

# Vård- och omsorgsnämndens riktlinje för kvalitet

Diarienummer VON 2024/2552



Beslutad av: Vård- och omsorgsnämnden

Beslutsdatum: 15 oktober 2025

Gäller för: Vård- och omsorgskontoret

Ansvarigt kontor för uppföljning: Vård- och omsorgskontoret

Dokumentet ersätter: Riktlinje Leda för kvalitet - kvalitetsledningssystem för vård- och omsorgsnämndens verksamheter VON 2023/1417-7

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET



[norrkoping.se](https://norrkoping.se)



NORRKÖPING

Vård- och omsorgsnämndens riktlinje för kvalitet .....	1
Sammanfattning .....	4
INLEDNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR .....	6
Kvalitetsdefinition .....	7
Kvalitetsledningssystemet .....	8
Angränsande riktlinjer och ramverk .....	9
Rättslig grund .....	10
STYRNING .....	11
Vision – Norrköping tar plats .....	12
Värdegrund .....	12
Målsättning: God vård och omsorg .....	13
Strategisk riktning: Omställning till en nära vård och omsorg .....	18
Vägledande princip: Värdet skapas i mötet .....	21
Bygg tillit genom ansvar och förtroende .....	22
Ge utrymme att agera i mötet .....	22
Använd och dela kunskap .....	23
Skapa förtroende genom öppenhet .....	23
Prioritera med etik och värdeskapande i fokus .....	23
Lär av erfarenheter .....	24
Baserat beslut på fakta och analys .....	24
Gör det enkelt och begripligt .....	25
Skapa värde genom samskapande .....	25
LEDNING .....	26
Ledningsstruktur .....	26
Planering och förändringshantering .....	27
Verksamhetsutveckling .....	28
Riskanalys .....	28
Rapporteringsskyldighet .....	29
Avvikelse- & händelseanalys .....	30
Systematisk uppföljning & tillsyn .....	32
Ledningsgenomgång .....	35
Kvalitetsberättelse .....	35

Patientsäkerhetsberättelse.....	36
ORGANISERING .....	37
Roller & ansvar.....	37
Informationshantering.....	40
Verksamhetsförmågor .....	41
DEMOKRATI & INSYN .....	45
Invånardialog.....	45
Synpunkter & klagomål .....	46
Brukarinflytande .....	46
Offentlighet, sekretess & arkivhantering.....	47
Bilaga. 1 Kvalitetsindex.....	49

# Sammanfattning

Riktlinjen för kvalitet är vård- och omsorgsnämndens gemensamma ram för hur kvalitet ska förstås, styras, följas upp och utvecklas i all verksamhet på nämndens uppdrag, oavsett driftsform. Den förklarar vad nämnden menar med kvalitet, vilka krav som gäller och hur detta omsätts i ett sammanhållet kvalitetsledningssystem. Riktlinjen stämmer överens med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete, den internationella standarden ISO 9001 för kvalitetsledning och Norrköping kommunens styrmodell.

Riktlinjen består av fem delar.

- Grundläggande förutsättningar klargör kvalitetsdefinitionen, den rättsliga grunden och hur kvalitetsledningssystemet på makro-, meso-, och mikronivå hänger ihop.
- Styrning anger vision, värdegrund och målen god vård och omsorg, konkretiserad i sex kvalitetsområden: säker, kunskapsbaserad, tillgänglig, individanpassad, jämlik och effektiv. Här beskrivs även strategisk inriktning och vägledande principer.
- Ledning visar hur målen blir praktik genom planering, riskhantering, avvikelsehantering, uppföljning och lärande.
- Organisering tydliggör roller, ansvar, informationshantering och verksamhetsförmågor som binder samman styrning och utförande.
- Demokrati & insyn beskriver dialog, synpunktshantering, brukarinflytande samt offentlighet, sekretess och arkiv.

Riktlinjen skapar ett gemensamt språk och arbetssätt för nämnd, tjänstepersoner och utförare. Syftet är att göra det lätt att göra rätt – så att varje möte med invånare präglas av trygghet, delaktighet och tillit: god vård och omsorg där värdet skapas i mötet.

# INLEDNING

Riktlinjen för kvalitet är vård- och omsorgsnämndens styrdokument för kvalitet. Den anger de övergripande ramarna för hur kvalitet ska förstås, kravställas, följas upp och utvecklas i all vård- och omsorgsverksamhet som bedrivs på nämndens uppdrag – oavsett om den drivs i kommunal eller privat regi.

Syftet med riktlinjen är att skapa en gemensam och tydlig förståelse för vad kvalitet innebär för nämnden. Den definierar de krav, mål och principer som gäller för all vård- och omsorgsverksamhet och fungerar därmed som en gemensam utgångspunkt för nämnd, vård- och omsorgskontor och utförare. Varje verksamhet ansvarar sedan för att i sitt eget ledningssystem beskriva hur dessa krav omsätts i praktiken.

Riktlinjen stämmer överens etablerade ramverk för kvalitetsledning. Utgångspunkten är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete om anger krav på systematiskt kvalitetsarbete. Utöver det stämmer riktlinjen även överens med den internationella standarden ISO 9001 för fastställande av kvalitetsledning som betonar ledarskap, riskhantering och ständiga förbättringar. Dessa ligger i linje med kommunens styrmodell och skapar en robust grund för ett långsiktigt och systematiskt lärande och utveckling.

Riktlinjen vänder sig till tre huvudsakliga målgrupper:

- verksamheterna, som ska omsätta nämndens krav i sitt ledningssystem och i det dagliga arbetet,
- tjänstepersoner på vård- och omsorgskontoret, som ansvarar för planering, uppföljning, utveckling och tillsyn,
- nämndens ledamöter, som ansvarar för att kravställningen är ändamålsenlig och följs upp systematiskt.

Tillsammans skapar dessa delar en helhet där riktlinjen fungerar som ett gemensamt verktyg för att styra, leda och utveckla kvalitet. Genom detta arbete skapas också förutsättningar för att vården och omsorgen ska upplevas som trygg, rättssäker och värdefull för de invånare som vi är till för.

Riktlinjen är indelad i fem avsnitt som vars områden och definitioner har sin grund i Sveriges kommuner och regioners (SKR) klassificeringsstruktur KLASSA. I varje avsnitt så har nämndens kravställning på verksamheten beskrivits i punkter som konkretiserar vad verksamheten ska säkerställa.

Riktlinjen inleds med [Grundläggande förutsättningar](#), där grunden för kvalitet läggs fast. Här klargörs vad vi menar med kvalitet, den rättsliga grunden och hur nämndens struktur kring kvalitetsledningssystem är uppbyggt. Detta

avsnitt ger den gemensamma startpunkten som binder samman alla verksamheter som bidrar in i vård- och omsorgssystemet.

I avsnittet [Styrning](#) beskrivs nämndens långsiktiga riktning – de mål och principer som sätter kompassen för hur vi tillsammans ska arbeta för att skapa nytta för invånarna. Här tydliggörs vad som ska uppnås, så att varje verksamhet kan rikta sina ansträngningar mot samma målbild.

[Ledning](#) handlar om att omsätta denna riktning i praktiken. Här konkretiseras planeringen och de vägval som behöver göras för att säkerställa en stabil grund över tid. Ledningens ansvar är inte bara att planera och fördela resurser, utan också att skapa förutsättningar för lärande, utveckling och förbättring i varje del av verksamheten.

I avsnittet [Organisering](#) ligger fokus på det strukturella perspektivet. Här tydliggörs roller, ansvar och mandat, men också de verksamhetsförmågor som varje verksamhet behöver säkerställa för att möta de krav som ställs i uppdraget. Organisering är länken mellan riktning och handling. Det är här strukturen formas för att omsätta målen i verkliga resultat för vård- och omsorgstagaren.

Slutligen behandlar avsnittet [Demokrati och insyn](#) det som ytterst ger vård- och omsorgssystemet dess legitimitet. Här betonas invånarnas rätt till delaktighet, transparens och insyn. Kommunikation och samskapande med invånarna är centrala delar, men också förtroendet att vården och omsorgen bedrivs utan otillbörlig påverkan och med tydlig ansvarsskyldighet.

Tillsammans bildar dessa delar en struktur där styrning, ledning, organisering och insyn samverkar för att kvalitet inte ska vara en abstrakt idé, utan en konkret verklighet i mötet mellan vård- och omsorgstagare, anhöriga och medarbetare.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR

För att kvalitet i vård och omsorg ska vara mer än en ambition krävs en tydlig grund. De grundläggande förutsättningarna är den ram som gör det möjligt att leda, styra och utveckla verksamheten på ett enhetligt och förutsägbart sätt. De skapar en gemensam förståelse för vad kvalitet innebär, vilka strukturer som bär upp arbetet och vilken rättslig grund som styr varje insats.

I detta avsnitt beskrivs därför fyra centrala delar. [Kvalitetsdefinitionen](#) klargör hur nämnden förstår och formulerar begreppet kvalitet, där invånarnas upplevelse möter systemets förmåga. [Kvalitetsledningssystemet](#) förklarar den struktur som håller samman styrning, ledning och utförande i en helhet. [Angränsande riktlinjer och ramverk](#) visar hur denna riktlinje samspelar med övriga styrdokument som påverkar kvaliteten. Slutligen behandlas den [rättsliga grunden](#), som är den bindande kravställen för all vård- och omsorgsverksamhet.

Tillsammans är dessa delar grunden för ett vård- och omsorgssystem som är rättssäkert, robust och invånarfokuserat – och där målet om god vård och omsorg kan omsättas i praktiken.

## **Kvalitetsdefinition**

Socialstyrelsen definierar i SOSFS 2011:9 kvalitet som “att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.”

Denna definition är en grundförutsättning för vård- och omsorgsnämndens verksamhet. God vård och omsorg är nämndens tydliga mål, och tillsammans med lagstiftning, föreskrifter, nationella riktlinjer och andra reglerande krav är det en obligatorisk kravställen på verksamheten.

Men kvalitet är inte enbart att uppfylla regler och mål. Det är också att säkerställa att invånarna upplever värde i mötet med verksamheten. För nämnden innebär detta att kvaliteten definieras genom i vilken mån vård och omsorg faktiskt skapar en känsla av trygghet hos invånaren. En sådan känsla är unik för varje individ och situation. Den kan uppstå genom förutsägbarhet, kontinuitet, respekt eller att ens behov faktiskt blir sedda och tillgodosedda.

Upplevd trygghet uppstår när individens behov och förväntningar möts av systemets förmåga att leverera insatser som är säkra, kunskapsbaserade, tillgängliga, individanpassade, jämlika och effektiva. Det är i detta möte som regler och mål översätts till faktisk nytta för den enskilde.

Mot denna bakgrund definieras kvalitet inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde som ”God kvalitet är när det blir som det är tänkt – när individens behov överensstämmer med verksamhetens förmåga att leverera – där värdet skapas i mötet mellan människor och där resultatet är en känsla av trygghet.”

## Kvalitetsledningssystemet

Nämndens kvalitetsledningssystem är den struktur som gör det möjligt att leda, styra och systematiskt utveckla kvaliteten i vård och omsorg. Det skapar ordning och tydlighet i ansvar, roller och processer och ger en gemensam förståelse för hur mål och krav kan omsättas i praktiken. Systemet är inte enbart ett administrativt verktyg – det är grunden för att invånaren ska kunna uppleva trygghet, delaktighet och förutsägbarhet i mötet med verksamheten.

Kvalitetsledningssystemet består av tre nivåer – makro, meso och mikro – som var och en har sin särskilda funktion men som tillsammans bildar en helhet. Det är i samspelet mellan nivåerna som kvaliteten blir hållbar, systematisk och upplevd.



Bild. 1 Bildstöd kring nämndens kvalitetsledningssystem

Varje nivå i kvalitetsledningssystemet är beroende av de andra. Makronivån ger riktning, mesonivån översätter riktningen till operativa förmågor, och mikronivån omsätter förmågorna i handling. När alla tre nivåer samverkar skapas en helhet där kvalitet inte är en slump, utan resultatet av en medveten och systematisk styrning. På så sätt blir kvalitetsledningssystemet en bärande struktur för målet om god vård och omsorg – där värdet skapas i mötet. Nedan följer en övergripande beskrivning av respektive nivå:

## **Makronivån – Riktlinje för kvalitet**

Makronivån uttrycks genom nämndens riktlinje för kvalitet. Här fastställs vad som ska säkerställas i vård och omsorg – mål, värden och vägledande principer. Riktlinjen fungerar som en gemensam kompass som anger riktning och skapar förutsättningar för en likvärdig och sammanhållen vård och omsorg.

## **Mesonivån - Verksamhetsuppdrag**

Mesonivån konkretiseras genom vård- och omsorgsdirektörens uppdrag till respektive verksamhet. Detta sker i form av ett verksamhetsuppdrag eller avtal, där det tydliggörs vilka verksamhetsförmågor som ska finnas för att leverera god vård och omsorg. På så vis översätts nämndens mål till krav på varje verksamhet – med förutsägbarhet och likvärdighet som resultat.

## **Mikronivån - Ledningssystem**

Mikronivån är verksamheternas egna ledningssystem. Här beskrivs hur uppdraget omsätts i vardagen genom rutiner, processer och arbetssätt. Ledningssystemet gör det tydligt hur kvalitet säkras och förbättras och hur ansvar fördelas. Det är på denna nivå som invånaren möter vården och omsorgen – och där värdet skapas i praktiken.

Verksamheten ska säkerställa:

- att verksamhetens arbete bedrivs i enlighet med nämndens riktlinje för kvalitet och att nämndens principer och målområden efterlevs,
- att verksamhetsuppdraget omsätts i dokumenterade och ändamålsenliga verksamhetsförmågor, som hålls uppdaterade och är grunden för hur kvalitet skapas och följs upp.
- att det egna ledningssystemet tydligt beskriver hur dessa förmågor realiseras i praktiken, genom processer, rutiner, nyckelaktiviteter och instruktioner som är kända och tillämpas av alla medarbetare.
- att riktlinje, verksamhetsuppdrag och lokalt ledningssystem hålls samman till en helhet. Arbetet bedrivs i enlighet med nämndens mål, principer och krav, och där uppföljning säkerställer att kvaliteten vidmakthålls och utvecklas över tid.

