkter inte fungerar.

Styrande dokument		
Process	Rutin	Information
Klagomåls- och synpunktshantering.	Rutin Klagomåls- och synpunktshantering.	Intranätet/Klagomåls- och synpunktshantering.

5.3.2 Rapporteringsskyldighet

Kravet på [rapporteringsskyldighet](#) som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 4 § - 5 § (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Rapportera:
 - vårdskador
 - risk för vårdskador
 - missförhållanden
 - påtagliga risker för missförhållanden.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
Missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden och vårdskador/risk för vårdskador ska rapporteras systematiskt till underlag för förbättringsarbete.	Rutin för rapportering av missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden.	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för rapportering av missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden som är känd i verksamheten och följs av berörd personal.
	Rutin för rapportering av vårdskador/risk för vårdskador.	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för rapportering av vårdskador/risk för vårdskador som är känd i verksamheten och följs av berörd personal.

Ansvarsfördelning
Förvaltningschefen ansvarar för att:
<ul style="list-style-type: none"> - det finns en dokumenterad rutin för att rapportera och utreda vårdskador/risk för vårdskador. - det finns en dokumenterad rutin för att rapportera, dokumentera, utreda och avhjälpa missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden. - anmäla till Socialstyrelsen om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten⁴⁸. - anmäla till Socialstyrelsen om nya verksamheter som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen och om verksamheter förändras, flyttas eller läggs ner. - lämna yttranden till Socialstyrelsen i tillsynsärenden rörande hälso- och sjukvård och dess personal⁴⁸.
Kvalitetsledaren ansvarar för att:
<ul style="list-style-type: none"> - följa upp och analysera förutsättningarna för att rapportera missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden. - följa upp och analysera förutsättningarna för att rapportera vårdskador/risk för vårdskador.
Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:
<ul style="list-style-type: none"> - upprätta en dokumenterad rutin för att rapportera, dokumentera, utreda och avhjälpa missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden. - handlägga och utreda inkomna rapporter enligt gällande rutin (lex Sarah). - sammanställa och analysera rapporterade missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden till underlag för beskrivning av innevarande års hantering⁴⁹.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:
<ul style="list-style-type: none"> - upprätta en dokumenterad rutin för att rapportera och utreda vårdskador/risk för vårdskador. - handlägga och utreda inkomna rapporter enligt gällande rutin (lex Maria). - anmäla till Socialstyrelsen om händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat). - anmäla till Läkemedelsverket om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. - sammanställa och analysera rapporterade vårdskador/risk för vårdskador till underlag för beskrivning av innevarande års hantering⁵⁰.
Avdelningschefen ansvarar för att:
<ul style="list-style-type: none"> - informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande rutin för rapportering av missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden. - lämna yttranden till Socialstyrelsen i ärenden som rör klagomål på hälso- och sjukvård och dess personal⁵¹. - informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande rutin för rapportering av vårdskador/risk för vårdskador. - gällande rutin för rapportering av vårdskador/risk för vårdskador följs i avdelningens verksamheter.
Enhetschefen ansvarar för att:
<ul style="list-style-type: none"> - informera berörd personal om gällande rutiner för rapportering av missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden. - informera berörd personal om gällande rutiner för rapportering av vårdskador/risk för vårdskador. - gällande rutin för rapportering av missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden följs i enhetens verksamheter. - gällande rutin för rapportering av vårdskador/risk för vårdskador följs i enhetens verksamheter.
Medarbetaren ansvarar för att:
<ul style="list-style-type: none"> - följa gällande rutin för rapportering av missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden. - följa gällande rutin för rapportering av vårdskador/risk för vårdskador.

⁴⁸ Verksamhetschef för hälso- och sjukvård.

⁴⁹ Att ingå i välfärdförvaltningens kvalitetsberättelse.

⁵⁰ Att ingå i välfärdförvaltningens patientsäkerhetsberättelse.

⁵¹ Gäller avdelningschefen för särskilt boende och LSS-boende.

- återkoppla till enhetschefen när gällande rutiner för rapportering av missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden respektive vårdskador/risk för vårdskador inte fungerar.

