

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

### Enskede Årsta – Vantör stadsdelsförvaltning

#### BEMÖTANDE AV PATIENTER 4 kap 1§

| KRAV I FÖRFATTNING                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Författn. | GÄLLANDE RUTINER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Författn. | KVALITETSPLAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Författn. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner så att</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientens värdighet och integritet respekteras.</li> <li>- patienten och närstående visas omtanke och respekt, oavsett ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning</li> <li>- 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.</li> </ul> |           | <p>Förvaltningen har policy/rutiner för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klagomålshantering</li> <li>- anhörigråd</li> <li>- kvalitetsråd</li> <li>- kostråd</li> <li>- bemötande av vårdtagare</li> <li>- anhörigmöten.</li> </ul> <p>Rådsmöten och anhörigmöten hålls regelbundet på varje enhet.</p> <p>Boende/närstående erbjuds att delta i vårdplanering.</p> <p>Dokumenterade MAS riktlinjer och lokala rutiner finns för att närstående ska informeras när boendes hälso-tillstånd allvarligt försämras.</p> |           | <p>Kvalitetsråd ska finnas på varje enhet.</p> <p>Anhörigråd ska finnas på varje enhet. Anhörigmöten ska genomföras på varje enhet.</p> <p>Dokumenterade rutiner finns för hur klagomål tas om hand, dokumenteras, sparas och återförs till verksamheten samt följs upp.</p> <p>Rutiner finns som säkrar att alla vårdtagare erhåller likvärdig information, tex. via broschyrer om verksamheten.</p> <p>Skriftlig information ges beträffande basala uppgifter om ansvarig chef, ansvarig sjuksköterska, ansvarig läkare och kontaktperson samt vart man vänder sig vid klagomål.</p> <p>Vårdtagare och närstående erbjuds medverka i den individuella vårdplaneringen och dess uppföljning, de får information om hälsotillstånd och given behandling.</p> |           |

### SAMVERKAN OCH SAMARBETE 4 kap 4§

| KRAV I FÖRFATTNING                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Författn.                                   | GÄLLANDE RUTIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Författn.      | KVALITETSPLAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Författn. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- som klargör ansvaret kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser tex. Överföring av information om enskilda patienter.</li> <li>- 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.</li> </ul> | <p>2005:27</p> <p>1980:100<br/>1998:531</p> | <p>Överenskommelse mellan Stockholm läns landsting och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar finns from 1 juli 2002.</p> <p>Utformning av rutiner för informationsöverföring och samordnad vårdplanering finns mellan sjukvårdsområdet och stadsdelen. Rutiner för vårdplanering finns.</p> <p>Rutiner för att tillkalla läkare och sjuksköterska finns utarbetade av MAS.</p> <p>Patientansvarig läkare besöker enheten regelbundet.</p> <p>Rutiner finns för remisshantering.</p> | <p>HSL 24§</p> | <p>Gällande riktlinjer/rutiner och överenskommelser följs av samtliga enheter.</p> <p>Ansvarig sjuksköterska upprättar vårdplan i samråd med boende, närstående och övrig personal (rehab samt läkare efter behov).</p> <p>Anhörigråd, kostråd och kvalitetstråd ska finnas på samtliga enheter.</p> <p>Anhörigmöten ska genomföras på varje enhet.</p> <p>Samverkansmöten sker kontinuerligt med BV (beställare vård) på landstinget, geriatrik, primärvård, psykiatri, apotek, tandvårdsstab m.m.</p> <p>Samverkan mellan enheter i stadsdelen: Chefsforum, MAS möten, chefsmöten m.m.</p> |           |

## METODER FÖR DIAGNOSTIK, VÅRD OCH BEHANDLING 4 kap 2§

| KRAV I FÖRFATTNINGEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Författn                                                                                                    | GÄLLANDE RUTIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Författn.            | KVALITETSPLAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, provas ut och introduceras så patientsäkerheten säkerställs.</li> <li>- hur fastställda metoder ska tillämpas, kontinuerligt följas upp och vid behov revideras.</li> <li>- vilka åtgärder som skall vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras och inaktuella metoder skall identifieras och avvecklas.</li> </ul> | <p>Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 1998:531</p> <p>SOSFS 2001:17</p> <p>HSL 24§</p> | <p>MAS riktlinjer för Hälso- och sjukvård och MTP (medicintekniska produkter) finns.</p> <p>Hygienavtal finns med Vårdhygien, landstinget.</p> <p>Staden har avtal finns med Hjälpmedelcentralen.</p> <p>Avtal finns med tandvårdsstaben ang. uppsökande tandvård.</p> <p>MAS uppdaterar kontinuerligt sina riktlinjer.</p> <p>MAS riktlinjer finns enligt ”Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal” och ”Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård”. Arbetsordningar finns utarbetade i samråd med läkare och apotek. Ett antal checklistor och dokument ingår i rutinerna. Dokumenten revideras kontinuerligt.</p> | <p>SOSFS 2001:12</p> | <p>Avtal ses över kontinuerligt.</p> <p>Hygienronder årligen på samtliga äldreboenden.</p> <p>Ansvariga har kontinuerligt kontakt med landsting, socialstyrelsen, forskningsinstitutioner, vårdhögskolor, smittskyddsenhet för att utbyta / inhämta information. Aktuell litteratur finns på samtliga enheter.</p> <p>MAS riktlinjer finns på intranätet/samtliga enheter. Lokala rutiner för läkemedelshantering finns upprättade på enheterna och är godkända av MAS.</p> <p>Apotek genomför inspektion av läkemedelshantering på samtliga enheter 1 gång per år.</p> |  |