## **Angränsande riktlinjer och ramverk**

Riktlinjen för kvalitet är en central del i nämndens kvalitetsledningssystem, men den står inte ensam. Verksamheter inom vård och omsorg behöver förhålla sig till flera andra riktlinjer och styrande dokument som kompletterar eller i vissa delar överlappar denna riktlinje. Tillsammans bildar de en helhet

som säkerställer styrning, transparens, rättssäkerhet och kvalitet i verksamheten.

För att uppdraget ska kunna utföras rättssäkert och med hög kvalitet måste verksamheten ha kännedom om kommunens övergripande styrmodell och de styrdokument som gäller inom Norrköpings kommun. De olika riktlinjerna stödjer olika perspektiv – ekonomi, upphandling, intern kontroll, informationshantering – men är samtidigt i ett ömsesidigt beroende till varandra. Riktlinjen för kvalitet är ramen för vad kvalitet är och hur den ska följas upp, medan de angränsande riktlinjerna reglerar särskilda områden som påverkar kvaliteten.

Verksamheten ska säkerställa

- att alla berörda medarbetare har kännedom om och följer kommunens styrmodell samt övriga styrdokument som kompletterar riktlinjen för kvalitet.
- att riktlinjen för kvalitet tillämpas i samspel med andra relevanta styrdokument, så att helheten bidrar till styrning, transparens och rättssäkerhet.
- Att lokala rutiner och arbetssätt löpande uppdateras i enlighet med förändringar i kommunens styrmodell och andra styrande dokument, så att kvalitet och regelefterlevnad bibehålls över tid.

## Rättslig grund

Vård- och omsorgsverksamhet är en samhällssektor med en omfattande reglering. Den styrs av lagar, föreskrifter och standarder som är till för att värna de invånare som är i behov av stöd, vård och omsorg. Regleringen är därmed direkt ställda krav på alla verksamheten och är grunden för hur ledningssystem, rutiner och arbetssätt ska byggas upp och följas.

Det är verksamhetens ansvar att säkerställa uppdaterad kunskap om aktuella lagar och regler. Några av de mest centrala lagarna och föreskrifterna är:

- Socialtjänstlagen (SoL) – tryggar rättigheter och behovsstyrd omsorg.
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) – reglerar krav på en god, säker och tillgänglig vård.
- Patientsäkerhetslagen (PSL) – förebygger vårdskador och stärker patientsäkerheten.
- Arbetsmiljölagen (AML) – reglerar arbetsmiljöansvar och säkerställer en trygg och hållbar arbetsmiljö.

- Kommunallagen (KL) – definierar ansvarsfördelning, roller och delegation i kommunen.
- Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) – värnar den enskildes integritet.
- Dataskyddsförordningen (GDPR) – reglerar hantering av personuppgifter.
- Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation – främjar informationsdelning med bibehållen rättssäkerhet.
- SOSFS 2011:9 – krav på systematiskt kvalitetsarbete inom vård och omsorg.
- ISO 9001 – internationell standard för kvalitetsledning, som riktlinjen stämmer överens med.

Verksamheten ska säkerställa:

- att de rättsliga kraven är väl kända och förankrade på alla nivåer,
- att lagar, föreskrifter och standarder är införlivade i ledningssystemet,
- att verksamhetens rutiner och processer följer de rättsliga kraven i praktiken,
- att ledningen säkerställer att medarbetare har kunskap om de reglerade kraven som gäller för deras uppdrag, och att detta konkretiseras som en del i beskrivningen av verksamhetens specifika förmågor,
- att avvikelser från rättsliga krav identifieras, dokumenteras och åtgärdas,
- att man kan visa hur den rättsliga grunden styr vardagens arbete och bidrar till kvalitet, arbetsmiljö och rättssäkerhet.

## STYRNING

Styrning handlar om att ange riktning, mål och principer som ger en gemensam grund för den verksamhet som bedrivs på nämndens uppdrag. I detta avsnitt definieras de långsiktiga ambitionerna, de värderingar som ska prägla arbetet, den strategiska riktningen samt de målar ska följas upp samt de vägledande principer som ska prägla verksamhetskulturen. Tillsammans är dessa en kompass för hur vård och omsorg ska utvecklas på ett samordnat och systematiskt sätt. För invånaren innebär detta att mötet med

vård och omsorg inte enbart präglas av regeluppfyllelse, utan av en tydlig strävan att skapa nytta, trygghet och förtroende i varje enskild situation.

## Vision – Norrköping tar plats

Norrköping kommuns vision är "Norrköping tar plats". Denna vision beskriver en kommun som växer, utvecklas och skapar förutsättningar för människor att leva goda liv. ([Norrköpings kommuns vision](#))

För vård- och omsorgsnämnden innebär visionen en framtidsbild där vården och omsorgen bidrar till att göra Norrköping till en plats där människor kan känna trygghet, delaktighet och livskvalitet. Visionen är långsiktig och visar riktningen för hur vård och omsorg bidrar till kommunens utveckling – den beskriver den framtid vi vill skapa.

## Värdegrund

För att denna framtidsbild ska bli verklighet i vård och omsorg krävs en gemensam värdegrund som uttrycker vilka etiska värden och mänskliga rättigheter vi alltid ska värna om i mötet med invånarna.

Värdegrunden är därför en central del av kvalitetsarbetet. Den beskriver vilka värden som alltid ska genomsyra varje möte. På detta sätt blir värdegrunden en garant för att vården och omsorgen inte enbart uppfyller krav och mål, utan också respekterar människors värdighet, integritet och unika behov.

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen, som är en del av socialtjänstlagen, anger att vården och omsorgen ska främja ett värdigt liv och välbefinnande. Vad detta innebär avgörs alltid av den enskilde, vilket gör att kvaliteten måste formis i dialog med individens behov, önskemål och förväntningar. ([Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen](#))

Norrköpings kommuns egen värdegrund förstärker detta genom tre ledord:

- Respekt – varje människa ses som unik och bemöts med integritet och självbestämmande.
- Delaktighet – invånaren bjuds in till dialog och får reella möjligheter att påverka sin vård och omsorg.
- Trovärdighet – vi agerar professionellt, öppet och ansvarsfullt så att tillit skapas i varje situation.

När den nationella och den kommunala värdegrunden förenas bildas en gemensam etisk grund för vård och omsorg i Norrköping. Det är denna grund som gör det möjligt att förverkliga nämndens mål om god vård och omsorg – där värdet skapas i mötet. ([Norrköping kommuns värdegrund](#))

## Målsättning: God vård och omsorg

Målsättningen för vård- och omsorgsnämnden är att erbjuda god vård och omsorg. Detta är mer än en formell ambition – det är ett löfte om att varje invånare som möter verksamheten ska kunna känna sig sedd med respekt, bjudas in till delaktighet och möta en verksamhet som agerar med trovärdighet. God vård och omsorg innebär att insatser inte bara ska vara korrekta och följa lagar och föreskrifter, utan också bidra till livskvalitet, välbefinnande och tillit i vardagen.

För att detta mål ska bli tydlig och hanterbar har nämnden valt att konkretisera den genom sex kvalitetsområden: säker, kunskapsbaserad, tillgänglig, individanpassad, jämlik och effektiv. Dessa områden, som också är grunden för Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer, är de nödvändiga byggstenar som tillsammans formar helheten god vård och omsorg. De är inte fristående delar, utan samspelar och förstärker varandra – säkerhet utan tillgänglighet ger ingen trygghet, och kunskap utan individanpassning riskerar att bli tom teori.



Bild 2. Bildstöd kring nämnden strategiska målsättning God vård och omsorg med tillhörande kvalitetsområden.

När dessa kvalitetsområden vävs samman blir vård och omsorg både rättssäker och värdeskapande. Då uppfyller verksamheten inte bara lagar och mål, utan skapar också den känsla av trygghet som är vårt yttersta värdeerbjudande till invånarna i Norrköpings kommun.

Alla verksamheter som verkar på uppdrag av nämnden ska arbeta aktivt med att utveckla sin verksamhet i linje med dessa sex målområden. Målen ska integreras i verksamhetens egna kvalitetsplaner, förbättringsarbeten och interna uppföljningar – som en gemensam kompass för kvalitet. Under följande avsnitt definierar nämnden varje område och de krav som finns gentemot verksamheten.

## **Säker vård och omsorg**

Alla insatser ska minimera risker och förebygga skador och missförhållanden. Det innebär både att rutiner och instruktioner följs vid insatser och att kulturen främjar öppenhet kring misstag och lärande. En säker vård och omsorg bygger på att invånaren kan lita på att stödet fungerar varje gång. Vård och omsorg ska utföras på ett sätt som skyddar individens liv, hälsa, integritet och självbestämmande. Det innebär att verksamheten ska identifiera, hantera och förebygga risker, samt ha fungerande rutiner för avvikelshantering, lex-anmälningar och andra skyddsmekanismer.

En säker vård och omsorg innebär att varje insats planeras och utförs så att risken för vårdskador och missförhållanden minimeras. Säkerhet är inte något som "läggs på" verksamheten, utan är inbyggt i hur arbetet organiseras, följs upp och förbättras. Verksamheten ska därför styra sina arbetssätt så att riskidentifiering, avvikelshantering och lärande blir naturliga delar av vardagen – inte punktinsatser. I mötet med invånaren märks säkerheten genom trygghet, förutsägbarhet och att åtgärder vidtas innan problem uppstår.

Verksamheten ska säkerställa

- att medarbetare och vård- och omsorgstagare vistas i en trygg fysisk miljö med fungerande lokaler, hjälpmedel och utrustning samt att skador och olyckor aktivt förebyggs.
- att läkemedelshantering, behandlingar och omsorgsinsatser genomförs på ett säkert sätt för såväl vård- och omsorgstagaren som medarbetaren. Regelbundna kontroller ska göras i syfte att förebygga vårdskador.
- att personuppgifter och vård- och omsorgsdokumentation hanteras korrekt, tillgängligt och i enlighet med gällande lagar och standarder för sekretess och informationssäkerhet.
- att vård- och omsorgstagare upplever trygghet i mötet med verksamheten genom respektfullt bemötande, socialt stöd och en omsorg som främjar både fysisk och psykisk hälsa.

- att risker, avvikelser och fel rapporteras och hanteras öppet, analyseras systematiskt och används som grund för lärande och förbättring.

## **Tillgänglig vård och omsorg**

Tillgänglighet är mer än att svara i telefon eller ha öppettider – det handlar om att invånaren får rätt stöd i rätt tid, utan onödiga hinder. Vård och omsorg ska vara lätt att nå, oavsett om det gäller kontakt, information, medarbetare, beslut eller utförande. Det innebär att stödet ska finnas när det behövs, där det behövs, och på ett sätt som är begripligt och enkelt att ta del av.

Tillgänglighet omfattar både att undvika köer och väntetider, och att anpassa information, öppettider och kommunikation efter invånarens behov.

Verksamheten ska ha strukturer som säkerställer god tillgång till tjänster över dygnet, veckan och året, samt en förmåga att snabbt möta akuta och förändrade behov.

Nämnden ser tillgänglighet som en grundförutsättning för att skapa värde. Det spelar ingen roll hur hög kvalitet en insats har om den inte ges när behovet finns.

För att uppnå detta behöver verksamheten styra sin bemanning, planering och kommunikation så att invånaren alltid kan nå fram och få stöd när det behövs. I mötet märks detta som närvaro, lyhördhet och att stöd erbjuds innan frustration uppstår.

Verksamheten ska säkerställa:

- att vård- och omsorgstagare och deras anhöriga enkelt kan nå rätt person i verksamheten när de behöver stöd eller svar.
- att insatser påbörjas och genomförs utan onödig väntetid, och att brådskande behov bemöts skyndsamt.
- att det finns stöd och hjälp nära i vardagen, så att individen känner trygghet i sin dagliga livssituation.
- att information och dialog sker på ett begripligt och anpassat sätt, utifrån individens språk, kultur och funktionsförmåga.
- att verksamheten är lyhörd och uppmärksam på förändringar i individens mående och livssituation, genom att tidigt fånga upp även subtila signaler från vård- och omsorgstagaren samt anhöriga.

## **Jämlik vård och omsorg**

En jämlik vård och omsorg utgår ifrån att kvaliteten inte ska variera beroende på kön, ålder, bostadsort, funktionsförmåga eller bakgrund. Alla invånare ska ha lika rätt till vård och omsorg. Verksamheten ska ha förmåga att identifiera och motverka omotiverade skillnader i insatser, bemötande eller resultat.

Jämlikhet skapas både genom rättssäkra processer och genom ett inkluderande bemötande.

Verksamheten ska följa upp resultat för olika grupper och systematiskt arbeta bort omotiverade skillnader. I mötet märks jämlikheten genom att vård- och omsorgstagaren blir sedd och bemött som en individ, fri från fördomar och särbehandling.

Verksamheten ska säkerställa:

- att stöd erbjuds på lika villkor, så att individens behov avgör insatsen – inte bakgrund, resurser eller bostadsområde.
- att alla invånare bemöts med respekt och värdighet, och att verksamheten aktivt motverkar diskriminering oavsett kön, ålder, etnicitet, religion, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller annan bakgrund.
- att insatser ges jämställt och att könstillhörighet inte påverkar tillgång, kvalitet eller resultat i vård och omsorg.
- att resurser – som tid, personal och stöd – fördelas utifrån den enskildes behov, inte efter ekonomi, familjesituation eller sociala nätverk
- att beslut om stöd fattas och dokumenteras på ett rättssäkert sätt, och att de följs upp på ett transparent sätt så att lika beslut leder till lika insats.

## **Effektiv vård och omsorg**

Resurser ska användas klokt. Effektivitet betyder inte att arbeta snabbast eller billigast, utan att skapa största möjliga nytta för vård- och omsorgstagaren med de resurser som finns. Verksamheten ska använda sina resurser på ett ändamålsenligt sätt, så att individens behov tillgodoses med rätt insats, i rätt tid och utan onödiga fördröjningar. Effektivitet handlar också om att göra rätt från början och att undvika dubbelarbete, väntetider och felaktiga beslut som belastar individ och system. Rätt insats ska levereras på rätt sätt, vid rätt tidpunkt med rätt kompetens.

