



# **Vård- och omsorgsnämndens Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

# Innehåll

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Vård- och omsorgsnämndens ansvar .....                                | 4  |
| Definitioner .....                                                    | 4  |
| Ledningssystem .....                                                  | 4  |
| Process.....                                                          | 4  |
| Kvalitet.....                                                         | 4  |
| Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....                 | 4  |
| Vad innebär ett Ledningssystem? .....                                 | 4  |
| Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad .....                      | 4  |
| Styrdokument .....                                                    | 5  |
| Lagstiftning .....                                                    | 5  |
| Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....                  | 5  |
| Äldreomsorgsprogram .....                                             | 5  |
| Livskvalitetsprogrammet .....                                         | 5  |
| Dokumentationsskyldighet.....                                         | 5  |
| Systematiskt förbättringsarbete .....                                 | 6  |
| Riskanalyser .....                                                    | 6  |
| Egenkontroll.....                                                     | 6  |
| Klagomål och synpunkter.....                                          | 7  |
| Avvikelser .....                                                      | 7  |
| Lex Sarah .....                                                       | 7  |
| Intern kontroll .....                                                 | 8  |
| Individuppföljning .....                                              | 8  |
| Kollegial granskning myndighetsenheten .....                          | 8  |
| Kollegial granskning HSL .....                                        | 8  |
| Externa revisioner .....                                              | 8  |
| Kvalitetsregister .....                                               | 8  |
| Undersökningar .....                                                  | 9  |
| Brukarundersökningen, vad tycker de äldre om äldreomsorgen?.....      | 9  |
| Nationell brukarundersökning inom funktionshinderområdet .....        | 9  |
| KKiK .....                                                            | 9  |
| Enhetsundersökning LSS.....                                           | 9  |
| Enhetsundersökning äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård ..... | 10 |
| Rapporter till nämnd .....                                            | 10 |
| Kvalitetsrapport.....                                                 | 10 |
| Avtalsuppföljning.....                                                | 10 |



|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Kvalitetsberättelse .....       | 10 |
| Patientsäkerhetsberättelse..... | 10 |
| Årshjul .....                   | 12 |



## Vård- och omsorgsnämndens ansvar

Vård och omsorgsnämnden ansvarar för stadens tjänster och myndighetsutövning inom äldreomsorg, omsorg om personer med funktionsnedsättning samt insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheterna oavsett om det är kommunal eller privat utförare.

## Definitioner

Vård- och omsorgsförvaltningen använder sig utav socialstyrelsens definitioner som framgår i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

## Ledningssystem

Ledningssystem används för att fastställa principer för ledning av verksamheten.

## Process

Process är en serie aktiviteter som främjar ett bedömt ändamål eller ett avsett resultat. Processer tydliggör vem som äger och ansvarar för de olika aktiviteterna.

## Kvalitet

Kvalitet är när en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### Vad innebär ett Ledningssystem?

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av Ledningssystem planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (SOSFS 2011:9).

Genom Ledningssystemet skapas struktur och systematik i det arbete som utförs, vilket i sin tur säkerställer rättssäkerhet och kvalitet för den enskilde som ansöker om och beviljas stödinsatser enligt socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt hälso- och sjukvårdslagen. Med hjälp av Ledningssystemet kan ledningen även upptäcka kvalitetsbrister i verksamheten och vilka grupper som drabbas.

### Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Vård- och omsorgsförvaltningens Ledningssystem är uppbyggt utifrån de krav som finns i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Enligt föreskrifterna ska Ledningssystemet anpassas till den egna verksamhetens inriktning och omfattning. De lagar och föreskrifter som styr verksamheten ska identifieras liksom de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Processerna och rutinerna i Ledningssystemet ska vara dokumenterade. Utförare och myndighetsenheten ska säkerställa att Ledningssystemet efterlevs och följs upp.



## Styrdokument

### Lagstiftning

Enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska insatserna som ges vara av god kvalitet.

### Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete syftar till att säkra kvaliteten i förvaltningens verksamheter, samt att få kunskap som underlag för kommande beslut och utveckling.

