



**Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet
i hälso- och sjukvården
enligt SOSFS 2005:12(M)**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund.....	sid. 1
2. Ansvar.....	sid 1
3. Krav på ledningssystem.....	sid 2
4. Mål och inriktning.....	sid 2
5. Det bör finnas dokumenterade och välkända rutiner för.....	sid 2
- Bemötande av patienter 4 kap 1§.....	sid 3
- Metoder för diagnostik, vård och behandling 4 kap 2§.....	sid 4
- Kompetens 4 kap 3§.....	sid 5
- Samverkan och samarbete 4 kap 4§.....	sid 6
- Riskhantering 4 KAP 5§.....	sid 7
- Avvikelsehantering 4 KAP 6§.....	sid 8
- Försörjning av tjänster, produkter och teknik 4 KAP 7§.....	sid 9
- Spårbarhet 4 KAP 8§.....	sid 10
- Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring 5 KAP 1§.....	sid 11

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården enligt SOSFS 2005:12(M)

Bakgrund

I 28 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anges att ledningen av hälso- och sjukvården vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Kvaliteten i vården skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras och dokumenteras i en kvalitetsplan (31 § HSL).

I Socialstyrelsens verksamhetstillsyn ingår att bevaka att det, där det bedrivs hälso- och sjukvård, finns ett system för att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten. Ledningssystemet (SOSFS 2005:12) ersätter det tidigare Kvalitetssystemet (SOSFS 1996:24).

Av den nya föreskriften framgår att ledningssystemet ska omfatta alla delar av verksamheten och hur ansvaret för kvalitets- och patient-säkerhetsarbetet ska fördelas mellan vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonalen. Patientsäkerhet lyfts fram som ett grundläggande krav på god vård.

Vid planering, utförande, uppföljning och utveckling av verksamheterna ska det systematiska kvalitetsarbetet skapa sådana förutsättningar att tillgängliga resurser kan användas för att uppnå kraven på patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och kostnadseffektivitet i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Syftet med ledningssystemet är att kontinuerligt säkra patientens vård och omhändertagande, alltid med hänsyn till patientens värdighet, integritet, delaktighet och säkerhet.

Ansvar

Vårdgivaren (stadsdelsnämnden) ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder som säkerställer kvalitén samt är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

Verksamhetschefen ska ta fram och fastställa ledningssystemet. Detta ska ske i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Hälso- och sjukvårdspersonalen skall inom ramen för vårdgivarens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

1. framtagande, utprovning och vidarutveckling av rutiner och metoder
2. risk- och avvikelshantering
3. uppföljning av fastställda mål och resultat

RIKTLINJER FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Krav på ledningssystem

Det systematiska kvalitetsarbetet skall

1. syfta till att förebygga vårdskador
2. utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna.
3. vara anpassade till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning
4. utgå från mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp
5. vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen

Mål och inriktning

- All hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bygga på respekt för patientens/boendes självbestämmande, integritet och värdighet och tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet och främja kostnadseffektivitet. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde.
- Där sjukvård bedrivs ska det finnas kompetent personal samt lokaler och utrustning som behövs för att kunna ge en god vård.
- Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete enligt sitt yrkesansvar, gällande lagstiftning, vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Patient/ boende ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller lagstiftningens krav samt de inriktningsmål som stadsdelsnämnden har fastställt.

Det bör finnas dokumenterade och välkända rutiner för

- bemötande av patienter och närstående
- metoder för diagnostik, vård och behandling
- personalens kompetens, ansvar, befogenheter och utveckling
- samverkan och samarbete
- riskhantering
- avvikelshantering
- försörjning av tjänster, produkter och teknik
- spårbarhet
- egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring.

RIKTLINJER FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

BEMÖTANDE AV PATIENTER 4 kap 1§

KRAV/ mål	GÄLLANDE RUTINER/ processer	UPPFÖLJNING/ metod	ANSVAR
Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner så att	Förvaltningen har policy för:	Uppföljning i kvalitetsråd.	VC
- Patientens värdighet och integritet respekteras.	- Gemensam värdegrund - Respekt för olika livsåskådningar - Bemötande av vårdtagare.		
- patienten och närstående visas omtanke och respekt, oavsett t.ex ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning	Rutiner för: - omvårdnadsansvarig sjuksköterska. - genomförande av anhörigmöten och anhörigråd. - aktuell skriftlig information om verksamheten med uppgift om ansvarig chef, sjuksköterska, läkare och kontaktperson. - hantering av klagomål. - omhändertagande vid dödsfall	Verksamhetsuppföljningar	MAS/VC
- att patientens och närstående informeras och görs delaktiga, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen(1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.	- ankomstsamtal och levnadsberättelse - individuell vårdplanering och att vårdtagare/närstående erbjuds att delta i vårdplaneringen. -frihetsinskränkande skyddsåtgärder. - att närstående ska informeras om vård och behandling samt när boendes hälsotillstånd allvarligt försämras.	Uppföljning genom anhörigråd. Översyn / revidering av broschyr en gång/år	VC
		Verksamhetsuppföljning Revidering av rutiner	MAS/VC MAS
			MAS/VC

