

# Ledningssystem för kvalitet

## Vård- och omsorgsförvaltningen

Datum: 2022-02-04

Handläggare: Emma Odén och Lars Carlberg

Dnr: VON/2021:75-012. Hnr 2022:272

# Dokumentinformation

## Beslutshistorik

### Antagen av vård- och omsorgsnämnden

- 2012-10-25, § 122 (version 1).

### Reviderad av vård- och omsorgsnämnden

- 2022-02-24, § 9 (version 2).

## Giltighet

Gäller från och med 2022-01-01.

Gäller till och med: Tills vidare.

## Förvaltarekap<sup>1</sup>

Inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

## Kategori

- Anvisningsdokument

## Uppföljning

Hur: Översyn av dokumentet

När: Vid behov.

---

<sup>1</sup> Förvaltarekapet innebär ansvar för att:

- dokumentet efterlevs
- är tillgängligt
- följa eventuellt ändrade förutsättningar för dokumentet
- dokumentet följs upp och revideras
- dokumentet är aktuellt och uppdaterat

# Innehåll

<b>Dokumentinformation</b> .....	<b>2</b>
<b>Om kvalitetsledningssystem</b> .....	<b>4</b>
Inledning .....	4
Varför ett ledningssystem för kvalitet? .....	4
Vård- och omsorgsförvaltningens organisation .....	4
Vad är god kvalitet i vård- och omsorgsförvaltningen? .....	5
<b>Ledningssystem för kvalitet – grundläggande uppbyggnad</b> .....	<b>6</b>
Ledningssystemet för kvalitet innebär .....	7
<b>Ansvar och roller i ledningssystem för kvalitet</b> .....	<b>8</b>
Vård- och omsorgsnämnden .....	8
Förvaltningschef.....	8
Verksamhetschef .....	9
Enhetschef .....	9
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	10
Kvalitetscontroller .....	10
Medarbetare, alla funktioner .....	10
<b>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet</b> .....	<b>11</b>
Katrineholms medarbetarskaps- och ledarskapsprofil .....	11
<b>Planera</b> .....	<b>12</b>
Så planerar vi vår verksamhet för att uppnå vision och mål .....	12
Lagkrav som styr verksamhetens kvalitetsarbete .....	12
Verksamhetens egna mål och kvalitetskriterier .....	12
God kvalitet utifrån brukare och patient .....	13
Processer och rutiner .....	14
Samverkan i processerna .....	15
<b>Genomföra</b> .....	<b>16</b>
Leda och arbeta i enlighet med processer och rutiner .....	16
Synpunkter, avvikelser, lex Sarah och lex Maria .....	16
<b>Följa upp</b> .....	<b>18</b>
Riskanalys .....	18
Egenkontroll .....	18
Sammanställning av synpunkter och avvikelser .....	20
<b>Förbättra</b> .....	<b>21</b>
<b>Dokumentation av arbetet med ledningssystem för kvalitet</b> .....	<b>22</b>
Dokumentstyrning.....	22
Uppföljning och revidering av styrdokument .....	22
Externa utförare.....	22

# Om kvalitetsledningssystem

## Inledning

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft 1 januari 2012. Enligt föreskriften ska vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Kravet på ett ledningssystem gäller både myndighetsutövning vid handläggning och för verksamheter som verkställer insatser.

Det här styrdokumentet beskriver konkret hur vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet är uppbyggt. Det utgör ramverket för ledningssystemet. I dokumentet beskrivs hur kvalitetsledningssystemet fungerar och hänger ihop med den övergripande verksamhetsstyrningen. Ledningssystemet är integrerat med befintliga system för målstyrning och verksamhetsplanering enligt Katrineholms kommuns styrsystem.

Målet med ledningssystemet är att rätt insats görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt, varje dag, för de vi finns till för. Chefer och medarbetare ska förstå och aktivt delta i det systematiska kvalitetsarbetet så att vård, omsorg, stöd och service ska vara av god kvalitet. Genom detta dokument får alla medarbetare inom förvaltningen en överblick av verksamhetens kvalitetsarbete och information om vad som förväntas av medarbetarna.

## Varför ett ledningssystem för kvalitet?

Kvalitetsledningssystemet är arbetssättet som används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska:

- Vara anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.
- Bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Stödja verksamhetens arbete med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Koppla ihop styrning med det vardagliga arbetet.
- Vara ledningens och verksamhetens verktyg för att säkerställa och bibehålla kvalitet i arbetet samt lägga grunden för en lärande organisation.
- Skapa systematik, struktur och samordning i verksamhetens kvalitetsarbete.
- Skapa värde för dem vi finns till för på det mest effektiva sättet.
- Skapa förutsättningar för att rapportera, utreda, åtgärda och förebygga händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser.

## Vård- och omsorgsförvaltningens organisation

Styrdokumentet gäller för vård- och omsorgsförvaltningen i Katrineholms kommun. Vård- och omsorgsförvaltningen styrs av vård- och omsorgsnämnden. Kommunfullmäktige beslutar om vilka ansvarsområden vård- och omsorgsnämnden har i ett nämndreglemente. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar även för hälso- och sjukvård i ordinärt boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, boendestöd, dagverksamhet och daglig verksamhet. I detta ingår även betalningsansvar enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. När nämnden bedriver hälso- och sjukvård är den vårdgivare för den verksamheten. I vård- och omsorgsnämndens uppdrag ingår även prövning utifrån ett antal lagar, bland annat av bidrag enligt lag

(2018:222) om bostadsanpassningsbidrag och prövning av tillstånd till resor enligt lag (1997:736) om färdtjänst och lag (1997:735) om riksfärdtjänst.

Vård- och omsorgsförvaltningen består av förvaltningschef, verksamhetsområdena äldreomsorg, funktionsstöd och förvaltningskontoret.

Området äldreomsorg består av hemtjänst, särskilt boende för äldre och dagverksamhet för äldre.

Inom området funktionsstöd finns korttidsboende, ledsagarservice, bostad med särskild service för vuxna, daglig verksamhet, daglig sysselsättning, korttidsvistelse, kontaktperson, ledsagarservice, avlösarservice och personlig assistans.

I förvaltningskontoret ingår hälso- och sjukvårdsverksamheten, medborgarfunktionen och lednings- och verksamhetsstöd. Medborgarfunktionen består av myndighetsutövning, förebyggande stöd och service i form av öppen verksamhet för anhörigstöd och personliga ombud.

Den allra största delen av verksamheterna inom vård- och omsorgsförvaltningens drivs i egen regi. Lagen om valfrihetssystem (2008:962) tillämpas för fritt val av utförare inom hemtjänst.

