



## Socialtjänsten

---

<b>Ansvarig</b>	<b>Utfärdad av</b>	<b>Berörda verksamheter</b>	<b>Version</b>
Kvalitetssamordnare	Eva Sjöstedt	Socialtjänsten	130228
<b>Dokumentnamn</b>	<b>Hantering av utgången rutin</b>		
Ledningens genomgång rutin	Kastas		

---

# Ledningens genomgång av kvalitetsledningssystemet

## Syfte

Syftet med genomgången är:

- att göra en analys av måluppfyllelse och resultat, vilket kan leda fram till nya strategier och prioriteringar i verksamheterna (*detta görs vid varje ledningens genomgång*) samt
- att bedöma om kvalitetsledningssystemet är lämpligt, tillräckligt och verkningsfullt, vilket kan leda till förbättring och ändringar i systemet (*detta görs lokalt i september och centralt i september*).

## Frekvens

Två gånger per år för uppföljning av målkedjan (centrala mål – nämndsmål – verksamhetsplan).

Minst en gång per år för uppföljning av kvalitetsrapporter.

Ledningens genomgång kan även göras löpande vid flera olika mötestillfällen under året.

## Arbetsätt

Genomgången görs i två steg; lokal genomgång och central genomgång.

Först görs en genomgång och analys lokalt i varje verksamhet. Denna genomgång utgör underlag för genomgång i socialtjänstens ledningsgrupp på central nivå (central genomgång).

Redovisning sker därefter till Socialnämnd.

## **Lokal genomgång i Socialtjänstens fyra verksamheter**

### **Deltagare**

Verksamhetens ledningsgrupp samt de övriga personer verksamhetschef bedömer lämpliga.

### **Dokumentation**

Verksamhetschef utser person som dokumenterar. Dokumentationen ska mailas till kvalitetssamordnare.

### **Återföring**

Återföring från lokal genomgång sker av verksamhetschef till central genomgång.

## **Agenda för lokal genomgång**

### **Del 1 Målkedjan (centrala mål-nämndsmål-verksamhetsplan)**

#### **Helårs före 15:e januari och delårs före 31:e maj**

I januari uppföljning av föregående års målkedja. I maj halvårsuppföljning av innevarande års målkedja.

- Centrala mål och indikatorer
- Nämndsplanens mål och indikatorer
- Verksamhetsplanens aktiviteter (tom 2012 Årets planering och BSC), samt
- Identifiera behov av förändringar och prioriteringar i verksamheterna utifrån måluppfyllelse och resultat

Dessutom i **januari**:

- Avstämning av Verksamhetskontroll (föregående år)

Dessutom i **maj**:

- Avstämning av Intern kontroll-uppdrag (innevarande år) från KF.

### **Del 2 Kvalitetsrapporter läsårsvis ht-vt senast den 5:e september**

- Redovisning av **resultat** från **Kvalitetsrapporter** omfattande minst:
  - Årets interna kvalitetsrevision
  - Fastlagda brukarundersökningar
  - Nyckeltalsjämförelser
  - Åsikt Kävlinge - synpunktshantering
  - Patientnämnden (gäller HV och HO)
  - Lex Sarah (gäller HO, HV och IFO)
  - Avvikelser och Lex Maria (gäller HV och HO)
- Identifiera behov av förändringar och prioriteringar i verksamheterna utifrån måluppfyllelse och resultat.
- Bedöm om kvalitetsledningssystemet är lämpligt, tillräckligt och verkningsfullt. Hjälper systemet oss att nå mål, att uppfylla krav, att bli bättre? Behöver något i kvalitetsledningssystemet förbättras eller ändras?

Den lokala genomgången Del 2 resulterar i **Handlingsplaner** samt förslag till **strategiska frågor**.

#### **Uppföljning av handlingsplaner efter årliga kvalitetsrapporter**

Handlingsplaner som skapas vid genomgång av årliga kvalitetsrapporter skrivs i tabellform med ansvarig och uppföljningsdatum (enligt mall "Handlingsplan efter analys av Kvalitetsrapport").

Ansvar och bevakning framgår av Handlingsplanen.

## **Central genomgång i Socialtjänstens ledningsgrupp**

### **Deltagare**

Minst socialtjänstens ledningsgrupp på central nivå.

### **Dokumentation**

Kvalitetssamordnare dokumenterar ledningens centrala genomgång.

### **Redovisning och återföring**

Redovisning från central genomgång sker till SN i februari (del 1) och i oktober (del 2), samt återförs genom verksamhets- och enhetschefer ut till personalen i organisationen.

## **Agenda för central genomgång**

### **Del 1 Målkedjan (centrala mål-nämndsmål-verksamhetsplan)**

#### **Helårs omkring 15-20 januari och delårs slutet maj/början juni**

I januari uppföljning av föregående års målkedja. I juni halvårsuppföljning av innevarande års målkedja.

- Centrala mål och indikatorer
- Nämndsplanens mål och indikatorer
- Verksamhetsplanens aktiviteter (tom 2012 Årets planering och BSC)
- Identifiera behov av förändringar och prioriteringar i verksamheterna utifrån måluppfyllelse och resultat

Dessutom i **juni**:

- Avstämning av Intern kontroll-uppdrag (innevarande år) från KF.

### **Del 2 Kvalitetsrapporter läsårsvis ht-vt senast 30:e september**

- Sammanfattande redovisning av **resultat, analys och handlingsplaner** från lokal genomgång i verksamheterna omfattande minst **Kvalitetsrapporternas**:
  - Årets interna kvalitetsrevision
  - Fastlagda brukarundersökningar
  - Nyckeltalsjämförelser
  - Åsikt Kävlinge - synpunktshantering
  - Patientnämnden (gäller HV och HO)
  - Lex Sarah (gäller HO, HV och IFO)
  - Avvikelser och Lex Maria (gäller HV och HO)
- Identifiera behov av förändringar och prioriteringar i verksamheterna utifrån måluppfyllelse och resultat.
- Bedöm om kvalitetsledningssystemet är lämpligt, tillräckligt och verkningsfullt. Hjälper systemet oss att nå mål, att uppfylla krav, att bli bättre? Behöver något i kvalitetsledningssystemet förbättras eller ändras?

### **Kommande års verksamhetsplan**

Beslut om de strategiska frågor för kommande år, som ska omsättas i Verksamhetsplanerna.