

Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för 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:	2024-01-25
Dokumentansvarig:	Socialt ansvarig samordnare
Version nr:	4

Innehållsförteckning

Inledning	4
Varför behöver vi ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?	4
Vad menas med god kvalitet?	4
Lärande organisation	5
Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsområden och organisation.....	5
Lagar och föreskrifter - utgångspunkten för kvalitetsarbete	6
Föreskrifter och allmänna råd.....	6
Nationella riktlinjer	6
Verksamhetens egna mål.....	6
Grundprinciper i verksamheten	7
Helhetssyn och samordning.....	7
Delaktighet, medbestämmande och integritet.....	7
Trygghet och säkerhet	7
Tillgänglighet.....	7
Evidensbaserad verksamhet	7
Förbättringsarbete	8
Medarbetarskap och ledarskap	8
Roller och ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet	8
Vård- och omsorgsnämnden.....	8
Vård- och omsorgschef	8
Funktionschef.....	8
Kvalitets- och utvecklingschef.....	9
Verksamhetschef för hälso- och sjukvård.....	9
Områdeschef.....	9
Socialt ansvarig samordnare (SAS).....	9
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	9
Verksamhetsutvecklare	10
Medarbetare	10
Esther förbättringscoacher	10

Externa utförare.....	10
Processer och rutiner	10
Samverkan	11
Systematiskt förbättringsarbete	12
Riskanalys.....	13
Avvikelser	14
Egenkontroll.....	15
Barnkonventionen och barnrättsperspektivet.....	18
Informationssäkerhet	18
Digitalisering och välfärdsteknik.....	18
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	19
Ombudsroller	19
ESTHER-nätverket	19
Vård- och omsorgsförvaltningens årliga kvalitetspris.....	19
Personal och kompetensförsörjning.....	20
Dokumentation av kvalitetsarbetet	20
Kvalitetsberättelse	20
Patientsäkerhetsberättelse.....	21
Referenser.....	21

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Inledning

Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är tänkt att fungera som ett stöd för dig som medarbetare, chef eller politiker. Målet är att vi kontinuerligt arbetar tillsammans för att skapa en vård och omsorg med god kvalitet där brukarens och patientens bästa alltid står i fokus. "Vad är bäst för Esther?" frågar vi oss själva dagligen. Esther används synonymt med begrepp som brukare eller patient och namnet hjälper oss att inte glömma bort den unika individ som dagligen är mottagare av den vård och omsorg som vi tillsammans utför. Vi strävar efter att detta personcentrerade förhållningssätt ska genomsyra hela förvaltningens verksamhetsområde.

Vård- och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete utvecklas löpande. Detta är den fjärde reviderade versionen av riktlinjen.

Varför behöver vi ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?

Den som bedriver socialtjänst, hälso- och sjukvård och verksamhet enligt LSS ska systematiskt och löpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Till stöd för detta ska verksamheten ha ett ledningssystem som ska användas för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Målet med vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är att skapa en tydlighet för chefer, medarbetare och politiker hur vi tillsammans kan skapa en lärande organisation som ger förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete.

Genom kvalitetsledningssystemet så skapas ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser kan förebyggas. Med olika tillvägagångssätt för systematiskt förbättringsarbete lär vi oss av de händelser som uppstår och förbättrar därmed verksamheten systematiskt och löpande.

Ledningssystemet med dess olika delar fungerar som vägledning och stöd när förvaltningen ska planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. I denna riktlinje beskrivs hur vård- och omsorgsförvaltningen i det dagliga arbetet går till väga för att uppnå en säker vård och omsorg med god kvalitet.

Vad menas med god kvalitet?

Enligt Socialstyrelsen föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att god kvalitet uppnås när vi uppfyller mål och krav som finns i de regelverk som styr vår verksamhet. Som exempel kan nämnas följande:

- Att insatserna ges på ett sådant sätt att Esthers behov av stöd och hjälp tillgodoses
- Att syftet med insatsen eller verksamheten uppnås.
- Att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet
- Att det finns tillräcklig bemanning för att kunna ge insatser av god kvalitet
- Att insatserna sker med respekt för självbestämmande och integritet
- Att systematiskt och löpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