## Vad är god kvalitet i vård- och omsorgsförvaltningen?

Insatser inom vård och omsorg ska vara av *god kvalitet*.<sup>2</sup> Kvalitet är ett mångtydigt begrepp som används i många olika sammanhang. En definition av begreppet är att det ska spegla alla egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger förmågan att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov. Kvalitet kan uttryckas som förhållandet mellan förväntan och upplevelse eller mellan mål och utfall. God kvalitet inom vård- och omsorgsförvaltningen definieras utifrån tre perspektiv:

- Uppfyllelse av krav och mål som gäller för verksamheten enligt tillämpliga lagar, förordningar och föreskrifter.
- Verksamhetens egna mål och kvalitetskriterier.
- Upplevelsen av god kvalitet från brukare/patienter.

Vård och omsorg är en relationell verksamhet där värde och god kvalitet skapas i mötet mellan brukaren och medarbetaren. Nedan redovisas utgångspunkter för vad som är god kvalitet i en personcentrerad vård och omsorg.

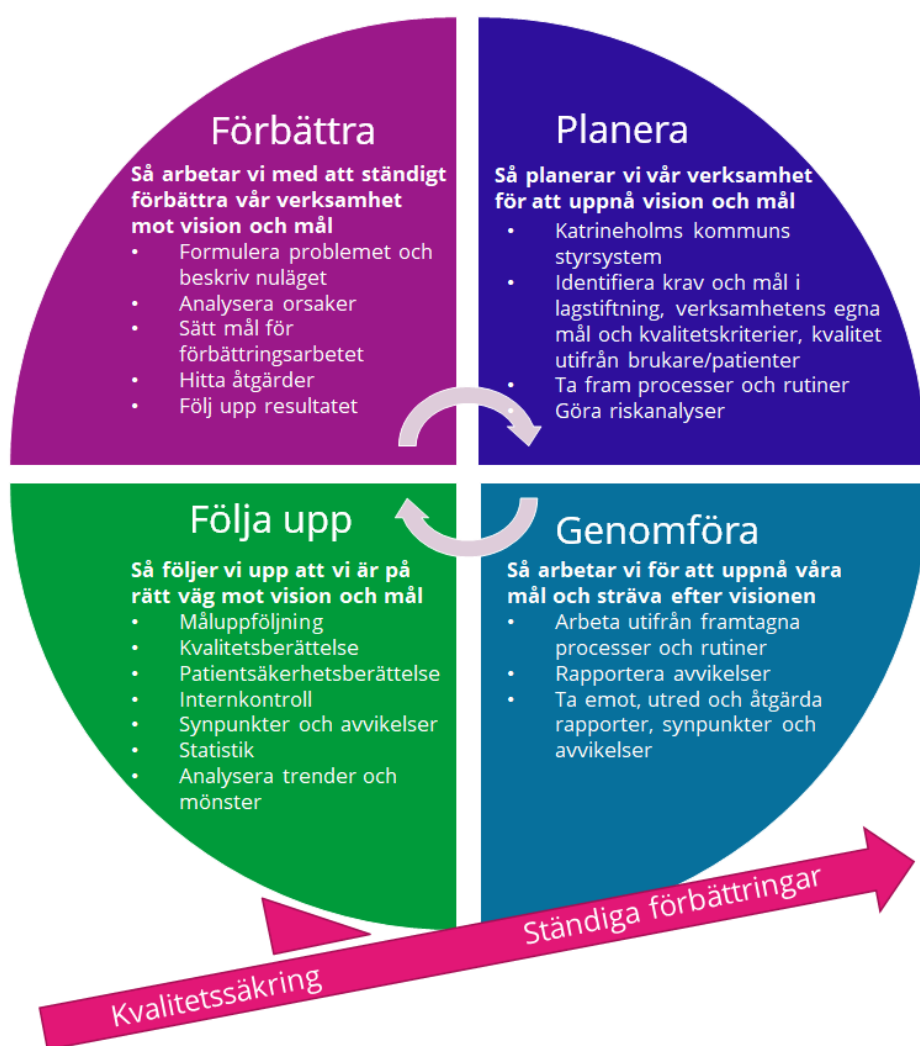
- **Individanpassad**  
Vård och omsorg ska ges utifrån individens specifika behov och förutsättningar som innefattar helhetssyn, samordning, självbestämmande, delaktighet, integritet, trygghet, frivillighet och respekt.
- **Jämlik**  
Vård och omsorg ska vara trygg samt erbjudas och fördelas på lika villkor för alla.
- **Kunskapsbaserad**  
Vård och omsorg ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, vetenskap och beprövad erfarenhet. Personalen har relevant kompetens och erfarenhet.
- **Säker**  
Vård och omsorg ska vara rättsäker, säker, förebygga risker och förhindra skador.
- **Tillgänglig**  
Vård och omsorg ska vara tillgänglig, ha kontinuitet och ges i rimlig tid. Det krävs också att den som har det största behovet av vård ges företräde.

---

<sup>2</sup> Utgångspunkten är från målen för vad som är god vård och omsorg. Begreppet god vård utgår från bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, samt tandvårdslagen (1985:125), TL. Dessa anger att hälso- och sjukvården och tandvården ska bedrivas så att de uppfyller kraven på god vård och tandvård. Äldreomsorgen och verksamhet för personer med funktionsnedsättning utgår från begreppet god kvalitet som det anges i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

# Ledningssystem för kvalitet – grundläggande uppbyggnad

Kvalitetsarbete är att ständigt göra verksamheten bättre och använda resurserna på bästa sätt. Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet består av de processer och styrdokument som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten. Vi utgår ifrån förbättringshjulet för att skapa systematik i hur vi planerar, genomför, följer upp och förbättrar vår verksamhet. Förbättringshjulet är grunden i uppbyggnaden av ledningssystemet och det systematiska förbättringsarbetet och kan delas in i fyra faser: **Planera – Genomföra – Följa upp – Förbättra**. Kilen på bilden nedan illustrerar att det är viktigt att säkra kvaliteten, så att vi inte gör samma fel igen. På så sätt skapas ständiga förbättringar.



Figur 1. Visualisering av vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet

## Ledningssystemet för kvalitet innebär

### 1. Planera

Identifiera kraven och målen i lagstiftningen. Politiken tydliggör vad som ska uppnås genom att ta beslut om visioner och strategier, och sätter mål där det framgår vilka resultat och effekter som ska uppnås. Vi identifierar kvalitet utifrån brukare och patienter. Målen ligger till grund för verksamhetsplaner där verksamheten identifierar och bestämmer hur processerna behöver se ut för att nå målen och uppfylla krav.

### 2. Genomföra

Medarbetarna arbetar enligt fastställda processer och rutiner, och genomför aktiviteterna som finns angivna i verksamhetsplaner. Om medarbetare upptäcker fel och brister från det fastställda arbetssättet skrivs avvikelser, rapporteras missförhållanden (lex Sarah) och vårdskador (lex Maria). Dessa ska utredas, dokumenteras och avhjälpas eller undanröjas. Synpunkter och klagomål tas emot från de vi finns till för och från andra aktörer.

