

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

## *-Värnäs 12-stepsbehandling*



---

*-vad säger vi att vi ska göra?  
-gör vi det vi säger att vi ska göra?  
-hur kan vi göra för att vi ska göra det vi säger att  
vi ska göra?*

---

<b>1 Inledning</b> .....	<b>4</b>
1.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	5
1.3 Syfte .....	6
1.4 Ledningssystemet som ett förbättringshjul.....	6
<b>2 Dokumentation av kvalitetsarbetet</b> .....	<b>6</b>
2.1 Kvalitetsberättelse .....	7
2.2 Patientsäkerhetsberättelse .....	7
<b>3 Verksamhetsplanering</b> .....	<b>8</b>
3.1 Kvalitetsårshjul 2016/17.....	8
3.2 Mål, uppdrag, indikatorer och uppföljning .....	9
3.3 Prioriterade områden 2017 .....	9
3.4 Vårnäs aktivitetsplan 2016/17 .....	10
3.5 Egenkontroll/Internkontroll 2017 .....	11
3.6 Planerat (Pågående) förbättringsarbete 2017 .....	11
<b>4 Ansvarsfördelning inom ledningssystemet</b> .....	<b>11</b>
4.1 Verksamhetschef .....	12
4.2 Programledare.....	12
4.3 Medarbetare.....	13
<b>5 Beskrivning av processer och rutiner</b> .....	<b>13</b>
5.1 Processflöde behandlingsinsats .....	15
5.2 Anmälan/ansökan .....	16
5.3 Bedömning .....	16
5.4 Planering och dokumentation.....	16
5.5 Insats .....	17
5.5.1 Introduktionfas .....	17
5.5.2 Tolvstegsträning.....	17
5.5.3 Eftervård .....	17
5.5.4 Förlängd behandling .....	17
5.5.5 Anhörigprogram.....	17
5.6 Uppföljning av insats .....	18
5.7 Avslut .....	18
5.8 Styr- och stöddokument - insats .....	18

<b>6 Stödprocesser</b> .....	<b>19</b>
6.1 Överlämning .....	19
6.2 Rådgivarträff (kvalitetsmöte) .....	19
6.3 Personal och kompetensutveckling .....	19
6.3.1 Medarbetarsamtal .....	19
6.3.2 Arbetsplatsträff (APT) .....	19
6.3.3Handledning .....	20
6.4 Verksamhetsstöd – it och telefoni .....	20
6.4.1 INFOSOC .....	20
6.4.2 DOK (Dokumentationssystem inom missbrukarvården) .....	20
6.5 Kvalitetssamordnare .....	20
<b>7 Samverkan</b> .....	<b>20</b>
<b>8 Systematiskt förbättringsarbete</b> .....	<b>21</b>
8.1 Verktygen för det systematiska förbättringsarbetet .....	21
8.1.1 Riskanalys .....	21
8.1.2 Klagomål och synpunkter .....	22
8.1.3 Avvikelse .....	22
<b>9 Lagar, förordningar och föreskrifter</b> .....	<b>23</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>24</b>

---

*Eskilstuna, Flen, Katrineholm, Strängnäs och Vingåker bildar tillsammans Vårdförbundet Sörmland som i egen regi driver verksamhet inom missbruksvård, ungdomsvård och familjerådgivning. Vårdförbundets syfte och målsättning är att säkerställa att alla i medlemskommunerna med en problematik avseende alkohol/droger alternativt relationsproblem inom familjen, får lättillgänglig och effektiv vård och behandling. Vårdförbundets uppdrag omfattar också upphandling av vårdplatser åt förbundsmedlemmarnas och övriga fyra Sörmlandskommuners socialtjänst hos andra huvudmän. I uppdraget ingår rådgivning, uppföljning och utvärdering.*

---

## 1 Inledning

Várnäs behandlingshem är den del av Vårdförbundets verksamhet som bedriver missbrukarvård riktad till vuxna män och kvinnor. Verksamheten har inom ramen för uppdraget, så som det formuleras ovan, utvecklat en organisatorisk modell som bygger på hög tillgänglighet tillsammans med ett strukturerat och högintensivt behandlingsprogram<sup>1</sup>. Sedan 1996 har medlemskommunernas invånare med missbruksproblem möjlighet att själva söka hjälp genom ”Öppet Intag”. De kan utan biståndsbeslut och anonymt gentemot hemkommunens socialtjänst snabbt komma i behandling (14 dagar från första samtal till påbörjad insats). En betydelsefull del i ett effektivt öppet intag är att man på plats dessutom inleder varje behandling med en medicinsk stödd avgiftning. Genom detta förenklade tillvägagångssätt, utanför gängse myndighetsutövning, och en sammanhållen vårdkedja utan avbrott eller fördröjningar möjliggörs insatser av hög kvalitet till en bredare grupp och i ett tidigare skede i missbruket.

Behovet ute i kommunerna är stort och patientgenomströmningen hög, verksamheten ska under innevarande verksamhetsår genomföra minst 10 400 vårddygn fördelat på de ca 300 patienter som årligen får behandling för sitt beroende.

Öppet intag tillsammans med den tidsbegränsade, strukturerade och processintensiva behandlingen utövar ett hårt tryck på verksamheten. Hög patientgenomströmning ställer stora krav på effektivitet och tydliga rutiner. Behandlingsorganisationen i sig själv ger en rad processer, delprocesser och övergångar mellan processer där insatsens kvalitet utsätts för ständiga prövningar. Till detta ska läggas styrningen av det socialtjänstsammanhang – lagstiftning och handläggningsrutiner - där verksamheten ingår. Som synes är behandling en

---

<sup>1</sup> Vårdförbundet Sörmland, Verksamhetsplan 2016.

komplex verksamhet där mycket kan påverka resultatet. En medvetenhet och ett förhållningssätt som bygger på systematik i den dagliga verksamheten med utgångspunkt i denna omständighet är därför nödvändigt. Ett systematiskt kvalitetsarbete innebär ett strategiskt arbete för säkerställandet Vårdförbundets ambitioner att utifrån behov ge rätt hjälp i rätt tid av rätt utförare.