Ledningssystemet beskriver arbetet med uppföljning, utvärdering och struktur.

Uppföljningsarbetet planeras utifrån aktuella trender på samhällsnivå, förvaltningens verksamhetsplan och de erfarenheter som dragits av föregående års uppföljningsarbete.

Utifrån utvalda fokusområden genomför vård – och omsorgsförvaltningen aktiviteter enligt aktuellt Ledningssystem. Därutöver genomförs årligen återkommande aktiviteter i syfte att säkerställa kvaliteten för kunderna och i verksamheterna, samt följa nämndens mål. Exempel på aktiviteter är:

- Avtalsuppföljningar
- Kvalitetsuppföljning
- Hantering av synpunkter- och klagomål
- Individuppföljningar
- Intern kontroll
- Undersökningar
- Uppföljning av lex Sarah/lex Maria
- Egenkontroll

### Äldreomsorgsprogram

Enligt socialtjänstlagen ska kommunerna planera sina insatser för äldre. Programmet fastställs av kommunfullmäktige och är ett inriktningsdokument som anger huvudinriktningen för verksamheten.

### Livskvalitetsprogrammet

Livskvalitetsprogrammet är ett stadsövergripande styrdokument för hållbarhet och livskvalitet i Helsingborg stad. Styrdokumentet är långsiktigt och gäller mellan 2016 och 2024.

Livskvalitetsprogrammet i sig innehåller inte några mål. Istället finns fem politiskt beslutade viljeriktningar och ett antal prioriterade områden. Allt knyter an till visionen Helsingborg 2035 som säger att Helsingborg ska vara den skapande, pulserande, gemensamma, globala och balanserade staden år 2035 och det finns även en tydlig koppling till FNs 17 globala mål för hållbar utveckling. Livskvalitetsprogrammet är ett stöd kring hur förvaltningen ska bidra till livskvalitet och hållbar utveckling. Stadens klimat- och energiplan samt plan för lika möjligheter ger förvaltningen ytterligare vägledning i hur arbetet kan ske med dessa frågor.

### Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet ska dokumenteras (SOSFS 2011:9).

Kravet på dokumentation innefattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbetet med riskanalyser, egenkontroller, hantering av klagomål och synpunkter samt rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som det finns behov av.



## Systematiskt förbättringsarbete

En central del av Ledningssystemet är hur det systematiska förbättringsarbetet ska fungera (SOSFS 2011:9).

Systematiskt förbättringsarbete gäller alla utförare inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde samt för nämndens myndighetsenhet. Nedan beskrivs hur vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter ska arbeta med det systematiska förbättringsarbetet. Det framgår även ett årshjul som beskriver vilka aktiviteter och när aktiviteterna ska göras under året.

### Risikanalyser

Den som bedriver verksamhet ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9).

Vård- och omsorgsförvaltningen ska erbjuda en vård och omsorg som har en god kvalitet och som sätter kunden i centrum. Riskanalyser ska göras på individnivå, enhetsnivå eller övergripande för hela förvaltningen. Riskanalyser på individnivå görs en gång per halvår. Detta för att uppnå en god kvalitet, hantera de kvalitetsbrister som uppstår samt de tillbud som sker i verksamheten.

### Egenkontroll

Egenkontroll innebär att man gör en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamhetens arbete och resultat samt kontrollerar att arbetet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens Ledningssystem (SOSFS 2011:9).

Avdelning för kvalitet och utveckling ansvarar för att egenkontrollformulär skickas ut till verksamhetsansvariga som ska utföra egenkontroller två gånger per år, mars och september, på alla verksamheter enligt SoL och LSS samt på myndighetsenheten. Egenkontrollerna rapporteras till nämnd i samband med kvalitetsrapport under första tertialet samt i kvalitetsberättelsen. Utredare, MAS och MAR ansvarar för innehållet utifrån vad som framkommit i exempelvis avvikelser, klagomål och kvalitetsuppföljningar. Vilka frågor som kommer tas med i egenkontrollen är utifrån analyser och resultat utav föregående egenkontroll samt kvalitetsuppföljning. Avdelning för kvalitet och utveckling skickar frågorna digitalt till verksamheterna och efter att verksamheterna svarat sammanställer avdelning för kvalitet och utveckling svaren. Verksamhetsansvarig ansvarar för att ta fram eventuella åtgärder.

