


<b>Uppföljningsmodell avseende kvalitet för Omsorgsnämnden Växjö kommun</b>	<b>Godkänd av</b> Omsorgsnämnden Dnr ON 2016-00083	<b>Senast ändrad</b> 2021-09-17	 <b>Växjö kommun</b>
<b>Gäller för</b> Omsorgsförvaltningen	<b>Dokumentansvarig</b> Avdelningschef	<b>Beslutad datum</b> 2021-09-15	
<b>Samverkan</b> -	Uppdrag och Uppföljning	<b>Ersätter datum</b> 2019-09-25	
<b>Information kring versionsändringar:</b> Aktuell version beslutad av Omsorgsnämnden 2021-09-15			

# Uppföljningsmodell avseende kvalitet för Omsorgsnämnden Växjö kommun

## 1. Bakgrund

### 1.1 Syfte

Uppföljningsmodellen ska bidra till en likvärdig samt synliggjord omsorg och vård av god kvalitet.

### 1.2 Utgångspunkter

Genom en samlad uppföljningsmodell skapas tydlighet kring principer och metoder för arbetet, vars resultat ska ge insyn och råd till medborgare, enheter, förvaltningsledning och nämnd.

Därutöver är kommunen enligt kommunallagen skyldig att kontrollera och följa upp verksamhet som den genom avtal har lämnat över till en privat utförare (10 kap. 8 § KomL).

#### 1.2.1 *Omfattning*

Uppföljningen inkluderar hela processen från myndighetsutövning till verkställighet, inklusive hälso- och sjukvårdsinsatser.

Uppföljningen avgränsas till det som bedöms vara väsentligt för att bidra till syftet samt till effektivitet. Omsorgstagar- och medborgarperspektivet har prioritet.

Uppföljningen hanteras, så långt det är möjligt, på samma sätt för offentliga och privata utförare. Det som tillkommer för privata utförare är det som särskilt formulerats i förfrågningsunderlag och avtal. Vartannat år genomförs en fördjupad kvalitetsuppföljning i samband med avtalsuppföljning av de privata utförarna. Denna omfattar granskning av social dokumentation, rutiner och riktlinjer samt hantering av avvikelser och synpunkter.

#### 1.2.2 *Kvalitetsbegreppet*

Det finns två aspekter av kvalitet som används i uppföljningsmodellen:

- Krav som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst, LSS samt hälso- och sjukvård ska uppfyllas. I denna kvalitetsaspekt ligger också att klara mål och uppdrag som fastställs av kommunfullmäktige, omsorgsnämnden och i vissa fall i avtal.

- Verksamheten ska också, utifrån gällande lagstiftning, leva upp till de förväntningar som omsorgstagarna har.

Totalt innebär kvalitet att, med alla sammantagna egenskaper, tillfredsställa uttalade krav och omsorgstagarnas förväntningar. Det handlar alltså både om process (arbetsätt) och resultat.

### **1.2.3 Oberoende och förhållningssätt**

Omsorgsnämnden är yttersta uppdragsgivare av den uppföljning som görs. För att säkra det organisatoriska oberoendet är avdelning uppdrag och uppföljning (U & U) fristående från verksamheter som kontrolleras.

Uppföljning innebär både kontroll och möjlighet till stöd/rådgivning. För att klara båda delarna på ett trovärdigt och framåtriktat vis är ett neutralt och faktabaserat förhållningssätt grundläggande. En god kommunikation med utförarna om hur och varför uppföljningar genomförs ska underlätta samarbete och främja utveckling.

### **1.3.4 Roller och ansvar**

Att fastslå mål och nyckeltal ligger på nämnden. Avdelning U & U samordnar mätningar och insamling av data/resultat. Ansvaret för analys delas av avdelning U & U och verkställigheten. Att vidta nödvändiga/rekommenderade förbättringsåtgärder är verkställighetens uppgift.