## **1.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Direktionen för Vårdförbundet Sörmland har givit förbundschefen i uppdrag att i enlighet med SOSFS 2011:9 upprätta ett ledningssystem med syfte att säkerställa verksamheternas kvalitet. Däri ligger ansvaret på verksamhetscheferna att säkerställa processer, rutiner och ansvar för upprätthållandet av en verksamhet av god kvalitet<sup>2</sup>. Ledningssystemet omfattar de mål och krav som formulerats i lagstiftning, allmänna riktlinjer eller genom indikatorer i direktionens strategiska planering, budget och verksamhetsplaner. Direktionens beslutade verksamhets- och kvalitetsmål för innevarande verksamhetsår är därför en betydelsefull del av kvalitetsledningssystemet. Vidare anges i socialtjänstlagen ett antal principer som verksamheten ska följa. Det är bland annat mål om jämlikhet, självbestämmande och integritet, dvs etiska riktlinjer samt aspekter av evidensbaserad praktik och genusmedveten styrning och verksamhetsutveckling.

### **Förteckning över styrdokument**

- **Budget** Vårdförbundet Sörmland 2016-2018
- **Verksamhetsplan** Vårdförbundet Sörmland 2016
- **SOSFS 2009:4** Bemyndigande: 8 kap. 2 och 5 §§ socialtjänstförordningen (2001:937)  
Tillämpningsområde: Föreskrifterna tillämpas på hem för vård eller boende som drivs i kommunal eller enskild regi.
- **SoF 2001:937**
- **Socialtjänstlagen**
- **Delegationsordning för Vårdförbundet Sörmland**
- **Etiska riktlinjer:**
- **Sekretesslagstiftningen**
- **Kommunallagen**

Verksamhetschef ansvarar för uppdatering, sortering och tillgänglighet till styrdokumenterna inom ramen för kvalitetsledningssystemet. Målsättningen är att dessa dokument successivt ska publiceras på Vårdförbundets intranät för att öka tillgänglighet och säkerställa aktualitet.

---

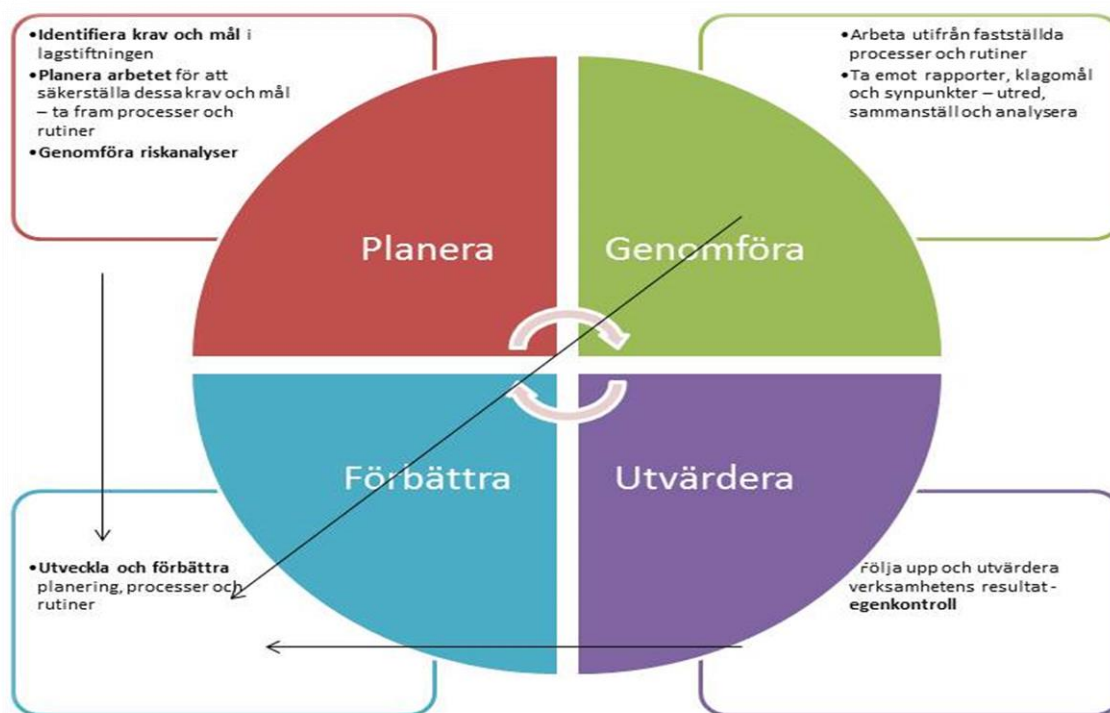
<sup>2</sup> Med kvalitet avses i socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

### 1.3 Syfte

Ledningssystemets syfte är att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

### 1.4 Ledningssystemet som ett förbättringshjul

Att nå en verksamhet av god kvalitet, att upprätthålla och utveckla kvalitet i relation till identifierade brister/avvikelser eller omvärldsförändringar innebär att det finns ett system för att dels identifiera brister, att ta hand om identifierade brister samt en förmåga att löpande åtgärda brister. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete bygger därför i mångt och mycket på en idé om ständiga förbättringar. Ledningssystemet ska så att säga ge struktur för de processer som krävs för igångsättandet av förbättringsarbete. Processer som identifierar och dokumenterar är därför avgörande förutsättningar. Viktigt är också att alla medarbetares ansvar och rollers förväntningar är nogga tydliggjorda. Nedan ges en schematisk bild som kan illustrera grundläggande tankegångar och organisering för modellen:



## 2 Dokumentation av kvalitetsarbetet

Dokumentationen av kvalitetsarbetet utgörs av detta dokument, riskanalyser, tillsynsbeslut, Lex-utredningar, och verksamhetens egenkontroller samt protokoll från ledningsgrupper och arbetsplatsträffar, rådgivarmöten samt nyhetsbrev och verksamhetsberättelser etc.