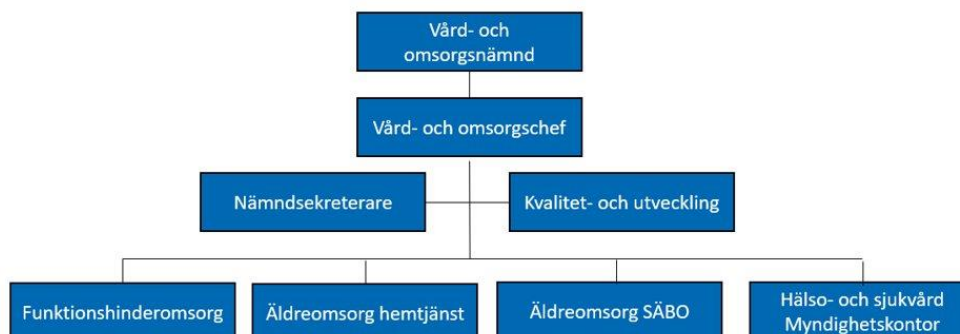
Lärande organisation

Vård- och omsorgsförvaltningen strävar efter att vara en lärande organisation. Med en lärande organisation menas en organisation som *tar till sig, förmedlar och utvecklar kunskaper men också har förmågan att förändra sig så att dessa kunskaper tillämpas*. En lärande organisation kännetecknas bland annat av att det skapas tid och utrymme för reflektion och dialog.

Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsområden och organisation

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

- Hemtjänst
- Särskilt boende och korttidsvård
- Funktionshinderomsorg
- Myndighetskontor/Hälso- och sjukvård inklusive anhörigstöd och demenssjuksköterska



Majoriteten av förvaltningens verksamhetsområden drivs i egen regi. Valfrihetssystem enligt LOV (lag om valfrihetssystem) tillämpas inom insatsen hemtjänst.

En kvalitets- och utvecklingsavdelning med stödfunktioner såsom verksamhetsutvecklare, IT-utvecklare, MAS (Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska) och SAS (Socialt Ansvarig Samordnare) m.fl. bistår verksamheterna i kvalitets och utvecklingsfrågor men även med administrativt stöd av olika slag.

Lagar och föreskrifter - utgångspunkten för kvalitetsarbete

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.

Med god kvalitet avses att en verksamhet lever upp till de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Den lagstiftning som Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsområden utgår ifrån är främst:

- Socialtjänstlagen (SoL)
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- Patientsäkerhetslagen
- Förvaltningslagen (FL)

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 och allmänna råd är;

- Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVM, LVU och LSS SOSFS 2014:5
- Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40
- Basal hygien i vård och omsorg SOSFS 2015:10
- Bestämmelserna om lex Sarah SOSFS 2011:5
- Äldreomsorgens nationella värdegrund SOSFS 2012:3
- Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar inom socialtjänstens omsorg om äldre 2011:12
- Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning SOSFS 2014:2
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9

Nationella riktlinjer

Vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter 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 finns till exempel inom områden som demens, palliativ vård, ADHD/Autism och depression.

Verksamhetens egna mål

Krav på kvalitet i verksamheterna styrs också av de inriktningsmål som vård- och omsorgsnämnden beslutar om. Vård- och omsorgsnämndens mål bygger på mål från kommunfullmäktige och bryts sedan ner till verksamhetsnära mål på funktionsnivå och sedan vidare till konkreta aktiviteter ute i verksamheterna. Måluppfyllelsen mäts genom nyckeltal som bland annat är hämtade från medarbetarundersökning,

brukarundersökning och öppna jämförelser. Nya mål processas fram i samband med varje ny mandatperiod.

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 brukare/patienter, 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.

Förbättringsarbete

Verksamheten arbetar kontinuerligt med ständiga förbättringar bland annat förvaltningens kvalitetshjul med återkommande hållplatser för lärande och genom Esthernätverket där förbättringscoacher kontinuerligt utbildas och verkar ute i organisationen. Verksamheterna uppmantras att dela med sig av sina förbättringsarbeten bland annat genom att nominera sina förbättringar till det årliga kvalitetspriset inom vård och omsorg.

Medarbetarskap och ledarskap

Medarbetar- och ledaruppdraget utgår från ett brukar- och patientperspektiv 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.

Vård- och omsorgschef

Vård- och omsorgschefen 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. Intern kontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt.