## **2. Vad ska följas**

### **2.1 Kriterier i uppdrag & avtal utifrån risk- och väsentlighetsanalys**

En förutsättning för uppföljning är att förutsättningar och krav för verksamheten är tydliga. Genom att identifiera vilka områden som är mest angelägna att följa upp kan förvaltningens resurser användas effektivt. En årlig risk- och väsentlighetsanalys ska mynna ut i en mät- och intern kontrollplan utifrån följande områden:

- Följsamhet till lagar, förordningar och föreskrifter
- Säkra kommunala mål
- Säkra avtal och förfrågningsunderlag
- Prioriterade riskområden utifrån analys av bl.a. årsrapport, patientsäkerhetsberättelse, tillsynsrapporter, nationella rapporter, avvikelser, synpunkter från brukarorganisationer mm.

### **2.2 Tjänster och tjänstekvalitet**

De kvalitetsområden som omsorgens tjänster och utförare ska bemästra är följande:

- **Individanpassning**, innehåller två aspekter:
  - *stöd i specifika livsförhållanden*, med basen i beviljade insatser, som kan indelas i:
    - omsorg/stöd (t.ex. personlig hygien, förflyttning),
    - service (t.ex. städning, tvätt, inköp, ärenden, tillredning av måltider och social samvaro) -vård och rehabilitering (t.ex. omvårdnad och medicinsk behandling).
 Insatserna ska bidra till tillgodosedda behov, nöjdhet, meningsfullhet och självständighet.
  - *förhållningssätt*, med delarna:
    - bemötande/respekt/integritet,

-delaktighet/inflytande/ flexibilitet  
-trygghet/kontinuitet/förtroende  
-helhetsupplevelse

- **Tillgänglighet**, som väntetider, ej verkställda beslut och nåbarhet
- **Kunskapsbaserad verksamhet**, evidensbaserad verksamhet via t.ex. kvalitetsregister, följsamhet till beslutade metoder, vårdprogram, vårdprocesser, nationella och regionala rekommendationer samt organiserad och behovsstyrd kompetensutveckling
- **Säkerhet**, som informationssäkerhet, patientsäkerhet, riskanalys på organisatorisk och individuell nivå, hot- och våldsförebyggande arbete, följsamhet till rutiner, smittförebyggande arbete, brandsäkerhet, klimatfrågor
- **Jämlikhet/likvärdighet**, avs. t.ex. kön, ålder och geografi
- **Effektivitet, volymer och avtalskrav**, som KPB, brukartid, bemanning, kompetens, ekonomi/bolagsregler

För att förstå en verksamhet kan indikatorer av tre slag behövas: \*struktur (som speglar förutsättningar, exempelvis bemanning och kompetensutveckling), \*process (som rymmer hur något görs, rutiner, genomförandeplaner mm) , \*resultat (som utgår från hur tjänsten blir/upplevs, exempelvis via brukarundersökningar). Alla tre delarna täcks upp i modellen.

## 2.3 Mätplan

En årlig mätplan tas fram utifrån vad som fastslås i verksamhetsplanen och patientsäkerhetsplanen. Mätplanen kommuniceras med verksamheten. Ansvarig för mätplanen är avdelning U & U.

## 2.4 Intern kontrollplan

I en årlig separat intern kontrollplan sammanställs de risker som har hög sammanvägd sannolikhet och konsekvens för särskild granskning under året. Uppföljningarna tillsammans med interna kontrollplanen ska säkerställa att nämnden arbetar på ett effektivt och kvalitetssäkert sätt för att nå målen. Ansvarig för att ta fram intern kontrollplan är avdelning U & U.

# 3. Uppföljningsmetoder

## 3.1 Grundläggande uppföljningar

Ambitionen är att succesivt föra in allt fler delar av uppföljningarna i verksamhetssystemet Stratsys för att på så sätt skapa överblick och helhet för planering och uppföljning.

För information om när respektive mätning genomförs, se mätplan som fastställs för varje år.