Inkomna klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras. Det samma gäller avvikelser som rapporteras av personal när rutiner och riktlinjer inte följts. Sammanställning och analys

ska också innefatta tillsynsrapporter. Verksamhetschef ansvarar för att arbetet följs upp i avdelningen för Vårdförbundets ledningsgrupp. Återrapportering sker på arbetsplatsträffar

All dokumentation finns samlad och systematiserad i register under Várnäs behandlingshems mappsystem på intranätet. Verksamhetschefen har ansvar för att listor och register är aktuella men kan delegera detta till kvalitetssamordnaren.

Kvalitetsledningssystemet ska ingå i Vårdförbundets årliga kvalitetsberättelse som är en integrerad del i Vårdförbundets verksamhetsberättelse.

Ledningssystemet ska i december-januari varje år revideras för att bedöma systemets lämplighet och effektivitet.

## 2.1 Kvalitetsberättelse

Mot bakgrund av den dokumentation som skapas och det arbete som bedrivs inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen på Várnäs behandlingshem årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Av denna ska det framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående år,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet,
- vilka kvalitativa och kvantitativa resultat som har uppnått

## 2.2 Patientsäkerhetsberättelse

Verksamhetschefen ska tillsammans med sjuksköterska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Senast den 1 mars varje år ska en patientsäkerhetsberättelse upprättas där det framgår:

- Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Då kvalitetsberättelsen är en del av kvalitetsledningssystemets årshjul för 2017 är 2018 det första året för vilken en kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse upprättas som del av årsredovisningen.

### 3 Verksamhetsplanering

I planeringsprocessen utgår verksamhetschef från erfarenheter av avvikelser, synpunkter och klagomål, tillsynsbeslut, egenkontroll och riskanalys.<sup>3</sup> Dessa diskuteras med personalgrupp och blir en av utgångspunkterna inför nästkommande års planering. Erfarenheterna, Vårdförbundets övergripande mål och Vårnäs verksamhetsplan blir byggstenar i den aktivitetsplan som sedan fastställs för nästkommande år. Detta kan innebära revidering av rutiner, planering för kompetensförsörjning (utbildning), implementering av nya metoder, rekrytering av personal, nya samarbeten eller översyn av lokalernas utnyttjande etc.

#### 3.1 Kvalitetsårshjul 2016/17

Kvalitetsarbete och förbättringsarbete är ständigt pågående. För att säkerställa genomförandet av vissa av de aktiviteter som ingår i ledningssystemet utgör följande årshjul ett stöd i arbetet:

När	Aktivitet
december	Med utgångspunkt i verksamhetsplan upprättas en aktivitetsplan tillsammans med den övergripande egenkontrollen.
Januari/Februari	Vårdförbundets verksamhetsberättelse för föregående år innehållande kvalitetsberättelse upprättas. Genomgång av ledningssystemets funktionalitet. Ledningssystemet revideras och antas av Ledningsgruppen. Bokslut
Mars	Patientsäkerhetsberättelse
Augusti/September	Årlig riskanalys planeras och genomförs inför nästkommande verksamhetsplan
Oktober/December	Verksamhetsplanering på förbunds nivå
Löpande under året	Förbättring av processer och rutiner Riskanalyser vid förändringar Löpande arbete med egenkontroll Utredning och hantering av avvikelser, synpunkter, klagomål, tillsynsrapporter och rapporter från patientnämnden. Omvärldsbevakning av nya lagar/regler Analys av nationella jämförelser

<sup>3</sup> Ledningen kan även ge en programansvarig i uppdrag att riskbedöma en viss process



### 3.2 Mål, uppdrag, indikatorer och uppföljning

Direktionen för Vårdförbundet Sörmland identifierar i årsbudget och planeringsdirektiv (verksamhetsplan) för 2017 – 2018 ett antal strategiska mål, utvecklingsuppdrag, verksamhetsmål, och resultatindikatorer som berör Vårnäs. Verksamhetschef ansvarar för dokumentation och rapportering samt att mål och uppdrag bryts ner till aktiviteter (aktivitetsplan) vilka implementeras i ledningssystemet för senare uppföljning i kvalitetsårsberättelse.

### 3.3 Prioriterade områden 2017

Samtliga verksamheter ska under året fortsätta arbetet med framtagande och implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet är att verksamheterna ska ha en dokumenterad kvalitet som har omvärldens förtroende och som kan möta konkurrerande alternativ till Vårdförbundets verksamheter. Det systematiska kvalitetsarbetet innefattar även insatser som höjer personalens kompetens inom ramen för evidensbaserad praktik. Genom att aktivt arbeta med kvalitetsutveckling och ökad kunskap är strävan att Vårdförbundet Sörmland skall vara en attraktiv arbetsgivare.

#### Mål

Nr	verksamhetsmål/uppdrag	Återrapportering till direktion
1	Upprätta och påbörja implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Ansvarig verksamhet redovisar en sammanställning vid årets slut till direktionen
2	Utveckla verksamhetsportal på Vårdförbundets intranät	Kvalitetssamordnare redovisar
3	Att genomföra kvalitetsmätning genom att erbjuda samtliga patienter som genomför primärbehandlingen möjlighet att besvara en IT-baserad enkät med frågeställningar som mäter hur nöjd patienterna är med behandlingens olika delar.	V.C
4	Minska andelen patienter som avbryter behandlingen	Bokslut
5	Öka kompetensen hos vårdgivande personal	Bokslut

Id	Indikator/uppföljningsmått	Senaste utfall	Målnivå 201?	Koppling till mål/uppdrag (nr)
<b>A</b>	Väntetiden mellan första samtal och inskrivning	X	14 dagar	
<b>B</b>	Andel avslutade primärbehandlingar	X	70%	<b>4</b>
<b>C</b>	Minst 50% av patienterna som nås genom uppföljningen skall ha uppnått en stadigvarande drogfrihet 1 år efter behandling		50%	<b>3,4,5</b>
<b>D</b>	Minst 50% av patienterna som nås genom uppföljning skall vara aktiva i självhjälsgrupper 1 år efter avslutad behandling		50%	<b>3,4,5</b>
<b>E</b>	75% av patienterna skall vara nöjda med behandlingens olika delar		75%	<b>3</b>