Funktionschef

I uppdraget som funktionschef ingår att ta fram funktionsmål kopplade till nämndmålen 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 kvalitetshjul med tillhörande hållplatser för lärande och att detta dokumenteras inom det egna ansvarsområdet. Funktionschefen ansvarar för att förbättringsbehov som identifierats i samband med kvalitetsuppföljningar åtgärdas.

Funktionschef ska med stöd av ledningssystemet på en funktionsövergripande nivå planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Kvalitets- och utvecklingschef

Kvalitets- och utvecklingschefen ansvarar för att leda och fördela det kvalitets- och utvecklingsarbete som pågår inom kvalitet- och utvecklingsavdelningen. Kvalitets- och utvecklingschefen ansvarar vidare för den övergripande målstyrningen ihop med ledningsgruppen. Kvalitets- och utvecklingschefen ska ge stöd till funktionschefer avseende framtagande av mål samt analyser på övergripande nivå ihop vård- och omsorgs- och ledningsgrupp.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

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

Områdeschef

Områdeschefen ansvarar för att tillsammans med medarbetarna driva enhetens utvecklings- och kvalitetsarbete. I detta ingår att ansvara för att för att det systematiska förbättringsarbetet genomförs inom det egna ansvarsområdet i enlighet med förvaltningens kvalitetshjul och avvikelsehantering. Områdeschefen ansvarar även för att förbättringsbehov som identifierats i samband med kvalitetsuppföljningar åtgärdas.

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.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Socialt ansvarig samordnare (SAS), har en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning och kvalitetskontroll inom vård- och omsorgsförvaltningens myndighetsutövning, äldreomsorg och funktionshinderomsorg utifrån gällande lagar och föreskrifter, SoL och LSS. SAS är sakkunnig inom socialtjänstens verksamhetsområde och har en stödjande funktion i organisationen. SAS ansvarar för att stödja chefer och medarbetare i det systematiska kvalitetsarbetet.

SAS ansvarar även för kvalitetsuppföljning av verksamheten tillsammans med MAS, utredning av missförhållanden enligt bestämmelserna om lex Sarah samt anmäler allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. I uppdraget ingår också att uppdatera, revidera och utveckla ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet.

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 anmälan görs till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Verksamhetsutvecklare

Verksamhetsutvecklare ska på förvaltningsledningens uppdrag analysera idéer, frågor och trender och föra dem till förvaltningsledningen. Befattningen innebär också övriga utredningsuppgifter på uppdrag av kvalitets- och utvecklingschef och vård- och omsorgschef. Verksamhetsutvecklare genomför uppdrag i samverkan med förvaltningsledning och funktionschefer inom områden som till exempel bemanning, kompetensutveckling, digitalisering och välfärdsteknik. Verksamhetsutvecklare arbetar kontinuerligt med omvärldsbevakning

Medarbetare

Det är i mötet mellan brukare/patient 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. Samtliga medarbetare har skyldighet bidra till förbättrad kvalitet genom att rapportera avvikelser och missförhållanden samt ta emot och föra vidare synpunkter och klagomål. Medarbetare deltar aktivt i arbetet med kvalitetshjulets hållplatser för lärande samt med aktiviteter kopplade till de verksamhetsnära målen.

Esther förbättringscoacher

Esther förbättringscoacher är medarbetare som utbildat sig i förbättringskunskap inom ramen för länets gemensamma Esthercoachutbildning. En Esthercoach stödjer och coachar sina arbetskamrater i förbättringsarbete med syfte att förbättra brukaren/patientens (Esthers) upplevelse av vård och omsorg. Esthercoachen bidrar till förändringar som blir förbättringar på sin arbetsplats.

Externa utförare

Policy och riktlinjer för alternativa driftformer i Vetlanda kommun finns och är beslutad av kommunfullmäktige. Även externa utförare omfattas av föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och ska därför ha ett eget ledningssystem. Sedan 2011 tillämpas LOV (lag om valfrihet) inom hemtjänst.

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 grundläggande delarna i kvalitetsarbetet är att organisationens processer finns kartlagda och att de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet har fastställts. 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.”

Processerna och rutinerna hjälper oss att skapa en tydlighet i organisationen över vem som gör vad och säkerställer också att det sker i rätt tid och på rätt sätt.

Vård- och omsorgsförvaltningens processer finns publicerade i Vetlanda processmodell. Dit hittar man via programmen på kommunens intranät Komin. SAS och verksamhetsutvecklare bistår chefer med att kartlägga och rita processerna och se till att de görs tillgängliga på intranätet och blir kända i organisationen.