RIKTLINJER FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

METODER FÖR DIAGNOSTIK, VÅRD OCH BEHANDLING 4 kap 2§

KRAV/ mål	GÄLLANDE RUTIN/processer	UPPFÖLJNING/metod	ANSVAR
Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för - hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, provas ut och introduceras så patientsäkerheten säkerställs. - hur fastställda metoder ska tillämpas, kontinuerligt följas upp och vid behov revideras. - vilka åtgärder som ska vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras och inaktuella metoder skall identifieras och avvecklas.	Kontinuerlig bevakning och kontakt med landsting, socialstyrelsen, forskningsinstitutioner, vårdhögskolor, smittskydds-enhet för att utbyta / inhämta information. Aktuell litteratur finns på samtliga enheter. Rutiner för: - hur hälso- och sjukvårdspersonal ska introducera nya metoder som grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet Checklista för introduktion Rutiner för: - en god hygienisk standard enligt vårdhygiens rekommendationer och avtal - tandvårdsstöd. - att tillämpa vård- och behandlingsprogram - hantering av riskavfall. Följa MAS rutiner för hälso- och sjukvård samt anvisningarna i ”Handbok för hälso- och sjukvård” Samverkan med Hjälpmedelcentralen enligt avtal. Rutiner revideras. Muntligt och skriftlig information lämnas till sjuksköterskor och enhetschefer. Utbildningsinsatser för att upprätthålla personalens kompetens.	Avtal, vård- och handlingsprogram ses över kontinuerligt Hygienronder på samtliga äldreboenden. Verksamhetsuppföljning	MAS VC MAS, VC MAS MAS/VC

RIKTLINJER FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

KOMPETENS 4 kap 3§

KRAV/ mål	GÄLLANDE RUTIN/ processer	UPPFÖLJNING/ metod	ANSVAR
Ledningssystemet ska säkerställa att det finns - rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsgifterna.	Kravspecifikation för de olika yrkesrollerna Rutiner för : - delegering av arbetsuppgift gällande hälso- och sjukvårds. - introduktion av nyanställd och inhyrd personal samt vikarier.	Vårdpersonal har rätt utbildning för sina arbetsuppgifter. Regelbunden kontroll av delegeringar och signeringslistor. .	VC MAS
- rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter.	Arbets- och ansvarsbeskrivning.	Medarbetarsamtal en gång per år då ansvar och befogenheter följs upp.	VC
- planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.	Individuella planer för kompetensutveckling upprättas 1 gång per år.	Medarbetarsamtal en gång per år då kunskap och kompetens följs upp. Detta finns dokumenterat i en individuell kompetensutvecklingsplan.	VC

RIKTLINJER FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

SAMVERKAN OCH SAMARBETE 4 kap 4§

KRAV/ mål,	GÄLLANDE RUTIN/ processer	UPPFÖLJNING/ metod	ANSVAR
Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner - som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser tex. överföring av information om enskilda patienter.	Rutiner för: - samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård mellan sjukvårdsområdet och stadsdelen. - samverkan med läkare - vårdplanering	Avstämningar med respektive vårdgivare. Genomgång av rutiner och avvikelser Omvårdnadsansvarig sjuksköterska följer upp via vårdplanering.	VC, MAS MAS, VC SSK
- För samverkan i vårdprocessen inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen eller lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.	Rutiner för: - att kontakta läkare och sjuksköterska. - handhavande av remisser och provsvar. - informationsöverföring internt och externt - samverkan mellan olika yrkesgrupper internt och externt Samverkansavtal med apotek, vårdhygien, medicinsk fotvårdsspecialist, ansvarig läkare, tandvårdsstab.	Verksamhetsuppföljningar och kvalitetsgranskningar (vårdhygien, apotek, tandvårdsenhet, ansvarig läkare och övrig hälso- och sjukvårdpersonal).	MAS MAS, VC

RIKTLINJER FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

RISKHANTERING 4 KAP 5§

KRAV/ mål	GÄLLANDE RUTIN/ processer	UPPFÖLJNING/ metod	ANSVAR
Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att - identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten	Rutiner och utbildning för: - Händelse och riskanalys - riskbedömningar enligt MNA, Downtons fallskadeindex och modifierad Nortonskala och munhälsobedömning - omvårdnadsdokumentation	Kvalitetsråd Uppföljning av risker och avvikelser enligt Handbok för patientsäkerhetsarbete ”Händelseanalys och Riskanalys”) Kvalitetsuppföljningar och granskning av HSL-dokumentation	VC MAS MAS MAS
- åtgärda orsakerna till riskerna	Rutiner för Skriftlig åtgärdsplan/handlingsplan	Uppföljning av vidtagna åtgärder	VC
- göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.	Riskanalys med konsekvensbeskrivning Rutiner för samverkan vid ny- och ombyggnation	Riskrapportering Lägesrapport	VC MAS