### 3.1.1 Egenkontroll

#### 3.1.1.1 Egenkontroll omsorg i toppklass med uppföljande besök

I Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2011:9) fastställs att egenkontroll är systematisk uppföljning av den egna verksamheten samt en kontroll av att den bedrivs enligt fastställda processer och rutiner. Egenkontroll är en del av ett systematiskt kvalitetsarbete och syftar till att säkra verksamhetens kvalitet och resultat. Egenkontrollen kan

också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Egenkontrollen är tänkt att stimulera verksamheten till ständiga förbättringar för att nå en god kvalitet för omsorgstagarna.

Till grund för enheternas arbete med egenkontroll finns en sammanställning av olika kvalitetsområden som sammantaget täcker in enheternas uppdrag. En enkät som bygger på dessa frågor sänds ut till enhetscheferna en gång om året. Egenkontrollen uppdateras vid behov och fastställs av ledningsgruppen

### **3.1.1.2 Egenkontroll vård**

Årligen genomförs egenkontroller inom hälso- och sjukvården bl.a. enligt vad som fastställs i patientsäkerhetsberättelsen och patientsäkerhetsplanen. Patientsäkerhetsarbetet har sin grund i den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet - Agera för säker vård.

Utöver patientsäkerhetsarbetet görs också en egenkontroll av följsamhet till fastställda arbetssätt och rutiner inom sjuksköterskeverksamheten och kommunrehab.

En årlig mätning görs av den kommunala hälso- och sjukvården. Mätningen omfattar både kvantitets- och kvalitetsmått. Flera av mätvärdena följs i patientsäkerhetsberättelsen.

Resultat inom hälso- och sjukvården hämtas också till stor del från de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska Palliativregistret, BPSD-registret, PPM-databasen basal vårdhygien och klädregler, SKR och BPSD-registret.

Avvikelser och synpunkter som rör hälso- och sjukvård är en grundpelare i egenkontrollen.

### ***Brukarundersökningar***

Inom äldreomsorgen sker de nationella undersökningarna årligen och inom omsorg funktionsnedsättning vartannat år. Inom omsorg funktionsnedsättning genomförs även vissa år lokala brukarundersökningar.

En lokal brukarundersökning för HSL-verksamheten, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter genomförs regelbundet.

Avdelning U & U samordnar arbetet med brukarundersökningar. Varje enhet tar ansvar för sina resultat och medverkar till ett smidigt och oberoende genomförande med så hög svarsfrekvens som möjligt.

För omsorgstagare som valt utförare som är så små att deras resultat inte kommer med i brukarundersökningar utförs telefonintervjuer. UoU ansvarar för att detta görs.

### ***3.1.2 Mätningar utifrån internbudget, patientsäkerhetsplan och verksamhetsplan***

Årligen sker mätningar på enhetsnivå av de mål och uppdrag som fastslagits i verksamhetsplan och patientsäkerhetsplanen. Resultaten återkopplas till enheterna. Vissa mätningar kan ske med hjälp av extern granskare.

Därtill görs regelbunden avstämning av nyckeltalen i fokusområden från verksamhetsplan och internbudget med täta intervall i ledningsgrupp och på U & U. Detta görs via verktyget PowerBI.

### **3.1.3 Individ/dokumentationsuppföljning**

Myndighetsavdelningen har ett ansvar för att följa upp att beviljade insatser genomförs på avsett vis och att beslutet motsvarar behovet. Beslut ska vid behov justeras. Särskild rutin för uppföljning av beslut på individnivå finns.

För att säkerställa att omsorgstagare i särskilt boende får sina behov tillgodosedda görs individuppföljningar på samtliga särskilda boenden, såväl kommunala som privata. Individuppföljningen ska ses som ett komplement till såväl brukarundersökning som övriga kvalitetsuppföljningar av varierande karaktär. Särskild rutin för individuppföljning i särskilt boende finns. Individuppföljningarna görs av handläggare på myndighetsavdelningen.

Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler genomförs årligen under ledning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering. Granskningen omfattar självgranskning av grunduppgifter och struktur i journalen och markörbaserad journalgranskning inom utvalt område. MAS och MAR granskar årligen också stickprov av journaler hos privata utförare som bedriver hälso- och sjukvård.

### **3.1.4 Avstämningsmöte måluppfyllelse/ uppföljningsdialog**

Alla enheter har ett basuppdrag utifrån lagstiftning, föreskrifter och omsorgsnämndens verksamhetsplan. Minst en årlig avstämning av basuppdraget/avtalet ska ske mellan uppdragsgivare och uppdragstagare. Vid uppföljning av en kommunal enhet deltar ansvarig omsorgschef/avdelningschef samt enhetschef. En mall framtagen av U & U ska användas som stöd vid uppföljningen. Avdelning U & U samordnar att underlag finns på plats.

Privata utförare har därtill ett avtal med vissa specifika krav. Vid möten med privata utförare deltar representant från U & U samt MAS och MAR. Som stöd vid uppföljning av privata utförare finns särskild mall för avtalsuppföljning. Vartannat år genomförs en fördjupad kvalitetsuppföljning i samband med avtalsuppföljning av de privata utförarna. Denna omfattar en fördjupad granskning av social dokumentation, rutiner och riktlinjer samt hantering av avvikelser och synpunkter.

### **3.1.5 Grundkrav**

Från och med 2019 finns det ett antal grundkrav som enheterna inom omsorgen ska klara. Grundkraven ska göra det tydligare vilka områden inom verksamheten som är prioriterade. Grundkrav finns inom områdena ekonomi, brukarnöjdhet, systematiskt kvalitetsarbete, samspelad organisation, arbetsmiljö och bemanning. Grundkraven varierar något beroende på vilken verksamhet det gäller. Mer information om gällande grundkrav finns att hämta på intranätet, [Omsorgsförvaltningens styrning - Växjö intranät \(vaxjo.se\)](https://www.vaxjo.se/intranat/omsorgsforvaltningens-styrning).

För de flesta grundkrav sker uppföljning både per delår i augusti och helår. Resultaten för flera av kraven samlas in direkt från verksamhetssystem eller liknande. För andra krav sker rapportering genom enkät till enhetschefer.

## **3.2 Fördjupningspaket**

Fördjupningspaketets delar aktiveras i de allra flesta fallen som en konsekvens av särskilda behov/händelser eller att enheten inte klarar fastlagda grundkrav.

### **3.2.1 Extramätningar**

Både brukarundersökning och processmätningar kan göras fler gånger utöver det som planeras förvaltningsövergripande. Initiativtagare kan vara både enheten själv, omsorgschef, MAS, MAR, SAS eller förvaltningschef. Ofta handlar det om att få en koll på om särskilda åtgärder gett resultat. I samband med att en tidigare mätning visat ett resultat som inte uppnår en godkänd nivå ska U & U alltid ta initiativ till att genomföra en extramätning inom sex månader.

### **3.2.2 Analysteam**

Analysteam kan sättas in på enheter med låg måluppfyllelse inom flera områden, där analys av orsaker till läget sker och ett förslag till uppdrag ges. En modell finns som utgångspunkt. Avdelning U & U sammanhåller upp till två analyser per år med ett tvärprofessionellt team. En styrgrupp fastställer uppdraget som enhetschef med omsorgschef ska genomföra. Till stöd finns bl.a. ordinarie ekonom och personalspecialist.

### **3.2.3 Observerande besök av kvalitet och verksamhet**

Ett observerande besök sker ute på en enhet för att få en bild av hur verksamheten fungerar, både i omsorgsarbetet och i förhållningssättet. Inom äldreomsorgen är besöken oanmälda, medan de inom omsorg funktionsnedsättning är föranmälda. Informationen består av observationer som dokumenteras i ett strukturerat formulär, samt intervjuer med omsorgstagare och medarbetare. Iakttagelser summeras i en rapport som delges enhetschef, omsorgschef och förvaltningschef. Årligen genomför avdelning U & U sex observerande besök på uppdrag av förvaltningschef.