Vi strävar efter att göra så allmänna processbeskrivningar som möjligt. Ofta bryts delar av processen ner i

delprocesser för att undvika att processerna blir för långa och svåra att följa. Processerna följer klassifikationsverktyget KLASSA som tagits fram av SKR.

Rutiner skapas, granskas och revideras löpande. Respektive funktion ansvarar för att arbeta fram de rutiner som behövs för att säkra den egna verksamhetens kvalitet. Förvaltningsgemensamma rutiner arbetas fram i arbetsgrupper med representanter från verksamheterna. Arbetsgrupperna leds av SAS, MAS, verksamhetsutvecklare eller funktionschef. Rutinerna publiceras på intranätet Komin.

Samverkan

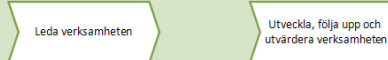
Att säkerställa att processer och rutiner för samverkan finns samt att de är väl kända och används i det dagliga arbetet har hög prioritet i förvaltningens kvalitetsarbete. Samverkan är nödvändig för att uppnå god kvalitet och säker vård och omsorg för de vi är till för. Vård- och omsorgsförvaltningens brukare/patienter har många gånger sammansatta och komplexa behov som kräver samverkan och samarbete både internt



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



3.7 Kärnprocesser



Stödprocesser



Bild över Vård- och omsorgsförvaltningens startsida i Vetlanda processmodell som du hittar till via programmen på intranätet Komin.

(mellan funktionerna inom den egna förvaltningen eller med andra förvaltningar) och externt med andra myndigheter och aktörer.

Ett exempel där samverkan är nödvändig för att uppnå god kvalitet och säker vård gäller enskilda med hälso- och sjukvårdsinsatser som även har behov av insatser från kommunen verksamheter. Utifrån individens behov sker samverkan mellan huvudmännen, ofta med utgångspunkt i länsgemensamma överenskommelser mellan kommun och region. Andra exempel på samverkan som sker löpande 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
- Regelbunden samverkan med externa utförare.
- Analysträffar för intern teamsamverkan i enskilda ärenden där hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal och biståndshandläggare möts regelbundet.
- SIP, samordnad individuell plan
- Samverkansavtal finns med Kommunal utveckling, Region Jönköpings län, för utveckling av kvalitet inom socialtjänsten i länet.
- Överenskommelse för samverkan med socialförvaltningen inklusive gemensamma rutiner. En handlingsplan med gemensamma aktiviteter tas fram årligen. Arbetsgrupper med representanter från båda förvaltningarna finns för målgrupperna barn och unga, vuxna/äldre och våld i nära relationer.

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

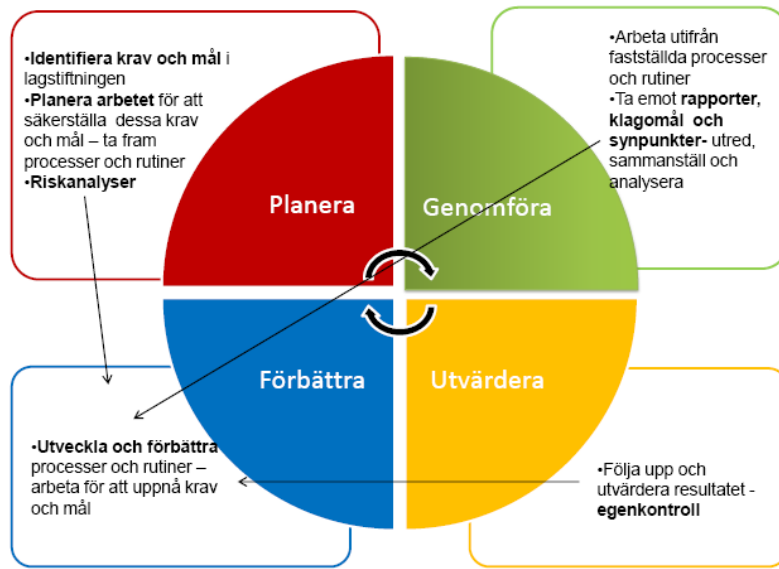
Systematiskt förbättringsarbete

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:

