

Beskrivning av Kvalitetsledningssystem för QviMo Hemtjänst

1. Kvalitetsledningssystemets syfte och målsättning

Verksamhetens kvalitetsledningssystem är det främsta verktyg vi använder för att garantera en ändamålsenlig och lagenlig vård och omsorg för våra brukare. Kundens behov och önskemål är alltid vårt främsta fokus. Kvalitet genereras när verksamheten uppnår krav, tillfredsställer behov och infriar förväntningar.

Det systematiska kvalitetsledningsarbetet används också för att kontrollera att vår verksamhet lever upp till kvalitetskrav och fastställda mål samt som ett verktyg som kan förebygga och korrigera potentiella eller faktiska brister. Med stöd av ledningssystemet kan vi kontinuerligt planera, leda, följa upp, utvärdera och förbättra vår verksamhet. Ledningssystemet kan också berätta för oss vem i organisationen som är ansvarig för att säkra olika delar i kvalitetetsarbetet.

Utgångspunkten för vårt kvalitetsarbete är socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen med särskilt fokus på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

2. Kvalitetsorganisation och ansvarsfördelning

Verksamhetens kvalitetsorganisation består av Verksamhetsansvarig, Enhetschef och Kvalitetsstrateg samt Teamutvecklare. Verksamhetsansvarig har det yttersta ansvaret för att verksamheten har ett kvalitetsledningssystem som uppfyller lagstiftarens krav samt som följer Norrköpings kommuns riktlinjer för ledningssystem. Personal är nyckelaktörer i kvalitetsorganisation eftersom de på daglig basis möter våra brukare.

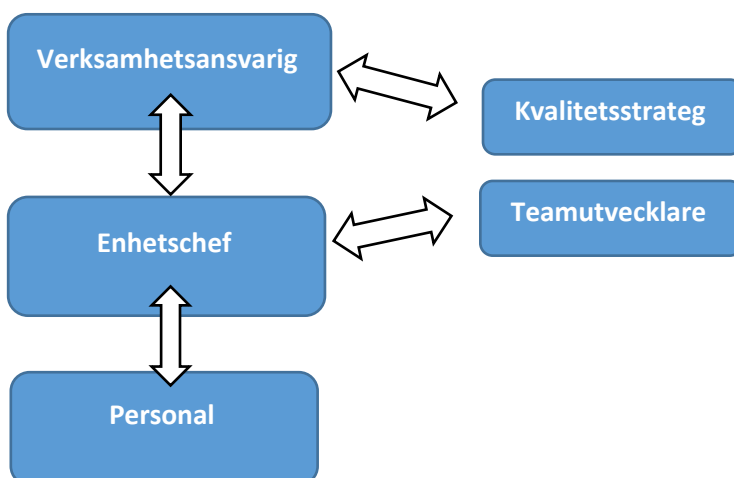


Bild 1. Organisationsskiss över Kvalitetsorganisation

För att ansvariga chefer och medarbetare ska veta vad som förväntas av dem inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet framgår hur uppgifterna är fördelade, se matris nedan för en översiktlig beskrivning av ansvarsfördelning för varje del i ledningssystemet: planering, genomförande, uppföljning och utvärdering.

Kvalitetsstrateg och Teamutvecklare ansvarar för att utifrån sakkompetens bistå i olika kvalitetsområden och redogörs därför inte närmare för i matrisen nedan.

		Ansvarsfördelning	
Kvalitetsområde		Verksamhetsansvarig och Enhetschef¹	Medarbetare
P L A N E R I N G	Verksamhetsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att upprätta rutin för arbete med verksamhetsplan • Ansvar för att utvärdera aktuell rutin • Ansvar för att årligen upprätta verksamhetsplan • Ansvar för att redovisa verksamhetsplan till Beställaren 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att komma med inspel till verksamhetsplan
	Genomförandeplan	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att upprätta rutin för genomförandeplan och för tilldelning av kontaktperson • Ansvar för att utvärdera aktuell rutin • Ansvar för att genomföra av välkomstsamtal 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för upprättande av genomförandeplan • Ansvar för kontinuerlig uppföljning och vid behov revidering av genomförandeplan
	Risakanalys	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att upprätta rutin för risakanalys • Ansvar för att utvärdera aktuell rutin • Ansvar för att initiera och genomföra risakanalys och bedömningar av risker • Ansvar för att handlingsplaner med åtgärder upprättas vid behov • Ansvar för utvärdering av handlingsplan och dess effekter • Ansvar för att verksamheten har kompetens om risakanalys 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att lyfta och rapportera risker • Ansvar för att arbeta i enlighet med rutin för risakanalys • Ansvar för att delta i risakanalysarbetet • Ansvar för att arbeta med åtgärder utifrån handlingsplan • Ansvar för att delta i kompetensutveckling samt vid utveckling av nya metoder och arbetssätt
	Social dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Upprättande av rutin för social dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att dokumentera i enlighet med rutin

¹ Ansvarsfördelning mellan Verksamhetsansvarig och Enhetschef finns i särskild rollbeskrivning.

