Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter inom äldre- och omsorgsförvaltningen

Beslutsdatum	2019-12-18, §	**Dokumenttyp**	Riktlinje
Beslutad av	Äldre- och omsorgsnämnden	**Dokumentägare**	Förvaltningschef
Diarienummer		**Giltighetstid**	Fr.o.m. 2020-01 och tillsvidare

Process för systematiskt kvalitetsarbete

tyresö kommun

Innehållsförteckning

1 Bakgrund ... 4
1.1 Föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ... 4
1.2 Tyresö kommuns kvalitetsledningsmodell för verksamhetsutveckling ... 4
1.3 Tyresö kommuns styrprocess ... 4
1.4 Granskning av verksamheter ... 4
2 Definition av kvalitet ... 5
2.1 Kvalitet ur ett tjänsteperspektiv ... 5
2.2 Kvalitetsbegreppet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården ... 5
2.3 Kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla ... 6
3 Kvalitetsledning ... 7
3.1 Hållbar kvalitetsutveckling ... 7
3.2 Kvalitetsmål för socialtjänstens verksamhetsområden ... 7
3.3 Tyresö kommuns värdighetsgarantier för äldreomsorgen ... 8
4 Processledning ... 9
4.1 Definition av processer ... 9
4.2 Äldre- och omsorgsförvaltningens huvud- och delprocesser ... 9
4.3 Kvalitetssäkrade och värdeskapande processer ... 11
5 Systematiskt kvalitetsarbete ... 12
5.1 Stödprocess för systematiskt kvalitetsarbete ... 12
5.2 Planera ... 12
5.3 Genomföra ... 12
5.3.1 Missförhållanden, vårdskador, avvikelser och synpunkter, ... 13
5.3.2 Riskanalyser av verksamheten ... 14
5.3.3 Egenkontroller, granskningar och tillsyner ... 14
5.3.4 Kvalitetsråd - forum för systematisk förbättringsarbete ... 14
5.4 Uppföljning och analys ... 15
5.4.1 Systematisk uppföljning inom socialtjänsten ... 15
5.4.2 Kvalitetsberättelse ... 15
5.4.3 Patientsäkerhetsberättelse ... 16
5.5 Åtgärda ... 16

6 Äldre- och omsorgsförvaltningens organisation och ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet..... 17

6.1 Äldre- och omsorgsnämnden..... 17

6.2 Förvaltningschef..... 17

6.3 Enhetschef med myndighetsansvar..... 17

6.4 Verksamhetschef och enhetschef med verksamhetsansvar..... 17

6.5 Ansvar för samverkan..... 18

6.6 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)..... 18

6.7 Kvalietscontroller/utredare..... 19

6.8 Alla medarbetares ansvar för god kvalitet..... 19

Senast reviderad av dokumentägaren	[Ska inte vara ifylld om nämnden ska besluta om revidering]
Reviderad med anledning av	[Ska inte vara ifylld om nämnden ska besluta om revidering]

1 Bakgrund

1.1 Föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsen har beslutat om föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskriften är gemensam för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Syftet med ett ledningssystem är att skapa en systematik för att säkra och utveckla kvalitet. Denna riktlinje utgår från de krav och rekommendationer som ställs i föreskriften.

1.2 Tyresö kommuns kvalitetsledningsmodell för verksamhetsutveckling

Riktlinjen utgår även från Tyresö kommuns kvalitetsledningsmodell som har beslutats av kommunledningen. Syftet med kvalitetsledningsmodellen är att kommunen ska ha en gemensam bild av kvalitetsarbete och ett gemensamt arbetssätt för att systematiskt säkra, förnya och förbättra servicen till medborgarna.

1.3 Tyresö kommuns styrprocess

Tyresö kommuns styrprocess är uppbyggd för planering och uppföljning på tre nivåer: strategisk (kommunövergripande), taktisk (nämnd) och operativ (verksamhet). Planering och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet är en del i styrprocessen på nämnd- och verksamhetsnivå.

1.4 Granskning av verksamheter

Alla verksamheter som omfattas av föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska ha ett ledningssystem. Det innebär att utförare i privat regi själva ska säkerställa att detta krav uppfylls, och omfattas således inte av denna riktlinje. Äldre- och omsorgsnämnden har dock ett ansvar att enligt kommunallagen följa upp verksamhet, oavsett om den utförs i egen regi eller av annan utförare. Hur detta ska säkerställas är reglerat i *Program för uppföljning av privata och kommunala utförare* som är fastställd av kommunfullmäktige.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har även ett tillsynsansvar av kraven i hälso- och sjukvårdslagen för verksamheter i privat regi. Enligt avtalen omfattas även privata utförare av kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer.