- **Riskanalys:** En förebyggande åtgärd som syftar till att förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar.
- **Egenkontroll:** Som syftar till att utvärdera verksamhetens resultat samt att följa upp och kontrollera att verksamhetens håller god kvalitet. Egenkontrollen säkerställer att vi gör rätt saker på rätt sätt.
- **Avvikelse rapportering samt synpunkts- och klagomålshantering:** Inkomna avvikelse rapporter och synpunkter/klagomål ska tas emot och utredas. Brister ska undanröjas och åtgärdas. Dessutom ska händelserna sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Det är viktigt att det lärande om verksamhetens kvalitet som sker genom det systematiska förbättringsarbetet tas tillvara och används för att förbättra verksamheten. Därför ska resultaten återkommande analyseras för att brister i verksamhetens kvalitet ska kunna upptäckas och rättas till, till exempel genom förbättrade rutiner och förtydligande av processer och ansvar.

Bild av det systematiska förbättringsarbetet



Riskanalys

Verksamheter ska identifiera, analysera och bedöma risker för brukare/patienter 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 utifrån risker som kan drabba brukare/patienten på olika sätt. 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 brukaren/patienten. Kartläggningen kan ske på olika nivåer beroende på vilken del i organisationen risken uppstått. 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 handlägningsprocessen.

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. Mall för riskanalys/riskdömning inklusive handlingsplan för både individnivå och gruppnivå finns på intranätet.

Avvikelser

Samtliga anställda har en skyldighet att bidra till en god kvalitet genom att rapportera missförhållanden, vårdskador och andra avvikelser som drabbar Esther på olika sätt.

Syftet med systematisk avvikelserapportering är att brister i verksamhetens kvalitet som drabbar brukare/patienter på olika sätt ska upptäckas och åtgärdas. Målet är att verksamheten på så sätt kontinuerligt utvecklas och förbättras så att liknande händelser inte händer igen.

Så går det till:

1. Avvikelserna rapporteras från ett formulär på intranätet och utreds i det digitala avvikelshanteringssystemet DF Respons.
2. Ansvarig områdeschef är alltid mottagare av avvikelserapporten och påbörjar utredningen av händelsen omgående.
3. Beroende på situation läggs andra professioner till som medutredare (t.ex. sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast). Funktionschef eller områdeschef i annan berörd verksamhet kan läggas till i systemet för att få kännedom om händelsen beroende på karaktär och innehåll i avvikelserapporten.
4. Vid allvarigare händelser läggs SAS eller MAS till som medutredare.
5. Allvarliga missförhållanden och vårdskador anmäls till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.
6. Områdeschef återkopplar beslut om åtgärder samt relevant information till berörd arbetsgrupp.

Även avvikelser i form av klagomål och synpunkter som inkommer från brukare/patienter själva eller deras företrädare/närstående ska tas tillvara, utredas och följas upp.

Lex Sarah

Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att missförhållanden ska rättas till och att verksamheten vidtar åtgärder så att inte samma missförhållande händer igen. Genom att rapportera de missförhållanden eller risker för missförhållanden vi får kännedom om bidrar vi alla till att utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet.

Med missförhållanden avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa (14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS).

Samtliga medarbetare får information om skyldigheten att rapportera missförhållanden i samband med kvalitetshjulets hållplats för lärande, tema avvikelser, som infaller i november till december varje år.

Lex Maria

Hälso- och sjukvårdspersonal, eller omvårdnadspersonal som fått medicinska arbetsuppgifter via en delegering, har enligt lag en skyldighet att rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Det är medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS som utreder och anmäler händelsen till IVO.

Utredning av synpunkter och klagomål

Vård- och omsorgsförvaltningen strävar hela tiden efter att förbättra och utveckla verksamheten. Därför är klagomål och synpunkter från brukare/patienter och anhöriga med flera en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Synpunkter och klagomål tas emot via kommunens e-tjänst "Lämna din synpunkt". Det går också att lämna synpunkter och klagomål via broschyren "Vi lyssnar". 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 chef 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.

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

För att upptäcka samband och mönster analyseras inkomna synpunkter och klagomål i samband med kvalitetshjulet.

Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet som kan lära oss mer om den egna verksamheten och hjälpa oss att identifiera förbättringsområden.