G E N O M F Ö R A N D E		<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för genomförande av årlig utvärdering av aktuell rutin 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att rapportera vidare händelser av vikt utifrån social dokumentation
	Avvikelsehantering och lex Sarah	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för upprättande av rutiner för avvikelsehantering och lex Sarah • Ansvar för genomförande av årlig utvärdering av aktuell rutin • Ansvar för att kontinuerligt utreda, sammanställa och analysera inkomna avvikelser • Ansvar för att förebyggande och korrigerande åtgärder vidtas utifrån rapportering av avvikelser • Anmäla allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden till IVO och uppdragsgivaren omgående • Ansvar för att redovisa avvikelser och lex Sarah till Beställaren • Ansvar för att verksamheten har kompetens om avvikelsehantering 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att rapportera avvikelser • Ansvar för att arbeta i enlighet med rutin för avvikelsehantering och lex Sarah • Ansvar för att delta i analys av avvikelser • Ansvar för att genomföra korrigerande och förebyggande åtgärder • Ansvar för att delta i kompetensutveckling samt utveckling av nya metoder och arbetssätt
	Synpunkter och klagomål	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för upprättande av rutiner för hantering av synpunkter och klagomål • Ansvar för genomförande av årlig utvärdering av aktuell rutin • Ansvar för att utreda synpunkt och/eller klagomål • Ansvar för att besvara synpunkt och/eller klagomål • Ansvar för att upprätta åtgärdsplan vid behov • Ansvar för att redovisa inkomna synpunkter och klagomål till Beställaren 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att arbeta i enlighet med rutin • Ansvar för att rapportera synpunkter och klagomål • Ansvar för att delta i utredning av synpunkt och/eller klagomål vid behov
	Egenkontroll	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att upprätta rutin för egenkontroll 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar för att arbeta i enlighet med rutin för egenkontroll

	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansvar för att genomföra årlig utvärdering av aktuell rutin ● Ansvar för att initiera och genomföra egenkontroll ● Ansvar för att analysera genomförd egenkontroll ● Ansvar för att åtgärdsplaner upprättas utifrån resultat av egenkontroll ● Ansvar för utvärdering av åtgärdsplan ● Ansvar för att verksamheten har kompetens om riskanalys ● Ansvar för att redovisa granskningar till Beställaren 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansvar för att delta i arbetet med egenkontroll ● Ansvar för att genomföra åtgärdsplanens aktiviteter ● Ansvar för att delta i kompetensutveckling samt utveckling av nya metoder och arbetssätt
Brukar- och medarbetarsynpunkter	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansvar för att upprätta rutin för brukar- och medarbetarsynpunkter ● Ansvar för att utvärdera aktuell rutin ● Ansvar för att medarbetar- och brukarundersökning genomförs. ● Ansvar för att åtgärder vidtas utifrån resultat 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansvar för att besvara medarbetarenkät ● Ansvar för att dela ut och samla in kundenkät ● Ansvar för att delta i eventuell resultatdialog utifrån enkät
Månadsvis kvalitetsavstämning	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansvar för att sammankalla och leda månatlig kvalitetsavstämning ● Ansvar för att sammanställa underlag till kvalitetsavstämning och dokumentera mötet ● Ansvar för att upprätta kvartalsvisa kvalitetsrapporter 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansvar för att delta i månatlig kvalitetsavstämning
Årlig kvalitetsavstämning	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansvar för rutin för verksamhetsberättelse ● Ansvar för utvärdering av aktuell rutin ● Upprättande av Verksamhetsberättelse 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansvar för att komma med input till årlig kvalitetsavstämning

3. Systematiskt förbättringsarbete

Vårt kvalitetsledningssystem tar sin utgångspunkt i ett klassiskt kvalitetshjul som består av fyra delar: *planering*, *genomförande*, *uppföljning/utvärdering* och *utveckling*. *Dokumentation* samt delaktighet för medarbetare och brukare följer som en röd tråd i samtliga delar av kvalitetshjulet.