### 3.4 Värnäs aktivitetsplan 2016/17

Uppdrag och Verksamhetsmål	Aktivitet	Uppföljning	Ansvar
Minska andelen patienter som avbryter behandlingen	Seminarium om bemötandefrågor och motivationsarbete.	Delårsrapport/bokslut	V.C
Öka kompetensen hos vårdgivande personal	All behandlingspersonal som inte är certifierade ska certifieras under 2017.	Delårsrapport/bokslut Medarbetarsamtal	V.C
Verksamheten ska utgå från principen om evidensbaserad praktik	Personal ska under året delta i konferenser eller föreläsningar med vetenskaplig kvalitet	Delårsrapport/bokslut APT, Medarbetarsamtal	V.C
Värnäs ska vara en attraktiv arbetsgivare	Introduktion och individuella utvecklingsplaner. Kompetensförsörjningsplan	Medarbetarsamtal, Ledningsgrupp, Delårsrapport/bokslut	F.C

Öka kunskapen och kännedomen om öppet intag i medlemskommunerna	Informations och samverkansinsatser löpande under året.	Delårsrapport/bokslut	V, C
	Upprätta rutiner, implementera avvikelserapportering och synpunktshandling. Utveckla portal på Vårdförbundets intranät	Ansvarig verksamhet redovisar en sammanställning vid årets slut till direktionen	V.C

### 3.5 Egenkontroll/Internkontroll 2017

Identifierade processer och indikatorer har tagits fram mot bakgrund av nationella kvalitetsindikatorer, mot Vårdförbundet Sörmlands verksamhetsmål, mot lagstiftning och mot områden som identifieras som utvecklingsområden i den löpande verksamheten. Inom ramen för verksamheten på Várnäs och mot bakgrund av de yttre såväl som inre organisatoriska krav som ställs avseende säkerhet och kvalitet ska Várnäs kontrollera och följa upp följande:

Rutin/process/system	Kontrollpunkt	Metod/frekvens	Ansvar
Dokumentation	Journal	Stickprov om 15 journaler 4 ggr/år	V.C

### 3.6 Planerat (Pågående) förbättringsarbete 2017

Varje förbättringsarbete som Várnäs genomför ska ha tydliga arbetsordningar och ansvarsområden för delaktig personal. Det är viktigt att det är tydliggjort vad man ska göra, varför man ska göra det samt hur och när. För att säkerställa att allt verkligen blir gjort är det dessutom viktigt att det fastställs vem som följer upp resultatet och när detta sker. Vi behöver också återkoppla resultaten till gruppen och enas om eventuella korrigeringar. Dokumentation och register över förbättringar ska vara kontinuerligt uppdaterade och lätt åtkomligt på intranätet.

Förbättringsområde	Beskrivning	Arbetsuppgifter	Uppföljning	Ansvar

## 4 Ansvarsfördelning inom ledningssystemet

Ansvar för arbetsuppgifter utifrån ledningssystemet följer de befintliga strukturerna för fördelning av ansvar och befogenheter inom verksamheten.

Den grundläggande utgångspunkten är att arbetet med kvalitet är ett personligt åtagande, där medarbetare utifrån de förutsättningar arbetsgivaren ger har att ansvara för kvaliteten i sitt eget arbete.

#### **4.1 Verksamhetschef**

Verksamhetschef ansvarar för att:

- Upprätta och upprätthålla giltiga rutiner och riktlinjer.
- Verksamhetens personal arbetar i enlighet med fastlagda processer och rutiner.
- Ett systematiskt förbättringsarbete bedrivs genom att.
  1. löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet
  2. utöva egenkontroll
  3. ta emot och utreda synpunkter, klagomål och avvikelser
  4. skapa strukturer och processer för att möjliggöra personalens delaktighet i kvalitetsarbetet, tex
  5. analysera resultatet av arbetet och vidta de förbättringsåtgärder som behövs inom det egna området
  6. för förbundschefen påtala behovet av förbättringsåtgärder, behov av riktlinjer etc. som spänner över flera områden eller där verksamhetschef inte själv kan fatta beslut.
  7. dokumentera kvalitetsarbetet i verksamhetsberättelse

#### **4.2 Programledare**

Programledaren har ett övergripande ansvar för hela verksamheten vilket omfattas av:

- Värna de grundläggande värderingarna i 12-stepsprogrammet.
- Ge verksamhetschef underlag för in- och utskrivningar.
- Att innehåll i 12-stegsträningen är ändamålsenligt med patientgruppens förutsättningar över tid.
- Tillsammans med verksamhetschef tillse att verksamheten utvecklas genom ett aktivt kvalitetsarbete och i detta utforma rutiner för uppföljning och utvärdering.
- Vara delaktig i framtagande av styrdokument
- Verka för att utvecklingsuppdrag genomförs enligt planering.
- Ansvara för bemanning
- Mentorskap
- Aktivt deltagande i behandlingen
- Ingå i Värnäs ledningsgrupp

### 4.3 Medarbetare

Om god kvalitet och hög patientsäkerhet skall uppnås är personalens engagemang och delaktighet en nödvändighet. Medarbetarna ska, oavsett anställning, ansvara för att arbeta med förbättringsarbete vilket innebär

- påtala när riktlinjer och rutiner saknas eller inte fungerar
- bidra till kvalitetsutvecklingen inom området- t.ex. genom att arbeta enligt konceptet ständiga förbättringar.
- rapportera brister i kvaliteten
- rapportera missförhållanden/risk för missförhållanden
- arbeta i enlighet med fastlagda riktlinjer och rutiner

## 5 Beskrivning av processer och rutiner

Vårnäs är en verksamhet som bedriver beroendebehandling med integrerad avgiftning. Målet för den dagliga verksamheten är att tillhandahålla en högintensiv och strukturerad institutionell behandling under trygga och säkra former. Uppdragsgivarna är medlemskommunernas socialnämnder och för Vårnäs innebär det att verksamhetens rutiner delvis måste synkroniseras mot socialtjänsternas krav på planering och uppföljning.