2 Definition av kvalitet

2.1 Kvalitet ur ett tjänsteperspektiv

Kvalitet i välfärdstjänster skapas och realiseras i interaktion med de personer verksamheten är till för. Att arbeta med kvalitet handlar därför om att förstå de behov och förväntningar som finns hos dem som verksamheten finns till för samt återkoppla detta in i ett utvecklingsarbete som bedrivs på ett sådant sätt att verksamhetens förmåga att möta dessa behov och förväntningar ständigt förbättras.

2.2 Kvalitetsbegreppet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården

God kvalitet inom socialtjänsten beskrivs som en verksamhet som uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt gällande lagar, förordningar, och föreskrifter samt att socialtjänsten:

- bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet,
- utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet,
- är kunskapsbaserade och effektivt utförda,
- är tillgängliga och jämlikt fördelade,
- samt är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.[1]

God kvalitet inom hälso- och sjukvårdsverksamhet innebär att verksamheten ska tillhandahålla den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[2] God vård innebär att vården ska:

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
- samt vara lättillgänglig.[3]

Vidare ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.[4]

---

[1] Se socialtjänstlagen (2001:453) 1 kap. 1 §, 3 kap. 1-5 §, 11 kap. 1-8 § samt 6 § Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

[2] Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 2 §.

[3] Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 1 §.

[4] Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 4 §, Socialtjänstlagen 3 kap. 3 § och 6 § Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

2.3 Kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla

I Tyresö kommuns övergripande kvalitetsledningsmodell beskrivs kvalitet som i vilken utsträckning kommunen arbetar med att *säkerställa, förställa och förbättrar servicen för medborgarna, samt i vilken mån vi lever upp till kommuninvånarnas och andra intressenters krav och förväntningar på service, insatser och tjänster samt lagstiftning och styrdokument*.

Det systematiska kvalitetsarbetet inom äldre- och omsorgsförvaltningen syftar till att **kvalitetssäkra**, dvs. säkra att kvaliteten når en förutbestämd nivå som är reglerat i lagar, förordningar och föreskrifter samt **kvalitetsutveckla**, dvs. ständigt förbättra kvaliteten i verksamheten.

3 Kvalitetsledning

3.1 Hållbar kvalitetsutveckling

I kommunplanen beskrivs grundförutsättningarna för hållbar kvalitetsutveckling som omfattar kommunens samtliga verksamheter. Hållbar kvalitetsutveckling innebär att verksamhetsuppdraget utförs med bästa möjliga kvalitet med tillgängliga resurser genom:

- Mål och intentioner i lagstiftning eller motsvarande nationella styrdokument är uppfyllda i syfte att skapa värde och förbättrad situation för medborgare och intressenter med hänsyn till deras behov och förväntningar.
- Utlovade kvalitets- och servicenivåer är uppfyllda.
- Hållbar kvalitetsutveckling säkerställs och drivs av engagerade och kompetenta chefer och medarbetare.
- Verksamheterna förbättras och utvecklas genom effektiva och innovativa processer och arbetssätt.
- Varje verksamhet redovisar hållbara resultat som ligger i framkant i jämförelse med andra aktörer inom samma område.

3.2 Kvalitetsmål för socialtjänstens verksamhetsområden

Förvaltningen har utifrån kvalitetsområdena i den lagstiftning som reglerar socialtjänstens huvuduppdrag definierat kvalitetsmål som omfattar socialtjänstens samtliga verksamhetsområden och myndighetsutövning:

Socialtjänstens arbete är kunskapsbaserat och utförs av kvalificerad personal

Socialtjänsten arbetar evidensbaserat vilket innebär ett ständigt, systematiskt lärande där kunskap från brukaren/klienten, professionen och från forskningen vägs samman och används. Det finns den bemanning som behövs för att utföra uppdraget med god kvalitet, och personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna. Personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet.

Personer som har stöd av socialtjänsten ges möjlighet till inflytande, delaktighet och självbestämmande

Socialtjänsten ger den enskilde största möjliga inflytande, delaktighet och självbestämmande i myndighets- och utförandeprocesserna. Den enskilde ges rätt att välja utförare inom de insatser där kundval tillämpas.

Socialtjänsten har en rättssäker myndighetsutövning och verksamheterna är trygga och säkra
Socialtjänstens verksamheter ska vara trygga och säkra och myndighetsutövningen rättssäker. Socialtjänsten har ett systematiskt riskförebyggande arbetssätt.