### KOMPETENS 4 kap 3§

| KRAV I FÖRFATTNING                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Författn | GÄLLANDE RUTIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Författn      | KVALITETSPLAN                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsgifterna.</li> <li>- rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter.</li> <li>- planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.</li> <li>.</li> </ul> |          | <p>MAS riktlinjer finns för medicinsk delegering, dvs. överlåtelse av en viss arbetsuppgift från personal med formell kompetens till personal med reell kompetens.</p> <p>Medarbetarsamtal sker 1 gång per år då personalens ansvar och befogenheter följs upp.</p> <p>Skriftlig individuella kompetensutvecklingsplaner upprättas 1 gång per år.</p> <p>Samlad kompetensutvecklingsplan för hela enheten ska upprättas årligen.</p> | SOSFS 1997:14 | <p>MAS och sjuksköterskor följer upp delegeringarkontinuerligt</p> <p>Vårdpersonal har rätt utbildning för sina arbetsuppgifter. Detta finns dokumenterat i en individuell kompetensutvecklingsplan.</p> <p>Introduktionsmall av nyanställda finns på samtliga enheter.</p> |  |

## FÖRSÖRJNING AV TJÄNSTER, PRODUKTER OCH TEKNIK 4 KAP 7§

| KRAV I FÖRFATTNING                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Författn. | GÄLLANDE RUTIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Författn. | KVALITETSPLAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inköp av tjänster, produkter, försörjningssystem(tex el, vatten och gasanläggningar) och informationssystem (tex tele och data) från leverantörer som är bedömda och godkända.</li> <li>- säker användning och hantering av produkter, försörjningssystem och informationssystem.</li> <li>- I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2001:12) om användning och egentillverkning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om användning och hantering av dessa produkter.</li> </ul> |           | <p>Riktlinjer finns utarbetade av vilka reglerar användningen på enheterna. Dessa rutiner kompletteras med avtal. Förvaltningen följer Stockholm stads inköps- och upphandlingspolicy.</p> <p>Riktlinjer finns för MTP (medicintekniska produkter) vilka reglerar användningen på enheterna. Dessa rutiner kompletteras med avtal med landstinget beträffande hjälpmedel och serviceavtal för MTP. MAS riktlinjer finns för förskrivning av förbrukningsartiklar liksom rutiner för avvikelshantering och för att anmäla fel och skador.</p> | 2002:4    | <p>Ansvariga följer upp befintliga riktlinjer och avtal som berör det medicintekniska området.</p> <p>Varje enhet följer riktlinjerna för MTP.</p> <p>Utbildning i förskrivning/ordination av hjälpmedel för sjukgymnaster och arbetsterapeuter erbjuds kontinuerligt.</p> <p>Sjuksköterskor erbjuds utbildning kring tekniska hjälpmedel och förbrukningsartiklar.</p> <p>Datoriserad omvårdnadsdokumentation i VODOK, teknik och programvara säkrad mot gällande sekretessbestämmelser och patientjournalag.</p> <p>.</p> |  |

### RISKHANTERING 4 KAP 5§

| KRAV I FÖRFATTNINGEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Författn. | GÄLLANDE RUTIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Författn.       | KVALITETSPLAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Författn. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten</li> <li>- åtgärda orsakerna till riskerna</li> <li>- göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.</li> </ul> |           | <p>MAS riktlinjer angående sjuk-sköterskas dokumentation</p> <p>Kvalitetsuppföljningar och granskning av HSL-dokumentation.</p> <p>MAS utför konsekvensbeskrivningar vid behov och på uppdrag när det gäller den medicinska säkerheten.</p> <p>Förvaltningen har policy/rutiner för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klagomålshantering</li> <li>- anhörigråd</li> <li>- kvalitetsråd</li> <li>- kostråd.</li> </ul> <p>Stadsdelsförvaltningen beställare följer upp verksamheterna kontinuerligt enligt stadens uppföljningsmall.</p> | Lag<br>1985:562 | <p>Inom 14 dagar ska en vårdplanering ske där man identifierar, analyserar, bedömer och dokumentera vilka eventuella risker som finns i vårdtagarens situation, tex. risk för fall, trycksår, undernäring (malnutrition) vid vårdplanering inom 14 dagar.</p> <p>Dokumenterade rutiner finns för hur klagomål tas om hand, dokumenteras, sparas och återförs till verksamheten samt följs upp.</p> <p>Kvalitets- anhörig- och kostråd ska finnas på varje enhet. Råden identifierar, analyserar och bedömer riskerna i verksamheten.</p> <p>Rutiner finns för avvikelshantering inom HSL och SoL.</p> |           |