Verksamheten ska styra sina arbetssätt med fokus på värdeskapande, samarbete och ständiga förbättringar. I mötet märks effektiviteten genom att invånaren upplever att stödet är både snabbt och träffsäkert, utan onödiga steg. Ett effektivt stöd innebär även att invånarens tid och resurs övervägs vid utformning av insatser.

Verksamheten ska säkerställa:

- att insatserna varken är överdimensionerade eller otillräckliga, utan motsvarar den enskildes behov och bidrar till en god resursanvändning.
- att insatser och aktiviteter planeras och genomförs på ett förutsägbart vis för att skapa kontinuitet och trygghet för vård- och omsorgstagaren och dess anhöriga.
- att bemanning och schemaläggning är långsiktigt hållbar, med minskat beroende av övertid, vikarier och inhyrd personal.
- att resurser används där de gör störst nytta, genom att insatser prioriteras utifrån behov och angelägenhetsgrad.
- Att problem i som uppstår snabbt identifieras, analyseras och löses på ett sätt som minimerar negativa konsekvenser för vård- och omsorgstagaren.

### **Kunskapsbaserad vård och omsorg**

Beslut och arbetssätt ska utgå från bästa tillgängliga kunskap. Det innebär att aktuell forskning, beprövad erfarenhet och invånarens perspektiv vägs samman och omsätts i handling. Det innebär att medarbetaren ska vara utbildad, insatserna evidensförankrade, och att beslut dokumenteras, utvärderas och utvecklas med stöd av data och lärande.

Kvalitet förutsätter att kunskap ständigt uppdateras och omsätts i praktiken.

Verksamheten ska ha system för att ta till sig och tillämpa nya rön, följa relevanta riktlinjer och dela lärdomar internt. I mötet märks detta genom att vård- och omsorgstagaren får stöd som är aktuellt, relevant och grundat i professionell expertis.

Verksamheten ska säkerställa:

- att medarbetare har rätt utbildning och fortbildning för sina arbetsuppgifter, så att insatserna utförs korrekt och med kvalitet.
- att personalen har tillgång till aktuella riktlinjer, evidens och kunskapsstöd.

- att erfarenheter, synpunkter och avvikelser används systematiskt för att lära och utveckla verksamheten.
- att den vård och omsorg som erbjuds invånarna bygger på bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet, så att insatserna är tillförlitliga och säkra.

### **Individanpassad vård och omsorg**

Varje insats ska utgå från den enskildes behov, situation och önskemål. Det innebär att verksamheten måste vara flexibel och lyhörd för det unika mötet. Insatserna ska utformas tillsammans med den enskilde, med respekt för dennes behov, önskemål, livssituation och förutsättningar. Individanpassning innebär att inte enbart följa mallar, utan att skapa lösningar som är meningsfulla för den enskilde, med delaktighet och inflytande i fokus.

Individanpassning är kärnan i värdeskapandet – att vård och omsorg utformas efter individens unika behov, mål och önskemål. Standarder och rutiner ska finnas som stöd, men inte begränsa den professionella friheten att möta varje invånare på bästa sätt.

Verksamheten ska styra sina arbetssätt så att invånaren är delaktig i beslut och uppföljning. I mötet märks individanpassningen genom att den enskilde upplever att stödet är personligt, relevant och respektfullt.

Verksamheten ska säkerställa:

- att insatser planeras och utförs utifrån en strukturerad individuell behovsbedömning och personliga mål – inte standardlösningar.
- att beslut om insatser tas tillsammans med individen och dokumenteras som gemensamma mål och val.
- att mål och insatser följs upp regelbundet tillsammans med individen och justeras utifrån uppnådda resultat och preferenser.
- att det som individen själv som värderar vad som är viktigt och styr innehåll, tider och utförandesätt i insatserna.
- att individen upplever en sammanhållen kedja när flera aktörer medverkar, och att SIP används när samordning behövs.

### **Strategisk riktning: Omställning till en nära vård och omsorg**

Med en växande andel av en äldre befolkning och en minskade tillgången på arbetskraft kräver att verksamheten utvecklar vård och omsorgen så att

resurserna används mer hållbart och med högre effektivitet. Detta ska genomföras utan att påverka kvaliteten negativt.

Omställningen till en nära vård och omsorg är idag en väl etablerad riktning inom hälso- och sjukvården, där fokus ligger på primärvården som nav. Nämnden har här ett särskilt ansvar för den kommunala primärvårdsnivån, och i och med den nya socialtjänstlagen har även socialtjänstens nationella utveckling fått samma tydliga riktning.

Mot denna bakgrund har nämnden beslutat att konkretisera den strategiska riktningen för verksamheten. Förflyttningen innebär att vi behöver bygga en vård och omsorg som är mer personcentrerad, samordnad, proaktiv och delaktighetsdriven. Detta uttrycks i fyra strategiska förflyttningar som ska vägleda både kommunala och privata utförare.

### **Från fokus på organisation – till fokus på person och relation**

Insatsernas utgångspunkt ska vara individens behov och livssituation – inte verksamhetens organisatoriska gränser. Relationer mellan individen, deras anhörig och medarbetarna är avgörande för upplevd kvalitet. Traditionellt har vård och omsorg ofta formats utifrån organisatoriska strukturer, vilket riskerar att fragmentera stödet. Genom att sätta personen i centrum skapas meningsfulla insatser, starkare förtroende och bättre resultat.

Verksamheten ska säkerställa:

- att dialog och lyhördhet genomsyrar mötet med invånare,
- att arbetssätt främjar kontinuitet och relationer,
- att personal utbildas i personcentrerat förhållningssätt,
- att organisatoriska strukturer inte får begränsa individens tillgång till stöd eller omsorg.

### **Från isolerade vård- och omsorgsinsatser – till samordning utifrån personens fokus**

Individens vård- och omsorgsinsatser ska samordnas så att de bildar en sammanhållen helhet. Fragmentering skapar risker för kvalitetsbrister, dubbelarbete och otrygghet. Samordnade insatser ger kontinuitet, trygghet och bättre resursutnyttjande.

Verksamheten ska säkerställa:

- att samordnade individuella planer (SIP) används när det finns behov av insatser från flera aktörer,

- att samverkan sker regelbundet med region, andra kommunala aktörer, privata utförare och ideella organisationer,
- att informationsutbyte sker i enlighet med fastställda standarder och lagstiftning,
- att individen och anhörig deltar aktivt i samordningen.

### **Från reaktiv – till proaktiv och hälsofrämjande**

Verksamheten ska i högre grad förebygga ohälsa och behov av akuta insatser genom tidiga och hälsofrämjande insatser. En åldrande befolkning och minskad tillgång på arbetskraft innebär att det inte är hållbart att enbart agera reaktivt. Ett proaktivt och förebyggande arbetssätt stärker individens välbefinnande och minskar framtida vård- och omsorgsbehov.

Verksamheten ska säkerställa:

- att riskgrupper identifieras och erbjuds tidiga och förebyggande åtgärder,
- att hälsofrämjande arbetssätt och aktiviteter utvecklas och integreras i det dagliga arbetet,
- att samverkan sker med primärvård och folkhälsoteam för att främja hälsa,
- att vård- och omsorgstagare och patienter ges verktyg för att stärka egenvård och självständighet.

### **Från vård- och omsorgstagare som passiva mottagare – till aktiv medskapare**

Individen ska ha en aktiv roll i planering, beslut och uppföljning av sin egen vård och omsorg. Delaktighet ökar motivation, ansvarstagande och upplevelse av kvalitet. När invånare görs till medskapare förbättras både resultat och förtroende.

Verksamheten ska säkerställa:

- att plattformar, mötesformer och digitala verktyg används för att öka invånarnas delaktighet,
- att vård- och omsorgstagare får tillgång till kunskap som stärker deras förmåga att fatta informerade beslut,
- att dialog och samråd struktureras så att invånare och anhöriga kan påverka verksamhetens utveckling,

- att ett medskapande förhållningssätt präglar både planering och uppföljning av insatser.

## Vägledande princip: Värde skapas i mötet

Visionen anger den framtid vi strävar mot och värdegrunden tydliggör de mänskliga värden vi alltid ska värna i mötet med invånaren. Målsättningen om god vård och omsorg beskriver därefter vad vi konkret ska uppnå för att förverkliga denna framtidsbild. För att vision, värdegrund och mål ska kunna omsättas i vardagen krävs dock mer än rutiner och uppföljningar – det behövs gemensamma principer för hur vi leder, samarbetar och förhåller oss till vårt uppdrag. De vägledande principerna är denna kompass. De beskriver inte detaljerade instruktioner, utan grundläggande förhållningssätt som präglar kultur, beslut och vardagligt arbete.

Nämndens huvudprincip är att värdet skapas i mötet. Det är i mötet mellan människor – medarbetare, chefer, invånare och anhöriga – som kvaliteten ytterst formas och där trygghet kan upplevas. Därför blir vårt sätt att samarbeta och leda avgörande för hur vården och omsorgen upplevs. När vi därför säger god vård och omsorg är det alltid med tillägget: där värdet skapas i mötet.

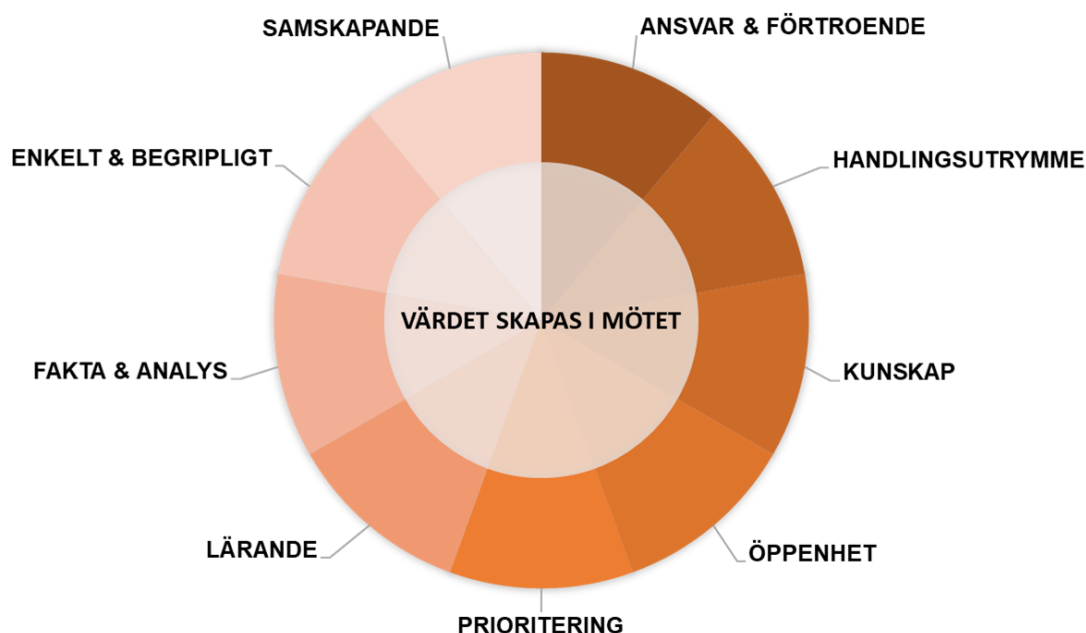


Bild 3. Bildstöd kring nämndens nio stödprinciper som stödjer huvudprincipen att värdet skapas i mötet.

För att göra huvudprincipen verksam i praktiken har nämnden formulerat nio stödprinciper, inspirerade av Tillitsdelegationens arbete ([SOU 2019:43](#)). Tillsammans bidrar de till en kultur av tillit, lärande och ansvarstagande – och skapar förutsättningar för att vi, i varje möte, kan erbjuda en vård och omsorg som gör verklig skillnad. I följande avsnitt definieras dessa stödjande principer tillsammans med nämndens förtydliganden om vad verksamheten ska säkerställa kopplat till dessa principer:

## **Bygg tillit genom ansvar och förtroende**

Vi utgår från att människor vill och kan göra ett gott arbete. Kvalitetsstyrning ska bygga på tillit – inte detaljkontroll. Genom tydliga uppdrag, förtroende och respekt skapas en miljö där ansvar tas på riktigt. Vi litar på att chefer, medarbetare och verksamheter tar ansvar när förutsättningarna är rätt. När tillit präglar relationerna inom och mellan verksamheter byggs också tillit i mötet med invånaren – något som är avgörande för att skapa trygghet i mötet.

Verksamheten ska säkerställa:

- att ansvar och mandat delegeras tydligt och följs upp i en kultur präglad av tillit.
- att prestationer bemöts med stöd och uppmuntran, inte misstro.
- att relationer mellan ledning, medarbetare och brukare bygger på respekt och ömsesidigt förtroende.

## **Ge utrymme att agera i mötet**

Beslut ska fattas så nära verksamheten och mötet med individen som möjligt. Det kräver decentraliserat ansvar, tydligt mandat och utrymme för professionella bedömningar. Kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling ska i första hand drivas av de som är närmast uppdraget. När medarbetare ges mandat att använda sin kompetens i vardagen ökar förmågan att agera snabbt och träffsäkert. Den friheten märks i mötet som flexibilitet, lyhördhet och relevans för individens behov.

Verksamheten ska säkerställa:

- att medarbetare ges mandat att fatta beslut i vardagen utifrån sin kompetens.
- att styrningens omfattning hålls rimlig, med tydliga mål och ramar.
- att beslut inte fördröjs i onödiga hierarkier.

## **Använd och dela kunskap**

Beslut ska baseras på bästa tillgängliga kunskap – både vetenskaplig, professionell och erfarenhetsbaserad. Verksamheter ska uppmuntras att använda och utveckla sin kompetens, samt att utbyta lärdomar kollegialt. Genom att dela kunskap och lära av varandra skapar vi en stark gemensam kompetens. För invånaren märks det i stöd som är pålitligt, aktuellt och välgrundat.

Verksamheten ska säkerställa:

- att beslut och arbetssätt grundas på evidens och beprövad erfarenhet.
- att kollegialt lärande och reflektion är en integrerad del av kvalitetsarbetet.
- att kompetensutveckling sker kontinuerligt och systematiskt.