Samtliga delar utgör viktiga verktyg i ett systematiskt förbättringsarbete. För varje del i kvalitetshjulet finns rutiner upprättade som användas i det kontinuerliga kvalitetsarbetet.

3.1 Planering

En systematisk planering på både individ- och verksamhetsnivå är grunden för att säkra kvaliteten i vår verksamhet.

3.1.1 Verksamhetsplan

Årligen ska en verksamhetsplan utarbetas som bygger på vilka mål som verksamheten ska uppnå samt en beskrivning av planerade riskanalyser och egenkontroller som planeras under det aktuella året. Verksamhetsplanen tar sin utgångspunkt i de slutsatser som konstaterats i föregående års uppföljning. Verksamhetsansvarig är ansvarig för att verksamhetsplan upprättas och följs upp tillsammans med Enhetschef och övriga medarbetare.

3.1.2 Individuell planering för våra brukare

Planering för våra brukare startar tidigt. När en ny brukare aktualiseras hos oss inleder vi arbetet genom ett välkomstsamtal som ska äga rum så snart som möjligt innan insatser påbörjas. Välkomstsamtalet syftar till att presentera verksamheten för brukaren och dennes närstående/gode man samt att inhämta information om brukaren som kan ligga till grund för den fortsatta planeringen. Enhetschef är ansvarig för att genomföra välkomstsamtalet.

Varje brukare tilldelas inom två veckor en kontaktperson som har huvudansvar för att brukarens behov och önskemål tas till vara. Tillsammans med brukaren, dennes närstående/god man och övrig berörd personal upprättar kontaktpersonen inom tre veckor efter att insatserna påbörjats en detaljerad genomförandeplan. I genomförandeplan framgår det hur den enskildes behov av insatser ska konkretiseras. Kontaktpersonen har det huvudsakliga ansvaret för att genomförandeplanen följs upp och för att brukaren och dennes närstående känner sig delaktiga och trygga med de insatser som ges. Kontaktpersonen ska säkerställa att brukaren och dennes närstående har möjlighet att inkomma med synpunkter på utförda insatser. Kontaktpersonen är ansvarig för att genomförandeplanen följs upp vid behov men minst vid två tillfällen per år.

3.1.3 Riskanalys

Vi ska kontinuerligt arbeta med riskanalyser i syfte att förebygga oönskade och negativa händelser som skulle medföra att vi inte lever upp till ställda mål och krav. Riskanalys används därigenom som ett planeringsverktyg som används för att bedöma hur sannolikt det är att oönskade händelser inträffar samt vilka konsekvenser det skulle innebära om den specifika oönskade händelsen inträffade. Om vi lyckas identifiera risker i förväg stärks vårt förebyggande arbete. Riskanalys ska också genomföras vid varje tillfälle som en avvikelse sker.

Varje anställd inom verksamheten har ansvar att uppmärksamma risker och tillsammans med Verksamhetsansvarig och Enhetschef genomföra riskanalyser. Personalen kan identifiera både risker som är på individnivå och på gruppnivå samt alla andra risker som kan förorsaka vård skada och obehag för den enskilde. När riskanalys görs på individnivå kan det vara aktuellt att den enskilde bjuds in och är delaktig i riskanalysarbetet.

En riskanalys kan vara befogad i följande situationer:

- Frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en specifik arbetsprocess.
- Medarbetarnas upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis informationsöverföring mellan olika huvudmän.
- Ny teknik ska implementeras i verksamheten eller organisationen
- En ny medicinsk metod/medicinteknisk produkt eller annan typ av ny process ska introduceras.

- Organisationsförändringar ska genomföras, exempelvis sammanslagning av olika verksamheter.
- Tillbud eller negativa händelser som inträffat hos annan vårdgivare och som även skulle kunna inträffa inom den egna verksamheten.

Systematiska riskanalyser av sannolika avvikelser och negativa händelser med utgångspunkt från verksamhetens huvudprocesser ska göras minst två gånger per år samt vid väsentliga förändringar i verksamheten. Rutin för riskanalys samt mall för risk- och händelseanalys från SKL tillämpas i verksamheten.