Socialtjänstens tjänster är tillgängliga, jämlika och ges inom rimlig tid
Det ska vara lätt att få och förstå information om kommunens socialtjänst och om vilka insatser kommunen kan bistå den enskilde med. Det ska även vara lätt att komma i kontakt med kommunens socialtjänst. Beslut och insatser ska ges inom rimlig tid. Socialtjänstens tjänster ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.

Samverkan är vägledande i socialtjänstens arbete, speciellt vad gäller människor med sammansatta behov
Socialtjänstens olika tjänster är samordnade på ett bra sätt och präglade av kontinuitet. Samverkan ska ske när så behövs för att den enskildes behov ska tillgodoses.

3.3 Tyresö kommuns värdighetsgarantier för äldreomsorgen

Tyresö kommuns värdighetsgarantier för äldreomsorgen har fastslagits av nämnden. Syftet med värdighetsgarantierna är att alla äldre i kommunen ska känna sig trygga i att de kan vara med och påverka hur och när de beviljade insatserna ska utföras, vart de kan framföra synpunkter och ha visshet om att deras synpunkter beaktas. Värdighetsgarantierna utgår från de sju områden i den nationella värdegrunden:

- Privatliv och kroppslig integritet
- Självbestämmande
- Individanpassning och delaktighet
- God kvalitet
- Gott bemötande
- Trygghet
- Meningsfullhet

Utifrån varje område har kommunen beskrivit hur verksamheterna ska arbeta för att den nationella värdegrunden ska uppnås. Alla som arbetar inom äldreomsorgen ska känna till värdighetsgarantierna och arbeta för att de följs.

4 Processledning

4.1 Definition av processer

En process är en serie återkommande aktiviteter med syfte att skapa värde för en kund, i detta fall en individ som har behov av stöd, omsorg eller vård. Det finns olika typer av processer:

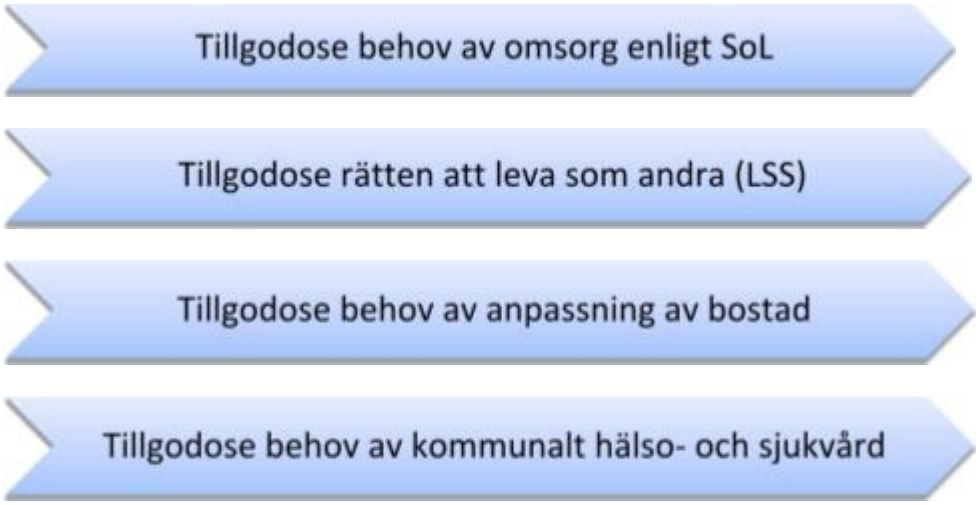
- huvud- och delprocesser som beskriver verksamhetens kärnverksamhet och det värde det skapar,
- ledningsprocesser som på något sätt påverkar, styr eller influerar huvud- och delprocesser,
- stödprocesser som på olika sätt stöttar processerna i kärnverksamheten.