## **Skapa förtroende genom öppenhet**

Problem ska inte döljas utan lyftas fram. En kultur av öppenhet gör det möjligt att identifiera brister, dela lärdomar och stärka kvaliteten genom samverkan. Transparens är en förutsättning för lärande, delaktighet och ansvarstagande. Vi delar information, visar våra resultat och bjuder in till dialog – både inom och mellan verksamheter. Detta gäller även i dialogen mellan tjänstepersoner och politiker. När vi arbetar transparent kan invånare känna att deras röst tas på allvar och att vi vill förbättra – inte försvara – systemet.

Verksamheten ska säkerställa:

- att resultat, risker och avvikelser kommuniceras öppet.
- att öppen dialog råder mellan medarbetare, chefer och politisk nivå.
- att transparens används som en resurs för gemensamt lärande och utveckling.

## **Prioritera med etik och värdeskapande i fokus**

Alla resurser är begränsade och måste användas så att de skapar största möjliga värde – för både individen och systemet i stort. Prioriteringar ska därför göras i enlighet med de nationella prioriteringsprinciperna: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

Det innebär att varje insats ska bygga på respekt för alla människors lika värde, att de med störst behov ska ges företräde, samt att åtgärder ska stå i rimlig proportion till den nytta de skapar. Verksamheten ska samtidigt våga välja bort, förenkla och tydliggöra, för att undvika onödig administration och lägga kraften där den verkligen behövs.

Verksamheten ska säkerställa:

- att resurser används i proportion till behov och nytta.
- att de mest utsatta ges företräde i enlighet med behovs- och solidaritetsprincipen.
- att administration och rutiner förenklas så att kraften kan riktas mot kärnuppdraget.

## **Lär av erfarenheter**

Varje erfarenhet, avvikelse eller synpunkt ska ses som en möjlighet till förbättring. Organisationen ska bygga strukturer för reflektion och lärande. Kvalitetsarbete ska präglas av nyfikenhet, reflektion och förbättringsvilja. Vi ser fel och brister som naturliga delar av utveckling, och tillsyn och granskning som ett stöd för lärande – inte skuld. Det kräver psykologisk trygghet, utrymme för reflektion och en kultur där förbättring är viktigare än perfektion. För invånaren innebär det att vården och omsorgen inte står stilla utan ständigt blir mer träffsäker och relevant.

Verksamheten ska säkerställa:

- att avvikelser, klagomål och synpunkter används för lärande och förbättring.
- att psykologisk trygghet präglar kulturen så att fel kan diskuteras öppet.
- att reflektion och förbättring är en naturlig del av vardagens arbete.

## **Basera beslut på fakta och analys**

Vi ska fatta beslut och bedömningar utifrån fakta – inte på magkänsla, enstaka exempel eller förutfattade uppfattningar. Fakta hjälper oss att se helheten, förstå vad som faktiskt händer och undvika att dra felaktiga slutsatser. Vi behöver kunna skilja på vad som är ett verkligt mönster och vad som bara är tillfälliga variationer. Genom att basera våra åtgärder på tillförlitliga underlag undviker vi att överreagera på enskilda avvikelser och kan fokusera på det som verkligen behöver förbättras. Det gör vår styrning

klokare och våra förbättringsåtgärder mer träffsäkra, vilket skapar stabilitet och förutsägbarhet i mötet med invånaren.

Verksamheten ska säkerställa:

- att analyser grundas på tillförlitliga data och kan särskilja mönster från slumpmässig variation.
- att indikatorer används som stöd för lärande och utveckling – inte som mål i sig.
- att fakta används för att undvika överstyrning och för att rikta förbättringar rätt.

## **Gör det enkelt och begripligt**

Det ska vara lätt att göra rätt. System, rutiner och kommunikation ska vara tydliga och begripliga både för medarbetarna och för vård- och omsorgstagare och anhöriga. Enkelhet skapar trygghet och förutsägbarhet. Att vara en del av vård- och omsorgsflödet innebär ofta att navigera i ett komplext system med många aktörer, bedömningar och beslut. Därför har vi ett särskilt ansvar att förenkla, förklara och samordna så mycket vi kan.

Vi ska minska risken att människor slussas runt, missförstår eller faller mellan stolarna. Det handlar inte om att förenkla verkligheten – utan om att inte göra den mer komplicerad än nödvändigt. Begriplighet är en förutsättning för trygghet.

Verksamheten ska säkerställa:

- att rutiner och arbetssätt är tydliga och enkla att följa.
- att kommunikation med brukare och anhöriga är klar och begriplig.
- att strukturer motverkar att individer slussas runt eller faller mellan stolarna.

## **Skapa värde genom samskapande**

Vård och omsorg är ett gemensamt uppdrag. Även om vi tillhör olika organisationer eller enheter ska vi alltid se oss som en del av samma system. Genom att samarbeta över gränser och bjuda in invånare och anhöriga skapar vi lösningar som håller ihop och gör skillnad.

Verksamheten ska säkerställa:

- att samarbete sker över organisatoriska gränser med invånaren i centrum.

- att samskapande med brukare, anhöriga och andra aktörer är en naturlig del av arbetet.
- att kollegialt ansvarstagande och tvärfunktionellt samarbete stärker helheten.

## LEDNING

Ledning handlar om att omvandla mål och principer till handling i det dagliga arbetet. Här avgörs hur resurser används, hur risker hanteras och hur resultat följs upp. Avsnittet för ledning är en viktig del i riktlinjen eftersom det beskriver hur nämndens styrning får genomslag i praktiken och hur kvaliteten både bevaras och utvecklas över tid. För verksamheten innebär detta att säkerställa strukturer, rutiner och arbetssätt som gör det möjligt att arbeta systematiskt, förebyggande och lärande – så att kvalitet, säkerhet och invånarfokus blir en självklar del av vardagen.

### Ledningsstruktur

Ledningsstrukturen beskriver hur verksamheten leds, organiseras och samordnas från övergripande nivå till den enskilda enheten.

En tydlig struktur skapar stabilitet, förutsägbarhet och ansvarstagande. Den gör det möjligt att följa upp verksamheten systematiskt och att snabbt agera när risker eller brister identifieras.

För att förstå ledningens roll är det viktigt att tydliggöra kommunens ledningsstruktur.

- Kommunfullmäktige är kommunens högsta beslutande organ. Det består av folkvalda politiker och fastställer de övergripande målen och ramarna för hela kommunen.
- Kommunstyrelsen leder och samordnar kommunens verksamhet och har uppsikt över nämndernas arbete.
- Vård- och omsorgsnämnden (nämnden) har det politiska ansvaret för vård och omsorg i Norrköping. Nämnden är beställare och ansvarar för att invånarna får vård och omsorg av god kvalitet.
- Vård- och omsorgskontoret är nämndens tjänstemannaorganisation, och leds av vård- och omsorgsdirektören. Kontoret förbereder nämndens beslut, följer upp verksamheten och säkerställer att uppdragen till utförarna är tydliga.

- Verksamheten har uppdraget att leverera en god vård och omsorg i enlighet med avtal och riktlinjer. Det är här kvaliteten i praktiken möter invånaren.

Genom denna struktur binds politikens demokratiska uppdrag samman med verksamheternas professionella ansvar. Utförarna förväntas organisera och leda sin verksamhet så att nämndens mål och krav uppfylls – och därigenom bidra till att kommunfullmäktiges övergripande vision blir verklighet.

## **Planering och förändringshantering**

Planering innebär att verksamheten systematiskt förbereder hur resurser, kompetens och arbetssätt ska organiseras för att uppfylla sitt uppdrag och möta invånarnas behov. På en övergripande nivå så beskrivs verksamhetens planering i kommunens styrmodell.

Verksamhetens planering utgår från nämndens målområden, strategiska riktning, uppdragsplan och ekonomiska ramar och ska omsättas i aktiviteter på alla nivåer.

Planering är inte bara resursfördelning utan skapar länken mellan nämndens mål, verksamhetsförmågor och det dagliga arbetet. Den omfattar också kontinuitetsplanering som syftar till att förbereda verksamheten för att leveransen ska upprätthållas även vid kriser, störningar eller avbrott i t.ex. el, vatten, IT eller kompetensförsörjning. Detta är en förutsättning för att invånaren ska kunna lita på att vård och omsorg fungerar även under svåra förhållanden.

Förändringar i organisation, IT/medicinteknik, arbetssätt eller resurser ska beredas riskbaserat före införande, med beslutade åtgärder, ansvar och uppföljd effekt.

Detta innebär att planeringen blir ett sätt att översätta nämndens mål till praktiska aktiviteter, prioriteringar och ansvar. Genom planeringen skapas tydliga samband mellan det politiska uppdraget, de verksamhetsförmågor som ska säkerställas, och det operativa arbetet i mötet med invånaren.

Verksamheten ska säkerställa:

- att årliga aktivitetsplaner och handlingsplaner tas fram i enlighet med nämndens mål, uppdrag och ekonomiska ramar,
- att planeringen tydliggör sambandet mellan politiska mål, verksamhetsförmågor och det operativa arbetet,
- att resurser och kompetens dimensioneras och prioriteras så att både grunduppdraget (daglig vård och omsorg) och utvecklingsuppdraget (förbättring och utveckling) kan genomföras,

- att resultaten av planeringen följs upp, rapporteras och används som underlag för lärande och förbättring,
- att kontinuitetsplanering finns för samhällsviktiga funktioner, med dokumenterade och uppdaterade planer som är kända i verksamheten.

## Verksamhetsutveckling

Design och utveckling av tjänster innebär att nya eller väsentligt förändrade tjänster och arbetssätt utformas på ett strukturerat sätt, där kvalitet, säkerhet och regeluppfyllelse säkerställs innan införande.

Arbetet utgår från verksamhetens förmågor – varje utvecklingsinitiativ ska syfta till att vidareutveckla befintliga förmågor eller etablera nya för att bättre möta invånarnas behov och nämndens mål.

Utvecklingsprocessen ska alltid inkludera planering, kravinsamling (inklusive lag- och regelkrav), granskning, verifiering och validering, godkännande samt styrning av ändringar. Riskanalys är en obligatorisk del av processen.

Verksamheten ska säkerställa:

- att nya eller väsentligt ändrade tjänster och arbetssätt utvecklas genom en styrd och dokumenterad process,
- att planering, kravinsamling, granskning, verifiering/validering och godkännande alltid genomförs och kan följas upp,
- att riskanalys genomförs inför införande, i enlighet med gällande regelverk,
- att ändringar styrs och dokumenteras för att säkerställa spårbarhet, kvalitet och långsiktig lärdom,
- att varje utvecklingsinitiativ kopplas till aktuella verksamhetsförmågor och tydliggör hur dessa förmågor utvecklas, förstärks eller nyetableras.

## Riskanalys

Riskanalys är ett verktyg i det systematiska kvalitetsarbetet som innebär att verksamheten på förhand identifierar och bedömer risker för brister i kvalitet, säkerhet eller rättssäkerhet. Analysen ska göras både löpande och särskilt i samband med planerade förändringar, exempelvis inför nya arbetssätt, införande av ny teknik, organisationsförändringar eller när en ny verksamhet startar.

Risicanalys är en del av det förebyggande kvalitetsarbetet. Genom att systematiskt analysera risker innan beslut fattas eller förändringar genomförs, kan verksamheten förebygga vårdskador, missförhållanden eller ineffektiva lösningar. Riskanalys säkerställer att planerade åtgärder inte medför nya problem och stärker förmågan att fatta välgrundade beslut. Den bidrar också till ökad medvetenhet, delaktighet och lärande i organisationen genom att synliggöra sårbarheter innan de blir till faktiska avvikelser.

Utöver det löpande arbetet med riskanalyser så ska en årlig riskanalys genomföras i enlighet med riktlinjen för intern styrning och kontroll (ISK). Arbetet kopplat till detta finns definierat i kommunens styrmodell.

Verksamheten ska säkerställa:

- att riskanalyser genomförs systematiskt i samband med planering och förändringar som kan påverka kvaliteten,
- att risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens för invånare, medarbetare och verksamhet,
- att analysen dokumenteras och används som underlag för beslut, prioriteringar och förbättringsåtgärder,
- att resultatet av riskanalyser återkopplas till berörd medarbetare och vid behov till förvaltningen,
- att åtgärder som vidtas till följd av riskanalysen följs upp för att säkerställa att de fått avsedd effekt,
- att riskanalysen kopplas till berörda verksamhetsförmågor, så att det blir tydligt vilken förmåga som riskerar att försvagas och hur den kan förstärkas.

## Rapporteringsskyldighet

Rapporteringsskyldighet innebär att verksamheten är skyldig att rapportera viss information till nämnd, förvaltning eller tillsynsmyndigheter.

Rapporteringsskyldighet skapar transparens och möjliggör ansvarstagande. Den gör att risker kan upptäckas tidigt och att kvalitet och säkerhet kan följas upp på ett systematiskt sätt.

Alla medarbetare inom verksamheter som omfattas av HSL och SoL är skyldiga att rapportera avvikelser, risker och missförhållanden. Rapportering ska ske skyndsamt och utan rädsla för repressalier. Utföraren ska säkerställa att rutiner finns, är kända och tillämpas. Allvarliga händelser ska rapporteras till berörda myndigheter enligt gällande lagrum. Rapporteringsskyldigheten omfattar flera lagstadgade mekanismer. Genom Lex Sarah ska allvarliga missförhållanden inom SoL anmälas till

Inspektionen för vård och omsorg (IVO), och genom Lex Maria ska vårdgivare anmäla allvarliga vårdskador eller risker för vårdskador. Utöver det ska allvarliga tillbud, korrigerande säkerhetsåtgärder och negativa händelser och produktfel rapporteras till Läkemedelsverket när det rör medicintekniska produkter. Även Lex Maja, som återfinns i offentlighets- och sekretesslagen, kan i vissa fall aktualiseras då den möjliggör för medarbetare att anmäla vanvård av djur utan att bryta mot sekretessen. Vidare ställer dataskyddsförordningen (GDPR) krav på att personuppgiftsincidenter hanteras och rapporteras skyndsamt.

Rapporteringsskyldigheten är mer än en juridisk skyldighet – den är en kvalitetsprincip. Genom att varje medarbetare aktivt bidrar till att synliggöra risker och brister skapas ett system som kan lära, utvecklas och förhindra att fel upprepas. En fungerande rapporteringskultur är därför både en garant för invånarnas trygghet och en skyddsmekanism mot välfärdsbrottslighet och otillbörlig påverkan.

