

## Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för det systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

---

Dokumenttyp:	Riktlinje
Beslutad av:	Vård- och omsorgsnämnden (2014-10-08, 146 § )
Gäller för:	Vård- och omsorgsförvaltningen
Giltig fr.o.m.:	2014-10-08
Senast reviderad:	2017-01-05
Dokumentansvarig:	Verksamhetsutvecklare
Version nr:	3

---



## Innehållsförteckning

<b>Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för det systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 .....</b>	<b>1</b>
<b>Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....</b>	<b>4</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
<b>Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsområden och organisation.....</b>	<b>4</b>
<b>Lagar och föreskrifter - utgångspunkten för kvalitetsarbete .....</b>	<b>5</b>
Verksamhetsbeskrivningar.....	6
<b>Grundprinciper i verksamheten .....</b>	<b>6</b>
Helhetssyn och samordning.....	6
Delaktighet, medbestämmande och integritet.....	6
Trygghet och säkerhet .....	7
Tillgänglighet.....	7
Evidensbaserad verksamhet .....	7
Förbättringsarbete .....	7
Medarbetarskap och ledarskap .....	7
<b>Roller och ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet .....</b>	<b>7</b>
Externa utförare.....	9
<b>Processer och rutiner.....</b>	<b>9</b>
<b>Samverkan .....</b>	<b>11</b>
<b>Systematiskt förbättringsarbete .....</b>	<b>12</b>
<b>Riskanalys.....</b>	<b>13</b>
<b>Avvikelse.....</b>	<b>13</b>
Sociala avvikelser – Lex Sarah .....	13
Avvikelse rapport enligt HSL - Lex Maria .....	14
<b>Utredning av synpunkter och klagomål.....</b>	<b>14</b>
<b>Egenkontroll .....</b>	<b>14</b>
<b>Intern tillsyn inom vård- och omsorgsförvaltningen .....</b>	<b>15</b>

<b>Dokumentation av kvalitetsarbetet .....</b>	<b>15</b>
<b>Hållplatser för lärande .....</b>	<b>16</b>
Kvalitetsberättelse .....	17
Patientsäkerhetsberättelse.....	17
<b>Personal och kompetensförsörjning .....</b>	<b>18</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>18</b>

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

## Inledning

*Med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete avses ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS med fokus på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas.*

Målet med vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem är att skapa en tydlighet för politiker, chefer och medarbetare hur vi tillsammans kan bidra till en lärande organisation som ger förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete med kunderna i fokus. Ledningssystemet ger även ett underlag för effektiv resursanvändning

Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) är utgångspunkten för vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsledningssystem. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Detta görs bland annat genom att:

- skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheterna
- dokumentera på ett strukturerat sätt
- processer, rutiner och riktlinjer följs och utvecklas med förändrade behov

Genom ledningssystemet så skapas ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser kan förebyggas.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att:

- planera
- leda
- kontrollera
- följa upp
- utvärdera

## Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsområden och organisation

Vård- och omsorgsförvaltningen styrs av vård- och omsorgsnämnden. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för kommunens hälso- och sjukvård, äldreomsorg och funktionshinderomsorg inklusive socialpsykiatri. Vård- och omsorgsförvaltningen är uppdelad på fem funktioner:

- Hemtjänst
- Särskilt boende
- Hälso- och sjukvård

- Funktionshinderomsorg (inkl. socialpsykiatri)
- Myndighet och service

Den allra största delen av verksamheterna inom förvaltningens verksamhetsområde drivs i egen regi. Driften för ett särskilt boende är utlagd på entreprenad och valfrihetssystem enligt LOV (lag om valfrihetssystem) tillämpas inom insatsen hemtjänst.

## **Lagar och föreskrifter - utgångspunkten för kvalitetsarbete**

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Att uppfylla lagens olika krav handlar om rättsäkerhet för den enskilde. Vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter styrs av följande lagstiftning:

- Socialtjänstlagen (SOL)
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

I Socialtjänstlagens 3 kap 3 § samt i Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 6 § framgår att de insatser som ges ska vara av god kvalitet. För utförandet av uppgifter inom socialtjänsten skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

I Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) 2 kap 2a§ står att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

### ***Föreskrifter och allmänna råd***

Utöver dessa lagar styrs även verksamheten av föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen (SOSFS). Exempel på områden som förtydligas genom föreskrifter är dokumentation, missförhållanden/lex Sarah, värdegrund, kunskapskrav och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

### ***Nationella riktlinjer***

Verksamheten som bedrivs vägleds även av nationella riktlinjer. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Nationella riktlinjer som berör vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsområde är till exempel demens och palliativ vård.