### 3. Följa upp

Information samlas in för att se om målen är uppfyllda. Resultaten av våra arbetssätt följs upp och analyseras.

### 4. Förbättra

Blev inte resultatet som det var tänkt? Då startar vi ett förbättringsarbete. Dessa åtgärder förs sedan in i planeringsarbetet på nytt, så att erfarenheterna från uppföljning och åtgärder tas till vara. På så sätt skapas ständiga förbättringar. Uppnåddes målsättningarna? Då firar vi och arbetar för att sprida och bibehålla de goda resultaten.

# Ansvar och roller i ledningssystem för kvalitet

Det är alltid vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Ansvaret kan inte överlåtas. Samtidigt är kvalitet ett personligt åtagande, där varje chef och medarbetare har ett ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete. Alla ansvarar för att delta i det systematiska kvalitetsarbetet. De enskilda medarbetarna är en viktig tillgång i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten (SOSFS 2011:9 6 kap 1-3 §).

Det ska vara tydligt hur uppgifterna i det systematiska kvalitetsarbetet är fördelat i verksamheten. Ett välfungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en ansvarsfördelning och befogenheter för att implementera, utveckla och vidta åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet.

Oavsett i vilken nivå som man befinner sig i organisationen ansvarar chefer för att leda och fördela kvalitetsarbetet i enlighet med nämndens direktiv. Chefer ansvarar för att bevaka verksamhetens resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt, samt organisera verksamheten. Chefer och medarbetare på alla nivåer ska vara förtrodda med gällande regelverk inom sina områden, samt samverka med andra aktörer och professioner för att säkerställa kvaliteten inom verksamheten i stort.

## Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av vården och omsorgen inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde samt för att inrätta ett ledningssystem för kvalitet. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att:

- Besluta om ett ledningssystem som är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Fastställa mål för kvalitetsarbetet som är kopplade till åtaganden i den övergripande kommunplanen, samt följa upp och utvärdera dessa mål.
- Se till att tillräckliga resurser finns för att verksamheten ska kunna uppnå fastställda kvalitetsmål.
- Den interna kontrollen är tillräcklig och upprätta internkontrollplan.
- Fastställa en årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

## Förvaltningschef

Förvaltningschefen ansvarar för att avsikten med ledningssystemet omsätts i praktisk handling, och rapporterar till vård- och omsorgsnämnden. I Katrineholms kommun är det förvaltningschefen även verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, och har ett samlat ledningsansvar för att patientsäkerhet och god vård säkerställs. Förvaltningschef ansvarar för att:

- Säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med ledningssystemet.
- Säkerställa att ärenden och underlag kommer till nämnden så att nämnden kan besluta i enlighet med mål, uppdrag, styrande dokument, lagar och förordningar.
- Internkontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt.
- Övergripande samverkansavtal skrivs där så behövs.
- Fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvård bedrivs för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.



- Hälso- och sjukvård bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner.
- Se till att resursers användning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt att kontinuerligt samråda med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).
- Löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i hälso- och sjukvårdens kvalitet, samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.
- Utöva egenkontroll, följa upp och analysera resultat, samt vidta förbättringsåtgärder som krävs.

## **Verksamhetschef**

Verksamhetschefen har ett strategiskt och samordnande ansvar för sitt verksamhetsområde. Verksamhetschefen har ett samlat ledningsansvar för att säkerställa att sitt område bedriver en vård och omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschef ansvarar för att:

- Säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med ledningssystemet och att beslutade processer och rutiner är kända av medarbetarna.
- Medverka i att kartlägga och förbättra processer och rutiner.
- Följa upp och analysera verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet.
- Identifiera risker i verksamheten och besluta om åtgärder för att motverka dessa.
- Åtgärda och förebygga avvikelser och se möjligheter till förbättringar på organisatorisk och strukturell nivå.
- Följa upp åtgärder efter en lex Sarah utredning.
- Dokumentera det löpande systematiska kvalitetsarbetet.
- Årligen bidra med ett sammanhållet underlag om områdets verksamhet till förvaltningens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

### **Därutöver har verksamhetschef för förvaltningskontoret ansvar för att**

- Fatta beslut om händelser som rapporterats som lex Sarah utgör ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller utgör enbart ett missförhållande, samt om anmälan ska göras till IVO.

## **Enhetschef**

Enhetschefen ansvarar för att:

- Följa upp och analysera verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten där så behövs.
- Vara ett stöd till de andra enhetscheferna i kvalitetsarbetet.
- Medverka i att kartlägga och ständigt förbättra processer och rutiner.
- Säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med ledningssystemet och att beslutade processer och rutiner är kända av medarbetarna.
- Bryta ner målen till aktiviteter för verksamheten, förankrade hos medarbetarna.
- Säkerställa att medarbetarna har kompetens för att utföra arbetet med god kvalitet.
- Identifiera risker i verksamheten och besluta om åtgärder för att motverka dessa.
- Ta emot, utreda och åtgärda synpunkter och avvikelser.
- Dokumentera det löpande systematiska kvalitetsarbetet.

- Årligen förse verksamhetschef med ett sammanhållet underlag om enhetens verksamhet till förvaltningens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvar för att säkerställa och följa upp kvaliteten och säkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. MAS rapporterar till verksamhetschef enligt HSL, alltså förvaltningschefen. MAS ansvarar för att:

- Förvaltningen har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård.
- Bevaka att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i den egna verksamheten som kommunen bedriver.
- Planera, leda, styra och kontrollera att verksamheten håller hög patientsäkerhet och god kvalitet.
- Verka för att gällande regelverk blir kända och förankrade hos vårdgivaren.
- Delta i kvalitetsuppföljningar och följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Säkra rutiner för avvikelser, läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna.
- Det finns system för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och ska på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till IVO.
- Ha ett övergripande tillsynsansvar för patientsäkerhet och kvalitet i kommunens hälso- och sjukvård. Utarbeta och följa upp rutiner inom områden som läkemedelshantering, avvikelserapportering, delegering samt att utöva verksamhetstillsyn och säkerställa dokumentation enligt patientdatalagen.
- Samverka och samordna med andra vårdgivare samt att råd och stöd ges till chefer.
- Redovisa resultat och mätningar framtagna ur system och register till verksamhetschef enligt HSL samt nämnd.
- Anordna summeringsmöte för lärande och erfarenheter av kvalitetsarbete tillsammans med kvalitetscontroller.
- Varje år upprätta en övergripande patientsäkerhetsberättelse enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

### **Kvalitetscontroller**

Kvalitetscontrollern förvaltar det systematiska kvalitetsarbetet gällande det sociala arbetet inom äldreomsorgen och verksamhet för personer med funktionsnedsättning. Kvalitetscontrollern, tillsammans med ledning och andra specialistfunktioner, har på en övergripande nivå i uppdrag att utveckla och följa upp kvalitetsledningssystemet.