3.2 Genomförande

3.2.1 Social dokumentation

Hos varje brukare finns en pärm där personal ska dokumentera genomförandet av insatser. Verksamheten har upprättat en rutin för social dokumentation i syfte att säkerställa en korrekt hantering av enskildas personliga förhållanden.

Muntlig överrapportering mellan Verksamhetsansvarig, Enhetschef och medarbetare sker kontinuerligt och vid behov.

3.2.2 Händelsehantering

En central del i kvalitetsarbetet är vår händelsehantering och den består i huvudsak av två delar:

- Avvikelsehantering och lex Sarah
- Synpunkts- och klagomålshantering

En händelse är något som avviker från verksamhetens rutiner och för att kunna fånga upp brister, risker och förbättringsområden behövs olika verktyg för att uppmärksamma och hantera det som avviker från det normala.

3.2.2.1 Avvikelsehantering och lex Sarah

Genom tydlig information säkerställs att vår personal är införstådd med att de har en skyldighet att rapportera *avvikelser* och *missförhållanden* till Arbetsledare eller Verksamhetsansvarig. Varje medarbetare ska skriva under en blankett om att de läst igenom "*Rutin för avvikelsehantering och rapportering och utredning av lex Sarah inom omsorgen om äldre personer*" samt att de är införstådda med sin rapporteringsskyldighet. Arbetsledare ansvarar för att omedelbart initiera utredning och vidta nödvändiga åtgärder utifrån rapportering av avvikelser eller missförhållanden. Om ett allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande bedöms föreligga ska detta anmälas till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). En anmälan enligt lex Sarah ska omgående delges beställaren.

Syftet med att rapportera avvikelser är att dra lärdom av det som hänt och att med hjälp av olika åtgärder och insatser förhindra att samma typ av avvikelse händer igen. Det primära är inte att peka ut enskilda personers misstag, fel och brister utan att upptäcka eventuella systemfel.

Verksamhetens avvikelsehantering regleras genom upprättad "*Rutin för avvikelsehantering och rapportering och utredning av lex Sarah inom omsorgen om äldre personer*" samt utformad rapporterings-, utrednings- och bedömningsmall.

3.2.2.2 Synpunkter och klagomål

Vår brukare ska känna sig nöjda med våra vård- och omsorgsinsatser. Vi är därför måna om att ta tillvara brukarnas synpunkter och eventuella klagomål för att kunna utveckla vår verksamhet. Vi har därför upprättat en särskild rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med synpunkter och klagomål. För skriftliga synpunkter/klagomål har vi upprättat en blankett "*Blankett för synpunkter/klagomål på vår verksamhet*". Blanketten ska förvaras i pärm hos brukaren samt finnas tillgänglig i verksamhetens lokal.

Synpunkten och/eller klagomålet ska bekräftas och besvaras inom två arbetsdagar från det och med det datum synpunkten/klagomålet inkom. Beroende på ärendets allvarlighetsgrad beslutas om en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska vara upprättad och kommunicerad till uppgiftslämnaren senast inom en vecka. Synpunkter/klagomål sammanställs och analyseras kontinuerligt i verksamheten.

3.3 Uppföljning och utvärdering

Systematisk uppföljning och utvärdering är verktyg som möjliggör vår verksamhetsutveckling genom att eventuella brister upptäcks och att förbättringsområden därigenom kan identifieras och konkretiseras.

Verksamhetens övergripande uppföljning och utvärdering består av följande delar:

- Egenkontroll
- Brukar- och medarbetarsynpunkter
- Månadsvis kvalitetsavstämning
- Årlig kvalitetsavstämning - Verksamhetsberättelse

3.3.1 Egenkontroll

En intern kontroll av den egna verksamheten genomförs vid minst ett tillfälle årligen. Frekvens och omfattning avgörs naturligtvis av hur väl verksamheten lyckas säkerställa kvalitet. Vid egenkontroll kan följande ingå:

- granskning av hur verksamheten lever upp till lagstyrda processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet
- utvärdering av verksamhetsspecifika rutiner genom inhämtande av synpunkter från medarbetare och brukar
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation

Egenkontrollen sammanställs och analyseras och utmynnar slutligen i en åtgärdsplan för de delar som inte uppnår fullgott resultat. Rutin för egenkontroll finns. Verksamhetsansvarig har ansvar för att egenkontroll genomförs.

