



06

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-09-24

Redovisning av åtgärder med anledning av inspektion av Inspektionen för vård och omsorg

Förvaltningens förslag till beslut

1. Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning och överlämnar ärendet till Inspektionen för vård och omsorg, IVO
2. Omedelbar justering

Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör

Ingrid Friberg
avdelningschef

Ingrid Brännström
avdelningschef

Sammanfattning

Under våren 2015 har Inspektionen för vård och omsorg, IVO, gjort en uppföljning av en tidigare tillsyn av äldreomsorgen i Hässelby-Vällingby, som IVO genomförde hösten 2014. Vid vårens uppföljning beslutade IVO att Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd ska redovisa de åtgärder som vidtas för att säkerställa:

- Ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete
- Att handläggning och genomförande av nämndens beslut dokumenteras enligt de krav som ställs
- Att personalen på Koppargårdens vård- och omsorgsboende har kompetens att utföra omsorgsarbetet med god kvalitet

Bilagor

1. IVO:s tillsynsärende
2. Struktur för ledningssystem
3. Årshjul för systematiskt arbetsmiljöarbete
4. Beställarenhetens rutin för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål
5. Egenkontroll av socialdokumentation enligt SoL

Ärendets beredning

Detta tjänsteutlåtande har utarbetats inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

Bakgrund

IVO beslutade vid en tillsyn av äldreomsorgen i Hässelby-Vällingby under hösten 2014 att under våren 2015 följa upp resultatet av nämndens åtgärder. Därför har IVO granskat hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar och hur nämnden säkerställt att omsorgspersonalen på Koppargårdens vård- och omsorgsboende har tillräcklig kompetens för att utföra omsorgsarbetet med god kvalitet. IVO har även granskat biståndshandläggarnas dokumentation och dokumentationen på Koppargårdens vård- och omsorgsboende samt hur samverkan och informationsöverföringen vid inflyttning till särskilt boende fungerar.

Via inkomna klagomål och anmälningar enligt lex Sarah har IVO också sett vissa svårigheter att utläsa vad som orsakat beskrivna händelser. Detta då utredningarna är bristfälliga och inte innehåller tillräcklig information.

För att inhämta information till uppföljningen har IVO

- haft dialogmöte med chefer och nämndens ordförande
- intervjuat två biståndshandläggare
- intervjuat fyra omsorgsmedarbetare på Koppargårdens vård- och omsorgsboende
- granskat fyra personakter med fokus på uppföljning av beslut om särskilt boende där verkställighet genomförts på Koppargårdens vård- och omsorgsboende

Resultat av uppföljningen

Efter genomförd uppföljning anser IVO att nämndens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet inte fungerar.

Bland annat anges följande skäl:

- Det är otydligt hur inkomna rapporter, synpunkter och klagomål hanteras
- Uppmärksammade brister blir inte alltid omhändertagna i ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet
- Biståndshandläggarna får inte alltid information om att klagomål har kommit in till en utförare som genomför beviljade beslut
- Dokumentationen saknar viktiga uppgifter, trots att den granskas av olika befattningshavare

IVO anser inte heller att den granskade dokumentationen uppfyller regelverkets krav. Bland annat anges följande skäl:

- I två av de granskade akterna saknar beställningen uppgifter i vad som ingår i uppdraget. Även namn och kontaktuppgifter till ansvarig handläggare saknas i beställningarna. Uppgifter om former för uppföljning av ärendet saknas
- Enskilda önskemål om utförare är otydligt beskrivet och uppgift om när uppdraget har lämnats till utförare saknas helt i tre av de granskade akterna
- Det framgår inte i akten om den enskildes behov har förändrats
- Samtliga journalanteckningar hos handläggarna och utföraren saknar befattning eller titel på den som antecknat
- Löpande journalanteckningar saknas helt i en av de granskade akterna på Koppargårdens vård- och omsorgsboende

IVO anser att det finns brister i personalens kompetens. Bland annat anges följande skäl:

- Kunskaperna i det svenska språket är inte tillräcklig bland omsorgspersonalen
- Dokumentationen på Koppargårdens vård- och omsorgsboende saknar flera viktiga uppgifter. Brister som uppmärksammas av omsorgspersonalen omhändertas inte alltid i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Beslut