Styrande dokument		
Process	Rutin	Information
Avvikelsehantering lex Sarah.	Rutin Avvikelsehantering lex Sarah ⁵² .	Intranätet/Avvikelsehantering.
Avvikelsehantering lex Maria.	Rutin Avvikelsehantering lex Maria	Intranätet/Avvikelsehantering.

5.3.3 Sammanställning och analys

Kravet på att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 6 § (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Sammanställa och analysera avvikelser, klagomål och synpunkter för att se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska systematiskt sammanställas och analyseras för att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ska identifieras.	Rutin för sammanställning och analys av inkomna rapporter (lex Sarah).	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för sammanställning och analys av inkomna rapporter med missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden (lex Sarah).
	Rutin för sammanställning och analys av inkomna rapporter (lex Maria).	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för sammanställning och analys av inkomna rapporter med vårdskador/risk för vårdskador (lex Maria).
	Rutin för sammanställning och analys av övriga inkomna rapporter (händelser, fel, brister).	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för sammanställning och analys av övriga inkomna rapporter (händelser, fel, brister).
	Rutin för sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter.	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter.

Ansvarsfördelning

Förvaltningschefen ansvarar för att det finns:

- dokumenterade rutiner för att systematiskt sammanställa och analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

⁵² Det finns även en riktlinje som är styrande för arbetet i denna process.

Kvalitetsledaren ansvarar för att:
- följa upp att det finns en dokumenterad rutin för sammanställning och analys av inkomna rapporter med missförhållanden/påtagliga risker för missförhållanden (lex Sarah). - följa upp att det finns en dokumenterad rutin för sammanställning och analys av inkomna rapporter med vårdskador/risk för vårdskador (lex Maria). - sammanställa och analysera inkomna klagomål och synpunkter gällande lednings- och stödverksamhet ⁴⁹ . - sammanställa och analysera rapporterade avvikelser (händelser, fel, brister) gällande ledningsprocesser och stödprocesser ⁴⁹ . - sammanställa en årsberättelse över rapporterade avvikelser gällande ledningsprocesser och stödprocesser ⁴⁹ .
Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:
- sammanställa och analysera inkomna klagomål och synpunkter gällande omsorgsverksamhet ^{29 49} . - sammanställa och analysera rapporterade avvikelser (händelser, fel, brister) gällande omsorgsverksamhet ²⁹ (inklusive lex Sarah) ⁴⁹ . - sammanställa en årsberättelse över rapporterade avvikelser gällande omsorgsverksamhet ⁴⁹ .
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:
- sammanställa och analysera rapporterade avvikelser (händelser, fel, brister) gällande hälso- och sjukvård och patientsäkerhet (inklusive lex Maria) ⁵⁰ . - sammanställa en årsberättelse över rapporterade avvikelser gällande hälso- och sjukvård och patientsäkerhet.
Avdelningschefen ansvarar för att:
- sammanställa och analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter som berör den egna avdelningens verksamheter för att identifiera orsaker till brister i verksamhetens kvalitet. - återkoppla till förvaltningschef när brister upptäcks som inte kan åtgärdas på avdelningsnivå.
Enhetschefen ansvarar för att:
- sammanställa och analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter som berör den egna enhetens verksamheter för att identifiera orsaker till brister i verksamhetens kvalitet. - återkoppla till avdelningschef när brister upptäcks som inte kan åtgärdas på enhetsnivå.

Styrande dokument		
Process	Rutin	Information
Sammanställning och analys av avvikelser.	Rutin Sammanställning och analys av avvikelser.	Intranätet/Ledningsprocesser.
Sammanställning och analys av klagomål och synpunkter.	Rutin Sammanställning och analys av klagomål och synpunkter.	Intranätet/Ledningsprocesser.

5.4 Förbättrande åtgärder i verksamheten

Kravet på att åtgärder ska vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 7 §. (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet utifrån resultaten från egenkontroll, riskanalyser och utredningar av klagomål och anmälningar.
- Förbättra processer och rutiner vid behov.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
Åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet ska vidtas systematiskt.	Rutin för ständiga förbättringar av verksamheten ⁵³ .	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för ständiga förbättringar av verksamheten ⁵³ som är känd i verksamheten och följs av berörd personal.