### **Medarbetare, alla funktioner**

Alla medarbetare har ansvar att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att:

- Känna till och arbeta i enlighet med gällande processer och rutiner för sin funktion.
- Delta i framtagande och vidareutveckling av processer, rutiner och arbetsmetoder.
- Vara lyhörd för synpunkter från dem vi finns till för och föra dem vidare till chef.
- Rapportera och delta i utredning av avvikelser, missförhållanden enligt lex Sarah och vårdskador enligt lex Maria.
- Medverka i risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplan.
- Delta i och lämna uppgifter till egenkontroll, kvalitetsregister och liknande.
- Delta i uppföljning och analys av mål och resultat i verksamheten.

# Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

All personal ansvarar för att utföra insatser med god kvalitet. Rätt kompetens är en förutsättning för att kunna ge en god vård och omsorg och för att medverka i kvalitetsarbetet. Genom allas medverkan och engagemang skapas förtroende och kvalitet i möte med den enskilde, anhöriga och andra aktörer. En viktig del i ledningens arbete är att planera för personalförsörjning och kompetensutveckling, samt efterfråga och ta vara på medarbetarnas synpunkter.

- **Vård- och omsorgsförvaltningen har en idélåda riktad till medarbetare.** Här kan medarbetare lämna idéer om hur vi kan förbättra och utveckla vardagen för brukare/patienter, för personalen eller för andra berörda. Idéerna kan vara för den egna enheten eller hela förvaltningen. Berörd chef har ansvar för att hantera framkomna idéer.

Vård- och omsorgsförvaltningen ska vara en arbetsplats med en bra lärandemiljö. Det innebär att ledningen är stödjande och uppmuntrar utveckling. Arbetsplatsträffar, seminarier och handledning ska vara tillfällen för reflektion och lärande. Nya kunskaper, färdigheter och metoder som inhämtats på utbildningar och kurser ska ges möjlighet att prövas och användas i vardagen.

- **Vård- och omsorgsförvaltningen har kvalitetsråd.** Kvalitetsråd finns både på enhets- och verksamhetsnivå, där chefer och medarbetare ingår. Medarbetare deltar i rollen som kvalitetsombud och utses av chef. Kvalitetsrådets fokus är på uppföljning och analys av enhetens/verksamhetsområdets kvalitetsresultat och mål samt efterlevnad och förståelse av processer och rutiner i den egna verksamheten. Samverkan mellan olika professioner och helhetssyn är en viktig del av kvalitetsråden.

## Katrineholms medarbetarskaps- och ledarskapsprofil

Katrineholms kommun har framtagna medarbetarskaps- och ledarskapsprofiler, som syftar till att ge en kommungemensam syn på rollerna medarbetare respektive chef/ledare. Profilerna är en del av Katrineholms kommuns personalpolitiska program som fastställts av kommunfullmäktige. Ledorden för medarbetarskapet handlar om att vara en engagerad del av helheten och bidra till en god arbetsmiljö. Även ledorden för ledarskap handlar om helhetsperspektiv och engagemang, men också om prestigelöshet, självinsikt och mod.



Figur 2. Visualisering av Katrineholms kommuns Medarbetarskaps- och ledarskapsprofil.

# Planera

## Så planerar vi vår verksamhet för att uppnå vision och mål

I planeringsarbetet fastställs vad som ska uppnås. Under planeringsarbetet görs även omvärldspaning och analys samt risker identifieras och ekonomiska resurser.

## Lagkrav som styr verksamhetens kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter ska uppfylla lagens olika krav som gäller för verksamheten. Följande lagar, föreskrifter och förordningar har identifierats som de viktigaste som styr vår verksamhet:

- KL, Kommunallagen (2017:725)
- FL, Förvaltningslagen (2017:900)
- SoL, Socialtjänstlagen (2001:453)
- LSS, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- HSL, Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- PSL, Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Tandvårdslagen (1985:125)
- Lag (2018:1197) om Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

## Andra styrdokument, rekommendationer och handböcker

Utöver dessa lagar styrs verksamheten av föreskrifter och allmänna råd från framförallt Socialstyrelsen. Exempel på områden som förtydligas genom föreskrifter är handläggning och dokumentation, missförhållanden enligt lex Sarah, värdegrund och kunskapskrav för personal. Verksamheten vägleds även av nationella riktlinjer. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Nationella riktlinjer som berör vård- och omsorgsförvaltningen är till exempel demens och palliativ vård. Handböcker kompletterar Socialstyrelsens författningssamling med fakta, kunskapsunderlag och kommentarer som stöd för rättstillämpningen.

## Verksamhetens egna mål och kvalitetskriterier

### Vision 2025 - Katrineholm

*"I Katrineholm är lust den drivande kraften för skapande och utveckling – för liv, lärande och företagsamhet. Lust är passion, vilja, ambition. Det är också det lustfyllda – det vi lever för och det vi lever av – mat, kärlek, arbete, gemenskap, upplevelser.*

*Läget är rätt – rätt geografiskt och rätt för handling och förändring."*

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete utgår från Katrineholms kommuns övergripande vision, mål och värdegrund. Som en bärande del i ledningssystemets ledningsprocesser finns Katrineholms kommuns styrsystem. Ledningssystemet blir en del av kommunens befintliga system för målstyrning och verksamhetsplanering genom att koppla kvalitetsarbetet till resultatmålen. Årshjulet för kvalitetsledningssystemet hänger därför samman med årshjulet för planerings-, budget- och uppföljningsprocessen. Katrineholms kommuns styrsystem utgörs bland annat av vision 2025, de strategiska målen och de årsplaner som politiken beslutar om.

En kommunplan tas fram för varje mandatperiod där det framgår vad politikerna har för målsättningar och prioriteringar för perioden. Kommunplanen ligger till grund för kommunens årliga övergripande plan med budget. I övergripande plan med budget fastställs mål och uppdrag samt ekonomiska ramar för nämnder, bolag och kommunalförbund för det kommande året, med en plan för de två följande åren. Vård- och omsorgsnämnden gör årligen en egen planering för sin verksamhet. Kommunens styrsystem påverkar hur vård- och omsorgsförvaltningen dokumenterar planerade förbättringsaktiviteter och rapporterar utfall av genomförda aktiviteter.