RIKTLINJER FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

AVVIKELSEHANTERING 4 KAP 6§

KRAV/ mål	GÄLLANDE RUTIN/ processer	UPPFÖLJNING/ metod	ANSVAR
Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att	MAS har delegation från stadsdelsnämnden att utreda, analysera och bedöma om en händelse ska anmälas enligt Lex Maria.	MAS rapporterar Socialstyrelsens beslut till stadsdelsnämnden och berörd enhet.	MAS
- anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar			
- identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsakerna och följa upp vidtagna åtgärders effekt.	Rutiner för avvikelserapportering och lokalt arbete med risk- och händelseanalys.	Återrapportering och uppföljning av vidtagna åtgärder	MAS,VC
- sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelsehanteringen till verksamhetens personal och andra berörda.	Risk- och avvikelserregistrering. Diskussion i kvalitetsråd Rapportering till berörda enheter	Sammanställning av samtliga avvikelser till verksamhetsberättelse en gång per år, samt vid behov till enheterna	MAS,VC
- använda erfarenheterna från avvikelsehanteringen i det förebyggande riskhanteringsarbetet		Kvalitetsråd som återkopplar avvikelserna till verksamheten finns på varje enhet.	VC
- ta till vara förslag och klagomål från patienter, närstående och personal	Lokala rutiner för hantering av klagomål.	Sammanställning av klagomål och återrapportering. Kvalitetsråd.	VC,MAS

RIKTLINJER FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

FÖRSÖRJNING AV TJÄNSTER, PRODUKTER OCH TEKNIK 4 KAP 7§

KRAV/ mål	GÄLLANDE RUTIN/ processer	UPPFÖLJNING/ metod	ANSVAR
Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för	Avtal för service- och underhåll med godkända leverantörer. Förvaltningen följer Stockholm stads inköps- och upphandlingspolicy.	Uppföljning av rutiner och avtal som berör det medicintekniska området.	VC, MAS
- inköp av tjänster, produkter, försörjningssystem (tex el,vatten och gasanläggningar) och informationssystem (tex tele och data) från leverantörer som är bedömda och godkända.			
- säker användning och hantering av produkter, försörjningssystem och informationssystem.	Rutiner för användning/hantering av MTP (medicintekniska produkter). Bruksanvisning. Utbildning.	Årlig kontroll av MTP. Egenkontroll av produkterna.	VC
	Rutiner för tilldelning, förändring,borttagning och regelbunden uppföljning av att behörigheterna i datasystemet VODOK är säkra och efterlevs.	IT.teknik och programvara säkrad mot gällande sekretessbestämmelser och patientjournallag. Anmäla fel och skador till leverantör och läkemedelsverket.	VC, MAS

RIKTLINJER FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

SPÅRBARHET 4 KAP 8§

KRAV/ mål	GÄLLANDE RUTIN/ processer	UPPFÖLJNING/ metod	ANSVAR
Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för hur alla åtgärder som rör en viss patient ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen.	Rutiner för: - behörigheter och signering i VODOK - signaturförtydligande. - dokumentation, hantering- och arkivering - informationsöverföring mellan vårdgivare. - signering avseende läkemedelshantering. Omvårdnadsjournal ska upprättas för varje patient.	Granskning av dokumentation och signaturer. .	MAS

RIKTLINJER FÖR KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

EGENKONTROLL, UPPFÖLJNING OCH ERFARENHETSÅTERFÖRING 5 KAP 1§

KRAV/ mål	GÄLLANDE RUTIN/ processer	UPPFÖLJNING/ metod	ANSVAR
Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för - regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat. - Regelbunden granskning av metodernas, rutinernas och vårdprocessernas ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen. - hur resultatet av granskningar ska dokumenteras och återföras till berörda. - att dokumentera genomförda förbättringsåtgärder.	Upprätta mål för verksamheten. Verksamhetsplan Kontroll av verksamhetens planering, utförande, resultat och åtgärdsförslag. genom ramavtals- kvalitets- och avtalsuppföljning samt hygienronder och läkemedelsgranskning. MAS rapporterar och diskuterar resultatet med chefer och legitimerad personal. - kvalitetsindikatorer i stadens register - Handlings- och åtgärdsplan - Statistik och infektionsregistrering Rapport till verksamheten och SDN	Verksamhetsberättelse avseende hälso- och sjukvård ILS- och tertialrapport lämnas två gånger per år av samtliga enheter. MAS: - bedömer vad som behöver åtgärdas och följer upp åtgärdsplan. - följer månadsstatistik - följer infektionsregistrering - följer kvalitetsindikatorer	MAS VC MAS