### **Verksamhetens egna krav**

Krav på kvalitet i verksamheterna styrs också av de inriktningsmål som vård- och omsorgsnämnden beslutar om. Nämndsmålen bryts sedan ner till funktionsspecifika mål och sedan vidare till verksamhetsnära mål. Måluppfyllelsen mäts genom nyckeltal som bland annat är hämtade från medarbetarundersökning, brukarundersökning och öppna jämförelser.

### **Verksamhetsbeskrivningar**

För att ytterligare tydliggöra vad som är kvalitet i vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter har verksamhetsbeskrivningar arbetats fram för respektive insats. Förutom att tydliggöra vad som är kvalitet för varje typ av insats/tjänst har verksamhetsbeskrivningen även till syfte att skapa samsyn i organisationen och underlätta för verksamheterna att styra åt samma håll. I verksamhetsbeskrivningarna fastställs syfte och mål med insatsen utifrån aktuell lagstiftning. Därefter följer en beskrivning över vilka verksamheter som omfattas av verksamhetsbeskrivningen samt hur genomförandet av insatsen går till. Verksamhetsbeskrivningarna har arbetats fram gemensamt av personal och ledning.

## **Grundprinciper i verksamheten**

### **Helhetssyn och samordning**

Vård- och omsorgsförvaltningen är en sammanhållen verksamhet med ett gemensamt uppdrag. Verksamheten är uppdelad i olika funktioner med särskilt fokus och uppdrag där helhetssyn och samordning är en förutsättning för att uppnå god kvalitet. Vetlanda kommuns värdegrund enligt personalpolitiska programmet innebär att vi ser varje medarbetares lika värde, där alla vill, kan och får ta ansvar.

#### ***Vision***

Vi ska inspirera och motivera människor till ett självständigt liv med livskvalitet.

#### ***Verksamhetsidé***

Vi ska genom förebyggande och individuella insatser skapa trygghet och delaktighet för individer och grupper med olika behov. Verksamheten ska bedrivas med god kvalitet, ett bra bemötande och respekt för den enskilde.

#### ***Värdegrund***

Du och dina närstående ska utifrån dina egna förutsättningar få känna trygghet, bevara din integritet och leva det liv, socialt och praktiskt, som du själv önskar. Med lyhördhet och respekt i verksamheterna ska detta göras möjligt.

### **Delaktighet, medbestämmande och integritet**

Delaktighet, medbestämmande och integritet innebär bland annat att den enskilde är med och påverkar hur de beviljade insatserna ska utformas. Detta sker bland annat vid upprättande och uppföljning av genomförandeplanen.

## **Trygghet och säkerhet**

Trygghet och säkerhet innebär att verksamheten arbetar enligt gällande regelverk. Den enskilde får i kontakten med vård- och omsorgsförvaltningen kännedom om sina rättigheter och skyldigheter bland annat genom upprättade servicedeklarationer.

## **Tillgänglighet**

Verksamhetens arbetssätt ska präglas av en hög servicenivå både i kontakt med medborgare, kund, närstående och mellan kollegor samt samarbetspartner.

## **Evidensbaserad verksamhet**

Verksamheten bedrivs evidensbaserat och förvaltningen är aktiv i det regionala forsknings- och utvecklingsarbetet som bland annat bedrivs via Kommunal utveckling, som är organiserat under Region Jönköpings län. Den enskildes perspektiv tas tillvara och analyseras genom årliga brukarundersökningar.

## **Förbättringsarbete**

Verksamheten arbetar kontinuerligt med ständiga förbättringar bland annat genom det kommunövergripande programmet LEAD (Ledar- och medarbetarutveckling) och genom Esthernätverket där förbättringscoacher kontinuerligt utbildas och verkar ute i organisationen.