## EGENKONTROLL, UPPFÖLJNING OCH ERFARENHETSÅTERFÖRING 5 KAP 1§

| KRAV I FÖRFATTNINGEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Författn. | GÄLLANDE RUTIN                                                                                                                                                                                                           | Författn. | KVALITETSPLAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Författn. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat.</li> <li>- regelbunden granskning av metodernas, rutinernas och vårdprocesserna ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen.</li> <li>- hur resultatet av granskningar ska dokumenteras och återföras till berörda.</li> <li>- att dokumentera genomförda förbättringsåtgärder.</li> </ul> |           | <p>Stadsdelsförvaltningen MAS följer upp verksamheterna kontinuerligt enligt stadens uppföljningsmall.</p> <p>Uppföljningarna delges nämnden (Tjänsteutlåtande), handlingsplan upprättas alltid om brister upptäcks.</p> |           | <p>Samtliga enheter har en verksamhetsplan och en verksamhetsberättelse.</p> <p>Dokumenterade rutiner finns för hur klagomål tas om hand, dokumenteras, sparas och återförs till verksamheten samt följs upp.</p> <p>Kvalitets- anhörig- och kostråd ska finnas på varje enhet.<br/>Råden identifierar, analyserar och bedömer riskerna i verksamheten.</p> <p>Rutiner finns för avvikelshantering inom HSL.<br/>Nätverksträff mellan enheternas sjuksköterskor ska finnas.</p> <p>MAS följer upp sina riktlinjer för hälso- och sjukvård och MTP kontinuerligt.</p> <p>Kontinuerlig återkoppling sker i olika forum (APT, planeringsdagar) för samtliga medarbetare.</p> |           |

### SPÅRBARHET 4 KAP 8§

| KRAV I FÖRFATTNINGEN                                                                                                                                      | Författn. | GÄLLANDE RUTIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Författn. | KVALITETSPLAN                                                                                                                                                                                          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för hur alla åtgärder som rör en viss patient ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen. |           | <p>Omvårdnadsjournal ska föras för varje boende vid all hälso- och sjukvård enligt Patientjournallagen.</p> <p>Dokumenterade MAS riktlinjer för hantering av journaler, arkivering, dokumentation på data m.m. finns.</p> <p>Rutiner finns för hur avvikelser ska identifieras, spåras, dokumenteras och följas upp.</p> |           | <p>Legitimerad personal dokumenterar på data, VODOK enligt VIPS modellen (sökords baserat)</p> <p>MAS följer upp gällande rutiner för dokumentation kontinuerligt enligt särskild granskningsmall.</p> |  |

### AVVIKELSEHANTERING 4 KAP 6§

| KRAV I FÖRFATTNINGEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Författn. | GÄLLANDE RUTIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Författn.                                | KVALITETSPLAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Författn. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar</li> <li>- identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsakerna och följa upp vidtagna åtgärders effekt.</li> <li>- sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelshanteringen till verksamhetens personal och andra berörda.</li> <li>- använda erfarenheterna från avvikelshanteringen i det förebyggande riskhanteringsarbetet</li> <li>- ta till vara förslag och klagomål från patienter, närstående och personal</li> </ul> |           | <p>Lex Maria anmälan till Socialstyrelsen åligger huvudmannen enligt Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.</p> <p>MAS riktlinjer finns angående avvikelserregistrering och hantering samt anmälan enligt Lex Maria</p> <p>Lokala rutiner för avvikelshantering finns godkända på samtliga enheter.</p> <p>Förvaltningen har policy/rutiner för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klagomålshantering</li> <li>- kvalitetsråd</li> </ul> | <p>Lag 1998:531</p> <p>SOSFS 2005:28</p> | <p>Denna anmälningsskyldighet är av stadsdelsnämnden delegerad till MAS.</p> <p>MAS sammanställer samtliga avvikelser inom hälso- och sjukvård till verksamhetsberättelsen en gång per år, samt vid behov till enheterna</p> <p>Kvalitetsråd som återför avvikelserna (HSL och SoL) till verksamheten finns på varje enhet. Anhörig- och kostråd ska finnas på varje enhet. Råden identifierar, analyserar och bedömer riskerna i verksamheten.</p> <p>Dokumenterade rutiner finns för hur klagomål tas om hand, dokumenteras, sparas och återförs till verksamheten samt följs upp.</p> |           |