Verksamheten ska säkerställa:

- att alla medarbetare har återkommande information och utbildning om sin rapporteringsskyldighet,
- att rutiner för rapportering finns upprättade, är enkla att använda och kända av alla,
- att rapporteringen följs upp så att avvikelser inte enbart dokumenteras, utan också leder till analys och förbättring.
- att rapportering sker i enlighet med lagar och fastställda krav,
- att rapporter är korrekta, fullständiga och lämnas i rätt tid,
- att rapporteringsskyldigheten används som verktyg för förbättring och lärande, inte enbart som kontroll.

## **Avvikelse & händelseanalys**

En avvikelse är en händelse där verksamheten inte uppfyller krav eller mål enligt lag, riktlinjer eller beslut. Detta kan exempelvis vara när en insats inte utförts enligt genomförandeplan eller då rutiner inte följts. Begreppet omfattar både vårdskador eller risker för vårdskador, missförhållanden eller risker för missförhållanden enligt socialtjänstlagstiftningen, samt händelser som omfattas av patientsäkerhetslagen. Avvikelse kan också gälla incidenter kopplade till informationssäkerhet eller dataskydd (exempelvis personuppgiftsincidenter enligt GDPR eller NIS-direktivet).

Avvikelsehantering är en central del i det systematiska kvalitetsarbetet och en av de främsta mekanismerna för att skydda vård- och omsorgstagare från

skador, missförhållanden eller bristande kvalitet. En välfungerande avvikelshantering gör det möjligt att identifiera risker, analysera bakomliggande orsaker och vidta förebyggande åtgärder. Det stärker också en kultur av öppenhet och lärande där fokus ligger på förbättring – inte skuldbeläggning.

I de fall avvikelser leder till allvarliga konsekvenser finns ett särskilt ansvar att anmäla till tillsynsmyndighet:

- Lex Maria – händelser som medfört eller riskerat att medföra allvarlig vårdskada ska anmälas till IVO.
- Lex Sarah – allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden inom socialtjänst och LSS ska anmälas till IVO.
- Lex Maja – innebär att medarbetare inom vård och omsorg har skyldighet att anmäla misstänkt vanvård eller missförhållanden som rör djur.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har särskilt ansvar för att säkerställa att händelser inom hälso- och sjukvårdsdelen hanteras korrekt. På motsvarande sätt har socialt ansvarig samordnare (SAS) ett ansvar för att avvikelser inom socialtjänst och LSS utreds och åtgärdas.

Verksamheten ska säkerställa:

- att det finns en välfungerande och känd rutin för rapportering, registrering och utredning av avvikelser, tillgänglig för alla medarbetare.
- att alla medarbetare känner till sin rapporteringsskyldighet och att den omfattar händelser enligt Lex Maria, Lex Sarah och Lex Maja.
- att inkomna avvikelser analyseras systematiskt för att identifiera mönster, återkommande brister eller riskområden.
- att resultat av avvikelshantering omsätts i konkreta förbättringsåtgärder som återkopplas till medarbetare och ledning.
- att rapporterings- och anmälningsskyldighet till berörda myndigheter (exempelvis IVO eller annan tillsynsmyndighet) fullgörs enligt gällande regelverk.
- att egenkontroller och uppföljningar används för att säkerställa att avvikelshandlingen bidrar till lärande och kvalitetsutveckling.
- att rapporterade avvikelser kopplas till berörda verksamhetsförmågor, så att analysen inte bara ser till enskilda händelser utan också till

verksamhetens förmåga att förebygga och hantera risker på systemnivå.

## **Systematisk uppföljning & tillsyn**

Systematisk uppföljning och tillsyn tydliggör nämndens kontroll- och uppföljningsansvar. Detta innebär att verksamhetens kvalitet regelbundet granskas, analyseras och bedöms mot fastställda mål. Genom uppföljning och tillsyn säkerställs att kvaliteten motsvarar kraven, att risker upptäcks och att verksamheten utvecklas kontinuerligt.

### **Egenkontroll**

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten, samt kontroll av att arbetet bedrivs enligt fastställda rutiner i ledningssystemet.

Egenkontrollen är en skyldighet enligt SOSFS 2011:9 och är en grundpelare i det systematiska kvalitetsarbetet. Den säkerställer att nämndens målområden följs och att verksamhetens förmågor är ändamålsenliga.

Verksamheten ska säkerställa:

- att egenkontroller genomförs systematiskt och med tillräcklig frekvens,
- att uppföljningen utgår från nämndens målområden,
- att verksamhetsförmågor följs upp avseende ändamålsenlighet,
- att både kvantitativa utfallsmått och kvalitativa upplevelsemått används,
- att resultat dokumenteras, analyseras och leder till förbättringsåtgärder,
- att resultaten återkopplas till medarbetare och används för lärande och utveckling.

### **Individuppföljning**

Individuppföljning innebär att följa upp insatser på individnivå för att säkerställa att beslutade åtgärder motsvarar brukarens behov, mål och rättigheter.

Individuppföljning är lagstadgad i både SoL och HSL – varje insats ska följas upp för att säkerställa kvalitet, rättssäkerhet och personcentrering. Modeller som IBIC/ICF ger struktur för att dokumentera och analysera om insatserna

leder till avsedda effekter för brukaren. Det stärker både kvaliteten i mötet och möjligheten att utveckla verksamhetsförmågor.

Verksamheten ska säkerställa:

- att varje individinsats följs upp enligt gällande lagar och nämndens målområden,
- att uppföljningen omfattar både utfallsmått (måluppfyllelse, hälsodata, funktion) och upplevelsemått (brukarens egen uppfattning, delaktighet),
- att IBIC eller motsvarande strukturer används där det är tillämpligt,
- att resultat av individuppföljning dokumenteras i genomförandeplaner/journaler och används för förbättring.

### **Områdesuppföljning**

Områdesuppföljning innebär att systematiskt följa upp kvalitet och måluppfyllelse inom ett geografiskt, organisatoriskt eller tematiskt område (t.ex. äldreomsorg, hemtjänstområde).

Områdesuppföljning möjliggör jämförelser mellan olika enheter eller områden, och skapar underlag för gemensamt lärande, resursfördelning och utvecklingsinsatser. Den synliggör mönster och variationer som inte alltid framgår av individuppföljningar.

Verksamheten ska säkerställa:

- att verksamheten bidrar med tillförlitliga underlag för områdesvisa uppföljningar,
- att resultat kan jämföras över tid och mellan enheter,
- att uppföljningen omfattar ett tydligt invånarperspektiv,
- att identifierade skillnader används som grund för förbättringsåtgärder.

### **Verksamhetsuppföljning**

Verksamhetsuppföljning är planerade och strukturerade oberoende granskningar där nämnden genom den egna kvalitetsuppföljningsfunktionen (Quality Assurance) följer upp verksamhetens ledningssystem, kvalitet, avtalsefterlevnad och måluppfyllelse. Planerade, oberoende internrevisioner av ledningssystemet minst årligen.

Detta är ett viktigt verktyg för nämnden att säkerställa att verksamheter lever upp till uppdraget och lagkraven. Den planeras ofta årligen och kan omfatta både dokumentgranskning, intervjuer och platsbesök.

Verksamheten ska säkerställa:

- att man medverkar i planerade uppföljningar med transparens och tillgänglighet,
- att rapportering sker enligt fastställda mallar och tidsramar,
- att resultat av verksamhetsuppföljningar används i förbättringsarbete,
- att åtgärdsplaner tas fram när brister identifieras och följs upp till dess att de är åtgärdade.

### **Verksamhetstillsyn**

Verksamhetstillsyn är en granskning som genomförs av beställarorganisationen på förekommen anledning – till exempel vid signaler om brister, allvarliga avvikelser eller risker. Tillsynen kan vara oanmäld.

Tillsynen är en viktig kontrollfunktion för att snabbt kunna agera på risker som påverkar brukarnas säkerhet, rättssäkerhet eller kvalitet. Den stärker medborgarnas förtroende för vård och omsorg.

Verksamheten ska säkerställa:

- att verksamheten har beredskap för oanmälda tillsyner,
- att begärda underlag och dokument tillhandahålls skyndsamt,
- att identifierade brister åtgärdas omgående och följs upp,
- att tillsyn används som en del i lärande och förbättring.

### **Myndighetsinspektion**

Myndighetsinspektioner genomförs av externa tillsynsmyndigheter, exempelvis IVO eller Arbetsmiljöverket. Inspektionerna kan vara planerade eller oanmälda och syftar till att säkerställa efterlevnad av lagstiftning och föreskrifter.

Inspektionerna är en lagstadgad del av det svenska tillsynssystemet. De är viktiga för att säkerställa rättssäkerhet, arbetsmiljö och invånarnas förtroende för vård och omsorg.

Verksamheten ska säkerställa:

- att verksamheten har rutiner för att hantera myndighetsinspektioner,

- att alla begärda uppgifter lämnas korrekt och i tid,
- att verksamheten aktivt deltar i inspektionen och säkerställer transparens,
- att åtgärder genomförs utifrån myndighetens beslut och att dessa följs upp systematiskt.

## Ledningsgenomgång

Ledningens genomgång är en systematisk och återkommande genomlysning av verksamhetens kvalitet och ledningssystem. Syftet är att ge ledningen en samlad bild av hur väl verksamheten uppfyller mål och krav, samt att besluta om nödvändiga förbättringar, prioriteringar och resursfördelningar. Genomgången ska göras minst årligen och bygga på dokumenterat underlag.

Ledningens genomgång är en förutsättning för att kvalitetsarbetet ska hållas levande och långsiktigt. Det är här som ledningen granskar hur verksamheten presterar i relation till uppdrag, mål och lagkrav – och säkerställer att förbättringar drivs på ett strukturerat sätt. Genomgången är också en del av styrningen mot en lärande organisation, där resultat, avvikelser, risker och utvecklingsbehov vägs samman till beslut. På så vis fungerar den som en brygga mellan uppföljning och ledningens aktiva ansvarstagande.

Verksamheten ska säkerställa:

- att ledningens genomgång genomförs minst årligen och vid behov oftare,
- att genomgången bygger på ett brett underlag, inklusive måluppfyllelse, revisioner och uppföljningar, avvikelser- och klagomålsmönster, riskbedömningar, resurser och kompetens, leverantörsutfall samt identifierade förbättringsmöjligheter,
- att status och effekter av tidigare beslut följs upp och redovisas,
- att genomgången resulterar i dokumenterade beslut om förbättringar, prioriteringar och resursfördelningar,
- att resultaten kommuniceras och används för att styra det fortsatta förbättringsarbetet i verksamheten.

## Kvalitetsberättelse

Kvalitetsberättelsen är en årlig rapport som beskriver hur verksamheten har arbetat med kvalitet under det gångna året. Den sammanfattar de viktigaste

resultaten, utvecklingsområdena och förbättringsåtgärderna i förhållande till nämndens mål och krav.

Syftet med kvalitetsberättelsen är att skapa transparens och ge en samlad bild av hur verksamheten säkrar och utvecklar kvaliteten. Den fungerar som underlag för dialog mellan nämnden, vård och omsorgskontoret och verksamheten, och är en viktig mekanism för lärande, jämförelser och förbättringar. Kvalitetsberättelsen är en summering av det systematiska kvalitetsarbetet som verksamheten utfört under året och syftar till att säkerställa en övergripande analys av årets löpande arbetet med den systematiska uppföljningen.

Verksamheten ska säkerställa:

- att en årlig kvalitetsberättelse upprättas,
- att berättelsen beskriver hur verksamheten arbetat med att uppfylla nämndens målområden och verksamhetsförmågor,
- att den innehåller en sammanställning av resultat från uppföljningar, egenkontroller, avvikelser och klagomål,
- att förbättringsåtgärder och utvecklingsarbete redovisas, inklusive hur lärdomar har återförts i verksamheten,
- att kvalitetsberättelsen är tillgänglig för nämnd, förvaltning och berörd medarbetare.

## **Patientsäkerhetsberättelse**

Patientsäkerhetsberättelsen är en rapport som ska upprättas senast den 1 mars årligen. Rapporten beskriver hur verksamheten har arbetat med att förebygga vårdskador och stärka patientsäkerheten under det gångna året. Den ska ge en tydlig redovisning av resultat, riskområden, genomförda åtgärder och planerade förbättringar.

Syftet är att ge en transparent och systematisk redovisning av patientsäkerhetsarbetet, som både följer lagkraven i patientsäkerhetslagen (2010:659) och ger underlag för nämndens uppföljning. Berättelsen gör det möjligt att jämföra resultat över tid och mellan verksamheter, och stärker därmed möjligheterna till lärande och förebyggande arbete. Den ska också tydliggöra hur verksamheten uppfyller sitt ansvar att skydda patienter från vårdskador.

Verksamheten ska säkerställa:

- att en årlig patientsäkerhetsberättelse upprättas,

- att berättelsen beskriver mål, strategier och åtgärder för att förebygga vårdskador,
- att den innehåller en redovisning av inträffade händelser, avvikelser och Lex Maria-anmälningar,
- att den redovisar resultat från riskanalyser, egenkontroller och uppföljningar kopplat till patientsäkerhet,
- att vidtagna förbättringsåtgärder samt planerade åtgärder för kommande år framgår,
- att berättelsen görs tillgänglig för nämnd, förvaltning, medarbetare och invånare.

## ORGANISERING

Organisering handlar om att skapa de strukturer som gör vård och omsorg systematiska, hållbara och invånarfokuserade. Här formas roller, ansvar, informationsflöden och förmågor – grunden för en verksamhet som är tydlig, tillförlitlig och anpassningsbar. En välfungerande organisering minskar risken för glapp och dubbelarbete, skapar stabilitet och gör det möjligt att styra och följa upp kvalitet.

Detta kapitel behandlar tre centrala områden: roller & ansvar, informationshantering och verksamhetsförmågor. Tillsammans är de byggstenar för att hålla samman styrning och utförande och för att säkerställa att vården och omsorgen bedrivs på ett transparent, rättssäkert och invånarfokuserat sätt. I de följande avsnitten konkretiseras innebörden i dessa tre områden och vilka krav nämnden ställer på verksamheterna.