Ansvarsfördelning
Förvaltningschefen ansvarar för att:
- det finns en dokumenterad rutin för ständiga förbättringar av verksamheten. - identifiera utvecklingsmöjligheter och föreslå förbättrande åtgärder.
Kvalitetsledaren ansvarar för att:
- upprätta en dokumenterad rutin för ständiga förbättringar av verksamheten. - följa upp och analysera förutsättningarna för att arbeta med ständiga förbättringar av verksamheten. - identifiera utvecklingsmöjligheter och föreslå förbättrande åtgärder.
Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:
- identifiera utvecklingsmöjligheter och föreslå förbättrande åtgärder.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:
- identifiera utvecklingsmöjligheter och föreslå förbättrande åtgärder.
Medicinskt ansvarig för habilitering/rehabilitering (MAR) ansvarar för att:
- identifiera utvecklingsmöjligheter och föreslå förbättrande åtgärder.
Avdelningschefen ansvarar för att:
- informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande rutin för ständiga förbättringar av verksamheten. - gällande rutin för ständiga förbättringar av verksamheten följs av berörd personal i avdelningens verksamheter. - vidta åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. - identifiera utvecklingsmöjligheter och föreslå förbättrande åtgärder.
Enhetschefen ansvarar för att:
- informera berörd personal om gällande rutin för ständiga förbättringar av verksamheten. - gällande rutin för ständiga förbättringar av verksamheten följs av berörd personal i enhetens verksamheter. - vidta åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. - identifiera utvecklingsmöjligheter och föreslå förbättrande åtgärder.
Medarbetaren ansvarar för att:
- följa gällande rutin för ständiga förbättringar av verksamheten. - vidta åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. - återkoppla till enhetschefen om rutinen för ständiga förbättringar av verksamheten inte fungerar. - identifiera utvecklingsmöjligheter och föreslå förbättrande åtgärder.

Styrande dokument		
Process	Rutin	Information
Ständiga förbättringar av verksamheten.	Rutin Ständiga förbättringar av verksamheten.	Intranätet/Ledningsprocesser.

⁵³ Inklusivt förbättring av processer och rutiner.

5.5 Förbättring av processerna och rutinerna

Kravet på att processerna och rutinerna ska förbättras som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 8 § (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Förbättra processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
Åtgärder som krävs för att förbättra processer och rutiner som inte är ändamålsenliga ska vidtas systematiskt.	Rutin för ständiga förbättringar av verksamheten ⁵³ .	Följa upp att det finns en dokumenterad rutin för ständiga förbättringar av verksamheten ⁵³ som är känd i verksamheten och följs av berörd personal.

Ansvarsfördelning
Förvaltningschefen ansvarar för att:
- det finns en dokumenterad rutin för ständiga förbättringar av verksamheten. - rapportera utvecklingsmöjligheter till processansvariga.
Kvalitetsledaren ansvarar för att:
- upprätta en dokumenterad rutin för ständiga förbättringar av verksamheten. - följa upp och analysera förutsättningarna för att arbeta med ständiga förbättringar av verksamheten. - rapportera utvecklingsmöjligheter till processansvariga.
Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:
- vid behov informera om gällande rutiner för omsorgsverksamhet ²⁹ . - rapportera utvecklingsmöjligheter till processansvariga.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:
- vid behov informera om gällande rutiner för hälso- och sjukvårdsverksamhet och patientsäkerhet. - rapportera utvecklingsmöjligheter till processansvariga.
Medicinskt ansvarig för habilitering/rehabilitering (MAR) ansvarar för att:
- vid behov informera om gällande rutiner för habiliterings-/rehabiliteringsverksamhet och patientsäkerhet. - rapportera utvecklingsmöjligheter till processansvariga.
Avdelningschefen ansvarar för att:
- informera enhetschefer och annan berörd personal om gällande rutin för ständiga förbättringar av verksamheten. - gällande rutin för ständiga förbättringar följs i avdelningens verksamheter - vidta åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. - rapportera utvecklingsmöjligheter till processansvariga.
Enhetschefen ansvarar för att:
- informera berörd personal om gällande rutin för ständiga förbättringar av verksamheten. - gällande rutin för ständiga förbättringar av verksamheten följs i enhetens verksamheter - vidta åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. - rapportera utvecklingsmöjligheter till processansvariga.
Medarbetaren ansvarar för att:
- följa gällande rutin för ständiga förbättringar av verksamheten. - vidta åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. - återkoppla till enhetschefen om gällande rutin för ständiga förbättringar av verksamheten inte fungerar. - rapportera utvecklingsmöjligheter till processansvariga.

