

Dokumenttyp:	Rutin
Dokumentet gäller för, personalkategori;	SAS och MAS
Fastställt av, befattning och namn:	Avdelningschef Planeringsavdelningen
Fastställsedatum:	2015-10-28
Eventuellt diarienummer:	2015.304.720
Dokumentansvarig, befattning och namn:	MAS Kristina Bornhall och SAS Kerstin Frost
Senast uppdaterat:	2019-12-17
Uppdateras nästa gång:	2020-11

Verksamhetsplan för systematisk kvalitetsuppföljning och granskning inom vård-och omsorgsförvaltningen för 2020

Bakgrund

Enligt SOSFS 2011:9 ansvarar vårdgivaren, den som bedriver socialtjänst, eller verksamhet enligt LSS för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Vård- och omsorgsnämndens *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och äldreomsorg i Alingsås kommun enligt SOSFS 2011:9*, antogs 2014 (Dnr.2014.051.720).

Ledningssystemet är ett stöd för att systematiskt och löpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Det möjliggör för ledningen att planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten.

Nämnden har antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. Dessa krav finns specialiserade för hemtjänst, hemsjukvård, särskilt boende och samtliga verksamheter inom avdelningen för funktionsstöd (AFF).

Kraven följs upp varje år som en del i vård –och omsorgsnämndens interna kontrollarbete. Utvärdering av resultaten från kontrollarbetet ger möjlighet för vård- och omsorgsnämnden att justerar kvalitetskraven för att utveckla och förbättra vården och omsorgen. Denna översyn av kraven gör årligen.

Syfte

Verksamhetsplanen tydliggör vad vård- och omsorgsnämnden avser att fokusera på i den systematiska kvalitetsuppföljningen och granskningen av verksamheten under året.

Personalkategori

Medicinsk ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig samordnare, medicinskt ansvarig för rehabilitering.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att utföra granskningar och uppföljningar av kvalitet inom Hälso- och sjukvårdens område enligt fastställda dokument samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.

Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att utföra granskningar och uppföljningar av kvalitet inom Socialtjänstensområde enligt fastställda dokument från nämnd samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att utföra granskningar och uppföljningar av kvaliteten inom rehabilitering enligt fastställda dokument samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.

Utförande

Ansvaret för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Hur ansvaret för den systematiska verksamhetsuppföljningen är fördelats i Alingsås framgår av vård- och

omsorgsnämndens *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och äldreomsorg i Alingsås kommun enligt SOSFS 2011:9* . Ledningssystemet är i stort behov av att uppdateras vilket kommer att göras under 2020.

Krav finns i de av nämnden fastställda "Kvalitet i vård och äldreomsorg i Alingsås kommun" och dessa anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. Dessa krav finns specialiserade för hemtjänst, hemsjukvård, särskilt boende och samtliga verksamheter inom avdelningen för funktionsstöd (AFF).

Den systematiska verksamhetsuppföljningen ska ske i samverkan mellan granskare och utförare. Granskningarna görs genom intervjuer eller personliga besök som kan vara förankrade eller oanmälda. Varje granskning eller mätning som genomförs ska ha ett syfte, vara väl underbyggd och motiverad.

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Alla förvaltningens enheter följs upp årligen genom en webbenkät som utgör enhetens egenkontroll. Enkäten består av ett antal kryssfrågor som baseras på de av nämnden beslutade kvalitetskraven för respektive verksamhet. Uppföljning sker också genom utskick av frågor eller intervjuer/samtal med personal, chefer, brukare och/eller anhöriga.

lakttagelserna vid granskningarna sammanfattas och analyseras så att verksamheternas rutiner kan förbättras. Resultaten återkopplas i skriftliga rapporter till respektive chef samt sammanställs för rapportering till nämnd och förvaltningsledning.

Under 2020 kommer kvalitetsgranskningen ha fokus på

1. Egenkontroll utifrån gällande kvalitetskrav
2. lakttagelser i samband med måltider samt intervjuer utifrån området "Kunskapsbaserad verksamhet"

Enligt de av nämnden antagna kvalitetskraven ska tillvägagångssättet i verksamheterna präglas av respekt för brukaren. Den enskildes erfarenhet och kunskap samt önskemål och förväntningar ska tas tillvara. För detta krävs ett genomtänkt etiskt förhållningssätt samt kunskaper om kommunikation och bemötande.

De olika granskningarna och mätningarna som regelbundet och återkommande genomförs i verksamheten ger tillsammans med avvikelshantering, synpunkter och klagomål ett underlag för utveckling och förbättring.

Årsplan

Januari	Nämnden fastställer inriktningen för kvalitetsgranskningen under 2020 Uppstart uppföljning genom egenkontroll Granskning av samtliga verksamheter inom AFF med fokus på måltiden utifrån området "kunskapsbaserad verksamhet" (förbokade besök i verksamheterna)
Februari	Granskning av samtliga verksamheter inom AFF (förbokade besök i verksamheterna)
Mars	Patient- och kvalitetsberättelse för 2019 presenteras för nämnden Redovisning av resultatet av uppföljning genom egenkontroll
April	Redovisning av resultatet av granskningen av AFF med fokus på måltiden
Maj	Oanmälda besök genomförs (inriktning just då aktuella ämnen)
Juni	Oanmälda besök genomförs (inriktning just då aktuella ämnen)
Juli	Oanmälda besök genomförs (inriktning just då aktuella ämnen)
Augusti	Oanmälda besök genomförs (inriktning just då aktuella ämnen) Uppföljning av 2019 års kvalitetsrapport genom utskick till enhetschefer
September	Oanmälda besök genomförs (inriktning just då aktuella ämnen) Granskning av hemtjänst, särskilt boende och hemsjukvård (förbokade besök i verksamheterna) med fokus på måltiden utifrån området "kunskapsbaserad verksamhet"
Oktober	Nytt förslag till <i>Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9</i> presenteras för nämnden Redovisning av resultat från oanmälda besök Redovisning av resultat från uppföljning av 2019 års granskning
November	Redovisning av resultatet av granskningen av hemtjänst, särskilt boende och hemsjukvård med fokus på måltiden
December	Nämnden fastställer inriktningen för kvalitetsgranskningen under 2021

Risikanalys

Nämnden behöver årligen och systematiskt granska sina verksamheter för att säkerställa att de uppställda kraven uppnås. Granskningarna och mätningarna ger också underlag för utveckling och förbättring. Nämnden behöver under 2020 se över de utförda riskanalyserna och där så behövs göra uppdateringar.

Uppföljning

Avdelningschefen för planeringsavdelningen ansvarar för att rutinen följs. Detta görs genom regelbundna avstämningar under året.