### **Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsidé**

*"Människor med särskilda behov och deras anhöriga är trygga och har förutsättningar att leva som aktiva och självständiga samhällsmedborgare."*

### **Vård- och omsorgsförvaltningens värdegrund**

*"Alla är lika mycket värda hur olika vi än är."*

Vård- och omsorgsförvaltningens arbete vilar på Katrineholms kommuns vision och värdegrund samt förvaltningens egen värdegrund och verksamhetsidé. All verksamhet som bedrivs i Katrineholms kommun vilar på värdegrunden RÖTT: Respekt, Öppenhet, Tydlighet och Tillit. Värdegrunden säkerställs genom att vi som medarbetare är medvetna om och praktiserar vad Katrineholms kommun står för. Medarbetare ska arbeta utifrån värdegrunden oavsett roll, funktion eller position. Värdegrunden ska synas i varje medarbetares agerande och förhållningssätt i de ständiga möten med människor som arbetet består av. Vårt förhållningssätt till varandra ska kännetecknas av respekt för individen och av professionalism. I mötet med människor utgår vi från en humanistisk människosyn. Alla människor har samma värde, samma rätt att påverka sin situation och samma rätt till hjälp och stöd.

### **Kommungemensamma anvisningar, inriktning och program**

Kommunen har också andra styrande dokument för hur verksamheten ska bedrivas som är antagna av kommunfullmäktige. Dessa anger inriktning eller anvisningar om hur vi ska förhålla oss till olika frågor. Dessa dokument kan aldrig stå över de lagar och förordningar som riksdag och regering beslutat om. Exempelvis finns *Handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR*<sup>3</sup>, anvisningsdokumentet *Kvalitetsarbete med Våld i nära relationer för Katrineholms kommun* och inriktningsdokumentet *Måltidspolitiskt program*.

### **Länsgemensamma strategier, överenskommelser och program**

Förutom de styrande planer som finns för kommunen finns även länsgemensamma överenskommelser och program som planeringen ska förhålla sig till. Exempelvis finns *Länsgemensam strategi i samverkan för stöd till anhöriga* och *Länsgemensamt program för vård och omsorg om personer med demenssjukdom*. Överenskommelser kring samverkan finns exempelvis med region Sörmland och länets kommuner genom riktlinjen *Trygg hemgång och effektiv samverkan*.

### **God kvalitet utifrån brukare och patient**

De vi finns till för har rätt att få vård, omsorg, stöd och service av god kvalitet. Den enskildes upplevelse av bemötande och delaktighet är viktigt i detta perspektiv. Brukare och patienter ska ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det kan ske i mötet mellan medarbetaren och den enskilde, vid verksamhetens informations-träffar eller vid boendemöten med brukare och anhöriga. På förvaltnings-övergripande nivå genomförs brukarundersökningar och samverkan med kommunala pensionärsrådet, funktions-

---

<sup>3</sup> I februari 2017 undertecknade Katrineholms kommun den europeiska deklARATIONEN för jämställdhet, CEMR (Council of European Municipalities and Regions).

rättsrådet, frivilligorganisationer och föreningar. Vård- och omsorgsförvaltningens ambition är att verksamhetsutvecklingen och kvalitetsarbetet ska ske så nära brukarna som möjligt.

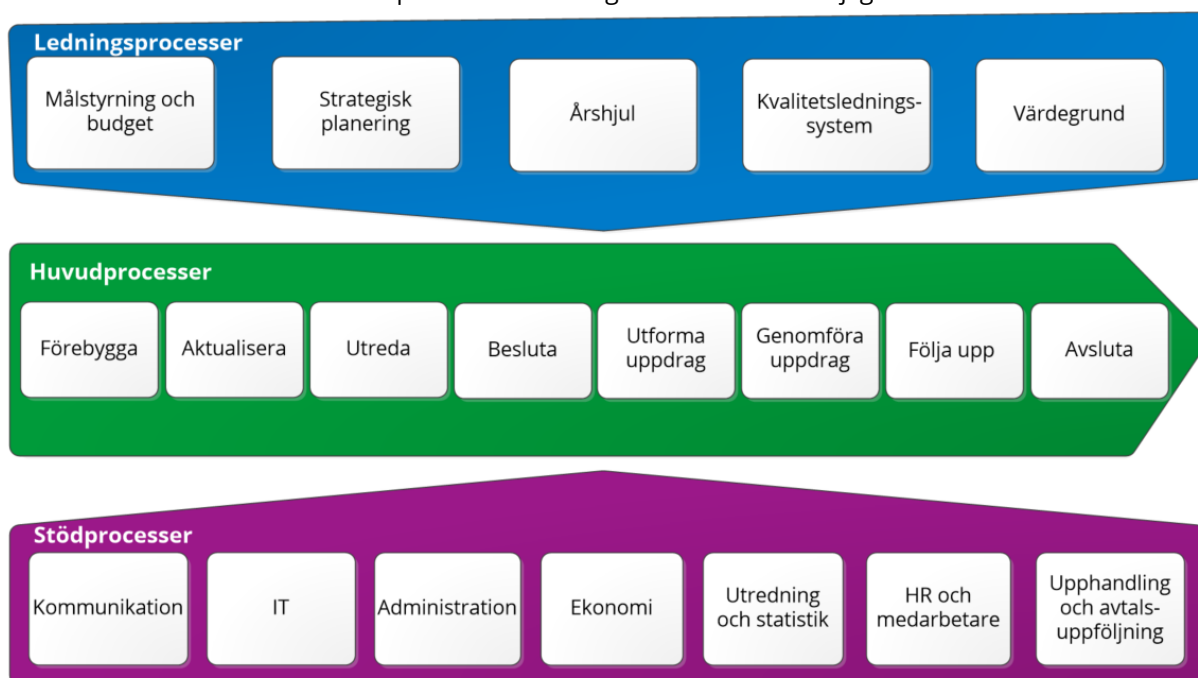
## Processer och rutiner

Vård- och omsorgsförvaltningens inriktning är att arbeta processorienterat. Processerna och rutinerna utgör den viktigaste delen av ledningssystemet för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. 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 (SOSFS 2011:9, 4 kap. 2 §).

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Processerna beskriver våra återkommande arbetssätt för att leverera värde till en mottagare. Att standardisera arbetssätt innebär att vi utför ett arbete på samma sätt varje gång, enligt ett dokumenterat arbetssätt. Visualiserade processer ger förutsättningar att se hela arbetsflöden och hur olika delar påverkar varandra och bidrar till helheten. Processer kartläggs genom att identifiera de aktiviteter som ingår och i vilken ordning de ska utföras. Processerna dokumenteras enligt en fastställd modell som används för processkartläggning.

Utgångspunkten för att identifiera processer är lagar, föreskrifter och andra styrdokument. Till processerna kopplas styrdokument där tillvägagångssätt och ansvar beskrivs mer utförligt. Med styrdokument avses exempelvis riktlinjer, rutiner och handböcker. Processansvarig ansvarar för aktuell process, att den kontinuerligt implementeras, förvaltas, följs upp och förbättras.