Att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter är en av de grundläggande utgångspunkterna för ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>45</sup>. För att det ska vara möjligt att styra, kontrollera och förbättra i enlighet med styrdokumentet är verksamheten beroende av tydliga och väl implementerade rutiner.

Verksamhetschef har ansvar för att rutiner upprättas, implementeras och vid behov revideras efter t ex lagändring, verksamhetsförändring och efter riskanalys eller tillsyn. Implementering måste förstås som en ständigt pågående process och bör för säkerställandets skull ha en ständig närvaro i vardagsarbetet. Rutiner och revidering av rutin ska dokumentas och förvaras daterad och signerad i en särskilt upprättad och en för medarbetarna lätt åtkomlig pärm. Rutiner är dessutom lätt åtkomliga på Vårdförbundets intranät.

<sup>4</sup> HSL, SoL, SOFS 2003:20 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för vård och boende, SoT 2001:937 mm.

<sup>5</sup> Lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer som identifierats som styrande av verksamheten finns i en sammanställning sist i dokumentet.

Rutinens syfte är att reglera och säkerställa innehåll, planering och uppföljning i varje process och delprocess. Dessutom ska rutiner säkerställa övergången mellan processer. I enlighet med Socialtjänstlagen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för HVB SOSFS 2003, Hälso – och sjukvårdslagen och nationella riktlinjer för missbrukarvården samt de förutsättningar som anger formerna för samverkan med förbundets medlemskommuner och externa remitter har en rad processer och underprocesser identifierats och rutiner för dem utarbetats som anger vilka aktiviteter som ska utföras, i vilken ordning detta ska ske och var ansvaret ligger för att respektive process/aktivitet genomförs.

Várnäs verksamhet avgränsar sig till utförandet av insats (behandling) med viss eftervård samt den samverkan som insatsen fodrar. I utförandet ryms en rad kontakter med andra aktörer<sup>6</sup> varvid rutiner för processer för säkerställande av trygg och säker vård, dvs säker informationsöverföring, blir särskilt angeläget. Den övergripande processen illustreras enligt flödesschema nedan.

---

<sup>6</sup> Till detta ska läggas de informationsinsatser som Vårdförbundet löpande genomför ut mot medlemskommuner och externa aktörer.

## 5.1 Processflöde behandlingsinsats



## 5.2 Anmälan/ansökan

Vårnäs får kännedom om nya patienter på två sätt - öppet intag och ansökan från extern remittent.

Patienter som omfattas av öppet intag förväntas själva *anmäla behov* till Vårnäs. För externa remitterter dvs socialnämnd, kriminalvården, företagshälsovård osv föregås *ansökan* vanligtvis av ett biståndsbeslut.

Se Rutin för hantering av anmälan och tidsbokning samt

Rutin för ansökan, överlämning och bedömning av patient med extern remittent.

## 5.3 Bedömning

Verksamhetschefen har i samband med beslut om inskrivning en skyldighet enligt SoF 2001:937 att göra en bedömning huruvida verksamheten kan tillgodose patientens behov med hänsyn tagen till den enskildes behov, ålder, kön, utbildning och personliga förhållanden i övrigt. Bedömning görs efter överlämning från remittent och/eller sjuksköterska.

*Inskrivningsprocessen finns beskriven i introduktionsavdelningens rutinsamling samt*

*Rutin för inskrivning och introduktion av ny patient.*

## 5.4 Planering och dokumentation

Överlämning av patientinformation efter inskrivning görs till behandlingsgruppen av tjänstgörande sjuksköterska på överlämningsmöte (se rutiner beskrivna i avsnittet ovan). Rådgivargruppen gör därefter en första planering av den fortsatta behandlingen. Kontaktperson ansvarar för att en individuell genomförandeplan upprättas i samråd med patienten.

All dokumentation som rör genomförandet av insats och den rapportering och återkoppling som följer med detta sker enlighet med de kvalitetskrav som vårdförbundet utläser i lagstiftningen.

Journal förs i enlighet med krav så som de framställs i 11 kap. 5 § SoL samt 4 kap. SOSFS 2014:5, om dokumentation. Genomförandeplan upprättas i enlighet med 6 kap. 2 § allmänna råd, SOSFS 2014:5.

Dokumentationens kvalitet följs upp med stickprov av 15 patientjournaler varje kvartal. Ansvarig för detta är verksamhetschef, resultatet redovisas i Vårnäs register för egenkontroll. Kvalitetssäkring sker kontinuerligt genom verksamhetschefsledda möten med rådgivarna, APT samt individuella utvecklingsplaner.



## 5.5 Insats

Primärbehandling vid Várnäs är uppdelad i introduktionsfas, 12-stegsträning och eftervård. 12-stegsbehandling är en evidensbaserad behandlingsmetod, som enligt Socialstyrelsens riktlinjer visar effekt genom att utmärkas av klar struktur, fokus på missbruket och beroendet, väldefinierade åtgärder samt detaljerade riktlinjer (manual).

### 5.5.1 Introduktionsfas

Primärbehandlingen inleds med introduktionsfasen. Under introduktionen påbörjas parallellt med en medicinsk avgiftning/abstinensbehandling också ett grundläggande motivations-/behandlingsprogram.

Den del av introduktionen som handlar om avgiftning och medicinsk omvårdnad är en verksamhet som sker i samverkan med Landstinget Sörmland. Verksamheten leds av en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och lyder under Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). För beskrivning av säkerställande av behandlingsprocess se [Rutiner för introduktionsbehandlingen](#)

### 5.5.2 Tolvstegsträning

Efter avslutad introduktion har patienten möjlighet att fortsätta in i den reguljära 12-stegsbehandlingen. Behandlingen följer ett behandlingsintensivt och strukturerat 28-dagars program. Behandlingsprogrammet, innehåller morgonmöten, föreläsningar (35 olika teman) och gruppsamtal med olika inriktningar. Mellan programpunkterna finns utrymme för individuella samtal efter behov.

