



LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE I SOCIALFÖRVALTNINGEN

Rubrik specificerande dokument			
Rutin för systematisk uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet			
Omfattar kvalitetsområde		Gäller för verksamhetsområde	
9. Uppföljning, utvärdering, egenkontroll och erfarenhetsåterföring		Socialförvaltningen	
Upprättad av (befattning, namn)		Ansvarig chef (avd. namn)	
MAS, Caroline Rehnberg MAR, Eleonora Hjalmarsson		Socialchef, Maria Ståhl	
Upprättad fr o m datum	Reviderad gäller fr o m datum	Versions nr	Sid nr
2013-09-02	2014-11-28	3	1 (3)

Rutin för systematisk uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Ledningssystem

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Ledningssystemet är ledningens verktyg för att styra verksamheten. Enhetschefen har ansvar för att rutiner och riktlinjer är väl kända och efterlevs av all personal.

Uppföljning av kvalitets- och patientsäkerheten

Inom äldreomsorg och funktionsstöd i Askersunds kommun gör enhetschef tillsammans med sjuksköterskor och arbetsterapeut i teamledningen uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på enheten/området.

Som underlag till uppföljningen ska en checklista gås igenom och en handlingsplan upprättas av teamledningen i början på varje år.

På checklistan ska alla områden uppskattas i procent 0-10%, 11-60%, 61-89% och över 90%. Checklistan är teamledningens arbetsmaterial i det systematiska förbättringsarbetet som enhetschefen ansvarar för inom sitt verksamhetsområde. Allt som inte på checklistan är uppnått till 90% ska dokumenteras på handlingsplan med åtgärder. Prioritering 1-3 ska göras för de områden som förs över till handlingsplanen. Åtgärder planeras med uppföljningsdatum. Prio 1 = nej/aldrig, Prio 2 = sällan, Prio 3 = ofta. Teamledningen ska dokumentera resultat av åtgärderna på handlingsplanen vid mätperiodernas slut, innan uppföljningsträff.

Efter mätperioderna 1/1-30/4 och 1/5-31/8 träffas teamledningen och uppdaterar handlingsplanen och resultatet dokumenteras på resultatblankett.

För mätperioden för helår 1/1-31/12 träffas teamledningen i december och gör uppföljning av handlingsplanen:

- Vad har man i verksamheten jobbat med under året
- Vilka resultat framkommer utifrån genomförda åtgärder
- Vilka förbättringar kan ses i verksamheten
- Vilka resultat har framkommit av gjorda mätningar/kontroller
- Vad har man i verksamheten inte jobbat med/inte prioriterats av de områden som finns med i checklista/handlingsplan
- Avvikelser granskas enligt mall och jämförs med året innan

Resultatblankett används för att sammanfatta genomförda åtgärder och resultat för helår. Det som inte jobbats med/inte prioriterats kan sammanfattas i ett textdokument.

Uppföljning i teamledning

Teamledningen ansvarar för att vid varje teamledningsträff ha koll på att handlingsplan och åtgärder följs. Återkoppling utifrån handlingsplan och resultat ska göras av teamledning till all personal på enheten regelbundet på verksamhetsträffar.

Efter mätperioderna 1/1-30/4 och 1/5-31/8 träffas teamledningen och uppdaterar handlingsplanen och resultatet dokumenteras på resultatblankett. Vid mätperioden för helår 1/1-31/12 träffas teamledningen i december och gör en sammanfattning av genomförda åtgärder och resultat under året.

Uppföljningsträffar med enhetschefer

Områdeschef, MAS och MAR kallar till uppföljningsträffar för reflekterande samtal omkring patientsäkerhet och kvalitet med enhetscheferna 3 gånger per år i januari, maj och september.

Enhetschefer lämnar kopior på checklista, handlingsplaner och resultatblanketter till områdeschef och MAS/MAR vid varje träff.

Övergripande uppföljning

Ledningsgruppen analyserar verksamheternas resultat i september och sammanfattar en rapport till socialnämnden årligen i oktober. Ledningsgruppen använder resultatet som underlag för beslut, nya mål och för socialförvaltningens verksamhetsplan.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Årsredovisning sker i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen som ska upprättas senast första mars varje år av vilken det ska framgå:

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som uppnåtts.

Utifrån utvecklingsområden som framkommer i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen så uppdateras checklista för uppföljning av patientsäkerhet och kvalitet årligen.

Styrdokument

[Patientsäkerhetslag SFS 2010:659](#)

[Ledningssystem SOSFS 2011:9](#)

Bilagor

Checklista - systematisk uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Handlingsplan – kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Resultat – kvalitets- och patientsäkerhetsarbete