### **3.2.4 Fokusutredning**

En fokusutredning omfattar avgränsade områden där behov finns av att förklara och förbättra resultat, t.ex. från brukarundersökning, ekonomi i obalans eller en inkommen synpunkt. I en mall specificeras vad som ska göras, när och hur, som sedan stäms av med uppdragsgivaren. Avdelning U & U håller samman fokusutredningar, som sker på uppdrag av förvaltningschef.

### **3.2.5 Chefstöd i mål- och uppföljningsarbete**

Många enheter behöver bli mer strukturerade i sitt mål- och förbättringsarbete för att nå starkare resultat. Basen är att årligen prioritera mål utifrån resultat, synpunkter/avvikelser och eventuella nya inspel i verksamhetsplanen. Till varje mål kopplas strategier, mätning och ansvar. Vid behov och önskemål stöttar avdelning U & U enhetscheferna i upprättandet och arbetet.

## 3.3 Särskilda uppföljningar

### 3.3.1 Förvaltningsövergripande mätningar

Rapportering sker till nationella undersökningar som Öppna jämförelser, KKIK (kommunens kvalitet i korthet) och KPB (kostnad per brukare), som ger underlag till jämförelser.

### 3.3.2 Kvalitetsregister

Förebyggande insatser och förbättringsarbete genomförs med stöd av kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska Palliativregistret och BPSD.

### 3.3.3 Externa granskningar

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kan göra såväl planerad som oanmäld tillsyn, exempelvis av barnverksamheten enligt LSS. En annan form av extern granskning sker via kommunrevisionen.

Inom hälso- och sjukvården genomförs extern granskning av läkemedelshanteringen på varje enhet minst var tredje år. Detta gäller även privata utförare. Granskningen utförs av farmaceut och MAS. De enheter som inte uppnår godkända resultat i PPM-mätningen av basala hygienrutiner och klädregler får ett observerande och stödjande besök, en så kallad hygienrond av sjuksköterska från vårdhygien på Region Kronoberg. Vid hygienronden deltar också MAS. Omsorgschef ansvarar för uppföljning av resultatet.

### 3.3.4 Uppföljning av samverkan

MAS har uppföljning av samverkan med vårdcentralerna omfattande bl.a. läkare/sjuksköterskesamverkan, tillgänglighet/tid, gemensamma rutiner, genomgång av resultatet i svenska palliativregistret och läkemedelsgenomgångar.

Avvikelse som rör samarbete mellan region Kronoberg och kommunen analyseras och följs upp i aggregerad form i samverkan med övriga länet och lokalt ansvarar MAS, MAR och SAS för den aggregerade analysen.

### 3.3.5 Beredskapsplan och uppföljning av ekonomisk status privata utförare

En beredskapsplan för avveckling av privata utförare finns framtagna. I samband med verksamhetsstart sker en uppföljning av ekonomisk status. För mindre verksamheter sker därefter årligen eller vid behov motsvarande kontroll. För större företag följs ekonomisk status upp vid behov. Syftet är att identifiera utförare som riskerar att vara på ekonomiskt obestånd. På samma sätt sker uppföljning av utförarnas tillstånd att bedriva verksamhet. Detta ger nämnden en möjlighet att ha beredskap för att hantera eventuella förändringar i verksamheten.

### 3.3.6 Summering Lex Sarah och Lex Maria

Summering av anmälningar enligt Lex Sarah görs i årsrapport. En uppföljning av föreslagna åtgärder i samtliga utredningar enligt Lex Sarah sker årligen för att se mönster i allvarliga avvikelser och få en bild av om föreslagna åtgärder vidtagits vid enheterna.

Summering av anmälningar enligt Lex Maria görs i patientsäkerhetsberättelsen och uppföljning av vidtagna åtgärder görs inom avvikelshanteringssystemet.