## **Medarbetarskap och ledarskap**

Medarbetar- och ledaruppdraget utgår från ett medborgar- och kundperspektiv som kännetecknas av medansvar och förtroende. Ett gott medarbetarskap/ledarskap utövas av människor som vill, kan och får påverka resultat och utveckling enligt Vetlanda kommuns personalpolitiska program.

## **Roller och ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet**

Ett välfungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och tydliga befogenheter för att implementera, utveckla och vidta åtgärder inom verksamheterna.

### ***Vård och omsorgsnämnden***

Vård och omsorgsnämnden har ett övergripande ansvar för att fullgöra de uppgifter inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård som kommunfullmäktige delegerar till nämnden. Vård och omsorgsnämnden ska fastställa mål för verksamheten.

### ***Förvaltningschef***

Förvaltningschef ansvarar för att leda och fördela förvaltningens kvalitetsarbete i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt att kvalitetsutvecklingen omsätts i praktisk handling. Analyser och rapportunderlag

lämnas till vård och omsorgsnämnden och kommunledningen samt intern kontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt.

### ***Funktionschef***

I uppdraget som funktionschef ingår att ta fram funktionsmål kopplade till nämndsmålen och ansvara för att dessa är väl kända inom funktionen. Funktionschefen ska genom en god omvärldsbevakning och helhetssyn planera och bygga upp långsiktiga strategier samt driva funktionens utvecklings- och kvalitetsarbete framåt.

Funktionschefen ansvarar för att både initiera och föra ut kvalitetsarbete till de verksamheter som ingår i funktionens område.

Funktionschefen ansvarar för att det systematiska förbättringsarbetet genomförs i enlighet med förvaltningens kvalitetsårshjul och att detta dokumenteras inom det egna ansvarsområdet. Funktionschefen ansvarar vidare för att åtgärdsplaner från eventuella tillsyner, både externa och interna, följs.

### ***Verksamhetschef för hälso- och sjukvård***

Funktionschefen för hälso- och sjukvården är utsedd att vara verksamhetschef för hälso- och sjukvården enligt § 6, SOSFS 2008:14.

### ***Områdeschef***

I uppdraget ingår att ta fram verksamhetsnära mål och ansvara för att de är väl kända inom ansvarsområdet. Områdeschefen ansvarar för att tillsammans med medarbetarna driva enhetens utvecklings- och kvalitetsarbete. I detta ingår att ta ansvar för att för att det systematiska förbättringsarbetet genomförs inom det egna ansvarsområdet i enlighet med förvaltningens kvalitetsårshjul.

Områdeschefen ska ha en helhetssyn och ett övergripande ansvar som syftar till att enheten lever upp till gällande lagstiftning, politiska beslut, samt kommunens riktlinjer och styrdokument. Områdeschef ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

### ***Verksamhetsutvecklare***

Uppdraget som verksamhetsutvecklare är att på förvaltningsledningens uppdrag analysera idéer, frågor och trender och föra dem till förvaltningsledningen. Befattningen innebär också övriga utredningsuppgifter på uppdrag av förvaltningschef.

Verksamhetsutvecklare ansvarar för att uppdatera, revidera och utveckla ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetsutvecklare genomför uppdrag i samverkan med förvaltningsledning och funktionschefer.

### ***Socialt ansvarig samordnare (SAS)***

SAS ansvarar för att utveckla ett evidensbaserat arbetssätt för att säkerställa en socialtjänst med god kvalitet och att stödja chefer och medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet. SAS ansvarar även för tillsyn av verksamheten, handläggning av sociala avvikelser samt utreda inkomna lex Sarahrapporter. SAS, i samråd med förvaltningschef, ansvarar också för att anmälan görs till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). I



uppdraget ingår också att bedriva omvärldsbevakning och ta fram aktuella rutiner, processer och göra dessa lättillgängliga för verksamheten.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

MAS har ett övergripande tillsynsansvar för patientsäkerhet och kvalitet i kommunens hälso- och sjukvård. Det innebär att utarbeta och följa upp rutiner inom områden som läkemedelshantering, avvikelserapportering, delegering samt att utöva verksamhetstillsyn och säkerställa dokumentation enligt patientdatalagen. MAS ansvarar också för att anmälans görs till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