4.2 Äldre- och omsorgsförvaltningens huvud- och delprocesser

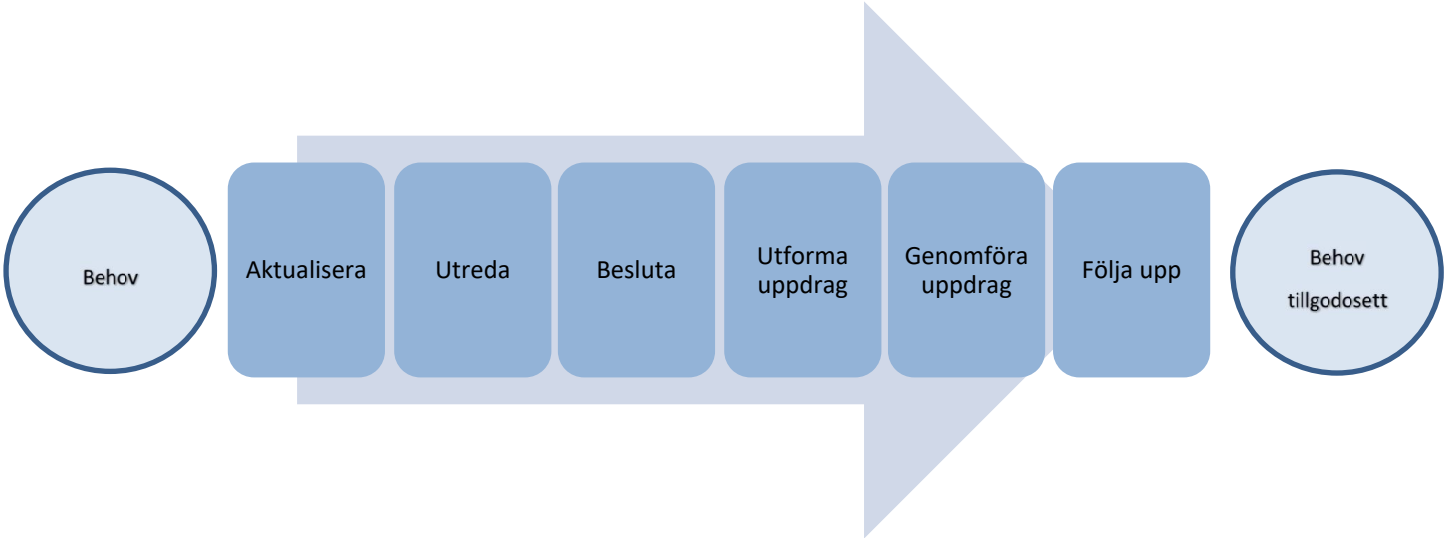
Äldre- och omsorgsförvaltningens huvuduppdrag är att ge invånarna i Tyresö den omsorg och vård de behöver. Huvuduppdraget regleras genom:

- Socialtjänstlag (2001:453)
- Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110)
- Lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

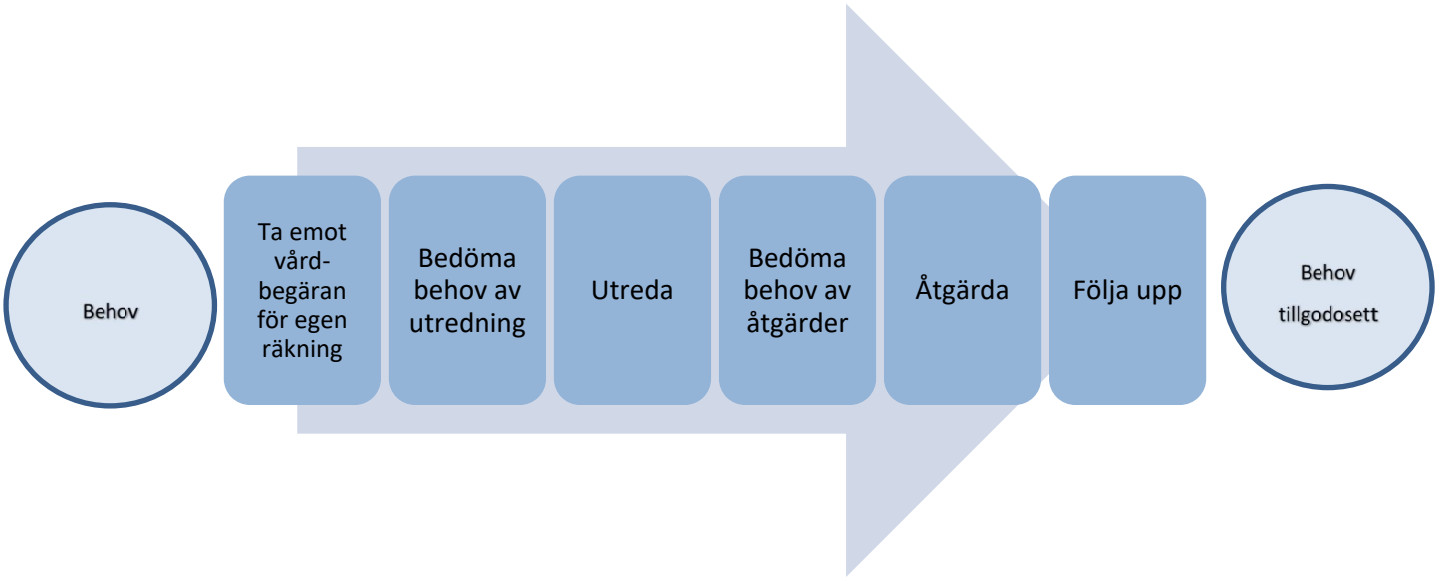
Förvaltningens huvudprocesser är:



