



# Rutin för systematisk uppföljning och förbättringsarbete.

## Sektor Öppenvård

### 1. Inledning

Den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. För varje aktivitet ska rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, fastställas. Med kvalitet menas att en verksamhet uppfyller de krav och de mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Systematiskt förbättringsarbete regleras i 5 kap i SOSFS 2011:9 och omfattar riskanalyser, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättring av åtgärder, processer och rutiner.

- **Systematisk uppföljning** handlar om att dokumentera arbetet med enskilda för att följa upp hur det går för dessa klienter och om att sammanställa denna information i syfte att utveckla och förbättra verksamheten.
- Nyttan av detta ses i arbetet med den enskilda individen, på verksamhetsnivå för att utveckla verksamheten och på nationell nivå, ex i öppna jämförelser.

DokumentID: [Document::Prefix] – [Document::Number]

Version: [Document::Version]

Berörd verksamhet: [Metadata::Förvaltning]

Skapad av: [Document::Creator]

Beslutad av: [Role::Godkännare]

Giltigt från: [Document::PublishDate]

Giltigt till: [Document::AlarmDate]

Sida 1/4

- Systematisk uppföljning underlättar infriandet av krav och förväntningar på verksamheten att dokumentera och säkra verksamhetens kvalitet.
- Systematisk uppföljning används som underlag till ledning och nämnd för beslut om resurser och insatser.

Denna rutin avser att beskriva hur öppenvården i Östersunds kommun arbetar med att följa upp, säkra kvalitet och löpande förbättra och utveckla de insatser som finns inom öppenvården.

## 2. Syfte

Rutiner avser att leda till

- Ett tydligt system för att följa upp verksamheternas insatser och resultat av dessa.
- Säkerställa klientnytta
- Förbättra och höja kvaliteten på våra insatser.
- Utveckling av evidensbaserad praktik
- Ökad kunskap i verksamheten
- Ökad trovärdighet inför medborgarna

## 3. Rutin för systematisk uppföljning

1. **Individuell uppföljning:** System för individuella undersökningar utarbetas och utförs på olika sätt inom varje verksamhet vad gäller att följa om klienters situation förändras från första kontakten till att den avslutas, se rutin för varje verksamhet. Detta sker på olika sätt beroende på insatsens längd och om det finns verksamhetssystem för uppföljning, ex ASI. Formulär för gemensam bakgrundsinformation, bilaga 1. Gemensamt för alla verksamheter är samtal, intervju eller enkätundersökning efter varje avslutad insats. Övergripande syfte med det avslutande samtalet är att i första hand ta reda på vilka insatser som använts, om den som varit föremål för insatsen är nöjd med kontakten och med resultatet, upplevelse av målpåfyllelse samt om de har synpunkter på olika aspekter av insatsen och/eller har förslag till förbättring. Viktigt är även fråga om andra viktiga händelser inträffar under tiden insatsen pågår. Formulär för frågeställningar som ska besvaras, bilaga 2. Formulär för frågeställning till medarbetare, beställare av uppdrag och samarbetspartners, bilaga 3, skickas ut en gång per år i februari med svar senast 1 mars.
2. **Sammanställning av samtal/enkäter och den dokumentation som skett löpande under insatsen görs av enhetschef eller särskilt utsedd medarbetare, tre gånger per år.** Frågor som besvaras i sammanställning är vilka insatser det handlar om, ålders och könsfördelning, vilka problem och hjälpbehov som identifierades vid påbörjad insats, om insatsen svarat mot den enskildes behov samt klientens situation efter genomförd insats. Vidare sammanställs vilka insatser som avbrutits under perioden. Formulär för sammanställning, bilaga 4. **Sammanställning görs i diagramform och analyseras en gång per år och är klart för analys under mars månad.**

- 3. Analysera resultaten.** Analys och tolkning av resultat sker en gång per år, under april månad. Enhetschef ansvarar för analys, reflekterar gemensamt med medarbetare och i ledningsgrupp. Under maj månad diskuteras de olika verksamheternas sammanställningar och analyseras på ledningsgrupp. Detta i syfte att dra slutsatser om hur öppenvårdsverksamheten som helhet fungerar och behöver utvecklas. Frågor som diskuteras: Har verksamheten relevanta insatser för de hjälpbehov som klienterna har, uppnås de förväntade målen, skiljer sig detta mellan olika grupper av klienter?

I det vidare arbetet med att utveckla och förbättra verksamheterna jämförs resultat från analys med följande:

Brukarundersökningar

Granskning av dokumentation

Jämförelse av resultat med uppgifter i nationella och regionala riktlinjer

Jämförelse med öppna jämförelser och andra verksamheter

Jämförelse med tidigare resultat

Synpunkter från medarbetare

Synpunkter från beställare av uppdrag

Synpunkter från samarbetspartners

Genomgång av klagomål och synpunkter.

Genomgång av rapporteringar, avvikelser och Lex Sarah

- 4. Åtgärds-/handlingsplan med beskrivning av åtgärder.**

Efter att utveckling- och förbättringsbehov identifierats påbörjar arbetet med att utveckla arbetet. Arbetet med fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens utveckling ska dokumenteras. Dokumentation sker i handlingsplan som upprättas i Stratsys, arbetet presenteras i ledningsgrupp i maj och prioritering av aktiviteter sker gemensamt utifrån ett helhetsperspektiv.

- 5. Uppföljning**

Uppföljning av handlingsplan sker löpande under hösten med målsättning att uppsatta prioriterade mål uppfylls under hösten, ex implementering av nya insatser, ev. plan har utarbetats för kompetensutveckling. Ledningsgrupp följer upp eventuella sektorsövergripande åtgärder.

- 6. Dokumentation**

Hur arbetet med att systematisk och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts

**Kommenterad [EF1]:** Hur ligger detta i tid jämfört med det jobb som görs i FLG? Kolla med Eva-Britt

dokumenteras i kvalitetsberättelsen. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör berättelsen ha en detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar samt hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.