### **Medarbetare**

Det är i mötet mellan kund och medarbetare som det verkliga kvalitetsarbetet äger rum, därför är medarbetaren den viktigaste länken i kvalitetskedjan. Alla medarbetare är skyldiga att medverka till den goda kvaliteten i verksamheten enligt SOSFS 2011:9. Som medarbetare behöver det finnas utrymme att lyfta kvalitetsfrågor i den egna verksamheten, t.ex. på APT. Samtliga medarbetare har skyldighet bidra till förbättrad kvalitet genom att rapportera avvikelser och missförhållanden samt ta emot och föra vidare synpunkter och klagomål. Som medarbetare arbetar man aktivt med att de verksamhetsnära målen ska uppfyllas.

### **Externa utförare**

Policy och riktlinjer för alternativa driftformer i Vetlanda kommun finns och är beslutad av kommunfullmäktige. Externa utförare omfattas även de av föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och ska därför ha arbetat fram sitt eget ledningssystem. Sedan 2011 finns nämndbeslut om LOV (lag om valfrihet) inom hemtjänst och entreprenad enligt LOU (lag om offentlig upphandling) för särskilt boende för äldre.

## **Processer och rutiner**

*”Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.” (4 kap. 2 § SOSFS 2011:9)*

En av de mest grundläggande delarna i kvalitetsarbetet är att organisationens processer är kartlagda och rutiner fastställda. Ofta leder andra delar av kvalitetsarbetet fram till att en process behöver kartläggas, en befintlig rutin måste revideras eller att nya rutiner måste tas fram och beslutas i ledningsgruppen. Socialstyrelsens definition av rutiner och processer är följande:

*”En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.”*

Till hjälp för att kartlägga förvaltningens processer finns Vetlanda kommuns processmodell med tillhörande processverktyget ”QPR process designer”. Detta verktyg används av samtliga förvaltningar i kommunen. SAS och verksamhetsutvecklare bistår

chefer med att kartlägga och rita processerna och se till att de görs tillgängliga genom intranätet Vinna och blir kända i organisationen.

Vård- och omsorgsförvaltningens ledning och medarbetare ska kontinuerligt arbeta med att kartlägga och förbättra verksamheternas olika processer och ta fram de rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten bedrivs med god kvalitet. Processer finns på många nivåer i organisationen. Genom att identifiera och kartlägga dessa skapas en tydlighet både när det gäller aktiviteternas inbördes ordning och när det gäller vem som ansvarar för vad. Strävan i arbetet ska vara att göra så allmänna processbeskrivningar som möjligt och att dessa ska präglas av ett starkt brukarfokus. Organisationens kan ändras medan vård- och omsorgsförvaltningens uppdrag och ansvar finns kvar.

*Vård- och omsorgsförvaltningens startsida i QPR hittar du till via förvaltningens grupp på intranätet Vinna*

**Vetlanda**  
Här väber människor och företag

**VISION**  
Vetlanda –  
här väber både  
människor och företag

**KÄRNVÄRDEN T-R-E**  
Tillväxt • Resultat • Engagemang

**MÖTET**  
Före Efter  
Medarbetarskap  
Ledarskap  
Ständiga  
förbättringar

**Uppdrag och Mål**

### 3.7 Vård och omsorg

Här hittar du våra processer.  
Klicka på respektive ruta för att komma vidare och se mer

#### 3.7.0 Ledningsprocesser

- Leda verksamheten
- Utveckla, följa upp och utvärdera verksamheten

#### 3.7 Kärnprocesser

- 3.7.5 Stöd i ordinärt boende
- 3.7.5.2 Stöd i särskilt boende
- 3.7.5 Stöd enligt LSS
- 3.7.6 Hemsjukvård
- 3.7.5.4 Anhörigstöd

#### Stödprocesser

- Verksamhetens stödprocesser

### ***Handläggning och dokumentation***

Processen för myndighetsutövning är central i vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete. Den enskildes rättssäkerhet och medverkan är grundläggande i hela processen från ansökan, via utredning, till beslut och genomförande av insatser.

IBIC (Individens behov i centrum) är ett behovsinriktad och strukturerat arbetssätt som är på väg att implementeras i organisationen. Modellen utgår från den enskildes behov. Dokumentationen i modellen följer strukturen i världshälsoorganisationen WHO ICF - klassifikation. Den är ett verktyg för ett gemensamt språk för dokumentation om den enskildes hälsorelaterade tillstånd, aktivitet och delaktighet.