Processerna delas in i huvudprocesser, ledningsprocesser och stödprocesser. Vård- och omsorgsförvaltningens huvudprocesskarta är den mest övergripande beskrivningen av varför vi finns till och vad vårt arbete ska leda till. Förvaltningens kvalitetsarbete tar sin utgångspunkt i att verksamheternas olika huvudprocesser ska fungera så bra som möjligt.



Figur 3. Vård- och omsorgsförvaltningens övergripande processkarta

### Huvudprocesser

Vård- och omsorgsförvaltningen har två typer av huvudprocesser; processer för att tillgodose behov av vård och omsorg samt processer för att tillgodose behov av förebyggande stöd och service. Huvudprocesserna har som mål att leverera något direkt till brukarna/patienterna eller anhöriga.

## **Ledningsprocesser**

Ledningsprocesserna beskriver det faktiska arbetet med att koordinera, organisera, styra och leda huvud- och stödprocesserna. Ledningsprocesserna syftar till att säkerställa att organisationen fullgör sina uppdrag. Detta görs exempelvis genom visioner, mål, riktlinjer och planer av olika slag. Ledningsprocesserna definierar riktningen och förutsättningarna för organisationens övriga processer. De följer också upp verksamhetens utveckling och initierar förändringar utifrån detta.

## **Stödprocesser**

Stödprocesserna har till uppgift att ge stöd till verksamhetens huvud- och ledningsprocesser. Stödprocesserna bidrar till huvudprocessernas mål genom att ge professionellt stöd och styrning till organisationen. Väl fungerande och utvecklade stödprocesser bidrar till att medarbetares kompetens och övriga resurser används effektivt.

I vård- och omsorgsförvaltningens organisation finns följande stödfunktioner: Lednings- och verksamhetsstöd med utredarenhet, IT-enhet, nämndadministration och administration samt stab med ekonomi.

Vård- och omsorgsförvaltningen har även tillgång till kommunens centrala stödfunktioner som till exempel personalkontoret, kommunikation och IT-kontoret.

## **Samverkan i processerna**

Intern och extern samverkan är en förutsättning för att den enskilde ska kunna få den hjälp och det stöd som svarar mot behoven. Processer och rutiner för samverkan ska vara identifierade och beskrivna på samma sätt som övriga processer inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter (SOSFS 2011:9, 4 kap. 5-6 §).

Vård- och omsorgsförvaltningen ska säkerställa att processer och rutiner för samverkan finns samt att de är väl kända och används i det dagliga arbetet. Målet är att ha en god samverkan som säkerställer den enskildes behov av vård, omsorg, stöd och service. Samtliga processer och rutiner ska innehålla dokumentation av hur samverkan bedrivs internt inom och mellan kommunens förvaltningar, samt externt med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och organisationer.

# Genomföra

## Leda och arbeta i enlighet med processer och rutiner

Alla medarbetare i organisationen är skyldiga att arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner. Det säkerställer att alla medarbetare arbetar systematiskt på ett likartat sätt för att uppnå god kvalitet (SOSFS 2011:9, 6 kap. 1 §). En förutsättning för detta är att det finns ett ledarskap som stödjer och främjar ett processorienterat arbetssätt. Viktiga delar i ett processorienterat arbetssätt är att ha kunskap om vilka resultat processen skapar, vilka risker och möjligheter processen har samt att ständigt utveckla och förbättra processerna.

Att arbeta processorienterat innebär att fokus ligger på de vi finns till för och inte på vem som gör vad. Det innebär att relevanta funktioner i processerna samverkar och arbetar tillsammans för att skapa värde för de vi finns till för. Flödena fram till en nöjd mottagare går ofta tvärs över ansvars-, funktions och organisationsgränser. Mottagarna är sällan intresserade av hur vi organiserar oss, utan av resultatet av vårt arbete.

Utgångspunkten är att det ska vara **lätt att göra rätt**. Processer och rutiner ska finnas lätt tillgängliga för medarbetarna och fungera i vardagen. Processer och rutiner ska vara enkla, begripliga och användbara. Processkartläggning och systemstöd är till för att synliggöra och visualisera verksamhetens processer för alla medarbetare. Medarbetare ska förstå och följa de processer som de ingår i, och vara delaktiga i att förbättra och utveckla dem.

Om en process ska dokumenteras som en visuell processkarta eller enbart som text beslutas av processansvarig. Huvudprocesser ska alltid finnas dokumenterade i en aktuell processkarta. Visualiserade processer finns beskrivna på intranätet. Till dessa kopplas aktuella styrdokument.

## Synpunkter, avvikelser, lex Sarah och lex Maria

Viktiga redskap för att få kunskap om hur väl processerna fungerar är synpunkter och avvikelser. Att kontrollera eget utfört arbete, identifiera och rapportera fel, brister och avvikelser ska vara en självklar del av det dagliga arbetet. Detta är en förutsättning för att i nästa led kunna arbeta med förbättringar av processerna (SOSFS 2011:9 5 kap 3 §). Alla rapporterade avvikelser, missförhållanden (lex Sarah) samt vårdskador (lex Maria) ska utredas, dokumenteras och avhjälpas eller undanröjas. Åtgärder ska vidtas så att liknande händelser inte inträffar igen i verksamheten.

### Avvikelsehantering

En avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser som inte är förväntade. En avvikelse uppstår om:

- Verksamheten inte når upp till kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål som finns för verksamheten
- Medarbetarna inte arbetar i enlighet med beslutade processer och rutiner.

En förutsättning för medarbetares delaktighet i kvalitetsarbetet är att det finns ett ledarskap som uppmuntrar till avvikelserapportering. När en avvikelse inträffar ska det som har blivit fel åtgärdas så snabbt som möjligt. För att förebygga att liknande avvikelse inte upprepas ska avvikelser utredas och bakomliggande orsaker kartläggas med utgångspunkt från aktuell process. Dokumentationen sker i vård- och omsorgsförvaltningens digitala avvikelssystem.

### Lex Sarah

Alla som arbetar inom vård- och omsorgsförvaltningen har en lagstiftad skyldighet att rapportera missförhållanden eller risker för missförhållanden enligt lex Sarah. Syftet med lex Sarah är att dra lärdom av misstag som sker och förhindra att liknande missförhållanden sker igen. Med



missförhållande 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.

När en lex Sarah rapport har upprättats görs en händelseanalys i form av en lex Sarah-utredning. Utredningen genomförs av vård- och omsorgsförvaltningens utredare. Händelseanalysen svarar på frågorna vad som har hänt, varför det har hänt och vad som kan göras för att förhindra att det händer igen. Utredningarna avslutas alltid med ett antal åtgärder som ska förbättra verksamheten, processerna och rutinerna. I åtgärdsplanen ska det framgå vad verksamheten redan har gjort eller planerar att göra för att förhindra liknande missförhållanden framåt.