Mot bakgrund av detta har IVO beslutat att Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd ska redovisa de åtgärder som vidtas för att säkerställa:

- Ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete
- Att handläggning och genomförande av nämndens beslut dokumenteras enligt de krav som ställs
- Att personalen på Koppargårdens vård- och omsorgsboende har kompetens att utföra omsorgsarbetet med god kvalitet

(Bilaga 1)

Förvaltningens synpunkter och förslag

Granskningen visar att Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning brister i det systematiska kvalitetsarbetet, som regleras genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Förvaltningen har ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet för verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS i Hässelby-Vällingby. (Bilaga 2) Strukturen för ledningssystemet är nu uppdaterad, detta har gjorts genom att representanter från stadsdelsförvaltningen har gått igenom det befintliga ledningssystemet och uppdaterat och förtydligat om så behövts.

I ledningssystemet finns rutiner och riktlinjer för:

- processer och rutiner
- samverkan
- riskanalys
- egenkontroll
- hantering av synpunkter och klagomål
- rapporteringsskyldighet
- dokumentationsskyldighet
- medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

För att säkerställa att alla delar i det systematiska arbetsmiljöarbetet berörs under året arbetar stadsdelsförvaltningen och enheterna efter ett årshjul. (Bilaga 3)

Synpunkter och klagomål eller rapproter som kommer in till stadsdelsförvaltningen handläggs och diarieförs. De skickas sedan ut till berörd enhet som åtgärdar eller besvarar synpunkten eller klagomålet samt återkopplar till den klagande och till stadsdelsförvaltningen. Avvikelse som framkommer rapporteras och hanteras på samma sätt. Handläggaren av synpunkter och klagomål vid förvaltningen informerar även beställarenheten om inkomna klagomål för att de ska få kännedom om dem. I vissa fall kontaktar även biståndshandläggaren utföraren för att påtala bristerna. En nyskriven, uppdaterad rutin gicks igenom på beställarenhetens arbetsplatsträff i början av juni 2015. (Bilaga 4) Dessutom redovisar alla enheter inom förvaltningen antal synpunkter och klagomål i sina tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

I förvaltningens systematiska kvalitetsarbete ingår även rapportering enligt lex Sarah. Rutiner finns kring hur denna rapportering sker. Förvaltningen ser dock att det finns bristande kunskap om när händelser ska rapporteras enligt lex Sarah. Därför planerar stadsdelsförvaltningen lex Sarah-utbildningar till enheterna för att göra rutinerna kända. Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, och medicinskt ansvarig rehabiliterare, MAR, ansvarar för rapportering enligt lex Maria.

IVO:s granskning avseende beställarenheten

Brister som framkommer mellan biståndshandläggare och utförarenhet behandlas på samma sätt som de brister som kommer in till förvaltningen - via klagomåls- eller avvikelseblanketter.

Eventuella förändringar som gäller brukare med hemtjänst, exempelvis att någon kommer hem från sjukhus eller behöver utökad hjälp, meddelar alltid biståndshandläggaren genom att ringa till hemtjänstutföraren och berätta detta.

Av IVO:s inspektion framkommer brister i dokumentationen både på beställarenheten och vid Koppargårdens vård- och omsorgsboende. För att säkerställa att dokumentationen följer regelverket granskas den på beställarenheten av en kollega samt i vissa fall även av biträdande enhetschef och enhetschef. Beställarenheten gör även en egenkontroll där en eller flera medarbetare får i uppgift att granska ett antal akter under hösten. Utöver rådande lagstiftning har enheten också rutiner för vad som ska ingå i dokumentationen och enheten kommer att kontrollera att de följs genom stickprover. Dessutom går samtliga biståndshandläggare utbildningen *Nya föreskrifter om dokumentation i socialtjänsten* i september 2015.

IVO påpekar att uppgifter för former för uppföljning saknas i ett par av de granskade beställningarna. Beställarenheten ser också brister i hur de arbetar med individuppföljning samt uppföljning av hemtjänstbeslut. För att ges större utrymme för egenkontroll är ytterligare en biträdande enhetschef anställd på enheten. Dessutom avsätts tid till en handläggare att på 60 procent göra individuppföljningar. Hemtjänstbeslut följs upp med ett års mellanrum genom nyprövning. Även där är enheten medveten om att arbetet med nyprövningarna inte alltid hinns med, därför tar enheten in extrapersonal för att avlasta ordinarie handläggare.