### 5.5.3 Eftervård

Patienterna kommer efter primärbehandlingen på återbesök vid fyra tillfällen under den kommande sexmånadersperioden. Patienterna rekommenderas att regelbundet besöka självhjälsgrupper i sina hemkommuner. I Eskilstuna och Strängnäs kommuner erbjuds dessutom eftervård.

### 5.5.4 Förlängd behandling

För patienter med en mer komplicerad problembild finns möjlighet att fortsätta behandlingen i *förlängd behandling* (1-3 mån). I förlängd behandling finns utrymme för individuellt anpassade behandlingsinslag. Stor vikt läggs vid planering av livet efter behandling, detta sker i samverkan med socialtjänsten i hemkommunen och/eller annan remittent.

### 5.5.5 Anhörigprogram

I vårdavgiften ingår att varje patient ges möjlighet att bjuda in tre närstående personer till ett anhörigprogram. Anhörigprogrammet omfattar tre dagar samt minst en återbesöksdag efter en månad. Deltagarna rekommenderas därefter att söka stöd i de självhjälsgrupper som finns i många städer.

## 5.6 Uppföljning av insats

Uppföljning och rapportering till remittent, veckovis samt slutrapportering, kvalitetssäkrar uppdraget i relation till planering (genomförandeplan). Under primärbehandlingen genomförs tre strukturerade uppföljningssamtal med patienten vars syfte är att samla in information till uppföljning. I samband med utskrivning görs också en enkätstött patientutvärdering. I primärbehandlingen genomförs varje vardag tre strukturerade behandlingsmöten för att följa upp behandlingsinsatsen och säkerställa att patienten och patientgrupperna ligger i fas med programmet.

Samtal och eventuella bedömningar diskuteras på rådgivarnas uppföljningsmöte och dokumenteras i journal.

## 5.7 Avslut

Efter fullgjord behandling fattar verksamhetschef beslut om avslut och utskrivning enligt Rutin vid avslut och utskrivning.

## 5.8 Styr- och stöddokument - insats

Insatsen, dvs hela den samlade vistelsen på Vårnäs med tillhörande eftervård, styrs och säkras med fem huvuddokument:

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Vårnäs 12-stegsbehandling. Dokumentet beskriver ledningssystemets principer och uppbyggnad.

Verksamhet – administration, ansvar och regelverk är en beskrivning av verksamheten. Här finns organisation, administration, ansvarsområden, gemensamt regelverk, syfte och programinnehåll tydliggjort.

Rutinsamling. Rutinerna är samlade i en fysisk dokumentsamling i anslutning till arbetsplatsen, dokumenten är också tillgängliga på intranätet. Rutinerna beskriver processen samt hur processen säkras vid övergångar mellan olika steg under behandlingen och den tillhörande handläggningen.

Till detta läggs checklistor, handlingsplaner, handböcker, lathundar, blanketter osv som finns samlade under dokumentsamlingen Stöddokument.

Dokumentet Behandlingsmanual är av handbokskaraktär och syftar till att säkerställa behandlingsmodellens programtrohet och ge vägledning i pedagogiska frågeställningar. Här finns råd och anvisningar för hur kvalitet i samtal, föreläsningar och behandling i grupp kan upprätthållas och stärkas.

## 6 Stödprocesser

### 6.1 Överlämning

I primärbehandlingen genomförs varje vardag tre strukturerade behandlingsmöten för att följa upp behandlingsinsatsen och säkerställa den initiala överlämningen mellan introduktionsavdelning och primärbehandling.

### 6.2 Rådgivarträff (kvalitetsmöte)

Rådgivarträff är en arena för rådgivare och sjuksköterskor. Verksamhetschefen leder mötet som infaller varje torsdag. Mötet utgår från en fastslagen dagordning. Ärenden aktualiseras av deltagarna själva i samråd med verksamhetschef. Dagordningen ger utrymme för, intern handledning gällande patienter, den egna processen som behandlare samt regelgenomgångar, uppdateringar, förändringar och genomförande. Vid behov kan mötet göras om till samverkansmöte med öppenvården i ägarkommunerna.

### 6.3 Personal och kompetensutveckling

Sättet att tala om och tänka på kvalitet och utveckling handlar om organisationskultur. Det bästa och effektivaste sättet att påverka denna kultur är genom noggrann rekrytering, utbildning och kompetensutveckling.<sup>7</sup>

Dokumentet *kompetensförsörjningsplan* är ett verktyg för strategisk verksamhetsplanering men används också i planeringen av kompetenshöjande insatser på individnivå.

#### 6.3.1 Medarbetarsamtal

Medarbetarsamtalet är en viktig del av verksamhetsutvecklingen och ett redskap för att nå de mål Vårdförbundet strävar mot. Genom samtalet kan chefen också fånga upp idéer som kan vara till nytta i arbetet. Medarbetarsamtalen är förlagda i september månad i Vårdförbundets årshjul.

#### 6.3.2 Arbetsplatsträff (APT)

Arbetsplatsträffarna utgör det viktigaste forumet där sammanhållen och likriktad information delges medarbetarna och initiativ till nytänkande följs upp. Verksamhetschefen är sammankallande och träffen genomförs utifrån en fast dagordning där *kvalitet* med underrubrikerna *avvikelse*, *rutiner* och *förbättringsarbete* har en fast punkt.

<sup>7</sup> Vårdförbundet lägger stor vikt vid den framtagna kompetensprofilen vid rekryteringen av nya medarbetare.

### **6.3.3 Handledning**

Handledningen har processinriktning och följs upp genom avrapportering till den uppdragsställande verksamhetschefen. Ambitionen är att styra grupprocessen med riktade handledningsmoment.