Kvalitetshjulet

Kvalitetshjulet är en viktig del av vård- och omsorgsförvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Kvalitetshjulet fungerar som en form av egenkontroll och skapar möjligheter att stanna upp i vardagsarbetet och reflektera och lära av det vardagliga arbetet utifrån vissa återkommande teman. Målet är ett systematiskt kollektivt lärande för både ledningen, arbetsgruppen och den enskilda medarbetaren där varje arbetsgrupp arbetar med ständiga förbättringar utifrån identifierade



förbättringsområden. Kvalitetshjulet består av återkommande teman som kallas för Hållplatser för lärande. Alla arbetsgrupper i förvaltningen arbetar med dessa hållplatser vid samma tidpunkt under året. Slutsatser och förbättringsbehov lyfts vidare till funktionsnivå och sedan till förvaltningens ledningsgrupp. Slutligen redovisas slutsatser och åtgärder för vård- och omsorgsnämnden. På så sätt får nämnden ta del av kvalitetsarbetet löpande under året. Kvalitetsberättelsen fungerar sedan som ett komplement som sammanfattar årets kvalitetsarbete.

Hållplatser för lärande

Kvalitetshjulet består av fem återkommande hållplatser för lärande. Som stöd för cheferna finns det en manual med vägledning som beskriver hur hållplatserna ska genomföras.

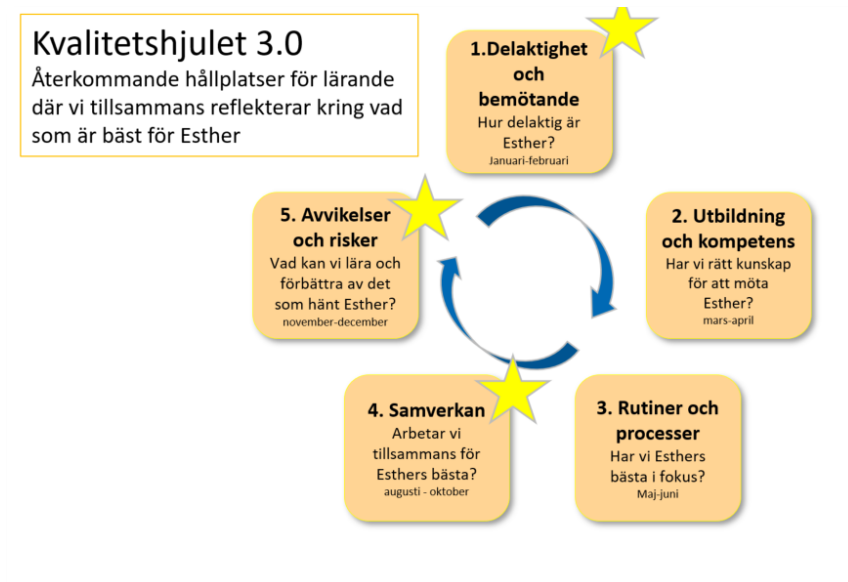


Bild över kvalitetshjulets hållplatser (2023)

Syftet med kvalitetshjulet är att på ett systematiskt sätt uppmuntra till reflektion och delaktighet i arbetsgruppen där Esthers (det vill säga brukaren/patienten) bästa är i fokus. Genom reflektion föds idéer till nya arbetssätt som leder till att verksamheten utvecklas. Hållplatsernas teman kan bytas ut beroende på behov som identifieras i verksamheterna. Gemensamt är dock alltid ett brukar/patientfokus.

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. Den egna verksamhetens slutsatser och förbättringsaktiviteter dokumenteras och följs upp av respektive chef i beslutsstödsystemet Hypergene.

En sammanfattning av resultatet för varje hållplats redovisas för nämnden.

Kvalitetsuppföljningar

En annan form av egenkontroll är kvalitetsuppföljningarna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och Socialt ansvarig samordnare, SAS, genomför strukturerade kvalitetsuppföljningar enligt en årsplan inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter samt inom LOV-företag. Kvalitetsuppföljningen följer en planering där de särskilda boendena för äldre följs upp termin ett, hemtjänst termin två och funktionshinderomsorg termin tre. Den kommunala hälso- och sjukvården deltar vid samtliga kvalitetsuppföljningar. Därefter börjar hjulet om. Kvalitetsuppföljningar kan även ske efter behov och oanmält, till exempel i samband med allvarigare avvikelser.

