

Dokumenttyp:	Rutin
Dokumentet gäller för, personalkategori;	SAS , MAS och MAR
Fastställt av, befattning och namn:	Avdelningschef Planeringsavdelningen
Fastställsedatum:	2015-10-28
Eventuellt diarienummer:	2015.304.720
Dokumentansvarig, befattning och namn:	SAS Kerstin Frost, MAS Annika Fallqvist och MAR Eva-Marie Onsager
Senast uppdaterat:	2020-11-30
Uppdateras nästa gång:	2021-11

# Verksamhetsplan för systematisk kvalitetsuppföljning och granskning inom vård-och omsorgsförvaltningen för 2021

## 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 och särskilt boende. Kvalitetskrav för samtliga verksamheter inom avdelningarna för funktionsstöd (AFF) skulle ha tagits fram under våren 2020 och presenterats för vård- och omsorgsnämnden senast i augusti 2020. Detta arbete kvarstår att genomföra under 2021.

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 justera kvalitetskraven för att utveckla och förbättra vården och omsorgen. Denna översyn av kraven görs årligen.

## Syfte

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

## Personalkategori

Socialt ansvarig samordnare, medicinsk ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering.

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att utföra granskningar och uppföljningar av kvalitet inom hälso- och sjukvård, (förutom rehabilitering), utifrån fastställda dokument från nämnd samt klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att utföra granskningar och uppföljningar av kvaliteten inom den del av hälso- och sjukvård som omfattar rehabilitering utifrån fastställda dokument från nämnd samt klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.

## Utförande

Ansvar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Hur ansvaret för den systematiska verksamhetsuppföljningen är fördelad 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 uppdatering, vilket har påbörjats 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, och särskilt boende. Några kvalitetskrav finns inte framtagna inom avdelningen för funktionsstöd (AFF).

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.

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

Iakttagelserna 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 2021 kommer kvalitetsgranskningen ha fokus på

1. Egenkontroll utifrån gällande kvalitetskrav
2. Kvalitet inom området "Säker vård och omsorg"

Enligt de av nämnden antagna kvalitetskraven är det ledningens ansvar att de insatser som utförs skapar en säker vård och omsorg. Grunden för säker vård är att bedömningar, vård, behandlingar och omvårdnad utförs på rätt sätt. Säker vård och omsorg innebär bland annat att vårdskador/missförhållanden förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Vård i livets slutskede ska ges särskild prioritet så att omvårdnad och tillsyn ges på ett säkert, tryggt och värdigt sätt. Utföraren ska ha ett habiliterande och rehabiliterande synsätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.

På grund av den rådande Coronapandemin så kommer kvalitetsgranskningen 2021 att ske genom enkäter till verksamheten som sammanställs i en rapport.

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

December2020	Nämnden fastställer inriktningen för kvalitetsgranskningen under 2021
Januari	Uppstart uppföljning genom egenkontroll Framtagande av enkätfrågor till samtliga verksamheter inom Vård och omsorgsförvaltningen.
Februari	Inhämtande av material och sammanställning av Patientsäkerhetsberättelse och Kvalitetsberättelse 2020
Mars	Patientsäkerhetsberättelse och Kvalitetsberättelse för 2020 presenteras för nämnden Utskick av enkätfrågor till samtliga verksamheter inom Vård och omsorgsförvaltningen
April	Sammanställning av enkätsvaren från samtliga verksamheter inom Vård och omsorgsförvaltningen.
Maj	Kvalitetsrapporten presenteras för nämnd.
Juni	Oanmälda besök genomförs (inriktning just då aktuella ämnen) beroende på pandemiläge
Juli	Oanmälda besök genomförs (inriktning just då aktuella ämnen) ) beroende på pandemiläge
Augusti	Uppföljning av 2021 års kvalitetsrapport genom utskick till enhetschefer Kvalitetskrav för samtliga verksamheter inom avdelningen för funktionsstöd (AFF) presenteras för vård-och omsorgsnämnden.
September	Redovisning av eventuellt resultat från oanmälda besök
Oktober	Redovisning av resultat från uppföljning av 2021 års granskning till nämnd.
November	Planering av 2022 kvalitetsgranskning.
December	Nämnden fastställer inriktningen för kvalitetsgranskningen under 2022
Under 2021	Planeringsavdelningens kvalitetsgrupp kommer löpande jobba med att analysera behovsområden som behöver förbättras för säkerställa att verksamheten jobbar utifrån de uppsatta kvalitetskraven. Under 2021 kommer en översyn göras av kvalitetsledningssystemet.

## Risakanalys

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 2021 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.