Inom Stockholms stad finns även observationsmodellen. Metoden är dock inte inriktad mot en specifik individ utan innebär att observatörer besöker ett äldreboende och observerar situationer kring måltider, stimulans samt morgon- och kvällsomsorg. Observatörerna återkopplar sedan till enhetschefen.

I flera av de akter IVO har granskat saknas uppgifter om när uppdraget har lämnats från beställarenheten till utföraren. En beställning skickas alltid elektroniskt via Paraplysystemet, och ska inte kunna skickas vidare i systemet om uppgifter om startdatum med mera inte har angivits. Enhetens rutiner "Anvisning Paraply"

och "Rutiner vid beställning" beskriver vad som ska finnas med i en beställning. Rutinerna har tagits upp på nytt på enheten för att säkerställa att de följs.

IVO:s granskning avseende Koppargårdens vård- och omsorgsboende

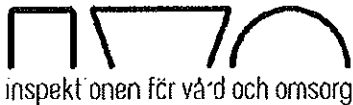
I IVO:s granskning av dokumentationen på Koppargårdens vård- och omsorgsboende framkommer brister. För att undvika bristfällig information granskas den sociala dokumentationen regelbundet av enhetens Parasolsamordnare samt av Parasolombud som finns på respektive avdelning. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen granskas regelbundet av HSL-personal (sjuksköterskor och paramedicinare). Utöver rådande lagstiftning och riktlinjer har Koppargårdens vård- och omsorgsboende även en lokal rutin för social dokumentation (bilaga 5). Koppargårdens vård- och omsorgsboendes lokala kvalitetsledningssystem har analyserats och uppdaterats.

Som en del i sitt kvalitetsarbete har Koppargårdens vård- och omsorgsboende ett kvalitetsråd bestående av enhetschef, representanter från paramedicinare, sjuksköterska samt ombud från varje avdelning. Kvalitetsrådet träffas en gång i månaden för att följa händelser och avvikelser på enheten, protokoll förs vid sammanträdena. Antalet fall per månad mäts, resultatet analyseras sedan i rådet som säkerställer vad som kan göras för att förhindra liknande fall. Exempelvis ta bort mattor eller se över belysningen.

Varje boendes omvårdnad utgår från en individuell genomförandeplan. Avvikelser från genomförandeplanen journalförs. Alla ska ha en aktuell genomförandeplan och den ska upprättas inom 14 dagar från inflyttningsdatum. Genomförandeplanerna uppdateras var sjätte månad, eller oftare om så krävs:

Kunskaperna i det svenska språket är låga hos omkring 20 procent av omsorgspersonalen på Koppargårdens vård- och omsorgsboende. Berörda medarbetare går på Svenska för invandrare, SFI. Från slutet av augusti 2015 och året ut går ett 20-tal omsorgsmedarbetare en situationsanpassad utbildning i svenska språket. Utbildningen kommer att hållas på arbetsplatsen och delas in i två grupper, där målet för ena gruppen är att kunna tillgodogöra sig det svenska språket, och målet för den andra gruppen är att kunna studera vidare till undersköterska.

Under hösten kommer medarbetarna även att utbildas i livsmedelshygien, handledarskap, vårdhygien med mera. Utbildning i det sociala dokumentationssystemet ParaSol fortlöper under hela året.



inspektionen för vård och omsorg

Avdelning öst
Evabritt Cederblad
evabritt.cederblad@ivo.se

Bilagor
BESLUT

Dnr 1.4.....-09213.2015

2015-06-09 Dnr 8.5-6893/2015

1(5)

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd
Box 3424
165 23 HÄSSELBY

Hässelby-Vällingby
stadsdelsförvaltning

2015 -06- 11

Ärendet

Tillsyn av äldreomsorgen i Hässelby-Vällingby stadsdel, Stockholm.
Tillsynen är en uppföljning av tidigare genomförd tillsyn inom äldreområdet.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beslutar att Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd ska redovisa de åtgärder som vidtas för att säkerställa:

- Ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete.
- Att handläggning och genomförande av nämndens beslut dokumenteras enligt de krav som ställs.
- Att personalen på Koppargården har kompetens att utföra omsorgsarbetet med god kvalitet.