Styrande dokument		
Process	Rutin	Information
Ständiga förbättringar av verksamheten.	Rutin Ständiga förbättringar av verksamheten.	Intranätet/Ledningsprocesser.

6. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Kravet på att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 6 kap. 1 § - 3 § (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Arbeta i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
Medarbetarna ska ha de kunskaper och färdigheter som krävs för att utföra arbetsuppgifterna inom sitt ansvarsområde.	Rutin för förankring av fastställda processer och rutiner.	Följa upp att det finns en rutin för förankring av fastställda processer och rutiner som är känd i verksamheten och följs av berörd personal.

Ansvarsfördelning
Förvaltningschefen ansvarar för att det finns:
- en dokumenterad rutin för förankring av fastställda processer och rutiner.
Kvalitetsledaren ansvarar för att:
- upprätta en dokumenterad rutin för förankring av fastställda processer och rutiner. - följa upp att den dokumenterade rutinen för förankring av fastställda processer och rutiner är känd i verksamheten och följs av berörd personal.
Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:
- vid behov informera om fastställda processer och gällande rutiner gällande omsorgsverksamhet ²⁹ .
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:
- vid behov informera om fastställda processer och gällande rutiner gällande hälso- och sjukvårdsverksamhet och patientsäkerhet.
Medicinskt ansvarig för habilitering/rehabilitering (MAR) ansvarar för att:
- vid behov informera om fastställda processer och gällande rutiner gällande habiliterings-/rehabiliteringsverksamhet och patientsäkerhet.
Avdelningschefen ansvarar för att:
- det inom avdelningens verksamheter arbetas i enlighet med fastställda processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet.
Enhetschefen ansvarar för att:
- det inom enhetens verksamheter arbetas i enlighet med fastställda processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet.
Medarbetaren ansvarar för att:
- följa gällande rutiner.

Styrande dokument		
Process	Rutin	Information
Förankring av fastställda processer och rutiner.	Rutin Förankring av fastställda processer och rutiner.	Intranätet/Ledningsprocesser.

7. Dokumentationskyldighet

Kravet på **dokumentation av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet** som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 7 kap. 1 § - 3 § (SOSFS 2011:9) uppnår vi genom att:

- Beskriva förvaltningens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.
- Beskriva vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Beskriva vilka resultat som har uppnåtts.

Utvecklingsinriktning		
Målsättning	Metod	Uppföljning
En kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse ska sammanställas årligen.	Rutin för sammanställning av en kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse.	Följa upp att det finns en rutin för sammanställning av en kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse som är känd i verksamheten och följs av berörd personal.

Ansvarsfördelning
Förvaltningschefen ansvarar för att det:
- årligen sammanställs en kvalitetsberättelse. - årligen sammanställs en patientsäkerhetsberättelse.
Kvalitetsledaren ansvarar för att:
- sammanställa kvalitetsberättelsen.
Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att:
- bistå kvalitetsledaren i arbetet med förvaltningens kvalitetsberättelse.
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att:
- sammanställa patientsäkerhetsberättelsen.
Medicinskt ansvarig för habilitering/rehabilitering (MAR) ansvarar för att:
- bistå medicinskt ansvarig sjuksköterska i arbetet med förvaltningens patientsäkerhetsberättelse.
Avdelningschefen ansvarar för att:
- delta i uppföljningar.
Enhetschefen ansvarar för att:
- delta i uppföljningar.

Styrande dokument		
Process	Rutin	Information
Sammanställning av en kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse.	Rutin Sammanställning av en kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse.	Intranätet/Ledningsprocesser.