### Roller & ansvar

Tydliga roller och ansvar är en grundförutsättning för kvalitet i vård och omsorg. När det är klart vem som beslutar, leder, granskar och utför skapas trygghet för såväl invånare som medarbetare. Otydlighet riskerar däremot att leda till ansvarsglapp, dubbelarbete eller bristande kvalitet.

Det systematiska kvalitetsarbetet bygger därför på att varje roll i styrkedjan – från politisk nämnd till den enskilde medarbetaren – har ett definierat mandat och ansvar. Detta gäller oavsett om verksamheten bedrivs i kommunal regi eller av privata utförare på uppdrag av kommunen.

En väl definierad ansvarsfördelning skapar transparens, stärker rättssäkerheten, ökar patientsäkerheten och bidrar till att målen för god vård och omsorg uppnås. Nedan beskrivs de centrala roller som är kärnan i

kommunens styrning, ledning, tillsyn och utförande. Verksamheterna kan därutöver organisera sig med fler roller och funktioner, men ansvarsfördelningen nedan är den gemensamma grunden för kvalitet och uppföljning.

Roll	Typ av ansvar	Huvudansvar
<b>Vård- och omsorgsnämnden (beställare)</b>	Politisk styrning	Beslutar om mål, budget och riktlinjer. Ytterst ansvarig för att invånarna får vård och omsorg av god kvalitet, patientsäker och rättssäker.
<b>Vård- och omsorgsdirektör</b>	Strategisk styrning & ledning	Leder tjänstemannaorganisationen på nämndens uppdrag. Omsätter politiska beslut i styrning, organisation, resurser och uppföljning.
<b>Tillsynsroller (Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR), Socialt Ansvarig Samordnare (SAS))</b>	Kontrollfunktioner	<p><b>MAS:</b> Säkerställer att det finns rutiner och system för en patientsäker hälso- och sjukvård (journalföring, delegeringar, läkemedelshantering samt process för rapportering av vårdskador inkl. Lex Maria). Vid Lex Maria-ärenden så är vårdgivaren anmälningsskyldig, men uppgiften kan uppdras MAS/MAR.</p> <p><b>MAR:</b> Fullgör motsvarande MAS-uppgifter inom området för rehab/hjälpmiddel.</p> <p><b>SAS:</b> Säkerställer att det finns rutiner och system som garanterar</p>

		<p>rättssäkra SoL-/LSS-insatser (inkl. dokumentation, verkställighet av beslut, Lex Sarah).</p> <p>Alla tre granskar, följer upp och rapporterar till nämnden – men ansvarar inte för enskilda vård- eller omsorgsmöten.</p>
<b>Verksamhetschef</b>	Operativt verksamhetsansvar	<p>Leder verksamheten på övergripande nivå. Ansvarar för verksamhetsuppdraget, ledningssystem, bemanning, kompetens, arbetsmiljö och att vård och omsorg utförs enligt lagar och rutiner.</p>
<b>Enhetschef</b>	Arbetsledningsansvar i vardagen	<p>Leder det dagliga arbetet nära personalen. Ansvarar för schema, arbetsfördelning, arbetsmiljö, handledning och uppföljning av rutiner.</p>
<b>Medarbetare</b>	Utföransvar	<p>Utför vård- och omsorgsinsatser enligt beslut, delegeringar och rutiner. Rapporterar avvikelser, missförhållanden (Lex Sarah) och vårdskador (Lex Maria).</p>

Tabell 1. Tabell över ansvars- och rollfördelning utifrån kommunens styrning, ledning, tillsyn och utförande.

Verksamheten ska säkerställa:

- att roller, ansvar och befogenheter är tydligt definierade och dokumenterade i det egna ledningssystemet,
- att ansvarsfördelningen är känd och förstådd på alla nivåer,

- att rollerna är utformade så att ansvar inte överlappar eller lämnar glapp,
- att särskilda lagreglerade roller är utpekade och fungerar enligt gällande regelverk,
- att ansvarsfördelningen regelbundet ses över och anpassas vid organisatoriska förändringar.

## Informationshantering

Informationshantering inom vård och omsorg innebär att verksamheten systematiskt samlar in, dokumenterar, lagrar, använder och delar information på ett sätt som är säkert, rättssäkert och ändamålsenligt.

Informationshantering omfattar både individnära dokumentation och sammanslagen övergripande data som används för uppföljning, styrning och utveckling.

Korrekt informationshantering är avgörande för att:

- värna den enskildes integritet,
- säkerställa patientsäkerhet och kvalitet,
- möjliggöra samverkan mellan aktörer i vård och omsorg
- utnyttja nationella digitala standarder

Sedan 2023 gäller lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som under särskilda förutsättningar gör det möjligt för vårdgivare och omsorgsgivare att dela personuppgifter mellan sig. Detta ställer krav på en gemensam informationsstruktur och på att verksamheter ansluter till elektroniska system som möjliggör säkert informationsutbyte. Informationshantering är därmed inte bara en administrativ uppgift, utan en kärnkomponent i kvalitet och säkerhet.

Norrköpings kommun har definierat denna hantering genom specifika informationshanteringsplaner och det åligger verksamheten att känna till och förhålla sig till dessa.

Verksamheten ska säkerställa

- att dokumentation sker i enlighet med gällande lagar och föreskrifter
- att informationen är strukturerad, sökbar, spårbar och digitala systems förmåga att fungera och kommunicera tillsammans enligt fastställda standarder,
- att information kan delas med andra aktörer i vård- och omsorgssystemet där lagstiftningen tillåter,

- att systemstöd är anpassade till fastställd informationsstruktur och att åtkomsträttigheter är tydligt reglerade,
- att medarbetare har den kunskap som krävs för att dokumentera enligt tillämplig standard,
- att information används inte bara för den enskildes insats, utan även för uppföljning, statistik och kvalitetsutveckling.

## Verksamhetsförmågor

För att vård- och omsorgssystemet ska vara sammanhållet och förutsägbart krävs en gemensam struktur som gör det möjligt att styra, leda och utveckla kvalitet på ett systematiskt sätt. Denna struktur skapas genom att verksamhetens förmågor tydliggörs. En verksamhetsförmåga beskriver vad verksamheten ska kunna utföra för att uppfylla sitt uppdrag och skapa värde för vård- och omsorgstagare, anhöriga, verksamheten och samhället.

Vård och omsorg är en komplex verksamhet där kvalitet i hög grad avgörs i det direkta mötet mellan medarbetare och invånare. Dessa möten präglas ofta av variation, och vad som är rätt nästa steg avgörs av situationens unika kontext. Det gör att kvalitet inte kan garanteras enbart genom standardiserade, linjära arbetssätt. Därför utvecklar vård- och omsorgsnämnden sitt kvalitetsledningssystem från ett ensidigt processfokus till en mer robust förmågebaserad logik.

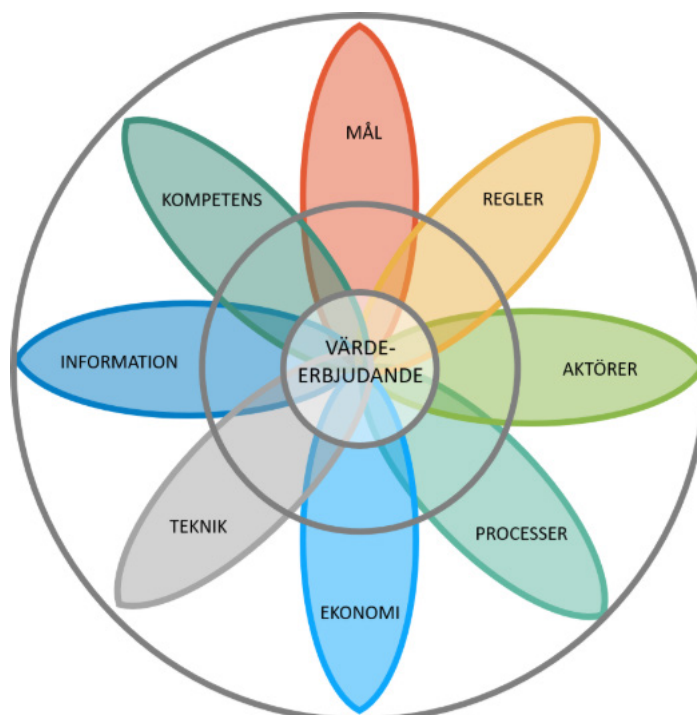


Bild 4. Schematisk bild av en verksamhetsförmågas element.

I denna logik har processer fortsatt en central betydelse – men de är en del av något större. En verksamhetsförmåga omfattar, förutom processer och rutiner, även mål, regelverk, kompetens, information, teknik och aktörer som samverkar. Tillsammans beskriver dessa element vad verksamheten behöver kunna klara av för att leverera kvalitet i vardagen.

När förmågorna är tydligt beskrivna, dokumenterade och kända i organisationen blir det möjligt att både följa upp, utveckla och samordna dem så att de tillsammans bidrar till ett tryggt och sammanhållet vård- och omsorgssystem. Det är därför nämnden ställer krav på att varje verksamhetsförmåga ska beskrivas och tillämpas utifrån ett antal centrala element som nu presenteras i det följande avsnittet.

### **Värdeerbjudande**

Förklarar vilken nytta förmågan skapar för vård- och omsorgstagare, anhörig, verksamheten och samhället. Här tydliggörs vilka behov förmågan möter, vilka problem den löser och hur den bidrar till nämndens övergripande mål om god vård och omsorg.

Verksamheten ska säkerställa:

- att det för varje verksamhetsförmåga tydligt framgår vilket behov den möter och vilket värde den skapar,
- att nyttan för brukare, närstående, verksamhet och samhälle beskrivs på ett sätt som är begripligt för alla,
- att kopplingen mellan förmågan och nämndens övergripande målområden dokumenteras.

### **Mål**

Anger den riktning förmågan ska utvecklas mot och vilka konkreta mål som ska uppnås. Indikatorerna fungerar som verktyg för att följa utvecklingen och analysera om målen uppnås, utan att i sig själva bli styrande.

Verksamheten ska säkerställa:

- att det finns mål som förenar lagkrav, verksamhetsuppdrag och brukarperspektiv,
- att indikatorer definieras för att följa måluppfyllelse över tid och stödja analys och förbättring,
- att indikatorerna hålls begripliga, relevanta och används som stöd för dialog, inte som styrande mål i sig.

## **Regler & riktlinjer**

Beskriver vilka lagar, föreskrifter och styrdokument som är tillämpliga för förmågan, samt hur de är integrerade i arbetssättet. Det ska vara tydligt för varje medarbetare vilka krav som gäller i de moment de utför.

Verksamheten ska säkerställa:

- att gällande lagar, föreskrifter och styrdokument kopplas till respektive förmåga,
- att det är tydligt för varje medarbetare vilket regelverk som styr deras arbetsmoment,
- att rutiner finns för att följa upp och säkerställa efterlevnaden av dessa krav.

## **Processer, rutiner och nyckelaktiviteter**

Visar hur arbetet är organiserat i praktiken. Processerna ger överblicken, rutinerna förtydligar vem som gör vad, när och hur ofta, och nyckelaktiviteterna pekar ut de moment som är särskilt kritiska. Det handlar inte om att kartlägga varje enskilt arbetsmoment, utan om att definiera de viktigaste aktiviteterna som skapar värde och trygghet. När ordningsföljd är avgörande för resultatet, ska den framgå tydligt. På detta sätt skapas balans mellan stabila strukturer och det professionella handlingsutrymme som krävs i vård och omsorg.

Verksamheten ska säkerställa:

- att centrala processer och rutiner är dokumenterade, uppdaterade och tillgängliga för alla berörda, samt med ett tydligt ägarskap,
- att nyckelaktiviteter identifieras och vid behov ordnas i en logisk följd för att skapa kvalitet och värde,
- att dokumenterade arbetssätt följs upp systematiskt och används som stöd för lärande och förbättring.

## **Aktörer**

Identifierar de roller och parter som påverkas av eller bidrar till förmågan. Det kan handla om brukare, närstående, medarbetare, samverkansparter eller andra aktörer som är viktiga för att förmågan ska fungera.

Verksamheten ska säkerställa:

- att relevanta aktörer och roller som påverkas av förmågan identifieras,
- att samverkansformer och ansvarsroller beskrivs tydligt,
- att det finns en struktur för hur samarbete mellan aktörer ska säkerställas.

## **Kompetens**

Synliggör vilken kompetens som krävs för att förmågan ska kunna utföras på ett säkert och kvalitativt sätt, och hur verksamheten säkerställer att denna kompetens finns och utvecklas. Det ska vara tydliggjort vem som ska kunna vad, och hur personen lär sig det.

Verksamheten ska säkerställa:

- att verksamheten definierar vilken kompetens som krävs för varje förmåga,
- att det framgår hur denna kompetens säkerställs, utvecklas och följs upp,
- att det finns en dokumenterad plan för att hålla balansen mellan kapacitet och kompetens.

## **Information**

Definierar vilket informationsunderlag som behövs för att förmågan ska kunna genomföras på ett strukturerat sätt. Informationen ska dokumenteras enligt fastställda standarder för att möjliggöra samskapande, uppföljning och samverkan.

Verksamheten ska säkerställa:

- att informationsbehovet för varje förmåga är kartlagt och dokumenterat,
- att informationen hanteras enligt fastställda standarder så att den är sökbar, spårbar och delbar,
- att medarbetarna har kunskap om och följer rutiner för korrekt informationshantering.

## **Teknik**

Beskriver vilken teknik som behövs för att stödja förmågan, såsom digitala system, hjälpmedel eller andra verktyg som gör arbetet möjligt.

Verksamheten ska säkerställa:

- att nödvändiga tekniska stöd kopplade till förmågan är identifierade och dokumenterad enligt gällande lagar och förordningar,
- att tekniken används för att stödja arbetsflöden, informationsdelning och spårbarhet,
- att tekniska resurser regelbundet utvärderas och uppdateras för att säkerställa kvalitet.

## **Ekonomi**

Tydliggör vilka ekonomiska resurser som krävs för att upprätthålla förmågan och hur dessa förhåller sig till uppdragets omfattning och mål.

