

Ansvärig Anna-Lisa Simonsson, verksamhetschef	Upprättad av Elisabet Olsson Gunilla Marcusson	Berörda verksamheter Stöd & Omsorg	Fastställt datum 2013-07-18, rev 2016-05-16
Dokumentnamn 5.1.1 Dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet	Ledningssystem Enligt SOSFS 2011:9	Processområde 5.1 Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten	Diarienummer KS 2011/137.709

Övergripande rutin för dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet

Syfte och bakgrund

Enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2009:11 ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

Patientsäkerhetsberättelse

Varje år ska en patientsäkerhetsberättelse senast den 1 mars upprättas och redovisas till kommunstyrelsen. Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla uppgifter om hur

1. Ansvar enligt 3 kap 9 § patientsäkerhetslagen varit fördelat
2. Enligt 10 § ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som uppnåtts
3. Patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap 2 § SOSFS 2011:9 har följts upp och utvärderats
4. Samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada
5. Risker för vårdskador har hanterats
6. Rapporter enligt patientsäkerhets har hanterats
7. Inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats

Kvalitetsberättelse

Varje år ska en sammanhållen kvalitetsberättelse upprättas och redovisas till kommunstyrelsen i mars. Kvalitetsberättelsen ska innehålla redovisning av

1. Verksamhetens mål
2. Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
3. Inkomna synpunkter och klagomål, rapporter enligt Lex Sarah, avvikelser
4. Vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
5. Förebyggande arbete
6. Projektarbeten
7. Vilka resultat som uppnåtts
8. Mål för kommande år

Patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen ska redovisas på kommunens hemsida.

Dokumentation inom varje enhet

Varje enhet ska dokumentera sitt kvalitetsarbete löpande och varje tertiäl lämna en skriftlig kvalitetsrapport. Nedan följer exempel på parametrar som kan redovisas med åtgärder och resultat:

- Avvikelse såsom bemötande, brister i vården fall, kommunikation/information, läkemedel
- Inkomna synpunkter och klagomål
- Senior alert: fallrisk, trycksår, nutrition samt munhälsa (Äldreomsorgen)
- Riskanalyser som är genomförda för att säkra god kvalitet
- Genomförda uppföljningar på individnivå

En sammanfattande kvalitetsberättelse ska skrivas årligen som underlag till verksamhetens samman hållande kvalitetsberättelse.

Ansvarsfördelning

Aktivitet	Ansvar
Ansvarar för att det finns rutiner för upprättande av patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse.	Kommunstyrelsen, tillika vårdgivare
Ansvarar för att patientsäkerhetsberättelse och en sammanhållen kvalitetsberättelse upprättas.	Verksamhetschef
Upprätta patientsäkerhetsberättelse och en sammanhållen kvalitetsberättelse.	MAS och kvalitetsutvecklare
Redovisar en kvalitetsrapport varje tertiäl. Upprättar årligen enhetens kvalitetsberättelse. Dokumenterar åtgärder som vidtas vid avvikelser och vid uppkomna brister i verksamheten. Dokumenterar genomförda riskanalyser.	Enhetschef
Dokumentera avvikelser.	Medarbetare
Dokumentera uppföljning av individbeslut.	Biståndshandläggare/Socialsekreterare/LSS-handläggare

Översyn och revidering

Denna rutin ska ses över senast juni 2018.