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att kontrollera att verksamheten följer gällande regelverk, lokala riktlinjer och rutiner. Syftet är också att genom dialog identifiera förbättringsområden men även att sprida goda exempel. I samband med kvalitetsuppföljning granskas följande fokusområden;

- Avvikelsehanteringen
- Hälso- och sjukvårdsdokumentation och den sociala dokumentationen.
- Samverkan
- Resultat från kvalitetsregister
 - Senior alert (nationellt register för riskbedömning av fall, nutrition, trycksår och munhälsa)
 - BPSD (Beteende och Psykiska Symtom vid Demens)
 - Palliativregistret
 - Vårdhygien (PPM)
- Delegering, läkemedelshantering och MTP
- Skyddsåtgärder

Efter kvalitetsuppföljningen får verksamheten återkoppling i form av en rapport med förslag på förbättringsområden utifrån de olika kvalitetsaspekterna. Resultatet sammanställs terminsvis och delges förvaltningens ledningsgrupp, berörda chefsgrupper samt nämnd.

Öppna jämförelser, kvalitetsregister och andra nationella mätningar

Inom vård- och omsorgsförvaltningen bedrivs egenkontroll även på följande sätt:

- Jämförelser och analys av verksamhetens resultat i nationella kvalitetsregister såsom Senior Alert, BPSD, Svenskt palliativregister m.fl.
- Jämförelser och analys av verksamhetens resultat i Öppna jämförelser;
 - Socialstyrelsens enkätundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"
 - SKR's brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning
 - Socialstyrelsens Enhetsundersökningar inom äldreomsorg och LSS
- Jämförelser och analys av Kommunens Kvalitet I Korthet, KKIK
- Internkontrollplan där bland annat loggning i verksamhetssystem, dokumenthantering, frånvaro med mera regelbundet kontrolleras.
- Övriga nyckeltal som ingår i samband med målstyrningsarbetet.

Barnkonventionen och barnrättsperspektivet

Den 1 januari år 2020 började FN:s Barnkonvention gälla som svensk lag. I november 2021 beslutade vård- och omsorgsnämnden att implementera barnkonventionen och att införa ett barnrättsperspektiv i förvaltningens verksamheter i enlighet med Vetlanda kommuns policy. Flera av vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter berör barn och ungdomar på ett direkt eller indirekt sätt, framför allt inom funktionshinderomsorgen och inom myndighetsutövningen. Exempel på aktiviteter för att säkerställa ett barnrättsperspektiv inom förvaltningen är:

- Metoder kring kommunikation utvecklas löpande i verksamheterna för att möjliggöra för barn och ungdomar med funktionsnedsättning att komma till tals i frågor som rör dem (artikel 12 i barnkonventionen).
- Rubriken "*Barnkonventionen*" används alltid i mallen för tjänsteskrivelser till nämnden. Vid behov ska checklistan "*Har vi ett barnrättsperspektiv i beslutsunderlaget?*" användas.
- Vård- och omsorgsförvaltningen är en del i samverkansarbetet "*Bästa platsen, barn och unga*" tillsammans med socialförvaltningen, barn- och utbildningsförvaltningen och kultur- och fritidsförvaltningen. Målet är att Vetlanda ska vara den bästa platsen för barn och unga att växa upp på och syftar till att förbättra barn och ungdomars fysiska och psykiska hälsa.

Informationssäkerhet

Vetlanda kommun och därmed vård och omsorgsförvaltningen har en informationssäkerhetspolicy för att skapa och upprätthålla lämpliga rutiner och skydd av information utifrån konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet. Verksamheter definierar och värderar även information enligt modell KLASSA och har tillgång till både dataskyddsombud och informationssäkerhetsspecialist via Höglandsförbundet. Kontinuitetsplaner revideras löpande i takt med omvärldens förändrade säkerhetsläge.

Mobiler som används av personal hanteras centralt och kan vid behov låsas på distans. I princip samtliga system som används kräver två-steps autentisering.

Personuppgiftsincidenter utreds och återkopplats till vård- och omsorgsnämnden.