## **Samverkan**

Att säkerställa att processer och rutiner för samverkan finns samt att de är väl kända och används i det dagliga arbetet har hög prioritet i förvaltningens kvalitetsarbete.

Samverkan är nödvändig för att uppnå kvalitet för de vi är till för. Vård- och omsorgsförvaltningens kunder har många gånger sammansatta och komplexa behov som kräver samverkan och samarbete både internt (mellan funktionerna inom den egna förvaltningen eller med andra förvaltningar) och externt med andra myndigheter och aktörer (t.ex. vårdcentraler och sjukhus, arbetsförmedling, försäkringskassa m.m.).

Ett exempel där samverkan är nödvändig för att uppnå kvalitet gäller enskilda med hälso- och sjukvårdsinsatser som ofta har behov av insatser från olika vårdnivåer, det vill säga slutenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Utifrån individens behov sker samverkan mellan huvudmännen. Andra exempel på samverkan som bedrivs är:

- samverkansgrupp bestående av verksamhetschefer från samtliga vårdcentraler i kommunen, MAS och funktionschef för hälso- och sjukvården träffas fyra gånger per år och vid behov. Samverkansavtal gällande läkarmedverkan finns upprättat
- Funktionschef för myndighetskontoret, MAS och SAS har regelbundet samverkansmöten med externa utförare.
- Vård- och omsorgsförvaltningen samverkar regelmässigt med övriga kommunala förvaltningar och kommunala bolag kring kvalitetsfrågor
- Samverkansavtal finns med kommunal utveckling, Region Jönköpings län, för utveckling av kvalitet inom socialtjänsten i länet.
- Överenskommelse för strukturerad samverkan med socialförvaltningens där utgångspunkter arbetats fram tillsammans ligger som grund för gemensamma rutiner. En handlingsplan med aktiviteter är framtagen som revideras årligen.

Samverkansskyldigheten inom vård- och omsorgsförvaltningens område regleras i de lagar och föreskrifter som ligger till grund för förvaltningens verksamhetsområden. Bland förvaltningens samlade dokument på Vinna återfinns även processer och rutiner som styr hur samverkan ska bedrivas med olika aktörer.

## Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I det systematiska förbättringsarbetet ingår följande:

- **Risikanalyser:** En förebyggande åtgärd som syftar till att förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar.
- **Egenkontroll:** Som syftar till att utvärdera verksamheten, utöva tillsyn och kontrollera kvaliteten för att säkerställa att vi gör rätt saker på rätt sätt.
- **Avvikelse rapportering samt synpunkts- och klagomålshantering:** Inkomna rapporter och synpunkter/klagomål ska tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Det är viktigt att de insikter om verksamhetens kvalitet som uppkommer genom riskanalyser, egenkontroll, avvikelser och inkomna synpunkter/klagomål tas tillvara för att förbättra verksamhetens kvalitet. Därför ska resultatet sammanställas och analyseras för att brister i verksamhetens kvalitet ska kunna upptäckas och rättas till, t.ex. genom förbättrade rutiner och förtydligande av processer och ansvar m.m. Detta sker i de återkommande hållplatser för lärande som ingår i förvaltningens kvalitetsårshjul.

### Bild av det systematiska förbättringsarbetet



## Risikanalys

Verksamheter ska identifiera, analysera och bedöma risker för kunder på individ- och gruppnivå, utföra särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten samt utföra systematiskt arbetsmiljöarbete.

Varje verksamhet ska regelbundet samt när behov uppstår utforma en riskanalys. Till skillnad från riskbedömning i samband med systematiskt arbetsmiljöarbete, vars syfte är att identifiera vilka risker som föreligger personal på respektive arbetsplats, ska riskanalysen sammanställa de risker som kan komma att drabba kunden. Kartläggningen kan ske på olika nivåer beroende på vilken del i organisationen risken uppstår. Det är förvaltningens ledningsgrupp som sammanställer risker av strukturell karaktär på mer övergripande förvaltningsnivå, medan personal och områdeschefer/myndighetschef kartlägger de risker som uppstår i det dagliga vård- och omsorgsarbetet eller i handläggningsprocessen.