Huvudprocesserna *tillgodose behov av omsorg enligt SoL, tillgodose rätten att leva som andra (LSS)* och *tillgodose behov av anpassning av bostad* beskrivs i processmodellen för socialtjänst som Socialstyrelsen tagit fram.[5]



Huvudprocessen *tillgodose behovet av kommunal vård- och omsorg* beskrivs i processmodellen för hälso- och sjukvård som Socialstyrelsen tagit fram.[6]



[5] *Nationell informationsstruktur 2019:1, Modeller för socialtjänst*, Socialstyrelsen. https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/Models

[6] *Nationell informationsstruktur 2019:2, Modeller för hälso- och sjukvård*, Socialstyrelsen. https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/Models

4.3 Kvalitetssäkrade och värdeskapande processer

Socialtjänstens samt hälso- och sjukvårdens processmodeller är en enhetlig beskrivning av den process som individen genomgår vid individuellt behovsprövad och beslutad socialtjänst samt hälso- och sjukvård. Verksamheterna ska utgå från dessa processmodeller i arbetet med delprocesserna. Till varje delprocess ska det finnas stödjande styrdokument, rutiner och checklistor som bidrar till kvalitetssäkring av processerna. Dessa ska revideras kontinuerligt enligt ny lagstiftning och ny kunskap.

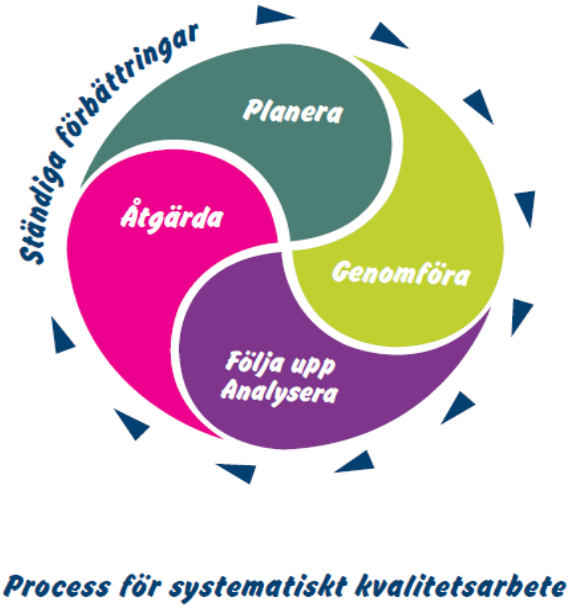
En viktig del i processledning är att analysera processen utifrån brukarens behov och kvalitetsmålen så att processen blir värdeskapande, och därmed ändamålsenlig. Förvaltningens processledning innebär att processägare, processledare och grupper som är kopplade till processen tillsammans:

- systematiskt följer upp, utvecklar och förbättrar processen så att värde och kvalitetsmål uppfylls,
- identifierar och hanterar processens risker,
- dokumenterar, publicerar och gör processen känd för alla som jobbar inom processen.

5 Systematiskt kvalitetsarbete

5.1 Stödprocess för systematiskt kvalitetsarbete

Tyresö kommuns kvalitetsledningsmodell för verksamhetsutveckling bygger på faserna planera, genomföra, följa upp och åtgärda samt ständiga förbättringar. Även riktlinjen för äldre- och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete följer samma modell/process.



Tyresö kommuns kvalitetsledningsmodell

5.2 Planera

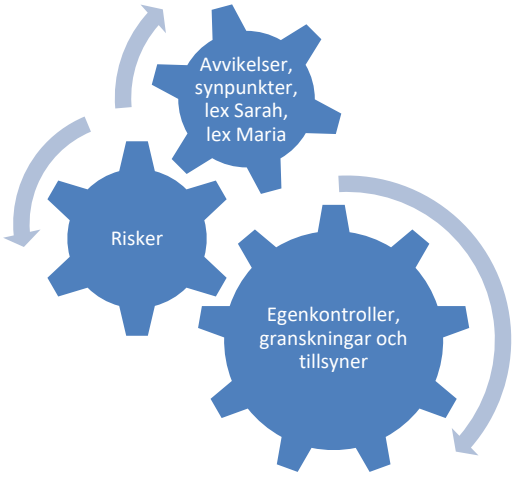
Årsplaneringen av kvalitetsarbetet följer övrig planering enligt styrprocessen. Äldre- och omsorgsnämnden ska i nämndplanen besluta om på vilket sätt avtal för privata utförare och uppdrag för kommunal regi ska följas upp samt årligen fastställa en övergripande granskningsplan för granskningar av verksamhet i både privat och kommunal regi. Granskningsplanen ska anmälas till kommunstyrelsen.

I samband med upprättande av verksamhets-/enhetsplan görs även en riksinventering och analys av kvalitetsrisker. Risker med höga riskvärden ska tas med i riskhanteringsplanen som upprättas i Bestyr. Riskhanteringsplan av förvaltningsövergripande risker görs i samband med upprättande av nämndplan och fastställs av nämnden.

5.3 Genomföra

Verksamhetens drivs och utvecklas enligt den årliga planeringen, fastställda processer och rutiner samt genom ständiga förbättringar. Det

förvaltningsövergripande kvalitetsarbetet samt avtalsuppföljningar och granskningar genomförs enligt upprättad nämndplan och granskningsplan.



5.3.1 Missförhållanden, vårdskador, avvikelser och synpunkter,

En avvikelse är en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat.[7] Det vill säga när verksamheten eller myndigheten inte når upp till eller riskerar att inte nå upp till lagar, föreskrifter, bestämmelser. En avvikelse är också avsteg från gällande processer och rutiner. Avvikelser ska dokumenteras. Utifrån omfattning och allvarlighetsgrad ska avvikelsen utredas för att få svar på vad som hänt och varför och vad som behöver förbättras så att det inte sker igen.

Händelser som har medfört ett missförhållande eller risk för missförhållande ska rapporteras och utredas enligt riktlinjen för lex Sarah. Risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska rapporteras och utredas enligt riktlinje för risk- och avvikelsehantering i kommunal hälso- och sjukvård.

I avvikelsehanteringen ingår också att handlägga, besvara och kvalitetssäkra klagomål och synpunkter i enlighet med kommunens riktlinjer för synpunktshantering.

Samtliga avvikelser ska regelbundet sammanställas för att kunna se mönster och systemfel som eventuellt inte har kommit fram i de enskilda utredningarna. Sammanställningen av de förbättringar som gjorts möjliggör även för lärande och

[7] Socialstyrelsens termbank.

kvalitetsutveckling inom hela förvaltningen. Sammanställning ska ligga till grund för den årliga riskanalysen. Sammanställningen ingår även i kvalitetsberättelsen.

5.3.2 Riskanalyser av verksamheten

För att upptäcka risker eller hot för verksamhetens kvalitet ska förebyggande riskanalyser genomföras. Riskanalyser ska göras årligen som tidigare beskrivet, men även under året i samband med planerade förändringar i verksamheten, som t.ex. omorganisation, sommarsemestrar, uppdatering av verksamhetssystem och liknande. Utifrån riskanalysen ska en åtgärdsplan upprättas. Risker som inte kan hanteras på enhetsnivå ska lyftas till verksamhets och/eller förvaltningsnivå.

5.3.3 Egenkontroller, granskningar och tillsyner

Genom egenkontroll kvalitetssäkras verksamheten. Egenkontroll innebär framför allt att alla medarbetare dagligen följer upp sitt utförda arbete och säkerställer att det är i enlighet med verksamhetens processer, rutiner, checklistor osv. Verksamheterna genomför även egenkontroller utifrån riskhanteringsplanen samt löpande under året genom uppföljning i samband med inrapportering och publicering av olika kvalitetsindikatorer som t.ex. öppna jämförelser (ÖJ), kommunens kvalitet i korthet (KKIK), brukarundersökningar etc.

Granskningar av verksamheten sker enligt årlig upprättad granskningsplan. Extern tillsyn av socialtjänstens verksamhetsområde och kommunal hälso- och sjukvård genomförs av inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Vart annat år genomförs en kvalitetsuppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården med hjälp av kvalitetsinstrumentet QUSTA. Tillsyn av hälso- och sjukvården inom LSS-verksamheter genomförs utifrån verksamhetsanpassad granskningsmall.

5.3.4 Kvalitetsråd - forum för systematisk förbättringsarbete

Ständiga förbättringar planeras och följs upp i samband med kvalitetsråden, som är förvaltningens forum för det systematiska förbättringsarbetet. Kvalitetsråd ska regelbundet genomföras på verksamhets/enhets- och förvaltningsövergripande nivå. Syftet med kvalitetsråd är att:

- arbeta enhetligt och strukturerat med systematiskt kvalitetsarbete och ständiga förbättringar,
- möjliggöra för lärande och spridning av goda exempel och resultat inom hela förvaltningen,
- skapa förutsättningar för medarbetares delaktighet, nytänkande och metodutveckling,
- öppet och transparent följa upp avvikelser och resultat av granskningar.

5.4 Uppföljning och analys

Verksamhetsuppföljning och analys genomförs enligt den kommungemensamma kvalitetsledningsmodellen samt styrprocessen. Verksamhetsuppföljningarna dokumenteras som månadsrapporter, delårsrapporter och verksamhets-/kvalitetsberättelser.

5.4.1 Systematisk uppföljning inom socialtjänsten

Utöver de metoder som beskrivs i kvalitetsledningsmodellen ska verksamheterna genomföra systematisk uppföljning. Systematisk uppföljning (SU) handlar om att dokumentera arbetet med enskilda brukare för att följa upp hur det går för dessa brukare samt om att sammanställa denna information i syfte att utveckla och förbättra verksamheten. Nyttan och användningen av SU kan delas in i tre olika nivåer:

- i det direkta arbetet med brukaren
- på verksamhetsnivå för att utveckla verksamheten
- på nationell nivå i form av exempelvis öppna jämförelser.

Syftet med att genomföra SU på verksamhetsnivå är att skapa underlag för utveckling och förbättring av verksamheten. SU är även en viktig del i att bedriva en kunskapsbaserad socialtjänst där beslut om åtgärder ska grunda sig på beprövad erfarenhet baserad på det egna arbetet och dess resultat. SU är en utgångspunkt för val och värdering av insatser och metoder både i enskilda fall och på verksamhetsnivå. Eftersom SU även visar på hur väl verksamheten lever upp till krav och förväntningar, är den en viktig del i bedömningen av måluppfyllelsen av kvalitetsmålen och hållbar kvalitetsutveckling.

5.4.2 Kvalitetsberättelse

I samband med upprättelse av verksamhetsberättelsen ska förvaltningen redovisa kvalitetsarbetet som bedrivits under året, dvs. upprätta en kvalitetsberättelse. Den ska innehålla en redogörelse för:

- måluppfyllelse av kvalitetsmålen,
- processledningsarbetet som genomförts under året,
- samt en sammanfattning det systematiska förbättringsarbetet under året; sammanställning av lex Sarah/lex Maria, avvikelser, granskningar, riskanalyser etc. och vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra och förbättra kvaliteten.

Den förvaltningsövergripande kvalitetsberättelsen som rapporteras till nämnden omfattar även en sammanställning av de avtalsuppföljningar och granskningar som gjorts under året. Utförare i enskild regi ska delge nämnden sina verksamhetsberättelser.

5.4.3 Patientsäkerhetsberättelse

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska därutöver årligen redovisa det systematiska patientsäkerhetsarbetet som bedrivits under året i en patientsäkerhetsberättelse. En sammanställning för hela förvaltningens patientsäkerhetsarbete upprättas årligen av MAS. I patientsäkerhetsberättelsen ska framgå hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla en beskrivning av vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.
Patientsäkerhetsberättelsen ska vara tillgänglig i verksamheten för den som önskar ta del av den.

5.5 Åtgärda

Verksamhetsuppföljning och analysen utgör grunden för planeringen för nästkommande år.

6 Äldre- och omsorgsförvaltningens organisation och ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet

6.1 Äldre- och omsorgsnämnden

Äldre- och omsorgsnämnden fastställer riktlinje för det systematiska kvalitetsarbetet samt följer upp att arbetet bedrivs i enlighet med denna riktlinje. Äldre- och omsorgsnämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med privata utförare genom att i nämndplanen besluta om på vilket sätt avtal för privata utförare och uppdrag för kommunal regi ska följas upp. Nämnden ska även årligen fastställa en övergripande granskningsplan för granskningar av verksamhet i både privat och kommunal regi. Granskningsplanen ska anmälas till kommunstyrelsen.

6.2 Förvaltningschef

Förvaltningschefen är processägare för äldre- och omsorgsförvaltningens huvudprocesser och förvaltningens stödprocess för systematiskt kvalitetsarbete. Förvaltningschefens ansvarar för att:

- driva och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet inom äldre- och omsorgsförvaltningen,
- processleda förvaltningens huvudprocesser,
- bedriva systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med denna riktlinje på en förvaltningsövergripande nivå.

6.3 Enhetschef med myndighetsansvar

Enhetschef med myndighetsansvar är processägare för de delprocesser som ingår i myndighetens ansvarsområde. Enhetschef med myndighetsansvar ansvarar för:

- identifiera och beskriva de aktiviteter som ingår i enhetens delprocesser samt ta fram de rutiner och övriga stöddokument som behövs för att uppnå kvalitet,
- identifiera och beskriva de processer och rutiner som behövs för upphandling, samt kontroll och uppföljning av att upphandlade verksamheter drivs med god kvalitet och enligt avtal,
- processleda dessa delprocesser,
- bedriva systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med denna riktlinje inom enheten.

6.4 Verksamhetschef och enhetschef med verksamhetsansvar

Verksamhetschefen och enhetschef i verksamhet är processägare för de delprocesser som ingår i verksamhetens respektive enhetens ansvarsområde, dvs.

de delprocesser som avser utförande av omsorg/insatser. Verksamhetschef och enhetschef med verksamhetsansvar ansvarar för:

- identifiera och beskriva de aktiviteter som ingår i verksamhetens/enhetens delprocesser samt ta fram de rutiner och övriga stöddokument som behövs för att uppnå kvalitet,
- processleda dessa delprocesser,
- bedriva systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med denna riktlinje inom verksamheten/enheten.

Verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL 2017:30 ansvarar även för att säkra att en god och säker hälso-och sjukvård bedrivs inom de enheter där kommunen har hälso-och sjukvårdsansvar genom att:

- identifiera och beskriva de aktiviteter som ingår processen *tillgodose behovet av kommunal vård- och omsorg* samt ta fram de rutiner och övriga stöddokument som behövs för att uppnå kvalitet,
- processleda dessa delprocesser,
- bedriva systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med denna riktlinje.

6.5 Ansvar för samverkan

Cheferna inom förvaltningen ska även identifiera var i processerna samverkan med andra aktörer/vårdgivare är nödvändig för att säkerställa kvalitet. Processerna och rutinerna ska säkerställa att samverkan genomförs samt beskriva hur den genomförs. Samverkan kan förekomma internt (t.ex. mellan myndighet/handläggare och utförarenheterna) samt med externa aktörer. Det gäller även samarbete med andra förvaltningar, myndigheter och organisationer samt samverkan med anhöriga.

6.6 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har det övergripande ansvaret för att säkerställa att hälso- och sjukvården är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), hälso- och sjukvårdsförordningen och patientsäkerhetsförordningen inom de verksamhetsområden där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar som huvudman. MAS är processledare för förvaltningens process för systematiskt kvalitetsarbete/HSL. MAS:en har ett ansvar att:

- utöva tillsyn, egenkontroll och uppföljning av verksamheternas HSL-arbete,
- utarbeta riktlinjer för HSL,
- årligen dokumentera det systematiska patientsäkerhetsarbetet i förvaltningens patientsäkerhetsberättelse,

- på ett förvaltningsövergripande plan samordna patientsäkerhetsarbetet samt att ge avdelningarna och enheterna stöd i det systematiska kvalitetsarbetet för HSL-delen,
- i samverkan med verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL 2017:30 säkra att en god och säker hälso-och sjukvård bedrivs inom de enheter där kommunen har hälso-och sjukvårdsansvar.

6.7 Kvalietscontroller/utredare

Kvalitetscontroller/utredare med särskilt uppdrag från förvaltningschefen, ger processtöd i förvaltningens arbete med det systematiska kvalitetsarbetet. Detta innebär t.ex. att:

- på ett förvaltningsövergripande plan samordna och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet,
- ge stöd i planering, uppföljning och analys av det systematiska kvalitetsarbetet och måluppfyllelse i nämndplan, delårsrapporterrapporter och verksamhetsberättelse.

6.8 Alla medarbetares ansvar för god kvalitet

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Detta innebär att ansvara för kvaliteten i det egna arbetet genom att:

- följa de styrdokument och rutiner som gäller för arbetsplatsen samt medverka i utvecklingen av metoder och rutiner,
- delta i uppföljning av mål och resultat,
- aktivt medverka till egen kompetensutveckling,
- rapportera om händelser och missförhållanden (avvikelser och lex Sarah) samt risker i verksamheten,
- dokumentera och rapportera klagomål,
- ständigt förbättra verksamheten.

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget yrkesansvar gentemot patienten med krav på att arbetet ska ske enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att var och en bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Det innebär också ansvar för underlåtenhet att fullgöra en uppgift.
Omvårdnadspersonal och personliga assistenter som fått delegering att utföra en medicinsk arbetsuppgift blir hälso- och sjukvårdspersonal när de utför uppgiften (SFS 2010:659).