Verksamheten ska säkerställa:

- att det för varje förmåga tydliggörs vilka ekonomiska resurser som krävs för att upprätthållas,
- att det finns en beskrivning av hur finansieringen relaterar till uppdragets omfattning och mål,
- att uppföljning sker så att resursanvändning kan kopplas till resultat och värdeskapande.

## **DEMOKRATI & INSYN**

Demokrati och insyn handlar om att säkerställa invånarnas rätt till delaktighet, påverkan och tillgång till information om vård och omsorg. Det innebär att verksamheten ska präglas av öppenhet, transparens och respekt för vård- och omsorgstagarens rättigheter. I en riktlinje är detta område viktigt eftersom det ger uttryck för det demokratiska uppdraget, stärker tilliten till välfärden och skapar en grund för lärande och förbättring. För verksamheten innebär detta att på ett systematiskt sätt möjliggöra dialog, hantera synpunkter och klagomål samt dela resultat öppet, så att verksamheten utvecklas tillsammans med invånarna och i deras intresse.

### **Invånardialog**

Invånardialog innebär att skapa strukturer för kommunikation, delaktighet och dialog mellan verksamheten och de som berörs. Genom dialog skapas förståelse för behov, prioriteringar och förväntningar. Det stärker förtroendet och gör att verksamheten kan utvecklas i takt med invånarnas behov.

Verksamheten ska säkerställa:

- att det finns tillgängliga former för dialog med invånare och vård- och omsorgstagare,
- att resultat från dialogen används i planering och förbättring,
- att en återkoppling sker till deltagare kring hur deras perspektiv har tillvaratagits.

## **Synpunkter & klagomål**

Synpunkter och klagomål är invånarnas, vård- och omsorgstagarnas, anhörigas eller andra aktörers återkoppling på verksamhetens kvalitet och bemötande. Denna feedback kan således uttrycka behov av förbättring, åsikter om kvalitet eller positiva erfarenheter. Om det visar sig gälla en faktisk brist i genomförandet av en insats kan en sådan synpunkt klassas som en avvikelse.

Avvikelse är händelser där verksamheten inte uppfyller krav eller mål enligt lag, riktlinjer eller beslut.

Att ta emot och hantera synpunkter och klagomål är en central del av kvalitetsarbetet. Det är både ett lagkrav och ett uttryck för invånarens rätt till delaktighet, insyn och inflytande. En välfungerande struktur för att ta emot, dokumentera och analysera synpunkter bidrar till lärande, förbättring och förtroende. Hanteringen ska alltid syfta till att identifiera mönster, återkommande brister eller riskområden, och att omsätta dessa i konkreta förbättringar. En trygg kultur där det är naturligt att framföra synpunkter eller klagomål är avgörande för att verksamheten ska kunna utvecklas, förebygga risker och stärka tilliten till vård och omsorg.

Verksamheten ska säkerställa:

- att det finns rutiner för att ta emot och hantera synpunkter och klagomål,
- att alla synpunkter dokumenteras, analyseras och används för förbättring,
- att återkoppling alltid ges till den som lämnat synpunkten,
- att lärdomar sprids i verksamheten och leder till utveckling.

## **Brukarinflytande**

Brukarinflytande innebär att den enskilde ges möjlighet att delta i beslut som rör den egna vården och omsorgen. Inflytande stärker självbestämmande,

rättssäkerhet och kvalitet. Det gör verksamheten mer personcentrerad och skapar bättre resultat för individen.

Verksamheten ska säkerställa:

- att vård- och omsorgstagaren ges möjlighet att delta i planering och uppföljning av sin insats,
- att information ges på ett sätt som gör inflytandet möjligt,
- att vård- och omsorgstagarens synpunkter och val dokumenteras och följs upp.

## **Offentlighet, sekretess & arkivhantering**

Offentlighet, sekretess och arkivhantering är en del av informationsförvaltningen i vård- och omsorgsverksamhet. Det handlar om att systematiskt klassificera, registrera, bevara och vid behov lämna ut handlingar i enlighet med gällande lagstiftning. Arbetet omfattar både allmänna handlingar som är offentliga och handlingar som omfattas av sekretess eller andra begränsningar i utlämnande.

Invånare har enligt grundlag rätt till insyn i offentlig verksamhet genom handlingsoffentligheten (tryckfrihetsförordningen). Samtidigt måste känsliga uppgifter skyddas i enlighet med offentlighets- och sekretesslagen (OSL), patientdatalagen (PDL), socialtjänstlagen (SoL) och dataskyddsförordningen (GDPR). En korrekt hantering av handlingar stärker både invånarnas förtroende och verksamhetens rättssäkerhet.

Arkivlagen ställer krav på hur handlingar ska bevaras och göras tillgängliga över tid, vilket är viktigt för både historisk dokumentation och juridisk spårbarhet.

Norrköpings kommun har i definierade informationshanteringsplaner klargjort hur olika typer av dokument ska hanteras utifrån ovan ställda krav. Det är därför av högsta vikt att verksamheten håller sig informerad om dessa.

Verksamheten ska säkerställa:

- att det finns tydliga rutiner för registrering, bevarande, utlämnande och gallring av handlingar,
- att informationsklassning används för att avgöra vilken information som är offentlig, sekretessbelagd eller personuppgiftsreglerad,
- att medarbetare känner till reglerna om offentlighet och sekretess, samt sin skyldighet att skydda uppgifter enligt lag,
- att det finns funktioner och kompetens (t.ex. registrator, arkivansvarig) för korrekt hantering av handlingar,

- att systemstöd och arbetsprocesser stödjer spårbar och rättssäker hantering av information,
- att invånares rätt till insyn respekteras, samtidigt som den enskildes integritet skyddas i enlighet med gällande lagrum.

## Bilaga. 1 Kvalitetsindex

Som komplement till vård- och omsorgsnämndens riktlinje för kvalitet finns kvalitetsindex. Detta index bygger på nämndens sex antagna kvalitetsområden och utgår från de teman och de krav som nämnden har ställt på verksamheterna för att säkerställa en god vård och omsorg. Varje temaområde består av en upplevelsebaserad del och en del med utfallsmått. Den upplevelsebaserade delen utgår ifrån frågor som ställs till olika målgrupper:

- V – Vård- och omsorgstagare
- A – Anhörig
- M – Medarbetare
- C – Chef

Utfallsmåtten (U) är mätbara indikatorer och har en unik siffra för att särskilja dem. Dessa kvalitativa och kvantitativa indikatorer utgör grunden för vad nämnden avser följa upp i relation till riktlinjen.

Säker – Fysisk miljö		
- att medarbetare och vård- och omsorgstagare vistas i en trygg fysisk miljö med fungerande hjälpmedel, lokaler och utrustning samt att skador och olyckor aktivt förebyggs.		
V	Jag känner mig trygg i den miljö där jag får vård och omsorg.	U1. Andel fallolyckor med vårdskada
A	Jag upplever att min närståendes miljö är säker	
M	Jag har tillgång till rätt utrustning för att förebygga skador.	U2. Andel utförda årliga besiktningar av utrustning/hjälpmiddel enligt riktlinje
C	Jag har säkerställt att rutiner finns för att regelbundet åtgärda risker i den fysiska miljön.	
Säker – Medicinsk säkerhet		
- att läkemedelshantering, behandlingar och omvårdnadsinsatser genomförs på ett säkert sätt för såväl vård och omsorgstagare som medarbetaren, med regelbundna kontroller och förebyggande av vårdskador.		
V	1. Jag känner mig trygg med hur mina läkemedel hanteras. 2. Jag upplever att personalen är noga med hygien.	U3. Andel i följsamhet till basala hygienrutiner (%)
A	1. Jag upplever att min närståendes läkemedel hanteras på ett säkert sätt. 2. Jag upplever att personalen är noga med hygien.	U4. Antal läkemedelsavvikelser per månad (per 100 vårdtagare)
M	1. Jag har tillräcklig kunskap för att hantera läkemedel på ett säkert sätt (utförare). 2. Jag har tillräcklig kunskap för att kunna följa basala hygienrutiner (utförare).	

C	1.Jag har säkerställt att det finns rutiner för säker läkemedelshantering (utförare). 2.Jag har säkerställt att det finns basala hygienrutiner (utförare).	
<b>Säker - Informationssäkerhet, dokumentation &amp; sekretess</b>		
- att personuppgifter och vård- och omsorgsdokumentation hanteras korrekt, tillgängligt och i enlighet med gällande lagar och standarder för sekretess och informationssäkerhet.		
V	Jag upplever att personalen är uppdaterade på vad som gäller min vård och omsorg.	U5. Andel utförda loggkontroller i journal
A	Jag upplever att personalen är uppdaterad kring vad som gäller min närståendes vård och omsorg.	U6. Andel genomförda dokumentationsgranskningar
M	Jag kan reglerna för hur vård- och omsorgstagares dokumentation hanteras.	
C	Jag har säkerställt att medarbetare har kunskap om reglerna för dokumentation.	
<b>Säker – Psykologisk och social trygghet</b>		
- att vård- och omsorgstagare upplever trygghet i mötet med verksamheten genom respektfullt bemötande, socialt stöd och en omsorg som främjar både fysisk och psykisk hälsa.		
V	Jag blir bemött med respekt av personal.	U7. Andel vård- och omsorgstagare som tycker att personalen bemöter denne på ett bra sätt, inom hemtjänst äldre
A	Jag upplever att min närstående bemöts med respekt.	
M	Jag har förutsättningar att ge ett respektfullt bemötande i mitt arbete.	U8. Andel vård- och omsorgstagare som tycker att personalen bemöter denne på ett bra sätt, inom särskilt boende äldre
C	Jag ger medarbetare förutsättningar att kunna ge ett bra bemötande.	
<b>Säker – Systematisk säkerhetskultur</b>		
- att risker, avvikelser och fel rapporteras och hanteras öppet, analyseras systematiskt och används som grund för lärande och förbättring.		
V	Mina synpunkter på den hjälp jag får tas på allvar.	U9. Andel rapporterade avvikelser som utreds och åtgärdas enligt gällande riktlinjer
A	Mina synpunkter på den hjälp min närstående får tas på allvar.	
M	Jag känner mig trygg att rapportera avvikelser.	U10. Resultat från medarbetarenkät om säkerhetsklimat
C	Jag använder avvikelser som underlag för förbättringsarbete.	

### Jämlik – Lika villkor för insatser

- att stöd erbjuds på lika villkor, så att individens behov avgör insatsen – inte bakgrund, resurser eller bostadsområde.		
V	Jag upplever att jag blir rättvist behandlad.	U11. Variation i insatsnivå vid likvärdiga behov (t.ex. hemtjänsttimmar)
A	Jag upplever att min närstående blir rättvist behandlad.	
M	Jag kan ge likvärdiga insatser till personer med liknande behov (utförare). Jag upplever att jag har förutsättningar att fatta beslut efter likställighetsprincipen (myndighet).	
C	Jag har säkerställt att verksamheten ger likvärdiga insatser (utförare). Jag har säkerställt att medarbetare har förutsättningar att fatta beslut efter likställighetsprincipen (myndighet).	
<b>Jämlik – Frihet från diskriminering</b>		
- att alla invånare bemöts med respekt och värdighet, och att verksamheten aktivt motverkar diskriminering oavsett kön, ålder, etnicitet, religion, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller annan bakgrund.		
V	Jag upplever att jag blir rättvist behandlad.	U12. Andel vård- och omsorgstagare som upplever likabehandling, oavsett bakgrund
A	Jag upplever att min närstående blir rättvist behandlad.	
M	Jag har förutsättningar att behandla vård- och omsorgstagare rättvist oavsett bakgrund.	
C	Jag har säkerställt att verksamheten aktivt arbetar mot diskriminering.	
<b>Jämlik – Jämställdhet i vård och omsorg</b>		
- att insatser ges jämställt och att könstillhörighet inte påverkar tillgång, kvalitet eller resultat i vård och omsorg.		
V	Jag upplever att jag blir rättvist behandlad.	U13. Könsfördelning i beslutade insatser
A	Jag upplever att min närstående blir rättvist behandlad.	
M	Jag har förutsättningar att behandla kvinnor och män lika.	
C	Jag har säkerställt att verksamheten följer upp jämställdhet.	
<b>Jämlik – Rättvis resursfördelning utifrån behov</b>		
- att resurser – som tid, personal och stöd – fördelas utifrån den enskildes behov, inte efter ekonomi, familjesituation eller sociala nätverk.		
V	Jag upplever att hjälpen jag får utgår ifrån mina behov.	U14. Geografisk spridning av insatser per invånare i delar av kommunen
A	Jag upplever att hjälpen till min närstående utgår ifrån behovet.	
M	Jag upplever att resurser fördelas utifrån behov mellan vård- och omsorgstagare (utförare).	

	Jag upplever att jag har förutsättningar att fatta beslut efter likställighetsprincipen (myndighet).	
C	Jag har säkerställt att resursfördelningen sker utifrån behov, inte socioekonomiska faktorer (utförare). Jag har säkerställt att resursfördelningen sker utifrån behov, inte socioekonomiska faktorer (myndighet).	
<b>Jämlik – Rättvisa beslut och uppföljning</b>		
- att beslut om stöd fattas och dokumenteras på ett rättssäkert sätt, och att de följs upp på ett transparent sätt så att lika beslut leder till lika insats.		
V	Jag upplever att jag blir rättvist behandlad.	U15. Andel beslut med dokumenterad behovsbedömning enligt IBIC
A	Jag upplever att min närstående blir rättvist behandlad.	
M	Jag upplever att jag har förutsättningar att fatta beslut efter likställighetsprincipen (myndighet).	
C	Jag upplever att jag har förutsättningar att fatta beslut efter likställighetsprincipen (myndighet).	