## 4. Återföring

### 4.1 Inom kommunen

#### *4.1.1 Löpande rapporter av mätresultat*

Återföring av resultat är en förutsättning för att uppföljningarna ska kunna bidra till förbättringar och utveckling av verksamheten. Mottagare av informationen och syftet avgör på vilken aggregeringsnivå och hur ofta resultatet förmedlas. Avdelning U & U har ansvar för återföringen.

Återkopplingen till enhetschefer/privata utförare sker genom lättbegripliga underlag som kommuniceras i nära anslutning till att resultatet av mätningen har sammanställts. Enhetens resultat står i fokus men underlaget ger också jämförelser, med goda exempel att använda som stöd.

I samband med årlig chefsdag anordnas ett resultat- och erfarenhetsseminarium för alla enheter, vilket är en arena för att samlat återföra resultat och kunna diskutera utvecklingsfrågor som uppmärksammas vid uppföljningar.

Enhetschefer/privata utförare ansvarar för att analysera materialet, identifiera styrkor och prioritera utvecklingsområden att arbeta vidare med på verksamhetsnivå. Avdelningen U & U kan vid behov bistå med analysstöd.

#### *Förvaltningsledning*

Förvaltningschefen är beställare av den uppföljning som sker inom ramen för modellen och får alltid återkoppling när resultaten är sammanställda. Återkopplingen ska ge förvaltningsledning en helhetsbild av resultatet utifrån uppsatta mål och särskilt uppmärksamma eventuella brister på systemnivå och orsaker som kan härledas till förutsättningar för verksamheten. Förvaltningsledningen ges också återkoppling på hur de enskilda verksamheterna arbetar med sina förbättringsområden.

#### *Omsorgsnämnden*

För att de förtroendevalda ska kunna fatta beslut, prioritera och sätta kvalitetsnivåer behövs information om resultat från uppföljningar. Nämnden får återkoppling genom aggregerade sammanställningar, alternativt på enhetsnivå när så anses lämpligt, med fokus på resultat för förvaltningen som helhet utifrån satta mål. Återföringen sker i regel i samband med delårsrapporter, årsrapport och patientsäkerhetsberättelse. Därtill återrapporteras genomförda uppföljningar på nämndens begäran.



#### **4.1.2 Samlad måluppfyllelse och omsorg i toppklass**

När utfallet av alla mätningar sammanställs skapas en helhet per indikator och enhet, som visar om en godkänd nivå nås (grönt) eller ej (rött). Avdelning U & U hanterar kvalitetstalen. I samarbete med personal- och ekonomiavdelningen belyses helheten i balanserad styrning. Den samlade måluppfyllelsen kommuniceras med såväl chefer som nämnd.

För att stimulera enheter att ständigt utvecklas och nå så goda, kvalitetssäkrade och balanserade resultat som möjligt har utmärkelsen omsorg i toppklass tagits fram. När en enhet uppfyller kriterierna ges en utmärkelse som gäller under ett år. Avdelning U & U håller samman konceptet omsorg i toppklass.

#### **4.1.3 Särskild återrapportering privata till nämnd**

Återrapportering sker två gånger per år, vid delår 2 och årsbokslut, utifrån en bestämd mall. Det som ska redovisas är:

- vilka uppföljningar som genomförts och på vilka företag
- kvalitet per område och företag
- avvikelser och påföljande åtgärder
- positiva exempel
- mönster i resultaten av uppföljningarna som lett till åtgärder

Med jämna mellanrum bjuds privata utförare in till nämnden för att beskriva verksamhet och dialog. I övrigt sker redovisning av olika mätningar på samma sätt som för kommunala utförare.

#### **4.1.4 Konsekvenser vid brister**

Med brister menas att enheten på ett eller flera allvarliga sätt inte uppfyller sitt uppdrag.