Delar som kan ingå i egenkontrollen är:

- Lex Sarah och lex Maria
- Avvikelser enligt SoL, LSS och HSL.
- Klagomål och synpunkter
- HSL-insatser
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Individuppföljningar
- Introduktion för anställda
- Rutiner och processer
- Dokumentation
- Riskanalyser



## Klagomål och synpunkter

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. De mottagna klagomålen och synpunkterna på verksamhetens kvalitet ska utredas. Utredningen ska leda till att den som bedriver verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten (SOSFS 2011:9).

Vård- och omsorgsförvaltningen utreder inrapporterade klagomål och synpunkter. Syftet med utredningarna är att se om det förekommit kvalitetsbrister och utifrån det göra en bedömning om vilka åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Genom klagomål- och synpunkthantering hjälper kunderna förvaltningen att utvecklas.

## Avvikelser

Med avvikelse avses att verksamheten inte nått upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter (SOSFS 2011:9).

Framkomna avvikelser ska medföra en översyn av processer och rutiner med syfte att förbättra verksamhetens kvalitet. Som en del av det systematiska förbättringsarbetet är det viktigt att avvikelserna upptäcks, dels för att åtgärda avvikelserna och dels för att förhindra att en liknande avvikelse återupprepas.

## Lex Sarah

Enligt socialtjänstlagen samt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade är personalen skyldiga att rapportera om personalen uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Avdelning för kvalitet och utveckling utreder rapporterade missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. Om det vid utredning framgår något som tyder på brister i verksamhetens kvalitet ska en bedömning göras av vilka åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Verksamhetsansvarig ansvarar för att ta fram åtgärder som sedan ska godkännas av avdelning för kvalitet och utveckling. Om missförhållandet eller risk för missförhållande bedöms vara av allvarig karaktär ska händelsen anmälas till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Två gånger om året ska alla chefer i förvaltningen ha en genomgång av rutinen för lex Sarah för sina medarbetare.

## Lex Maria

Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Avdelning för kvalitet och utveckling utreder vårdskada eller risk för vårdskada enligt lex Maria. Om det vid utredning framgår något som tyder på brister i verksamhetens kvalitet ska en bedömning göras av vilka åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Verksamhetsansvarig ansvarar för att ta fram åtgärder som sedan ska godkännas av avdelning för kvalitet och utveckling. Om händelsen har medfört en allvarlig vårdskada eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska händelsen anmälas till IVO.

## Kvalitetsuppföljningar

Avdelning för kvalitet och utveckling gör tio planerade kvalitetsuppföljningar per år mellan januari-juni och september-december. Det är utredare, MAS och MAR som utför kvalitetsuppföljningarna under året, både på de kommunala och privata utförarna. Kvalitetsuppföljningar genomförs i form av frågor som enheten besvarar digitalt samt genom ett fysiskt möte där dialog förs utifrån de besvarade frågorna. Utifrån kvalitetsuppföljningen ska de berörda utförarna och myndighetsenheten upprätta åtgärdsplaner utifrån förbättringsområden som därefter redovisas till avdelning för kvalitet och utveckling.



## **Intern kontroll**

Intern kontroll bidrar till att verksamheten når sina mål med effektivitet, säkerhet och stabilitet, att informationen och rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande samt att verksamheten efterlever lagar, regler och avtal (SKL).

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med intern kontroll som är en viktig del i att styra och följa upp verksamheten. Avdelning för kvalitet och utveckling har ansvaret för intern kontroll. I vardagen handlar intern kontroll exempelvis om att löpande rutiner, processer och system följs upp. Utöver detta förekommer förvaltningsspecifika rutinbeskrivningar och dylikt som också är en del i dokumentationen av stadens interna kontroll system.

