



Handläggare: Britt Ståldal 508 05 178

Dnr 1.1-197-2012

Sammanträde den 17 april 2012

Till
Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Struktur för ledningssystem

- systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS i Hässelby-Vällingby.
- utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:09

Förslag till beslut

Stadsdelsnämnden fastställer förvaltningens förslag till struktur för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom socialtjänsten och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Leif Spjuth
stadsdelsdirektör

Annica Dominus
avdelningschef
äldreomsorg

Ingrid Brännström
avdelningschef
socialtjänst

Sammanfattning

Socialstyrelsens har tagit fram nya föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i vård och omsorg. Förvaltningen har utifrån dessa utarbetat en struktur för ledningssystem som förvaltningens verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS ska bedriva sitt systematiska kvalitetsarbete utifrån.

Bilaga 1: Struktur för ledningssystem - systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS i Hässelby-Vällingby.

Ärendets beredning

Detta tjänsteutlåtande har utarbetats inom avdelningarna för äldreomsorg och socialtjänst samt stadsdelsdirektörens stab.

Bakgrund

Socialstyrelsen har tagit fram nya föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i vård och omsorg. De nya föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete reglerar hur aktörer inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) ska arbeta med kvalitet.

De nya föreskrifterna är gemensamma för all vård och omsorg och ersätter de två tidigare ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12” och ”Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2006:11”. (SoL-socialtjänstlagen, LVU-lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVM-lagen om vård av missbrukare) En nyhet jämfört med SOSFS 2006:11 är att föreskrifterna och allmänna råden gäller direkt för enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.

De gemensamma föreskrifterna och allmänna råden om gemensamt ledningssystem förväntas skapa bättre förutsättningar för ett sammanhållet ledningssystem för verksamheter som bedriver både hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.

Ledningssystemet lägger fast en systematik som ska användas för att utveckla och säkra samtliga krav och mål som gäller för respektive verksamhet enligt författningar. Här ligger en skillnad mot tidigare föreskrifter där fokus låg på ett antal (av Socialstyrelsen) utvalda områden för vilka det skulle tas fram rutiner.

Systematiken i föreskrifterna som varje verksamhet ska bygga sitt system utifrån kan sammanfattas i:

- Kartläggning av krav och mål som gäller för respektive verksamhet
- Bedömning av vilka processer och rutiner som verksamheten behöver fastställa för att nå dessa krav och mål
- Säkerställa att verksamheten bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner.

Socialstyrelsen framhåller att rutiner som verksamheterna byggt upp utifrån de tidigare föreskrifterna för att säkerställa krav och mål i lagstiftningen är en grund att bygga vidare på.

Struktur för ledningssystem

- systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS i Hässelby-Vällingby.

För att säkerställa att vård och omsorg är av god kvalitet samt att det kontinuerligt bedrivs ett systematiskt förbättringsarbete har Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning utarbetat en struktur för ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:9.

Med ledningssystem avses ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten med fokus på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas.

Med tydliga rutiner om hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas underlättas och effektiviseras arbetet i organisationen.

Med *kvalitet* avses:

- att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. (SOSFS 2011:9)

Målet för kvalitetsarbetet är att skapa ett ledningssystem för kvalitet som innebär en grundläggande ordning och reda i verksamheten och att denna är dokumenterad på ett strukturerat sätt och att de dokumenterade arbetssätten (rutinerna) efterlevs och utvecklas med förändrade behov. Det är även ett viktigt led i att förebygga skador, avvikelser och felbehandlingar. Varje enhet ska ha en organisation för att kontinuerligt utvärdera, revidera och uppdatera befintliga rutiner och vid behov skapa nya.

Lagområden för vilka systemet gäller för

Socialstyrelsens författning, SOSFS 2011:9, ska hjälpa enheterna att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet samt tydliggöra enhetens ledningssystem. Föreskrifterna måste tillämpas i verksamheter som omfattas av;

1. 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
 4. 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).
- 2 § Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ansvar

Stadsdelsnämnden har ansvar för

- att som vårdgivare säkerställa att det finns ett ledningssystem för kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9.

Framtagande av ledningssystem för kvalitet

Ansvariga chefer svarar för arbetet med att identifiera, samla in och i ledningssystemet dokumentera processer och rutiner efter den struktur som återfinns under de områden som omfattas. Där det finns behov revideras befintliga rutiner.