## **6.4 Verksamhetsstöd – it och telefoni**

Värnäs ansluter till Vårdförbundets telefoni-, IT-lösningar och stödsystem.

### **6.4.1 INFOSOC**

Verksamhetsstödet levereras av INFOSOC, rättsdata AB. Verksamhetsstödet består av ett paket med moduler för kvalitetsmätning, avvikelserapportering och elektroniskt journalsystem. Dessutom är stöd och utbildning i socialrättsliga frågor tillgängligt via leverantören.

### **6.4.2 DOK (Dokumentationssystem inom missbrukarvården)**

DOK är ett system som bygger på halvstrukturerade klientintervjuer vid inskrivning, avstämning, utskrivning och vid uppföljning inom olika delar av missbrukarvården. Systemet består förutom formulär av en implementeringsorganisation med dataprogram, utbildning och kontinuerligt stöd. Systemet används främst för kunskapsinhämtning inför verksamhetsplanering och utveckling.

## **6.5 Kvalitetssamordnare**

Sedan hösten 2016 är en tjänst om 50% upprättad med syfte att stödja upprättande, implementering och uppföljning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Vårdförbundet Sörmlands verksamheter. Kvalitetssamordnaren svarar för stöd mot chefer och verksamheter.

## **7 Samverkan**

Vårdförbundet har på olika nivåer formaliserade interna och externa samverkansforum. Dessa har som syfte att stärka kvaliteten avseende bl a individuellt inriktade insatser<sup>8</sup>, allmänt inriktade insatser och strukturinriktade insatser. Socialstyrelsen understryker i sina föreskrifter vikten av att det i verksamhetens rutiner framgår hur samverkan ska ske internt och hur samverkan med externa parter ska möjliggöras.

Samverkan med kommuner och externa remitterter är en viktig men svår samverkansuppgift där vi ser stora utvecklingsmöjligheter. En av de stora utmaningarna handlar om implementering av verksamheterna ute i medlemskommunerna. Detta gäller organisatoriskt såväl som att göra öppet intag känt bland allmänheten. Ansvarig för deltagande i, uppföljning av samverkan samt återkoppling med medlemskommunerna är verksamhetschef. Uppföljning

---

<sup>8</sup> Varje individuell behandling är en process med flera underprocesser och överlappande lagstiftningar, ansvarsområden och uppdrag fördelat mellan ett flertal aktörer som kräver god samordning.

sker i verksamhetsberättelse och kvalitetsberättelse och återkoppling sker vid APT, planeringsdagar och kontakter med samverkanspartner.

Intern samverkan mellan sjukvårdspersonal på introduktionsavdelningen och rådgivarna sker dagligen<sup>9</sup>. På planeringsnivå sker den i verksamhetens interna ledningsmöte där MAS, verksamhetschef och programansvarig deltar. På förbunds nivå formulerar ledningsgruppen inriktningen på verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring.

## 8 Systematiskt förbättringsarbete

En förutsättning för att långsiktigt säkerställa och utveckla kvaliteten i verksamheten är att det bedrivs ett systematiskt förbättringsarbete. Med tidigare hänvisning till förbättringsarbetet som ett förbättringshjul där vi systematiskt identifierar, planerar, genomför och följer upp/förbättrar vår verksamhet tas utgångspunkten i den information vi får genom ett aktivt arbete med:

- Riskanalys
- Egenkontroll
- Utredning av avvikelser; inklusive synpunkter, klagomål och tillsynsrapporter
- Resultat från nationella jämförelser

*Se Rutin för systematiskt förbättringsarbete.*

### 8.1 Verktygen för det systematiska förbättringsarbetet

På våra arbetsplatsträffar, planeringsdagar, rådgivarmöten, vårdförbundets ledningsgrupp, direktion eller via förslagsverksamheten kan avvikelser, synpunkter och klagomål fångas upp och samlas in för att senare användas för identifiering av förbättrings- och utvecklingsområden. Till vår hjälp har vi också ett flertal formella verktyg med samma syfte. Nedan beskrivs de stödprocesser som hjälper oss att systematiskt identifiera och sätta fokus på avvikelser, risker eller utvecklingsområden.

#### 8.1.1 Riskanalys

Ett framåtblickande arbete genom riskanalyser ska vara en del av Vårdförbundets Sörmland och Varnäs förebyggande arbete. Riskanalyser utgör underlag för beslut och åtgärder i syfte att begränsa identifierade risker.

---

<sup>9</sup> Tre dagliga överlämningsmöten.

### Risakanalys genomförs alltid:

- Innan förändring av verksamheten
- Inför förändringar av personalens sammansättning
- Innan nya arbetssätt eller metoder ska tillämpas.
- I anslutning till verksamhetsplaneringen inför kommande år.
- Efter tillsynsbesök.

För genomförande av initierad riskanalys och vidtagande av nödvändiga åtgärder ansvarar verksamhetschef. Verksamhetschef ansvarar vidare för att identifierade risker lyfts upp till ledningsgruppen för Vårdförbundet samt återkoppling till arbetsgrupp på APT. Detta ska ske skyndsamt.

Socialstyrelsen och SKL har tillsammans med andra aktörer utarbetat ett material kallat "Riskanalys & Händelseanalys - Handbok för patientsäkerhetsarbete" där stöd kan hämtas vid arbetet med riskanalyser. Handboken finns tillgänglig på Vårdförbundet Sörmlands intranät.

Se Rutin för riskanalys och riskhantering samt blanketten Riskanalys.

#### 8.1.2 Klagomål och synpunkter

Anställda, patienter, samverkanspartners och allmänhet ska uppmuntras till att framföra klagomål och synpunkter på Värnäs verksamhet. För klagomål och synpunkter finns en för ändamålet avsedd blankett. För förslag till förbättringsarbete finns en för ändamålet avsedd blankett med tillhörande rutin för mottagande och bedömning. **Medarbetare, patienter, före detta patienter, anhöriga eller allmänhet** kan också lämna sina klagomål och /eller synpunkter via den länk som finns på hemsidan, Facebooksidan, via telefon, skriftligt eller muntligt.