<b>Tillgänglighet - Kontaktbarhet</b>		
- att vård- och omsorgstagare och deras anhöriga enkelt kan nå rätt person i verksamheten när de behöver stöd eller svar på frågor.		
V	Jag kan enkelt få kontakt med personal när jag behöver det.	U16. Genomsnittlig svarstid på telefonsamtal till verksamheten
A	Jag kan enkelt få kontakt med verksamheten när jag behöver det.	
M	Jag har förutsättningar att vara tillgänglig för vård- och omsorgstagare.	U17. Andel vård- och omsorgstagare med dokumenterad omsorgskontakt
C	Jag har säkerställt att verksamheten har rutiner som gör det enkelt att komma i kontakt med personalen.	
<b>Tillgänglighet – Insatser i rätt tid</b>		
- att insatser påbörjas och genomförs utan onödig väntetid samt att brådskande behov bemöts skyndsamt.		
V	Jag får den hjälp jag behöver när jag behöver den.	U18. Väntetid för insatser - ledtid från ansökan till beslut/verkställighet
A	Jag upplever att min närstående får hjälp i rätt tid.	
M	Jag har möjlighet att ge hjälp i rätt tid utifrån vård- och omsorgstagarens behov (utförare). Jag har förutsättningar att skyndsamt handlägga ansökningar (myndighet).	U19. Andel i följsamhet till utskrivningsprocessen
C	Jag har säkerställt att verksamheten kan leverera insatser i rätt tid (utförare). Jag ger medarbetare förutsättningar att skyndsamt kunna handlägga ansökningar (myndighet).	
<b>Tillgänglighet – Tillgänglighet i vardagen</b>		
- att det finns stöd och hjälp i vardagen, så att individen känner trygghet i sin dagliga livssituation.		
V	Jag får den hjälp jag behöver där jag behöver den.	

A	Jag upplever att hjälp finns tillgängligt där min närstående behöver det.	U20. Andel vård- och omsorgstagare som uppger att de får stöd när de behöver
M	Jag har förutsättningar att ge hjälp där vård- och omsorgstagaren befinner sig (utförare).	
C	Jag har säkerställt arbetssätt som gör att vård- och omsorg kan ges utan hinder av geografisk plats (utförare).	

#### Tillgänglighet – Kommunikativ tillgänglighet

- att information och dialog sker på ett begripligt och anpassat sätt, utifrån individens språk, kultur och funktionsförmåga.

V	Jag förstår den information jag får av personalen.	U21. Andel vård- och omsorgstagare som uppger att de fått anpassad information
A	Jag får information om min närstående på ett sätt jag förstår.	
M	Jag har förutsättningar att anpassa kommunikationen till vård- och omsorgstagarnas behov.	
C	Jag har säkerställt att verksamheten erbjuder kommunikationsstöd när det behövs.	

#### Tillgänglighet – Lyhördhet för förändrade behov

- att verksamheten är lyhörd och uppmärksam på förändringar i individens mående och livssituation, genom att tidigt fånga upp även subtila signaler från vård- och omsorgstagaren samt anhöriga.

V	Jag upplever att hjälpen anpassas när mina behov förändras.	U22. Andel vård- och omsorgstagare med uppdaterad genomförandeplan senaste 6 månaderna
A	Jag upplever att min närståendes hjälp anpassas vid förändrade behov.	
M	Jag har möjlighet att lyfta förändrade behov så att insatserna anpassas (utförare). Jag har förutsättningar att följa upp förändrade behov (myndighet).	
C	Jag har säkerställt att verksamheten har rutiner för att anpassa insatser vid förändrade behov (utförare). Jag har säkerställt att verksamheten arbetar systematiskt med att följa upp individbeslut (myndighet).	

#### Kunskapsbaserad – Kompetens och utbildning

- att medarbetare har rätt utbildning och fortbildning för sina arbetsuppgifter, så att insatserna utförs korrekt och med kvalitet.

V	Jag upplever att personalen vet vad de gör när de hjälper mig.	U23. Andel omsorgspersonal med grundläggande vård- och omsorgsutbildning
A	Jag upplever att personalen har tillräcklig kunskap för att ge min närstående den hjälp som behövs.	
M	Jag har tillräcklig kunskap för att utföra mitt arbete på ett bra sätt.	
C	Jag har säkerställt att medarbetarna har rätt kompetens för sina uppgifter.	U24. Andel undersköterskor av

		<p> samtlig baspersonal som har yrkestiteln undersköterska</p>
<p><b>Kunskapsbaserad – Tillgång till aktuell kunskap</b></p>		
<p>- att personalen har tillgång till aktuella riktlinjer och kunskapsstöd.</p>		
V	Jag känner förtroende för personalens kunskap.	<p>U25. Andel medarbetare som uppger att de har tillgång till relevanta kunskapsstöd</p> <p>U26. Resultat i nationella öppna jämförelser kopplade till kunskapsbaserade insatser</p>
A	Jag upplever att personalen kan svara på mina frågor om min närståendes vård och omsorg.	
M	Jag har tillgång till aktuell kunskap i mitt arbete.	
C	Jag har säkerställt att verksamheten använder uppdaterade riktlinjer och kunskapsstöd.	
<p><b>Kunskapsbaserad – Professionell kommunikation</b></p>		
<p>- att kommunikationen med vård- och omsorgstagare, anhöriga och andra aktörer är tydlig, begriplig och respektfull.</p>		
V	Jag förstår den information jag får av personalen.	<p>U21. Andel vård- och omsorgstagare som uppger att de fått anpassad information</p>
A	Jag får information om min närstående på ett sätt jag förstår.	
M	Jag har förutsättningar att kommunicera på ett tydligt sätt.	
C	Jag har säkerställt att medarbetare får stöd i kommunikation.	
<p><b>Kunskapsbaserad – Lärande och förbättring</b></p>		
<p>- att erfarenheter, synpunkter och avvikelser används systematiskt för att lära och utveckla verksamheten.</p>		
V	Jag upplever att personalen lyssnar på mina erfarenheter för att förbättra hjälpen.	<p>U27. Andel avvikelser som lett till förbättringsåtgärd</p>
A	Jag upplever att mina synpunkter tillvaratas.	
M	Jag upplever att vi lär oss av misstag i verksamheten.	<p>U28. Andel i medarbetarupplevelse som upplever en lärande organisation</p>
C	Jag har säkerställt att verksamheten arbetar med ständiga förbättringar.	
<p><b>Kunskapsbaserad – Evidens och beprövad erfarenhet</b></p>		
<p>- att den vård och omsorg som erbjuds invånarna bygger på bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet, så att insatserna är tillförlitliga och säkra.</p>		
V	Jag känner mig trygg med att personalen ger mig den hjälp som är bäst för mig.	<p>U29. Resultat i nationella kvalitetsregister där verksamheten deltar</p>
A	Jag upplever att min närstående får den hjälp som är bäst för sin situation.	
M	Jag har förutsättningar att arbeta enligt evidens och beprövad erfarenhet.	

C	Jag har säkerställt att verksamheten arbetar enligt evidens och beprövad erfarenhet.	
---	--	--

### Effektiv – Preventivt och hälsofrämjande

- att hälsofrämjande arbetssätt och aktiviteter utvecklas och integreras i det dagliga arbetet.

V	Jag får stöd i att främja min hälsa.	U30. Andel vård- och omsorgstagare som riskbedömts i senior alert
A	Min närstående får stöd i att främja sin hälsa.	
M	Jag har förutsättning att främja vård- och omsorgstagares hälsa (utförare). Jag har förutsättningar att använda mig av förebyggande och hälsofrämjande resurser i handläggningen av ärenden (myndighet)	
C	Jag säkerställer att verksamheten arbetar hälsofrämjande (utförare). Jag ger medarbetarna förutsättningar att använda sig av förebyggande och hälsofrämjande resurser i handläggningen av ärenden (myndighet)	
		U31. Andel kringutförandegrad av egenvård
		U32. Andel kringföljksamhet till rehabiliterande insatser

### Effektiv – Förutsägbarhet i insatser (kontinuitet)

- att insatser och aktiviteter planeras och genomförs på ett förutsägbart vis för att skapa kontinuitet och trygghet för vård- och omsorgstagaren och dess anhöriga.

V	Hjälpen jag får är förutsägbar.	U33. Andel vård- och omsorgstagare som erbjudits en fast omsorgskontakt
A	Jag upplever att hjälpen min närstående får är förutsägbar.	
M	Jag har möjlighet att ge förutsägbar vård och omsorg (utförare).	
C	Jag har säkerställt att verksamheten organiserar arbetet så att hjälpen ges på ett förutsägbart sätt (utförare).	U34. Antal olika medarbetare per vård- och omsorgstagare per månad

### Effektiv – Bemanning och schemaläggning

- att bemanning och schemaläggning är långsiktigt hållbar, med minskat beroende av övertid, vikarier och inhyrd personal.

V	Jag upplever att personalen har tid för mig när de hjälper mig.	U35. Andel övertidstimmar i förhållande till total arbetad tid
A	Jag upplever att personalen har tid för min närstående när hjälpen ges.	
M	Jag upplever att jag har tid att utföra mitt arbete på ett bra sätt.	U36. Sjukfrånvaro i procent av total arbetad tid
C	Jag har säkerställt att bemanningen är långsiktigt hållbar.	U37. Andel timmar för timanställda

### Effektiv – Rätt prioritering av resurser

- att resurser används där de gör störst nytta, genom att insatser prioriteras utifrån behov och angelägenhetsgrad.		
V	Jag upplever att hjälpen fokuserar på det som är viktigast för mig.	U38. Andel i medarbetarupplevelsen som upplever stöd i prioriteringar
A	Jag upplever att hjälpen till min närstående fokuserar på det viktigaste.	
M	Jag har stöd för att prioritera i mitt arbete.	
C	Jag har säkerställt att verksamhetens resurser används där de gör störst nytta.	
<b>Effektiv – Snabb problemlösning</b>		
- Att problem som uppstår snabbt identifieras, analyseras och löses på ett sätt som minimerar negativa konsekvenser för vård- och omsorgstagaren.		
V	Jag upplever att problem som uppstår löses snabbt.	U39. Andel vård- och omsorgstagare som upplever att problem löses snabbt
A	Jag upplever att verksamheten löser problem snabbt när de uppstår.	
M	Jag har förutsättningar att snabbt lösa oförutsedda problem som uppstår.	
C	Jag har säkerställt att verksamheten har rutiner för att hantera problem som uppstår i verksamheten, personalbrist, frånvaro och akuta situationer.	

<b>Individanpassad – Utgångspunkt i individens behov</b>		
- att insatser planeras och utförs utifrån en strukturerad individuell behovsbedömning och personliga mål – inte standardlösningar.		
V	Jag upplever att hjälpen jag får utgår ifrån mina behov.	U40. Andel vård- och omsorgstagare med aktuell genomförandeplan
A	Jag upplever att hjälpen till min närstående utgår ifrån behovet.	
M	Jag har möjlighet att anpassa mitt arbete efter vård- och omsorgstagarens behov.	U41. Andel vård- och omsorgstagare med vårdplan (hälsoärende) utifrån behov
C	Jag har säkerställt att insatserna anpassas efter vård- och omsorgstagarnas behov (myndighet).	
<b>Individanpassad – Delaktighet i beslut</b>		
- att beslut om insatser tas tillsammans med individen och dokumenteras som gemensamma mål och val.		
V	Jag får vara delaktig i beslut om den hjälp jag får.	U42. Andel behandlingsmål satta i samråd med vård- och omsorgstagaren
A	Jag upplever att min närstående får vara delaktig i beslut om sin hjälp.	
M	Jag har möjlighet att ge vård- och omsorgstagare inflytande i genomförandet av hjälpen (utförare). Jag har möjlighet att ge vård- och omsorgstagare inflytande i beslut om sin hjälp (myndighet).	U43. Andel vård- och omsorgstagare som varit delaktiga i upprättande av genomförandeplan
C	Jag har säkerställt att verksamheten ger vård- och omsorgstagare möjlighet till delaktighet i genomförandet av hjälpen (utförare)	

	Jag har säkerställt att verksamheten ger vård- och omsorgstagare möjlighet till delaktighet i beslut (myndighet).	
<b>Individanpassad – Gemensam uppföljning och anpassning</b>		
- att mål och insatser följs upp regelbundet tillsammans med individen och justeras utifrån uppnådda resultat och preferenser.		
V	Jag upplever att hjälpen ändras när mina behov förändras.	U44. Uppföljning av vård- och omsorgstagares resultat och måluppfyllelse enligt IBIC (andel)
A	Jag upplever att min närståendes hjälp ändras när behoven förändras.	
M	Jag har förutsättningar att följa upp vård- och omsorgstagares behov.	
C	Jag har säkerställt att verksamheten anpassar insatser vid förändrade behov.	
<b>Individanpassad – Vad som är viktigt för individen</b>		
- att det som individen själv som värderar vad som är viktigt och styr innehåll, tider och utförandesätt i insatserna.		
V	Jag upplever att hjälpen fokuserar på det som är viktigast för mig.	U45. Andel genomförandeplaner där vård- och omsorgstagares egna mål dokumenterats
A	Jag upplever att hjälpen till min närstående fokuserar på det viktigaste.	
M	Jag möjlighet att anpassa insatserna utifrån det som vård- och omsorgstagaren själv tycker är viktigt.	U46. Andel vård- och omsorgstagare som tycker att personalen tar hänsyn till dennes åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras inom särskilt boende för äldre (Socialstyrelsens brukarundersökning)
C	Jag har säkerställt att verksamheten beaktar det som är viktigt för vård- och omsorgstagarna i utförandet (utförare). Jag har säkerställt att verksamheten beaktar det som är viktigt för vård- och omsorgstagarna i insatsernas utformning (myndighet).	
<b>Individanpassad – Samverkan mellan aktörer</b>		
- att individen upplever en sammanhållen kedja när flera aktörer medverkar, och att SIP används när samordning behövs.		

V	När flera är inblandade i min vård och omsorg, upplever jag att hjälpen hänger ihop.	U48. Andel upprättade SIP  U49. Andel avvikelser mellan vårdgivare som rör samverkan
A	När flera är inblandade i min närståendes vård och omsorg, upplever jag att hjälpen hänger ihop.	
M	Jag har möjlighet att samarbeta med andra aktörer för vård- och omsorgstagarens bästa.	
C	Jag har säkerställt att verksamheten har rutiner för samverkan med andra aktörer kring vård- och omsorgstagare.	

Säker, tillgänglig, jämlik, effektiv, kunskapsbaserad och individanpassad - Övrigt

V, A, M, C	Är det något annat som är viktigt för dig att förmedla till oss?
---------------------	--

## Norrköpings kommun

Trädgårdsgatan 21

602 42 Norrköping

011-15 00 00

[kontakt@norrkoping.se](mailto:kontakt@norrkoping.se)