Socialstyrelsen framhåller att rutiner som verksamheterna byggt upp utifrån de tidigare föreskrifterna för att säkerställa krav och mål i lagstiftningen är en grund att bygga vidare på.

Vid dokumentation av ledningssystemet ska strukturen i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:09) följas.

Varje enhet ska:

1. Göra en kartläggning av vilka krav och mål som gäller för verksamheten
2. Göra en bedömning av vilka processer och rutiner som verksamheten behöver fastställa för att uppfylla dessa krav och mål
3. Säkerställa att arbetet bedrivs utifrån de fastställda processerna och rutinerna

En årlig kvalitetsberättelse ska upprättas för socialtjänst och LSS verksamhet. Kvalitetsberättelsen är integrerad med enhetens verksamhetsberättelse. Kvalitetsberättelsen ska vara tillgänglig för den som är intresserad att ta del av den och publiceras därför på webben.

För hälso- och sjukvården ska en patientsäkerhetsberättelse upprättas i samband med verksamhetsberättelsen.

Hälso-och sjukvård

- På förvaltningsnivå ansvar Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig rehabiliterare (MAR) för att utarbeta rutiner utifrån Hälso-och sjukvårdslagen (HSL). Uppdaterade hälso -och sjukvårdsrutiner finns på Hässelby-Vällingbys intranät, tillgängliga för alla verksamheter.
- MAS/MAR ansvarar för att stödja enheterna i att identifiera och utveckla de processer och rutiner som rör respektive verksamhet.
- MAS/MAR ansvarar för att göra uppföljningar och då kontrollera om rutinerna är kända och efterlevs.

Uppföljning av verksamhet

- Vid verksamhetsuppföljningar ska ledningssystemet efterfrågas oavsett regiform/vårdgivare.
- Förvaltningen begär in kvalitetsberättelse/verksamhetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse av såväl enheter som drivs i egen regi som entreprenörer som staden tecknat avtal med.

Information och samverkan:

- De styrdokument som reglerar samverkan internt och externt ska vara kända och följas i verksamheterna.
- Rutiner för informationsöverföring både internt och externt ska vara kända och följas.
- Information och samverkan ska regleras i avtal.
- Systematisk samverkan med externa och interna parter ska säkerställas.

Områden som omfattas (SOSFS 2011:09 kapitel 4)

- | | |
|--|-------------|
| • Processer och rutiner | 4 kap, 2-4§ |
| • Samverkan | 4 kap, 3-5§ |
| • Riskanalys | 5 kap, 1§ |
| • Egenkontroll | 5 kap, 2§ |
| • Klagomål och synpunkter | 5 kap, 3§ |
| • Rapporteringsskyldighet | 5 kap, 4-5§ |
| • Personalens medverkan i kvalitetsarbetet | 6 kap, 1-3§ |
| • Dokumentationsskyldighet | 7 kap, 1-3§ |

Socialstyrelsens definitioner av riskanalys, egenkontroll samt klagomål och synpunkter

Riskanalys

”Riskanalyser innebär att den som bedriver verksamheten ser framåt, det vill säga analyserar risker för att händelser skulle kunna inträffa i framtiden i den verksamhet som ska bedrivas”

Egenkontroll

”Egenkontroll innebär att den som bedriver verksamhet granskar bakåt, dvs. undersöker den verksamhet som har bedrivits.”

Klagomål och synpunkter

”Verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Med kvalitet avses, enligt 2 kap.1§ SOSFS 2011:9 att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamhet inte uppfyller dessa krav och mål”

”Med synpunkter på verksamhetens kvalitet avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, t.ex. förslag på förbättringar”

Struktur för verksamhetens ledningssystem

1. Enheten ska beskriva de krav och mål som gäller för verksamheten. Utifrån det som anges i lagar, förordningar och föreskrifter samt mål och riktlinjer som KF fastställt.

- Dokumenteras i enhetens verksamhetsplan, dels under inledningen där styrdokumentet beskrivs, dels i de egna åtagandena knutna till nämndens och fullmäktiges mål.