Utredningen avslutas med ett beslut om det föreligger ett allvarligt missförhållande, påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, eller enbart missförhållande. Om det rapporterade är allvarligt ska det anmälas till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Verksamhetschef för förvaltningskontoret har delegation från nämnden att fatta beslut rörande lex Sarah. Sex månader efter en lex Sarah utredning ska åtgärderna följas upp för att se om de har fått avsedd effekt.

### **Lex Maria**

Legitimerad personal eller personal som utför delegerade uppgifter från legitimerad personal, 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. MAS ansvarar för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och ska på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till IVO. MAS följer upp åtgärderna från varje lex Maria för att se om de har fått avsedd effekt.

### **Synpunkter**

Verksamheten ska även ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Dessa kan komma från brukare, patienter, närstående, medarbetare, myndigheter, föreningar och andra organisationer. Med synpunkter avses klagomål, förbättringsförslag eller beröm. Intressenter ska uppmuntras att framföra synpunkter på verksamheten. De mottagna synpunkterna ska utredas i syfte att ta reda på om det förekommit en avvikelse i verksamheten utifrån krav och mål som verksamheten omfattas av (SOSFS 2011:9 5 kap 3 §).

Synpunktshandlingen sker enligt vård- och omsorgsförvaltningens beslutade rutiner och hanteras i kommunens gemensamma system "Synpunkter" i Katrineholm. Inkommen synpunkt skickas till den verksamhet som den berör. Närmaste chef ansvarar för att löpande ta emot och hantera dessa. Synpunkten ska besvaras inom 14 arbetsdagar. Utifrån inkomna synpunkter ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Synpunkter och klagomål på kommunens hälso- och sjukvård skickas till berörd chef. Den som skickar in ska få svar inom cirka 4 veckor.

# Följa upp

Vård- och omsorgsförvaltningen är skyldig att följa upp hur ändamålsenliga och välfungerande processer och rutiner är (SOSFS 2011:9, 5 kap. 6-8 §). Ger processerna önskat resultat? Det finns flera sätt att följa upp verksamheten på. Nedan beskrivs några av de viktigaste redskapen för att följa upp verksamheten och kvalitetsledningssystemet i sin helhet.

## Risکانالys

Vård och omsorgsförvaltningen omfattas av kravet att identifiera händelser som skulle kunna göra att verksamheten inte når upp till krav och mål. Att upptäcka risker innan en negativ händelse inträffar är även ett redskap för att följa upp processerna. Ett av de viktigaste redskapen för att arbeta riskförebyggande är att genomföra riskanalyser (SOSFS 2011:9 5 kap. 1§).

Risکانالys innebär ett framåtblickande och förebyggande arbetssätt och syftar till att upptäcka brister i verksamhetens kvalitet innan de inträffat. Riskanalys kan göras på olika sätt beroende på verksamhetens situation. Det ska göras innan planerade organisationsförändringar genomförs i en verksamhet och innan nya arbetssätt, metoder eller ny teknik börjar tillämpas. Riskanalyser görs även i samband med processkartläggning. Identifierade risker med hög allvarlighetsgrad och/eller hög sannolikhet ska analyseras. Vid analysen ska bakomliggande orsaker till riskerna analyseras och åtgärder föreslås för att minimera riskerna. Beslutade åtgärder ska följas upp för att se om åtgärder har gett avsedd effekt.

Risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplaner ska genomföras fortlöpande på både individ-, verksamhets- och förvaltningsnivå.

## Egenkontroll

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och är en kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§).

Till skillnad mot riskanalys, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontroll att den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs ska granskas. Syftet är att ständigt förbättra och utveckla verksamheten. För att kunskapen från egenkontroller ska vara meningsfull krävs att rätt saker mäts. Egenkontrollen ska göra att vi får syn på direkta kvalitetsbrister, får kunskap om olika verksamhetens kvalitetsresultat och att förbättrings- och utvecklingsområden identifieras. I förbättringsarbetet ska vikt läggas vid förebyggande åtgärder för att förhindra att missförhållanden, vårdskador och andra avvikelser inträffar.

Egenkontroll ska göras inom vård- och omsorgsförvaltningens alla typer av processer, lednings-, huvud- och stödprocesser. Egenkontroller genomförs på både individ-, verksamhets- och förvaltningsnivå. Dessa ska tillsammans ge en indikation på hur god kvalitet verksamheten har och därmed även hur väl processerna fungerar. Egenkontroll handlar om att sammanställa information från olika källor för att ge beslutsfattare en så korrekt bild som möjligt av kvaliteten i verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden, som är ytterst ansvarig, följer kvaliteten genom internkontroll, verksamhetens egenkontroll samt måluppföljning.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar systematiskt med egenkontroller i form av:

- Brukarundersökningar
- Nationella undersökningar (exempelvis Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK), Kommun- och enhetsundersökningen)
- Öppna jämförelser
- Kvalitetsgranskningar av dokumentation
- Verksamhetsuppföljningar
- Oaviserade tillsynsbesök
- Intern statistik
- Kvalitetsregister
- Uppföljningar på individnivå och verksamhetsnivå

Vård- och omsorgsförvaltningen använder indikatorbaserade jämförelser. I egenkontrollen ingår att jämföra den egna verksamheten med andra i vår omgivning samt nationellt. I jämförelse med andra kommuner utgår vi från Socialstyrelsens öppna jämförelser samt nyckeltal från Kommun- och landstingsdatabasen KOLADA. Statistiken ska vara könsuppdelat där det är möjligt. Verksamhetens kvalitet följs upp genom tre typer av indikatorer som ska spegla kvaliteten i olika perspektiv.<sup>4</sup>

- **Strukturindikatorer** – Påverkbara förutsättningar. Belyser de resurser en verksamhet har, till exempel kompetens, rutiner och överenskommelser.
- **Processindikatorer** – Aktiviteter som utförs. Belyser både att och hur aktiviteter/insatser genomförs.
- **Resultatindikatorer** – Utfall som bidrar till måluppfyllelse/önskvärt utfall. Speglar de resultat som uppnåtts för enskilda individer, om insatser lett till avsedda mål.

Analys av resultat från egenkontroller ger ett beslutsunderlag om eventuella förbättringsområden och åtgärder. I planeringen inför kommande verksamhetsår prioriteras vilka resultat som behöver förbättras och vilka indikatorer som ska följas upp i kommande målarbete.

- **Analysdagar genomförs årligen inom vård- och omsorgsförvaltningen.** Vid analysdagarna används vård- och omsorgsförvaltningens modell för analys- och uppföljning. Syftet är att samla ihop resultat från året, analysera dessa och skapa en bild över styrkor och förbättringsområden. Analysen resulterar i en handlingsplan för det systematiska förbättringsarbetet. Denna utgör underlag till verksamhetsplanering och vilka aktiviteter som ska genomföras kommande år. Utgångspunkten är utifrån målområdena som berör vård- och omsorgsnämnden i kommunplanen.