3.3.2 Brukar- och medarbetarsynpunkter

Brukar- och medarbetarsynpunkter inhämtas kontinuerligt. Vi genomför också skriftliga och mer omfattande enkätundersökningar som riktar sig till våra brukare och medarbetare. Särskilda dialoggrupper kan formeras om något särskilt utvecklingsområde pekas ut. Rutin för brukar- och medarbetarsynpunkter finns. Verksamhetsansvarig ska säkerställa att enkät genomförs.

3.3.3 Månadsvis kvalitetsavstämning

Verksamhetsansvarig och Enhetschef genomför gemensamt och månadsvis en kvalitetsavstämning. Kvalitetsstrategi, och vid behov Teamutvecklare, deltar med sakexpertis. Följande delar ingår i månadsvis kvalitetsavstämning:

- Sammanställning av inkomna avvikelser/synpunkter/klagomål
- Analys av inkomna avvikelser/synpunkter/klagomål
- Formulering av åtgärdsplan utifrån analys av avvikelser/synpunkter/klagomål
- Vid behov initiera arbete med nya rutiner
- Plan för att förankra nya rutiner hos medarbetare
- Resultat riskanalys (minst två gånger per år)

Ett övergripande syfte med månatlig kvalitetsavstämning är primärt att tidigt kunna identifiera eventuella mönster i inkomna avvikelser, ev. enkätresultat, synpunkter och/eller klagomål.

Medarbetare deltar i det övergripande kvalitetsarbetet vid månadsvisa möten alternativt vid behov i samband med enskild avvikelse, synpunkt och/eller klagomål. På dessa arbetsplatsträffar finns utrymme att gemensamt dela och analysera erfarenheter utifrån kvalitetsavstämningen. Verksamhetsansvarig är sammankallande och leder mötet.

Verksamhetsansvarig är ansvarig för att dokumentera analysresultat i kvartalsvisa kvalitetsrapporter.

3.3.4 Årlig kvalitetsavstämning - Verksamhetsberättelse

Verksamhetsansvarig och Enhetschef är ansvariga för att årligen upprätta en verksamhetsberättelse utifrån resultat av det systematiska förbättringsarbetet från föregående år. Ett övergripande syfte med en årlig kvalitetsavstämning är att utvärdera verksamheten i sin helhet.

I verksamhetsberättelsen ska primärt följande framgå:

- Om verksamheten uppnått sina mål och genomfört planerade aktiviteter utifrån verksamhetsplan
- Hur brukare och medarbetare uppfattat verksamheten
- Ledningssystemets effekter samt vidtagna förbättringsåtgärder och effekter av desamma
- Analys av resultatet från månatliga kvalitetsavstämningar och kvartalsvisa kvalitetsrapporter.

Verksamhetsberättelsen utgör ett viktigt strategiskt underlag vid upprättande av nästkommande års Verksamhetsplan.

3.4 Utveckling

Vårt kvalitetsledningssystem hjälper oss att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete som kan styra utvecklingsprojekt, kompetensutveckling och utbildningsinsatser. Vi arbetar med förbättringsåtgärder tillsammans med medarbetare samt i ledningsgrupp.

4. Dokumentation

Vårt arbete med att utveckla och säkerställa kvaliteten i vår verksamhet ska dokumenteras i alla led för att skapa kontinuitet och för att styra verksamheten effektivt. Det betyder att fastställda rutiner och arbetssätt, riskanalyser, egenkontroller, hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål samt vilka förbättringsåtgärder som vidtas utifrån månatliga och årsvisa analyser dokumenteras.

Dokumentationen finns digitalt och i en pärm i verksamhetens lokaler så att materialet är lättillgängligt för verksamhetens medarbetare.

Förbättringsåtgärder sammanställs i vår verksamhetsplan som återkommande uppdateras utifrån årlig kvalitetsavstämning (verksamhetsberättelse, se ovan). Verksamhetsplanen innefattar mål samt planerade riskanalyser och egenkontroller.

I kvartalsvisa kvalitetsrapporter rapporterat vi analys och hantering av eventuella enkätresultat, avvikelser, synpunkter och klagomål. Förbättringsåtgärder och resultat utifrån vårt kvalitetsledningssystem dokumenteras också i kvalitetsrapporterna. Kvalitetsrapporterna skickas till Uppdragsgivaren om denna så önskar.

Verksamhetsansvarig är ansvarig för att dokumentation genomförs i alla led och att månadsvisa och årliga rapporter upprättas. Kvalitetsstrateg deltar i utformning av rapporterna och verksamhetsberättelsen för att kvalitetssäkra dessa.