Digitalisering och välfärdsteknik

Vård- och omsorgsnämnden har antagit en strategi för att möta framtidens utmaningar med hjälp av digitala lösningar. Strategin skapar förutsättningar för ett hållbart och säkert utvecklingsarbete med hjälp av digitalisering. Strategin hjälper vård- och omsorgsförvaltningen att säkerställa en god förvaltning, resurser och organisation för support, kompetens, stöd och utveckling av nya arbetssätt. Även arbetssätt med hjälp av välfärdsteknik implementeras successivt i verksamheterna.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Vård- och omsorgsförvaltningen vill vara en lärande organisation som lyfter och uppmuntrar varje enskild medarbetare att vara delaktighet i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. För att uppnå god kvalitet är personalens engagemang och delaktighet av största vikt. Personalen behöver dock få rätt förutsättningar för att kunna leverera god kvalitet i det dagliga arbetet. Det kan handla om bland annat tillgång till fortbildning och kompetensutveckling, ändamålsenliga rutiner som underlättar arbetet, tydlighet och struktur i arbetsflöden samt tid för reflektion och eftertanke.

Ombudsroller

Ett sätt att sprida kunskap i arbetsgrupperna är genom ombudsroller. Det innebär att medarbetare får specifika uppdrag inom ett visst område. Dessa ombudsroller förtydligas genom skriftliga uppdragsbeskrivningar. Uppdragsbeskrivningen, som signeras av både medarbetare och chef, tydliggör för medarbetaren vad det innebär att vara ombud inom just detta område. Ett urval av ombudsroller är:

- Dokumentationsombud
- Hygienombud
- Palliativombud
- Demensombud

Träffar för fortbildning, erfarenhetsutbyte och dialog sker återkommande för respektive ombudsgrupp. Ombuden för sedan vidare kunskap och arbetssätt till sina kollegor.

ESTHER-nätverket

Esthernätverket är ett samarbete mellan kommunerna och Regionen i Jönköpings län med fokus på personcentrerad vård och omsorg. Centralt i Esthernätverket är att alltid ställa frågan "Vad är bäst för Esther?"

I Vetlanda finns runt 30 utbildade Esther förbättringscoacher som tillsammans bildar ett lokalt ESTHER-nätverk i Vetlanda. Esthercoacherna är medarbetare som utbildats i förbättringskunskap och som leder förbättringsarbeten i mindre skala ute på sina arbetsplatser. Två Esthercoacher har i uppdrag att samordna Esthernätverket. I uppdraget ingår även att löpande coacha övriga Esthercoacher i deras förbättringsarbeten samt bjuda in till återkommande inspirationsdagar. Varje år utbildas i genomsnitt tre till fem nya Esthercoacher. ESTHER-nätverkets verksamhetsberättelse ingår varje år i den övergripande kvalitetsberättelsen.

Vård- och omsorgsförvaltningens årliga kvalitetspris

Att vara en lärande organisation innebär att vi lär av varandra, sprider goda exempel och drar nytta av varandras förbättringar. Därför delar vård- och omsorgsförvaltningen varje år ut ett årets kvalitetspris för att motivera och stimulera till ständiga förbättringar med brukaren/patienten i fokus.

Kvalitetspriset delas ut till en personalgrupp, enhet eller verksamhet som gjort ett förbättringsarbete som även kan komma andra verksamheter till gagn, till exempel nya

arbetsätt eller metoder. De inkomna bidragen utvärderas av en jury bestående av förvaltningens kvalitets- och utvecklingsavdelning och därefter utses vinnarna av vård- och omsorgsnämndens presidium. De tre bästa bidragen premieras.

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:

- Vård- och omsorgsförvaltningen är en del av Vård- och omsorgscollege och ingår därmed i lokal och regional samverkan med vård- och omsorgsutbildningarna.
- Förvaltningen tar årligen fram en övergripande utbildningsplan för att säkerställa att personalen får tillgång till nödvändig kunskap, fortbildning och handledning.
- Varje medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan.
- Kommunens kompetensanalys för respektive befattning används vid rekrytering
- Kompetensförsörjningsbehovet följs löpande i förvaltningens kompetensförsörjningsplan.

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 dokumenteras löpande under året och ska sedan sammanställas i en kvalitetsberättelse enligt SOSFS 2011:9 och patientsäkerhetsberättelse enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Verksamheternas kvalitetsarbete dokumenteras även i samband med kvalitetshjulets hållplatsredovisning. Detta sker i Hypergene, kommunens digitala system för kvalitetsstyrning, målstyrning och prognos/budget.

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 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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen beskriver 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.

Referenser

Hälso- och sjukvårdslag 2017:30

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade 1993:387

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

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

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