Risken graderas genom att analys sker då följande frågor ställs: Hur stor är sannolikheten att risken inträffar? Hur ofta förekommer risken? Om risken inträffar, hur stor blir konsekvensen? Och slutligen; Hur stor chans är det att personal kan upptäcka "varningstecken" innan risken inträffar?

Genom att besvara ovanstående frågor omvandlas svaren risktal som multipliceras med varandra som ger ett slutgiltigt resultat. Summan placeras i en skala som visualiserar hur allvarlig risken är, och beroende på allvarlighetsgrad, föreslås lämpliga åtgärder som minimerar sannolikheten för att risken uppstår.

## Avvikelser

Syftet med systematisk avvikelse rapportering är att missförhållanden ska rättas till och att verksamheten kontinuerligt utvecklas och förbättras så att missförhållandet inte uppstår igen. Avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud. En avvikelse är en händelse som inte är förväntad.

Avvikelser delas in i händelser som dels leder till att en kund skadas, dels händelser som kan leda till att en kund skadas (risker).

Även avvikelser i form av klagomål och synpunkter rapporterade av enskilda och närstående ska tas tillvara och följas upp.

### Sociala avvikelser – Lex Sarah

All personal har enligt föreskrift om Lex Sarah (SOSFS 2011:5) skyldighet att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden i verksamheten.

#### **Så går det till:**

1. Medarbetaren gör en avvikelse rapportering i formuläret via Vinna.
2. Rapporten går till SAS.
3. SAS registrerar och gör en bedömning om avvikelsen ska utredas enligt Lex Sarah. Om händelsen bedöms som allvarlig görs en anmälan till IVO.
4. SAS utreder och rapporterar till Vård- och omsorgsnämnden.

## 5. Beslut om åtgärder samt återkoppling till berörda

### Avvikelse rapport enligt HSL - Lex Maria

Legitimerad personal, eller personal som fått medicinska arbetsuppgifter via en delegering, har enligt lag en skyldighet att rapportera till vårdgivaren (Vård- och omsorgsnämnden/MAS) om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Avvikelse inom hälso- och sjukvården delas in i händelser som dels ledde till att en patient skadats (negativ händelse), dels händelser som kunde ha lett till att en patient skadats (tillbud). Rapporteringen sker på olika sätt beroende på allvarlighetsgraden. Definitionen på vad som är vad finns i [rutin för avvikelserapportering](#).

### Utredning av synpunkter och klagomål

Rutin för hantering av synpunkter och klagomål från medborgare och kunder finns i verksamheten och hanteras i kommunens gemensamma system "Synpunkt Vetlanda". Synpunkter och klagomål ska besvaras skyndsamt. Registrator skickar inom två arbetsdagar ut en bekräftelse på att synpunkten är mottagen samt besked om ansvarig handläggare. Inom tio arbetsdagar ska ett svar ha lämnats från ansvarig handläggare förutsatt att den som lämnat in synpunkten/klagomålet har lämnat kontaktuppgifter.

Vård och omsorgschef, funktionschefer och områdeschefer är ansvariga att utreda och besvara synpunkter och klagomål som inkommer till förvaltningen. SAS och MAS sammanställer och analyserar inkomna synpunkter och klagomål för att hitta eventuella trender och mönster som kan leda till upptäckten av brister i verksamheten.

Synpunkter och klagomål följs upp både på förvaltningsnivå per kvartal och redovisas i vård- och omsorgsförvaltningen och för kommunen totalt årligen.

### Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska enligt föreskriften utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat samt att verksamheten bedrivs enligt de rutiner och processer som ingår i ledningssystemet. Resultatet och analysen av egenkontrollen blir sedan en del av underlaget för förslag på förbättringar. Inom vård- och omsorgsförvaltningen bedrivs egenkontroll på följande sätt:

- Jämförelser och analys av verksamhetens resultat i nationella kvalitetsregister
  - Senior Alert (Nationellt register för riskbedömning av fall, nutrition, trycksår och munhälsa)
  - BPSD (Beteende och Psykiska Symtom vid Demens)
  - Svenska palliativregistret
- Jämförelser och analys av verksamhetens resultat i Öppna jämförelser (länsrapport tillhandahålls från FOU´rum kommunal utveckling på regionförbundet.)