2. Enheten ska beskriva vilka processer som krävs för att uppnå ovanstående krav och mål.

- Görs årligen i samband med verksamhetsplanering och vid förändring i verksamheten.
- Arbetet ska ske i samverkan med enhetens personal.
- Verksamheten ska analysera risker för händelser som kan ske.
- Processerna dokumenteras i enhetens Risk och väsentlighetsanalys/ Internkontrollplan (RoV:en), vilken biläggs enhetens verksamhetsplan.
- Vid risk för negativ händelse ska verksamheten:
 1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar,
 2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen,
 3. upprätta åtgärd för att förhindra risk.

2a. Enheten ska speciellt beskriva hur samverkan ska ske, både internt och externt.

- Samverkans- överenskommelser mellan slutenvård, primärvård och kommun är kända och tillämpas i verksamheterna.
- Rutiner för informationsöverföring både internt och externt ska vara kända och tillämpas i alla verksamheter.
- Verksamheten ska ha rutiner som säkerställer att den enskilde givit sitt medgivande till samverkan
- Verksamheten ska ha rutiner för överföring av information mellan den som fattat beslut om insats och den som ska utföra insatsen

3. Enheten ska beskriva rutiner/ arbetssätt/ metoder som behövs för varje process samt ansvar.

- Rutinerna ska vara dokumenterade, kända och tillgängliga beroende på syfte och användning. I RoV:en anges om rutin finns eller inte för respektive process.
- Arbetsätt kopplade till enhetens åtaganden/mål ska skrivas i enhetens verksamhetsplan.

4. Enheten ska beskriva hur man arbetar med uppföljning i form av egenkontroll, hantering av klagomål och synpunkter, avvikelshantering och rapporteringsskyldighet (Lex Maria och Lex Sarah)

- Det förekommer regelbunden, systematisk uppföljning av verksamheten för det fortsatta utvecklingsarbetet.
- Egenkontroll genomförs utifrån upprättade HSL-rutiner och aktuella vårdprogram.
- Rutiner ska finnas för hantering av klagomål och synpunkter, från såväl vård- och omsorgstagare, deras anhöriga, personal, vårdgivare och andra intressenter.
- Rutiner ska finnas för att genast rapportera missförhållanden eller en påtaglig risk för missförhållanden som rör den som får eller kan komma ifråga för insatsen inom verksamheten. (Lex Sarah)
- Enheten ska rapportera avvikelser enligt Lex Maria till ansvarig MAS/MAR.
- Former för uppföljning beskrivs i enhetens verksamhetsplan samt i Internkontrollplanen/RoV:en

Egenkontroll kan exempelvis ske genom:

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- brukarundersökningar
- medarbetarundersökningar
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- analys av uppgifter från patientnämnder
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter
- kvalitetsindikatorer (HSL)
- infektionsregister
- hälso-och sjukvårdsstatistik
- avvikelser

5. Förbättringsarbete sker utifrån genomförda uppföljningar, revisioner, MAS-uppföljningar, inspektioner, granskningar etc.

- Resultatet av uppföljningarna ligger till grund för utveckling av verksamhetens processer och rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

6. Enheten dokumenterar kvalitetsarbetet i en kvalitetsberättelse (enhetens verksamhetsberättelse) och för hälso- och sjukvården i patientsäkerhetsberättelsen.

- Kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse upprättas i samband med årsskiftet.
- Kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse ska finnas tillgänglig för den som önskar läsa den och publiceras på webben

I kvalitetsberättelsen/patientsäkerhetsberättelsen ska framgå:

- hur verksamheten, inkl patientsäkerheten, genom egenkontroll har följts upp och utvärderats
- vilka resultat som uppnåtts
- vilka risker som identifierats i samband med riskanalys och vilka åtgärder som planerats och vidtagits
- vilka klagomål och synpunkter som inkommit, hur dessa analyserats och vilka mönster eller trender som indikerar brister som identifierats, samt vilka åtgärder som vidtagits för att de inte ska upprepas
- hur samverkan har möjliggjorts med olika parter för att tillgodose/säkerställa uppdraget, bl.a. förebygga att boende/patienter drabbas av vårdskada
- hur risker för vårdskador har hanterats och rapporterats
- hur uppföljningar och rapporter som ex revision, konsulter, MAS/MAR, avdelningschef har genomfört hanterats och använts för utvecklingsarbete
- hur personalens medverkan i kvalitetsarbetet sett ut
- hur ansvaret har varit fördelat (HSL)