#### 8.1.3 Avvikelser

Vårdförbundet har upprättat ett system med tillhörande rutiner som säkerställer att det finns ett fungerande och i verksamheten väl känt system för mottagande och återrapporering av avvikelserapporter.

Se Rutin för avvikelserapportering

## **9 Lagar, förordningar och föreskrifter**

### **Lag och förordning (alfabetisk ordning)**

Förvaltningslagen (1986:223)

Hälso- och sjukvårdslagen

Kommunallagen

Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641)

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Personuppgiftsförordning (1998:1191)

Personuppgiftslag (1998:204)

Smittskyddslag (2004:168)

Socialtjänstförordningen (2001:937)

Socialtjänstlagen (2001:453) - SoL

### **Föreskrifter och allmänna råd**

SOFS 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah

SOFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

SOSFS 2003:16 Socialstyrelsens allmänna råd om anmälan om missförhållanden enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453)

SOSFS 2003:20 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende.

SOSFS 2006:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

SOSFS 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah .

### **Avtal och överenskommelser**

### **Vårdförbundets riktlinjer**

## Bilagor

### Risicanalys

Risk- nummer	Riskbeskrivning	Risknivå	Konsekvenser om risken blir verklighet	Aktiviteter för att eliminera/minska risken	Åtgärder om risken blir en realitet	Ansvarig / utförs av
			Beskrivning	Beskrivning	Beskrivning	
1						
2						
3						
4						
5						
6		0				
7		0				
8		0				
9		0				
10		0				
11		0				
12		0				
13		0				
14		0				
15		0				

För att kartlägga verksamhetens risker kan ett antal stödfrågor ställas, till exempel:

- Finns dokumenterade rutiner i tillräcklig omfattning för det arbete som ska utföras?
- Är verksamhetens rutiner tydliga, tillgängliga och uppdaterade?
- Finns personal med relevant kompetens och erfarenhet för arbetsuppgifterna?
- Finns det brister i den fysiska eller psykosociala arbetsmiljön?
- Finns det brister i den fysiska utrustningen på arbetsplatsen?
- Finns bevakning så att nya lagar, föreskrifter och beslut som påverkar verksamheten följs?



## Register över inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser 2017-2018

Register redovisas och följs upp på APT och Lgrp. Registret uppdateras löpande när synpunkter, klagomål eller avvikelser inkommer. Vid händelse av att de inkomna uppgifterna bedöms leda till förbättringar ska detta hanteras inom ramen för Vårnäs system för systematiskt förbättringsarbete och registreras parallellt. Registret används sedan vid bokslut som ett av underlagen till kvalitetsårsberättelsen.

Synpunkt	Klagomål	Inkom från	åtgärd	uppföljning

## Avvikelse rapportering

Avvikelse	Inkom	Åtgärd	Uppföljning

Varje förbättringsarbete som gruppen sysselsätter sig med ska ha karaktären av projektarbete. Det innebär tydliga arbetsordningar och ansvarsområden för de delaktiga. Det är viktigt att det är tydliggjort vad man ska göra, varför man ska göra det samt hur och när. För att säkerställa att allt verkligen blir gjort är det dessutom viktigt att det fastställs vem som följer upp resultatet och när detta sker. Vi behöver också återkoppla resultaten till gruppen och enas om eventuella korrigeringar.

## Pågående förbättringsarbete

Förbättrings- område	Beskrivning	Arbetsuppgifter	Klart Följs upp	Ansvarig

*Ekonomisk styrning: internkontrollsystem.*

Område	Beskrivning	Åtgärder	Klart-	Ansvar

## Mall för rutin

Förvaltning/Enhet/område	Dokumentnamn		
	Process		
Revideras av	Version	Giltig fr.o.m	Diarienummer
Godkänd av (processägare)	Datum för revider	Evidens, lagstiftning, m.m.	

**Rutin för:**

**Allmänt**

**Grund för rutin**

**Tillämpningsområde**

## Avvikelse rapportering

### Arbetsgång

Den som upptäcker avvikelsen rapporterar avvikelsen.

Skicka avvikelse rörande *icke utförd insats (SoL) och anmälan om missförhållande eller risk för missförhållande* till enhetschef.

Enhetschef eller avdelningschef gör en bedömning över avvikelsens karaktär och allvar, samt ansvarar för eventuella åtgärder.

Avvikelsen dokumenteras och återkopplas till medarbetare, verksamhet och ledningsgrupp.

### Anmälan om avvikelse

Anmälare: \_\_\_\_\_

Datum för händelsen: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_ Plats: \_\_\_\_\_

Avvikelsen gäller:            Klient            Rutiner            Annat

Namn på inblandade personer: \_\_\_\_\_

Klients namn och personnummer: \_\_\_\_\_

### Allmänt:

Den service som omfattas av SoL/LVU/LVM ska innefattas vid ev. avvikelse.



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete  
Styrdokument

Vid inträffad avvikelse **skall övervägande** även göras om händelsen är av sådan karaktär att den bör anmälas som **tillbud** istället.

Avvikelse kan t.ex. vara försenade, uteblivna eller avbrott i utredningar/insatser/uppföljningar/avslut som **inte** inneburit fara för liv eller hälsa. Avvikelse kan även vara att överenskomna rutiner inte följs.

Avvikelse beskrivning av händelsen:

---

---

Konsekvenser:

---

---

Egna åtgärder som vidtagits **innan** händelsen:

---

---

Egna åtgärder som vidtagits **efter** händelsen:

---

---

Inlämnad den: \_\_\_\_\_ Till: \_\_\_\_\_

Mottagen den: \_\_\_\_\_ Av: \_\_\_\_\_

Handlingsplan: \_\_\_\_\_

---

Uppföljning den: \_\_\_\_\_

Ansvarig chef: \_\_\_\_\_