Detta kan ta formen av:

- Att enheten har låg ("röd") måluppfyllelse: det kan vara att grundkrav inte nås, vissa mål under en längre tid (två år i rad) inte klaras, eller ett lågt resultat på flera områden samtidigt
- Enheten brister i flera viktiga punkter i egenkontrollen
- Att samma typ av synpunkter eller avvikelser återkommer, utan att lämpliga åtgärder vidtas. Det kan också vara att tydliga brister i utförandet av basuppdraget uppmärksammas, i samband med uppföljning eller i det löpande arbetet.

Om bristen ligger på systemnivå är det där den ska hanteras. Är det enheten som avviker negativt ska enheten själv påbörja ett förbättringsarbete. Om enheten inte agerar ska omsorgschef ta upp frågan. Även förvaltningschef och avdelning U & U kan påkalla åtgärder.

Nedan följer en trappa för hur en brist i normalfallet ska hanteras och vid behov eskaleras.

Omsorgschef och förvaltningschef avgör om en brist behöver lyftas till ett nytt trappsteg.

1. Första steget är att enhetschef eller verksamhetschef (hos privata utförare) initierar och redovisar en plan för omsorgschef (eller uppdragsgivaren om privata utförare). I planen framgår vad som ska åtgärdas, hur det ska göras, och hur lång tid det tar. En normal tid för förbättringar i detta steg är upp till tre månader. Senast vid deadline redovisar enhetschefen hur arbetet genomförts. Uppföljning av enheten sker vid nästa ordinarie mättillfälle, eller via annan lämplig granskning.

För verksamheter som drivs av privata utförare där brister inte åtgärdats utifrån vad som anges i punkt 1, tas en större åtgärdsplan fram av avdelning U&U tillsammans med utföraren. Planen bör delas upp i delmål och extramätningar. Förvaltningschef beslutar om åtgärder.

2. Om bristerna är av allvarigare art och inte avhjälpas med det första steget, beslutar omsorgschef efter förarbete av enhetschef om en förbättringsplan på upp till 6 månader. Det kan vara aktuellt att tillsätta ett analysteam för att gå igenom enhetens arbetssätt, kultur och förutsättningar. (kommunal utförare)
3. Kan bristerna inte åtgärdats i steg 1 och 2, beslutar förvaltningschef efter förarbete av omsorgschef om en förbättringsplan på upp till ett år. Ansvar för genomförandet ligger på enhetschef och omsorgschef tillsammans. Planen bör delas upp i delmål och extramätningar. Vid behov det äskas om särskilda resurser/stöd för att öka möjligheten till framgång. (Kommunal utförare)
4. För privata utförare finns möjligheten att säga upp avtal, om utföraren bryter mot bestämmelser i avtalet. Konsekvenser av stora och eller långvariga kvalitetsbrister hos offentliga utförare hanteras av omsorgschef i samråd med förvaltningschef.

Om brister identifieras i andra delar av verksamheten tar förvaltningschefen upp detta med berörd avdelningschef och följer så långt som möjligt ordningen ovan.

## **4.2 Till omsorgstagare och medborgare**

Omsorgstagare ska få kännedom om uppföljningsresultat kopplat till den verksamhet de tillhör. Enhetschefen/privata utförare ansvarar för återföringen och att vid behov föra en dialog med berörda brukare/anhöriga kring tänkbara åtgärder.

Omsorgstagare och medborgare behöver inom ramen för LOV kunskap för att kunna göra informerade val t.ex. genom att jämföra olika verksamheter. På kommunens webbplats publiceras en länk till resultatet av Socialstyrelsens brukarundersökning. Vid behov av fördjupning och mer information finns möjlighet att kontakta chef vid myndighetsavdelningen.

Medborgare ska ha tillgång till information om hur omsorgsförvaltningens medel används och vad resultatet blir. De främsta verktygen för att informera medborgarna är nämndens delårs- och årsrapporter samt patientsäkerhetsplan/patientsäkerhetsberättelse som samtliga publiceras på kommunens webbplats.