En redovisning av de åtgärder som nämnden vidtar ska inkomma till IVO senast den 25 september 2015.

Information om överklagande

Detta beslut går inte att överklaga.

Skälen för beslutet

IVO utövar tillsyn över socialtjänsten. Tillsynen innebär bland annat granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och föreskrifter. IVO ska inom ramen för sin tillsyn kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, (13 kap.1- 3 §§ socialtjänstlagen (2001:453) SoL).

Systematiskt kvalitetsarbete

Av följande skäl anser IVO att ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet inte fungerar:

Det är otydligt om inkomna rapporter, klagomål och synpunkter utreds, analyseras och avslutas med ett ställningstagande om avvikelse.

Brister som uppmärksammas av biståndshandläggare och omsorgspersonal blir inte alltid omhändertagna i ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet.

Brister som uppmärksammas i samverkan och informationsöverföring mellan biståndshandläggare och utförare blir inte omhändertagna i ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet.

Biståndshandläggarna får inte alltid information om att klagomål inkommit mot en utförare som genomför beviljade beslut.

Trots att olika befattningshavare på olika sätt granskar dokumentationen saknar den många viktiga uppgifter.

IVO bedömer att nämndens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet inte bedrivs i enlighet med 3 kap. 3 § SoL. Det innebär att brister som IVO tidigare uppmärksammat nämnden på och brister som nämnden själva uppmärksammat i sin egenkontroll inte har åtgärdats.

Dokumentation

Av följande skäl anser IVO att dokumentationen inte uppfyller regelverkets krav:

Biståndshandläggarnas dokumentation

I två av de granskade akterna saknar beställningen uppgifter om vad som ingår i uppdraget. Namn och kontaktuppgifter till ansvarig handläggare saknas i två av beställningarna. Uppgifter om former för uppföljning av ärendet saknas liksom vilken information som ska återföras till nämnden när insatsen avslutats (5 kap. 22 § SOSFS 2014:5).

Enskildas önskemål om utförare är otydligt beskrivet. Tre ärenden saknar uppgifter om när uppdraget har lämnats till utföraren. Uppgifter om vilken utförare som ska genomföra insatsen saknas i en av akterna och är otydligt beskrivet i en (5 kap. 19 § SOSFS 2014:5).

De granskade akterna saknar uppgifter om att nämnden har följt upp insatserna mot fastställda mål och den planering som gjorts tillsammans med den enskilde (5 kap. 23 § SOSFS 2014:5).

Det framgår inte om den enskildes behov förändrats. Tre av akterna saknar uppgifter om det inträffat förändringar, faktiska omständigheter och händelser av betydelse (5 kap.24 § SOSFS 2014:5).

Samtliga journalanteckningar, både hos handläggarna och hos utförarna saknar befattning eller titel på den som antecknat (4 kap. 8 § SOSFS 2014:5).

Utförarens dokumentation

Tre akter saknar uppgifter om vilket underlag utföraren använt för att upprätta genomförandeplanerna. Även uppgifter om vad som ingår i uppdraget, vilka mål som gäller enligt uppdraget, former för uppföljning och vilken bedömning nämnden har gjort av den enskildes behov saknas (6 kap. 1 § SOSFS 2014:5).

En av akterna saknar uppgifter om att det inträffat omständigheter eller händelser som har medfört att insatsen helt eller delvis inte kunnat genomföras som planerats och en av akterna saknar uppgifter om faktiska omständigheter och händelser av betydelse (4 kap. 9 § och 6 kap. 4 § SOSFS 2014:5).

Löpande journalanteckningar saknas helt i en av akterna (4 kap. 9 § SOSFS 2014:5).

Uppgifter om åtgärder som vidtagits av utföraren för att följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen saknas (6 kap. 4 § SOSFS 2014:5).

Det framgår inte om någon insats har avslutats och skälen till detta (6 kap. 5 §).