## **Individuppföljning**

Vård- och omsorgsförvaltningens myndighetsenhet gör årligen individuppföljningar hos alla kunder inom omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning i enighet med gällande lagstiftning. Syftet är att säkerställa att kunderna får sina behov tillgodosedda genom beviljade insatser. Myndighetsenheten rapporterar till utförarorganisationen vid återkommande brister samt andra strategiska frågor. Myndighetsenheten arbetar utifrån IBIC vilket medför att insatser hos kunder följs upp utifrån tydliga utformade uppdrag och mål. Individuppföljningarna rapporteras till nämnd via intern kontrollen.

## **Kollegial granskning myndighetsenheten**

Kollegial granskning gäller handläggarna på myndighetsenheten som arbetar enligt SoL och LSS. Syftet med kollegial granskning är att utredningarnas dokumentation följer gällande riktlinjer samt att få en överblick över hur myndigheten i sin helhet arbetar i förhållande till gällande lagstiftning. Granskningen innebär granskning av utredningar och tillhörande dokumentation.

## **Kollegial granskning HSL**

Under 2020 ska kollegialgranskning implementeras. Genom granskningen ska förbättringsområden belysas samt ge kvalitetsutveckling som syftar till en god och säker vård för patienten.

## **Externa revisioner**

Med revision avses bl.a. kontroller av att uppsatta rutiner och processer är kända och följs. Sådana revisioner utförs bl.a. av stadsrevisionen och IVO.

Resultatet från sådana granskningar redovisas i rapporter som överlämnas till respektive utförare och till myndighetsenheten. Resultatet ska analyseras och åtgärdsplaner ska upprättas utifrån vad som framkommit. Rapporterna ska sedan redovisas i kvalitetsrapporten till nämnd.

## **Kvalitetsregister**

Varje utförare ska registrera i relevanta nationella kvalitetsregister i verksamheten. Resultatet ska analyseras årligen och vid behov ska åtgärdsplaner upprättas. Rapporterna ska sedan redovisas för vård- och omsorgsnämnden genom stadens system för styrning och ledning samt patientsäkerhetsberättelse.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Undernäring, fall och trycksår är viktiga områden för vårdtagare inom såväl slutenvård och omsorg som inom primärvård, hemsjukvård och kommunal äldreomsorg. Syftet med Senior alert är att skapa en bra infrastruktur och systematik för det förebyggande arbetet.

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. BPSD-registret syftar till att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom.



Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede oberoende av diagnos och vem som utför vården.

## **Undersökningar**

Syftet med undersökningarna är att det ska bidra till kunskapsutveckling samt ge en uppfattning av vad som kan behöva utvecklas för att stärka kvaliteten i verksamheten. Undersökningarna genomförs dels i form av totalundersökning och dels i form av insamling av nyckeltal.

### **Brukarundersökningen, vad tycker de äldre om äldreomsorgen?**

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen är en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på äldreboenden som genomförs av socialstyrelsen. Syftet med undersökningen är att kartlägga de äldres uppfattning om sin vård och omsorg. Resultatet används för jämförelser mellan kommuner och verksamheter och som underlag för utveckling och förbättring av vården och omsorgen om de äldre.

Administrativa avdelningen och avdelning för kvalitet och utveckling ansvarar för att sammanställa och analysera undersökningen årligen till nämnd. Verksamhetsansvarig ansvarar för att upprätta en åtgärdsplan utifrån förbättringsområden samt att återkoppla till kunder och dess anhöriga.

### **Nationell brukarundersökning inom funktionshinderområdet**

Syftet med undersökningen är att få kunskap om hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheterna, för att sedan tillsammans med kunderna kunna utveckla och förbättra verksamheterna. Undersökningen ger ett kunskapsunderlag för förbättringsarbete genom att ta fram jämförbara mått på upplevd kvalitet inom verksamheter enligt LSS (Lagen om särskilt stöd och service) och verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt SoL (Socialtjänstlagen). Måtten kan användas för jämförelser mellan kommuner, verksamheter och enheter samt mellan kommunala och privata aktörer, liksom över tid. Undersökningen genomförs med webbenkätverktyget Pict-O-Stat.

Administrativa avdelningen och avdelning för kvalitet och utveckling ansvarar för att sammanställa och analysera undersökningen årligen till nämnd. Verksamhetsansvarig ansvarar för att upprätta en åtgärdsplan utifrån förbättringsområden samt att återkoppla till kunder och dess anhöriga.

## **KKiK**

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) redovisar och jämför resultat inom hemvård, vårdboende och gruppboende enligt LSS. Resultaten har ambitionen att i ett övergripande perspektiv beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. Det grundläggande syftet är att ta fram ett kunskapsmaterial i en dialog med de enskilda. Vård- och omsorgsförvaltningen genomför insamlingen årligen.

## **Enhetsundersökning LSS**

Enhetsundersökning är en totalundersökning till verksamheterna inom bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet som genomförs av socialstyrelsen. Undersökningen är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. I öppna jämförelser på enhetsnivå kan utförare jämföra sin verksamhet med andra verksamheter utifrån ett antal indikatorer. Jämförelser kan även göras med resultat för kommun-, län- och riksnivå. Vård- och omsorgsförvaltningen analyserar undersökningen årligen.



## **Enhetsundersökning äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård**

Enhetsundersökning äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård är en totalundersökning till verksamheterna inom hemvården och vårdboende som genomförs av socialstyrelsen. Enhetsundersökningen är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. I öppna jämförelser på enhetsnivå kan utförare jämföra sin verksamhet med andra verksamheter utifrån ett antal indikatorer. Jämförelser kan även göras med resultat för kommun-, läns- och riksnivå. Vård- och omsorgsförvaltningen analyserar undersökningen årligen.

## **Rapporter till nämnd**

### **Kvalitetsrapport**

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att den som bedriver verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9).

Vård- och omsorgsförvaltningen ska under första och andra tertialet rapportera inkomna klagomål, missförhållanden och risker för missförhållanden enligt lex Sarah, avvikelser enligt HSL, SoL och LSS, lex Maria anmälningar samt externa revisioner till nämnd. I kvalitetsrapporten ska en analys göras där eventuella trender som utgör brister i verksamheten framgår. Detta görs även inom privata utförare.

### **Avtalsuppföljning**

Avdelningen för kvalitet och utveckling skickar en gång om året ut ett digitalt formulär med frågor i avtalet. Administrativa avdelningen har fyra uppföljningsdialoger per år med de privata utförarna.

### **Kvalitetsberättelse**

Den som bedriver en verksamhet bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Det bör framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts (SOSFS 2011:9).

Vård- och omsorgsförvaltningen ska på uppdrag från nämnden göra en kvalitetsberättelse för att finna eventuella mönster och trender som indikerar brister i verksamheten. Analyserna ska även ge ett underlag till förbättringsarbete i verksamheten.

Kvalitetsberättelsen innehåller uppgifter från årets samlade kvalitetsarbete:

- Kvalitetsrapporter, egenkontroller, Avvikelser, klagomål, dokumentation,
- brukarundersökning, kvalitetsregister,
- Annan statistikinsamling, ex. KKIK
- Resultat från avtalsuppföljning
- Resultat från kvalitetsuppföljningar och tillsyn av IVO.

### **Patientsäkerhetsberättelse**

Enligt Patientsäkerhetslagen ska alla vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med denna är bland annat att göra det lättare för vårdgivaren att ha kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.



Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva:

- Övergripande mål och strategier
- Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet
- Struktur för uppföljning/utvärdering
- Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet
- Uppföljning genom egenkontroll
- Samverkan för att förebygga vårdskador
- Riskanalys
- Informationssäkerhet
- Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
- Klagomål och synpunkter
- Samverkan med patienter och närstående
- Sammanställning och analys
- Övergripande mål och strategier för kommande år

### **Anmälningssärenden**

Kvalitetsuppföljningar och anmälningar till IVO redovisas löpande.



## Årshjul