- Årliga brukarundersökningar
- Jämförelser och analys av KKIK (kommunens kvalitet i korthet)
- Internkontrollplan där bland annat loggar i verksamhetssystemet, dokumenthantering, frånvaro m.m. regelbundet kontrolleras
- Intern tillsyn av SAS och MAS (se beskrivning nedan)
- Uppföljning av servicedeklarationer
- Uppföljning och analys av den årliga medarbetarundersökningen
- Uppföljning av mål och nyckeltal på nämnds, funktions- och enhetsnivå
- Analys och reflektion i återkommande hållplatser för lärande i förvaltningens kvalitetsårshjul.

### **Intern tillsyn inom vård- och omsorgsförvaltningen**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och social ansvarig samordnare, SAS bedriver intern och extern tillsyn som en del i kvalitetsarbetet.

Tillsynen genomförs i samverkan med berörda chefer och personal.

Intern tillsyn genomförs på en utvald enhet inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde en gång per månad enligt rullande schema som MAS/SAS ansvarar för. Det innebär att även extern utförare ingår i denna plan. Under ett verksamhetsår får varje funktion tre tillsynsbesök, myndighet och service får två tillsynsbesök.

Tillsynen är uppbyggd kring SoL/LSS/HSL, riktlinjer och rutiner för vård- och omsorgsförvaltningen. Fokusområden är genomförandeplan, dokumentation, läkemedelshantering, vårdhygien och säkerhet.

Frågor kring fokusområdena är viktade och ger ett totalt medelvärde för varje enhet som kan jämföras med övriga jämförda tillsynsresultat. Maxvärde är två. Urval vid tillsynen är yngst och äldst kund på den aktuella enheten.

Resultat och en sammanfattande reflektion delges ansvarig områdeschef samt funktionschef. Utifrån resultat föreslås åtgärder med tillhörande tidsplan. Konstateras riskområden vid tillsyn som kan röra fler verksamheter tas det upp på förvaltningens ledningsgrupp.

Tillsyn görs både föranmäld och oanmäld.

### **Dokumentation av kvalitetsarbetet**

För att kunna bedöma om verksamheten uppfyller kraven för god kvalitet krävs metoder för analys, uppföljning och utvärdering samt en systematisk dokumentation av detta arbete. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras löpande under året och ska sedan sammanställas i en kvalitetsberättelse enligt SOSFS 2011:9 och patientsäkerhetsberättelse enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659).

## Hållplatser för lärande

Vård- och omsorgsförvaltningen vill vara en lärande organisation där det ges möjlighet att på ett systematiskt sätt stanna upp i vardagsarbetet och reflektera och lära av det dagliga arbetet utifrån vissa årligen återkommande teman. Målet är ett kollektivt lärande, både för ledningen och för den enskilde medarbetaren.

Under 2017 kommer en modell för kvalitetsredovisning att implementeras som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Modellen bygger på ett årshjul med fem återkommande teman som kallas för hållplatser för lärande. Hållplatserna återkommer vid fasta tidpunkter under året och ska dokumenteras av respektive chef för sedan ligga till grund för den årliga kvalitetsberättelsen. De fem hållplatserna är följande:

- **Egenkontroll (januari)**
  - Medarbetare och ledning ska tillsammans analysera resultatet för den egna verksamheten i olika undersökningar såsom brukarundersökning, kvalitetsregister, tillsyner, Öppna jämförelser m.m. Varför ser det ut som det gör? Vad kan vi förbättra och hur?
- **Utbildning och kompetens (mars)**
  - Inventera funktionens framtida behov av kompetensutveckling. Utgå från medarbetarsamtal och samtal på APT
  - Ledningen ska systematiskt följa behovet av personal- och kompetensförsörjning inkl. behov av ev. fortbildning för befintlig personal för att kunna möta kundernas behov. Hållplatsen ligger till grund för förvaltningens årliga utbildningsplan.
- **Processer och rutiner (april)**
  - Se över funktionens centrala processer och rutiner. Revidera vid behov. (En del av internkontrollplanen)
  - Medarbetare och ledning ska få ökad kunskap om verksamhetens centrala processer och rutiner. Behov av nya processer och rutiner ska inventeras.
- **Risk- och händelseanalys (oktober)**
  - Var har vi våra risker? Identifiera och värdera risker, identifiera de bakomliggande orsakerna samt föreslå åtgärder som minskar risken eller dess konsekvenser. Fokus kvalitet!
  - Medarbetare och ledning ska tillsammans få ökad förståelse för risker i verksamhetens processer utifrån ett kundperspektiv och därmed förebygga avvikelser och missförhållanden.