### **Internkontrollplan**

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Vård- och omsorgsnämnden ska årligen utifrån en genomförd risk- och sårbarhetsanalys upprätta en internkontrollplan. I planen fastställs bland annat vilka kontroller som ska genomföras under året och vem som ska utföra respektive kontroll. Internkontrollplanen innehåller både verksamhetsmässiga och ekonomiska kontroller. Det innebär bland annat att kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet. Nämndens interkontrollrapport rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer i mars varje år.

---

<sup>4</sup> Se, Socialstyrelsen (2020). Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg.

## Sammanställning av synpunkter och avvikelser

Rapporter, avvikelser och synpunkter ska även sammanställas och analyseras på en övergripande nivå för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Ibland kan en enskild avvikelse, klagomål eller synpunkt på verksamhetens kvalitet upplevas mindre allvarlig än vad som framkommer vid en sammanställning (SOSFS 2011:9, 5 kap. 6-8§). Utifrån dessa mönster, trender och tendenser ska processer och rutiner ses över.

- **Vård- och omsorgsförvaltningens uppföljningsrapport av avvikelser.** Del- och helår rapporterar varje verksamhetsområde sin hantering av avvikelser, framkomna resultat samt identifierade förbättringsområden och åtgärder. Syftet är att sammanställa och analysera inkomna avvikelser och rapporter samlat per verksamhetsområde för att skapa en övergripande systematik i förbättringsarbetet. Resultatet från uppföljningen sammanställs i kvalitetsberättelsen respektive patientsäkerhetsberättelsen.
- **Summeringsmöte för lärande och erfarenheter av kvalitetsarbete.** Förvaltningsgemensamt summeringsmöte hålls två gånger per år. Syftet är att sprida kunskap inom och mellan verksamhetsområdena för att dra lärdom från utredningar av lex Sarah och lex Maria, genomförda uppföljningsrapporter av avvikelser samt kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen.

# Förbättra

När förbättringsområden identifierats behöver förbättrande åtgärder vidtas (SOSFS 2011:9, 5 kap 7-8 §). Vård- och omsorgsförvaltningen använder modellen nedan för analys- och uppföljning, som utgår ifrån Sveriges kommuner och regioners modell för styrning och ledning "Styr- snurran". Det finns mallar framtagna med stödfrågor för tillämpning av modellen.

## 1. Samla information

Samla ihop information om mål, krav och kvalitet med hjälp av indikatorer och uppföljning.

## 2. Fokusera - Formulera problemet och beskriv nuläget

En tydlig problemformulering krävs för att veta vad som ska lösas. Identifiera och prioritera vilka områden som ska analyseras vidare. Beskriv nuläget för valda analysområden.

## 3. Sök bakomliggande orsaker

Vad är det som har gjort att problemet uppstått? När problembilden är tydlig är det dags att börja fundera på vilka orsaker som finns till problemet. Analysera verksamheten utifrån problembilden för att se orsaker, samband och mönster. Blicka tillbaka på tidigare analyser och åtgärder för att se varför dessa inte haft tillräcklig effekt. Omvärldsbevaka och samverka för att se vad andra har gjort. Metoden "Fem varför" är ett enkelt och bra redskap som kan vara till hjälp.

## 4. Dra slutsatser

Sammanställ vilka bakomliggande orsaker till problemet som behöver rättas till.

## 5. Sätt mål

Det ska finnas fastställda mål för förbättringsarbetet. Målet ska helst vara så konkret som möjligt, för att veta när vi har lyckats. Koppla förbättringsområdena till de politiska målen.

## 6. Förslag till åtgärder

Ta fram förslag på lämpliga åtgärder för att uppnå mål och lösa aktuellt problem eller för att stärka ett område. Åtgärderna ska utgå ifrån bakomliggande orsaker annars finns risk att problemet kvarstår eller återkommer. Avväg hur svår åtgärden är att genomföra i relation till vilken förväntad effekt den kommer ha. Gör en riskanalys av tänkta åtgärder så att åtgärderna kan genomföras på ett säkert sätt.

## 7. Beslut om åtgärder

Slutsatserna och förslagen på åtgärder ger ett beslutsunderlag. Innan beslut om åtgärder krävs prioriteringar och analys av vilka konsekvenser förslaget kan få utifrån perspektiven resultat, nytta, verksamhet och resurser. Det slutliga beslutet kring vilka åtgärder som ska vidtas fattas ibland av politiken men kan också fattas av verksamheten. Beslutade åtgärder kan hamna som en aktivitet i kommande verksamhetsplan eller genomförs direkt i verksamheten.

# Dokumentation av arbetet med ledningssystem för kvalitet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras (SOSFS 2011:9, 7 kap 1 §). Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner, riskanalyser, egenkontroller, hantering av avvikelser samt vilka förbättrande åtgärder som vidtagits ska dokumenteras.

I detta styrdokument *Ledningssystem för kvalitet* har ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och hur ansvar och roller är fördelade, dokumenterats.

Verksamheternas arbete med ledningssystem för kvalitet följs upp och dokumenteras årligen genom en kvalitetsberättelse och en patientssäkerhetsberättelse. Dokumentationen av kvalitetsarbetet utgör underlag till dessa rapporter. Medicinskt ansvarig sjuksköterska respektive kvalitetsstrateg har ansvar för att ta fram patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen. Dessa berättelser fastställs av nämnden i februari varje år. Berättelserna ska finnas tillgänglig både på intranätet och på den externa webbplatsen.

I kvalitetsberättelsen ska det framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts. I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

## Dokumentstyrning

För att säkerställa att verksamheten har aktuella dokument, finns en systematik gällande vad, hur och när styrdokument skapas, sparas, revideras och arkiveras. Ansvaret för detta beskrivs i *Riktlinjer för definiering av styrdokument* samt tydliggörs i *Informationshanteringsplanen*. I *Delegationsordningen för vård- och omsorgsnämnden i Katrineholms kommun* beskrivs vilken funktion nämnden har delegerat till att fatta beslut i vissa ärenden.

## Uppföljning och revidering av styrdokument

Vård- och omsorgsförvaltningens styrdokument för ledningssystem för kvalitet beslutas av vård- och omsorgsnämnden. Vid större förändringar av organisationen och ansvarsfördelning kring kvalitetsledningssystemet ska styrdokumentet revideras och tas upp för nytt beslut. Även vid förändringar av tillämplig lagstiftning eller vid nya rekommendationer som påverkar ledningssystemet ska nämnden fatta beslut om dessa förändringar. Mindre förändringar i kvalitetsledningssystemet än ovanstående beslutas av förvaltningschef.

## Externa utförare

Externa utförare omfattas även de av föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och ska ha arbetat fram sitt eget ledningssystem.