Syfte med dokumentationen

För att socialtjänsten ska kunna förbättras och utvecklas och för att det systematiskt ska gå att undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt är en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenterar på ett tillfredsställande sätt. Att insatserna dokumenteras och följs upp är också en förutsättning för att systematiskt kunna undersöka om insatserna leder till resultat som innebär förbättringar för den enskilde.

I omsorgsarbetet är dokumentation ett viktigt arbetsredskap för alla personalkategorier som genomför nämndens biståndsbeslut, inte bara omsorgspersonalen. Dokumentationen ska kunna utvisa att arbetet har utförts, på vilket sätt och med vilket resultat för den enskilde. Det förutsätter att det finns tillräcklig kompetens om det regelverk som styr socialtjänstens insatser.

Enligt 11 kap 5 § SoL ska handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet och händelser av betydelse. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, tydliggörs kraven på dokumentation.

Kompetens

Av följande skäl anser IVO att personalens kompetens brister:

Dokumentationen på Koppargården saknar flera viktiga uppgifter och brister som uppmärksammas av omsorgspersonalen blir inte alltid omhändertaget i ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet.

Kunskaperna i det svenska språket är för låga hos drygt 20 procent av omsorgspersonalen.

Språket är en grundläggande förutsättning för att kunna förstå och tillämpa kunskap och för att kunna kommunicera med de äldre och kunna omsätta värdegrunden (5 kap 4 § SoL) i det dagliga arbetet. Språket är också avgörande för att kunna ta del av och förstå dokumentation och själv kunna dokumentera. Det gäller alla former av dokumentation som krävs för ett fungerande kvalitetsledningssystem.

Vissa faktorer är av stor betydelse för att en verksamhet ska sägas ha god kvalitet. Bland annat ska socialtjänstens insatser ges på ett sådant sätt att den enskildes behov av stöd och hjälp tillgodoses och att syftet med insatsen eller verksamheten uppnås. Detta förutsätter att verksamheten har tillräckligt med personal och att personalen har lämplig utbildning och erfarenhet och ett sådant förhållningssätt till de hjälpbehövande att de upplever trygghet i mötet med socialtjänsten och i den vård som ges (se prop. 1996/97:124 s. 52).

Enligt 3 kap. 3 § SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Insatserna ska enligt förarbetena (prop. 1996/97:124 s.53) utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. För många äldre är närheten till personal dygnet runt av avgörande betydelse för känslan av trygghet (s. 122).

Tillämpliga bestämmelser

- 3 kap. 3§, 5 kap. 4§, 11 kap. 5§. socialtjänstlagen (2001:453) SoL
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL. LVU, LVM och LSS
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS:2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Bakgrund och beskrivning av ärendet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beslutade hösten 2014 i ärende med diarienummer 8.2-16341/2013, att under våren 2015 följa

upp resultatet av nämndens åtgärder som redovisats i ärendet samt de åtgärder som redovisats i 8.5-6440/2014 och 8.1.2-29522/2013. IVO har därför granskat hur det systematiska kvalitetsarbetet fungerar och hur nämnden säkerställt att omsorgspersonalen på Koppargården har tillräcklig kompetens för att utföra omsorgsarbetet med god kvalitet. IVO har även granskat biståndshandläggarnas dokumentation samt dokumentationen på Koppargården samt hur samverkan och informationsöverföring vid inflyttning till särskilt boende fungerar.

IVO har också i inkomna klagomål och anmälningar enligt lex Sarah funnit svårigheter att utläsa vad som har orsakat beskrivna händelser. Utredningarna är bristfälliga och innehåller inte tillräcklig information.

Källor till information

Protokoll från dialogmöte med chefer och nämndens ordförande.

Protokoll från intervju med två biståndshandläggare.

Protokoll från fyra intervjuer med omsorgspersonal på Koppargården.

Fyra granskade personakter med fokus på uppföljning av beslut om särskilt boende där verkställighet genomförts på Koppargården.


Inkomna synpunkter på protokoll

Ledningen har inte haft några synpunkter på innehållet. Inte heller biståndshandläggarna och omsorgspersonalen har inkommit med några synpunkter på protokollet.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Birgit Rengren Borgersen. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Anna Hagelbäck och Emil Ekström deltagit. Evabritt Cederblad har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg


Birgit Rengren Borgersen


Evabritt Cederblad



HