



Arbetsmarknads- och socialnämndens beskrivning av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Arbetsmarknads- och socialförvaltningen

Upprättad 2025-05-23
Datum:
Ansvarig: Arbetsmarknads- och
socialnämnden
Förvaltning: Arbetsmarknads- och
socialförvaltningen



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Tillämpningsområde av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete	4
Definition av kvalitet.....	5
Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	6
Kärnprocesser	6
Systematiskt förbättringsarbete.....	7
Riskanalys.....	8
Egenkontroll.....	8
Utredning av avvikelser.....	9
Klagomål och synpunkter	9
Lex Sarah – skyldigheter och hantering.....	11
Lex Maria – skyldigheter och hantering.....	11
Sammanställning och analys av avvikelser.....	12
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	12
Kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse	12
Ansvarsfördelning	13
Chef inom socialtjänsten.....	13
Medarbetare inom socialtjänsten	14
Kvalitetscontroller	14
Planeringssekreterare verksamhetsavdelningar.....	14
Lex Sarah-utredare.....	15
Verksamhetschef HSL	15
Hälso- och sjukvårdssamordnare HSL.....	15

Inledning

I socialtjänstlagen framgår att verksamhet inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.¹ Det är i mötet med Malmöbon som kvaliteten skapas.

Med kvalitet menas att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten, samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Definitionen av kvalitet och hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska arbeta fortlöpande och systematiskt för att utveckla och säkra denna regleras i *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

Socialtjänsten är en komplex verksamhet och ledningssystemet är ett verktyg som möjliggör en styrning av verksamheten så att rätt sak görs på rätt sätt och vid rätt tillfälle.

Ledningssystemet syftar till att ge stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet. Hur delarna hänger samman beskrivs i ett förbättringshjul, där det även tydliggörs att lärande är centralt i det ständigt pågående systematiska förbättringsarbetet. Alla aktiviteter syftar till säkra och vid behov utveckla och förbättra.²

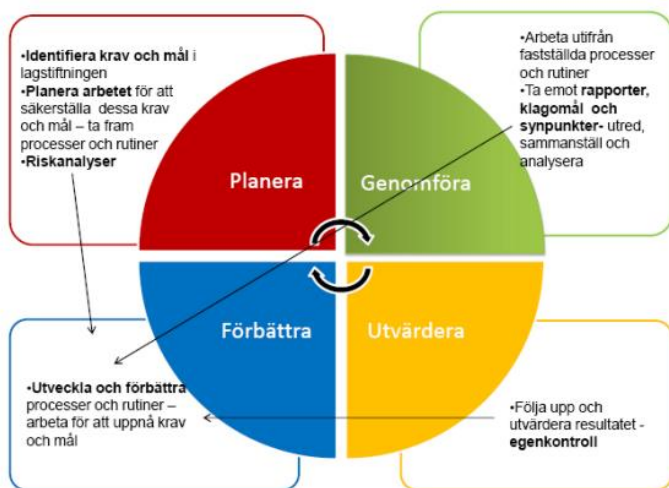


Bild. Bilden visar grunden i uppbyggnaden av ledningssystemet och det systematiska förbättringsarbetet som ett förbättringshjul.

Det är arbetsmarknads- och socialnämnden som ansvarar för att det finns ett ledningssystem och att det används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

¹ 5 kap. 1 § socialtjänstlagen

² Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Nämnden ansvarar också för att ange hur uppgifterna som ingår i arbetet är fördelat för chefer och medarbetare inom nämndens socialtjänstverksamheter, vilket beskrivs i detta dokument.

Utöver denna ram finns handlingsutrymme för förvaltningens socialtjänstverksamheter att utveckla arbetssätt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet.

Tillämpningsområde av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Nämndens verksamheter som omfattas av 5 kap. 2 § socialtjänstlagen och 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen omfattas av SOSFS 2011:9 och ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Med socialtjänst avses i detta sammanhang:

- verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen
- verksamhet som bedrivs med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
- verksamhet som bedrivs med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
- verksamhet som bedrivs med stöd av lagen (2024:79) om placering av barn i skyddat boende
- verksamhet som en socialnämnd ska bedriva enligt någon annan lag eller förordning.³

Ledningssystemet avser både de delar av verksamheten som arbetar med myndighetsutövning och de som genomför insatser. Insatserna kan vara både individanpassade och av allmän eller strukturell karaktär.⁴

Arbetsmarknads- och socialnämnden bedriver socialtjänst och är vårdgivare av den hälso- och sjukvård som erbjuds i förvaltningen vilket innebär att alla medarbetare inom arbetsmarknads- och socialförvaltningen som omfattas av ovan nämnda lagar ska arbeta i enlighet med ledningssystemet.

³ SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 § socialtjänstlagen

⁴ Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Definition av kvalitet

Socialstyrelsen har definierat kvalitet som 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
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.⁵

På *statlig nivå* styrs arbetsmarknads- och socialnämndens verksamhet utifrån författningar men även utifrån allmänna råd eller riktade finansieringsmedel. Lagar, förordningar och föreskrifter reglerar de krav som verksamheten ska följa.

På *kommunal nivå* styr kommunfullmäktige genom att besluta om budget, planer och policyer som anger inriktning, kvalitet och omfång för verksamheten. Vid sidan av detta kan arbetsmarknads- och socialnämnden och förvaltningen besluta om mål och styrdokument.

Arbetsmarknads- och socialförvaltningen har beslutat om en färdplan med vägledande principer som ska genomsyra verksamheten. Dessa ligger i linje med Tillitsdelegationens huvudbetänkande där sju vägledande principer omnämns som värdefulla för en organisation som eftersträvar en tillitsbaserad styrning.⁶



Bild. Arbetsmarknads- och socialförvaltningens färdplan.

⁵ SOSFS 2011:9

⁶ Principerna är tillit, medborgarfokus, helhetssyn, handlingsutrymme, stöd, kunskap och öppenhet. *SOU 2018:47 "Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn."*

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

För att ge personalen goda förutsättningar att arbeta i enlighet med den styrning som gäller behövs processer och rutiner. Processer och rutiner bidrar till rättssäkerhet och likabehandling för de som verksamheten är till för. För medarbetare som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen utvidgas betydelsen även till att samverkan ska ske för att förebygga vårdskada.⁷

Processer och rutiner är grunden i ledningssystemet. Ledningssystemets processer och rutiner kopplar samman styrning med det vardagliga arbetet. De ska också ge stöd för samverkan så att arbetet kan ske med en helhetssyn av Malmöbarns situation. Medarbetarens kompetens tillsammans med processer och rutiner skapar förutsättningar för god kvalitet i verksamheten.

Enligt SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst och vårdgivare identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Behovet av processer och rutiner kan se olika ut för olika verksamheter och behovet styrs av hur riskfylld eller komplicerad verksamheten är.

En process beskriver en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller resultat i arbetet. Processen ska ha en tydlig början och ett tydligt slut. Om en aktivitet i processen behöver förtydligas görs det i en rutin. En rutin beskriver hur en viss arbetsuppgift ska utföras och hur ansvaret för detta är fördelat i verksamheten.⁸

För att processer och rutiner ska vara uppdaterade och ändamålsenliga behövs löpande bevakning och förbättringsarbete. I *Riktlinje för framtagande av styrande och stödjande dokument* beskrivs vilka styrdokument som förvaltningen kan ta fram och vad som kännetecknar dessa. Den ger också ett stöd i hur framtagandet ska ske, vem som beslutar om vad och hur styrdokument implementeras, följs upp, revideras och upphävs.

Processer och rutiner ska vara dokumenterade.⁹ Förvaltningen har en särskild mall för rutiner att använda.

Kärnprocesser

Inom arbetsmarknads- och socialförvaltningen finns kärnprocesser för vissa områden. Kärnprocesserna utgår från lag, förordningar, föreskrifter, gällande rättspraxis, nämndens och

⁷ SOSFS 2011:9

⁸ SOSFS 2011:9

⁹ SOSFS 2011:9

förvaltningens styrdokument samt metoder inom verksamhetsområdena. Kärnprocesserna ska fungera som ett handläggarstöd för medarbetare inom myndighetsutövning.

I arbetsmarknads- och socialförvaltningen finns följande kärnprocesser:

- *Kärnprocess Boende*
- *Kärnprocess Ekonomiskt bistånd: Nybesök*
- *Kärnprocess Ekonomiskt bistånd: Löpande*
- *Kärnprocess Barn- och ungdomsvård*
- *Kärnprocess Vuxna¹⁰*
- *Kärnprocess Våld i nära relation.*

För vissa av ovanstående kärnprocesser finns det även politiskt beslutade riktlinjer. Riktlinjerna är ett förtydligande av hur arbetsmarknads- och socialnämnden ska tillämpa bestämmelserna och utgör ett ramverk för hur arbetsmarknads- och socialförvaltningens arbete ska bedrivas effektivt och med kvalitet.

Inom några områden har förvaltningen beslutat om vägledningar och dessa syftar till att vara ett stöd i handläggning och bedömning.

I *Rutin för hantering av kärnprocesser* beskrivs det systematiska arbetet med kärnprocesser, hur ansvaret är fördelat och vilken information som ska finnas för varje kärnprocess.

Kärnprocesserna är tillgängliga via intranätet *Komin* och till respektive kärnprocess finns berörda styrdokument publicerade.

Verksamheter som inte omfattas av kärnprocesserna behöver processer och rutiner som är specifika och tillgängliga för dem.

Systematiskt förbättringsarbete

För att följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, krävs ett systematiskt och fortlöpande förbättringsarbete. Detta arbete ska ske genom

- utredning och sammanställning av rapporter, klagomål och synpunkter
- riskanalyser
- egenkontroller.¹¹

¹⁰ Vuxna (från 18 år) som har behov av vård och stöd på grund av skadligt bruk, beroende eller annan vuxenvård

¹¹ SOSFS 2011:9

Om resultaten från arbetet visar på att verksamheten inte når upp till gällande krav och mål ska förbättrande åtgärder vidtas. Dessa kan handla om att förbättra processer och rutiner.

Risakanalys

Att använda sig av riskanalyser är ett sätt för socialtjänsten att arbeta förebyggande. Syftet med riskanalysen är att identifiera händelser som skulle kunna innebära att verksamheten inte uppfyller de krav och mål som finns och därmed skulle kunna ha negativa konsekvenser för brukare. Det kan till exempel vara när riskfyllda arbetsmoment har identifierats, innan nya arbetssätt eller metoder börjar användas eller inför förändringar i verksamheten.

Vid en riskanalys bedöms sannolikheten för att en händelse ska inträffa samt vilken konsekvens som händelsen kan medföra. Om den genomförda riskanalysen visar på brister ska åtgärder vidtas för att minska risken att händelsen inträffar. Riskanalyser ska dokumenteras.¹²

På intranätet *Komin* finns information om riskanalyser och stödmaterial att använda vid genomförande, uppföljning och dokumentation.

Risakanalyser görs även inom ramen för intern kontroll. Dessa riskanalyser styrs av den årliga processen för intern kontroll, till skillnad från riskanalyserna som görs i enlighet med SOSFS 2011:9 där behovet av riskanalys ska bedömas fortlöpande. Riskbedömningar görs även inom ramen för arbetsmiljöprocessen (utifrån bestämmelserna i *AFS 2001:1*) då risker i arbetsmiljön analyseras ur ett medarbetarperspektiv.

Egenkontroll

Att använda sig av egenkontroll är ett sätt för socialtjänsten att följa upp och utvärdera verksamhetens resultat och att arbetet görs i enlighet med gällande processer och rutiner.

Egenkontroller kan exempelvis göras genom målgruppsundersökningar, granskning av journaler, akter eller annan dokumentation, jämförelser av verksamhetens nuvarande och tidigare resultat eller jämförelser med andra och undersökningar av om det finns förhållningssätt eller attityder hos personalen som kan leda till brister i kvaliteten. Om brister identifieras i egenkontrollen ska förbättringsåtgärder vidtas.

Egenkontroller ska dokumenteras och göras med den frekvens, och i den omfattning som krävs, för att verksamhetens kvalitet ska säkras.¹³

¹² SOSFS 2011:9

¹³ SOSFS 2011:9

I uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet kan även brukares synpunkter behöva inhämtas, för detta kan brukardialog och olika typer av brukarundersökningar användas.

På intranätet *Komin* finns information om egenkontroller och stödmaterial vid genomförande, uppföljning och dokumentation.

Utredning av avvikelser

Avvikelse är ett samlingsbegrepp för händelser som har fört med sig, eller hade kunnat föra med sig, något oönskat för Malmöbon. Information om de avvikande händelserna kan komma in i form av synpunkter, klagomål, kvalitetsavvikelser eller rapporter om lex Sarah eller lex Maria.

En avvikelse uppstår om verksamheten inte når upp till de krav och mål som gäller enligt definitionen av kvalitet eller om personalen inte arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.¹⁴

Att en avvikelse inträffar är något negativt men genom att den upptäcks kan åtgärder vidtas. På så vis kan verksamheten minska risken för att samma avvikelse återupprepas och att fler Malmöbor drabbas.

Medarbetare som registrerar en avvikelse har möjlighet att redan vid registreringen ge förslag på förbättringar, vilket är värdefullt för den som ska hantera ärendet vidare. Detsamma gäller om en Malmöbo lämnar en synpunkt eller ett klagomål.

Avvikelser som avser socialtjänst hanteras och dokumenteras i förvaltningens avvikelshanteringssystem. Systemet är tillgängligt via intranätet *Komin* och hur hantering och dokumentation ska göras beskrivs i särskilda manualer.

Avvikelser som avser hälso- och sjukvård registreras i Platina.

Klagomål och synpunkter

Arbetsmarknads- och socialförvaltningen ska ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Utredningen ska resultera i en bedömning av om en avvikelse förekommit. Synpunkter och klagomål kan lämnas av brukare och deras närstående, medarbetare, andra myndigheter,

¹⁴ Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

föreningar eller andra intressenter.¹⁵ Klagomål och synpunkter ger nämndens verksamheter möjlighet till att få en bred återkoppling om sin kvalitet.

Ett klagomål uttrycker missnöje om något som inte levt upp till kvalitet och en synpunkt är ett förslag till förändring och förbättring.¹⁶

Klagomål och synpunkter till förvaltningen från utomstående

Malmöbor och andra kan lämna synpunkter och klagomål på nämndens verksamhet på flera olika sätt. På malmo.se kan synpunkter och klagomål lämnas i e-tjänsten *Synpunkter och klagomål på socialtjänsten, vård, omsorg och stöd*. E-tjänsten är gemensam för arbetsmarknads- och socialförvaltningen, funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen.

Förvaltningen har *Rutin för hantering av klagomål och synpunkter till förvaltningen från utomstående* som ger stöd för hur ärenden ska hanteras och tydliggör hur ansvaret är fördelat. Rutinen finns tillgänglig på intranätet *Komin*.

Klagomål och synpunkter från personal och kvalitetsavvikelser

Kvalitetsavvikelser betraktas som en typ av klagomål och synpunkter från personal. Med kvalitetsavvikelser menas att något har hänt som innebär att verksamheten inte uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, andra föreskrifter eller beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Händelsen har dock inte inneburit ett hot mot eller medfört konsekvenser för brukarens liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Händelsen kan också avse att någon har underlåtit eller försummat att utföra något.

Genom att klagomål, synpunkter och kvalitetsavvikelser registreras och utreds, kan åtgärder vidtas för att utveckla och förbättra verksamheten. Detta är en del i arbetet med att förebygga, upptäcka och åtgärda risker som skulle kunna leda till missförhållanden.

Förvaltningen har *Rutin för hantering av klagomål och synpunkter från personal samt kvalitetsavvikelser inom förvaltningen* som ger stöd för hur ärenden ska hanteras och tydliggör hur ansvaret är fördelat. Rutinen finns tillgänglig på intranätet *Komin*.

¹⁵ SOSFS 2011:9

¹⁶ Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Lex Sarah – skyldigheter och hantering

Alla anställda, uppdragstagare, praktikanter eller motsvarande under utbildning, och deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program inom nämndens socialtjänstverksamheter är skyldiga att genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden.¹⁷

Bestämmelserna i socialtjänstlagen om lex Sarah kompletteras av *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah*. I dessa regleras bland annat skyldigheterna att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden samt skyldigheten att anmäla allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg.

Ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande kan gälla både den som får eller kan komma i fråga för insatser i verksamheten. Ett missförhållande kan gälla såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl låtit bli att utföra. Händelsen ska ha utgjort ett hot mot eller medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Med påtaglig risk för missförhållande menas en uppenbar och konkret risk för missförhållande.

Personal inom nämndens socialtjänstverksamheter ska få information av sin chef om rapporteringsskyldigheten vid anställning och därefter minst årligen.¹⁸ Till detta finns stödmaterial framtaget som finns tillgängligt via intranätet *Komin*.

Arbetsmarknads- och socialnämndens hantering av avvikelser som omfattas av lex Sarah och hur ansvaret är fördelat i verksamheten för dessa finns i *Rutin för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah*.

I rutinen beskrivs även nämndens ansvar i det fall en händelse inom ramen för lex Sarah har inträffat vid en statlig eller enskild verksamhet där nämnden har beslutat om att en insats ska utföras.

Lex Maria – skyldigheter och hantering

Lex Maria omfattar verksamhet som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). En anmälan enligt lex Maria ska utföras då en händelse inträffat där en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av, allvarlig vårdskada eller allvarlig sjukdom.¹⁹

¹⁷ SOSFS 2011:5

¹⁸ SOSFS 2011:5

¹⁹ 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen

Nämndens personal som omfattas av HSL är skyldiga att rapportera risker för vårdskada och händelser som hade kunnat leda till vårdskada.

Då en rapport har inkommit utreds den och en bedömning görs av om en anmälan ska göras till Inspektionen för vård och omsorg. I förvaltningens *Rutin vid anmälan enligt Lex Maria* beskrivs hur rapportering görs, vidare hantering av rapporten, ansvarsfördelning och anmälan.

Sammanställning och analys av avvikelser

Avvikelser ska även sammanställas och analyseras samlat för att identifiera eventuella mönster eller trender som visar på brister som kan vara svåra att upptäcka vid hantering av enstaka avvikelser. Även dessa sammanställningar och analyser ska leda till åtgärder, om de visar på behov av det.²⁰

Förvaltningen har *Rutin för sammanställning och analys av avvikelser* som ger stöd för arbetet och tydliggör hur ansvaret är fördelat. Rutinen finns tillgänglig på intranätet *Komin*.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Personal som arbetar inom socialtjänsten är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.²¹ Med rätt kompetens har medarbetaren förutsättningar att utföra sitt grunduppdrag och att införliva kvalitetsarbetet i det vardagliga arbetet.

Chefer har en viktig uppgift i att uppmuntra personalen att delta i kvalitetsarbetet. Att chefer främjar ett öppet klimat med tillit och lärande i centrum är centralt för att verksamhetens kvalitet ska säkerställas och förbättras. Personalens kunskap och erfarenheter från mötet med Malmöbon är avgörande för det systematiska förbättringsarbetet.

Kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse

Arbetsmarknads- och socialnämnden upprättar årligen en kvalitetsberättelse samt en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med dessa är att beskriva det gångna årets arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, vilka åtgärder som har

²⁰ SOSFS 2011:9

²¹ SOSFS 2011:9

vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. För patientsäkerhetsberättelsen finns det ytterligare krav om vad som ska följas upp och när den ska upprättas.²²

Inom ramen för kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen kan nämnden besluta att förvaltningen särskilt ska beakta identifierade utvecklingsområden.

Ansvarsfördelning

Verksamhetsområdenas förbättrings- och utvecklingsarbete bedrivs inom respektive avdelning.

Förvaltningen har ett kvalitetsnätverk med representanter från samtliga avdelningar. Nätverkets olika arbetsgrupper ger stöd för strukturen kring det systematiska kvalitetsarbetet.

Chef inom socialtjänsten

Varje chef ansvarar för att ta emot och hantera avvikelser i enlighet med fastställda rutiner.

Sektionschef ansvarar för att minst en gång per år sammanställa och analysera avvikelser för den egna verksamheten.

Varje chef ansvarar för att vid nyanställning och därefter årligen informera medarbetare om rapporteringsskyldigheten enligt bestämmelserna om lex Sarah. Informationen ska också innehålla uppgifter om var rapporteringen görs samt vem som tar emot rapporterna.

Varje chef ansvarar för att bedöma om det finns behov av att göra en riskanalys och/eller egenkontroll och att genomföra den i enlighet med föreskriftens krav.

Varje chef ansvarar för att vidta åtgärder om avvikelser, egenkontroller och riskanalyser visat på behov av detta.

Varje chef ansvarar för att arbetet i den egna verksamheten följer lagar, föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter, och att arbetet i den egna verksamheten sker i enlighet med fastställda processer och rutiner.

Avdelningschef har det övergripande ansvaret (processägare) för att kärnprocesser inom sin avdelning är upprättade och revideras i enlighet med fastställd rutin. Avdelningschef är beslutsfattare i alla principiella frågor i kärnprocesserna.²³

²² SOSFS 2011:9

²³ Rutin för hantering av kärnprocesser

I de verksamheter som inte omfattas av kärnprocesserna ansvarar varje chef för att identifiera, fastställa och dokumentera de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet.

Medarbetare inom socialtjänsten

Varje medarbetare är skyldig att rapportera missförhållande och påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. Medarbetare kan lämna klagomål, synpunkter och kvalitetsavvikelser.

Varje medarbetare ansvarar för att ta emot klagomål och synpunkter från utomstående för vidare hantering enligt rutin.

Varje medarbetare som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen är skyldig att rapportera risker för vårdskada eller händelser som hade kunnat leda till vårdskada.

Varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma risker som kan ge negativa konsekvenser för brukare, och kommunicera dem till sin chef. Medarbetare kan även föreslå områden till sin chef där egenkontroll kan vara ett lämpligt verktyg för att följa upp verksamheten.

Varje medarbetare ansvarar för att arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner.

Kvalitetscontroller

Kvalitetscontroller ansvarar för övergripande samordning av förvaltningens kvalitetsnätverk och att leda arbetet i nätverkets arbetsgrupper.

Kvalitetscontroller ansvarar för att årligen sammanställa ett underlag till kvalitetsberättelsen.

Planeringssekreterare verksamhetsavdelningar

Särskilt utsedda planeringssekreterare är processledare för kärnprocesserna inom de olika avdelningarna.

Processledaren har, enligt fastställd rutin²⁴, ansvar för att löpande ta emot förbättringsförslag, initiera och genomföra revideringar, fatta beslut i redaktionella frågor samt kommunicera förändringar till berörda.

²⁴ Rutin för hantering av kärnprocesser

Planeringssekreterare ansvarar för att årligen sammanställa ett underlag på avdelningsnivå till kvalitetsberättelsen.

Planeringssekreterare ansvarar för att ge stöd till chefer inom avdelningarna för genomförande av riskanalyser och egenkontroller samt hantering av avvikelser.

Lex Sarah-utredare

Lex Sarah-utredare ansvarar för att utreda rapporter om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. Lex Sarah-utredare ansvarar för att besluta och vidare hantera ärenden enligt delegationsordning och fastställd rutin²⁵.

Verksamhetschef HSL

Verksamhetschef ansvarar för att arbetet som omfattas av HSL följer lagar och föreskrifter.

Verksamhetschef ansvarar för att identifiera, fastställa och dokumentera de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet och att arbetet i den egna verksamheten sker i enlighet med fastställda processer och rutiner.

Verksamhetschef ansvarar för att bedöma om det finns behov av att göra en riskanalys och/eller egenkontroll avseende medicinska processer. Verksamhetschef ansvarar för att genomföra, analysera, åtgärda och dokumentera riskanalysen och/eller egenkontrollen och diarieföra i Platina.

Verksamhetschef ansvarar för att det finns en rutin för rapportering, utredning och anmälan om vårdskada enligt lex Maria. Verksamhetschef ansvarar för att åtgärder vidtas för att förebygga att liknande händelse upprepas.

Verksamhetschef ansvarar för att vid nyanställning och sedan återkommande informera berörda medarbetare om rapporteringsskyldigheten enligt bestämmelserna om lex Maria.

Hälso- och sjukvårdssamordnare HSL

Hälso- och sjukvårdssamordnare ansvarar för att årligen följa upp genomförda riskanalyser och egenkontroller i förvaltningen och sammanställa dessa i en patientsäkerhetsberättelse.

²⁵ Rutin för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah

Hälso- och sjukvårdssamordnare ansvarar för att utreda rapporter om vårdskada enligt lex Maria samt att besluta om lex Maria-anmälan till IVO och vidare hantera ärenden enligt fastställd rutin.²⁶

²⁶ Rutin vid anmälan enligt Lex Maria