- **Avvikelser, synpunkter och klagomål (november)**
  - Varje chef ska sammanställa årets inkomna avvikelser och vidtagna åtgärder i den egna verksamheten. Kan man se mönster, återkommande liknande händelser? Vad kan vi lära? Behöver fler åtgärder vidtas? Finns det samband på övergripande nivå?
  - I denna hållplats ska det säkerställas att medarbetarna har kännedom om skyldigheten att rapportera missförhållanden samt få ökad kunskap utifrån inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser.

Hållplatserna är avsedda att vara ett stöd i kvalitets- och utvecklingsarbetet för chefer på samtliga nivåer i organisationen. Det blir därmed ett verktyg för att identifiera vilka förbättringsåtgärder som behöver göras inom förvaltningens olika områden. En förutsättning för att nå en lärande organisation är att analys och diskussion sker tillsammans med medarbetare ute i verksamheten.

Slutsatser och sammanställningar kommer att redovisas i IT-stödet Hypergene. Tanken är att det ska förenkla dokumentation och redovisning och säkerställa att dokumentationen finns att tillgå oavsett om ny ansvarig chef tillträder e.d.

En sammanställning av varje hållplats kommer även att delges nämnden.

### **Kvalitetsberättelse**

En kvalitetsberättelse sammanställs årligen för vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamheter. Kvalitetsberättelsen ska ha en så hög detaljeringsgrad att det går att bedöma hur systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbetet har bedrivits under årets om har gått.

Av kvalitetsberättelse ska också framgå vilka utvecklingsområden för kommande år som kan tänkas bli aktuella utifrån uppnådda resultat. Kvalitetsberättelsen redovisas för förvaltningens ledningsgrupp och för nämnden samtidigt som patientsäkerhetsberättelsen. Kvalitetsredovisningarna som utgår från ovan beskrivna kvalitetsperspektiv och hållplatser för lärande kommer att ligga som grund för delar av kvalitetsberättelsen.

### **Patientsäkerhetsberättelse**

Patientsäkerhetsberättelsen är en del av det ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9).

För vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, för att upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår. Vårdgivaren ska beskriva vad verksamheten har gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt reducera risker i vården, och för att minska antalet tillbud och negativa händelser. Vårdgivaren ska också tala om hur – och när – man ska fullfölja de åtgärder som man inte kunnat göra omedelbart.

Berättelsen ska innehålla en beskrivning av vilka resultat vårdgivaren har uppnått i sitt patientsäkerhetsarbete. Exempel på resultat kan vara att antalet fallskador eller vårdrelaterade infektioner.

## Personal och kompetensförsörjning

En väl fungerande personal- och kompetensförsörjning är en viktig del i vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete. För att utföra uppgifter inom förvaltningens verksamhetsområden ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. De enskilda medarbetarnas kompetens och professionalitet är grundläggande i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten. För att säkra kompetensen bland medarbetarna sker följande:

- Förvaltningen tar årligen fram en övergripande utbildningsplan för att säkerställa att personalen får tillgång till nödvändig kunskap och fortbildning.
- Varje medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan.
- Kommunens kompetensanalys för respektive befattning används vid rekrytering

## Referenser

Patientsäkerhetslag 2010:659

Socialtjänstlagen, 2001:453

SOSFS 2005:28, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd enligt lex Maria

SOSFS 2011:5, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah

SOSFS 2011:9, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsen, (2013), Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah

Socialstyrelsen, (2012), Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vetlanda kommun personalpolitiskt program,  
<http://vetlanda.se/download/18.1d9538811428d489bfc360c/1386510536409/Personalpolitiskt+program+broschyr.pdf.pdf>

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/2012/2012-6-53>

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9>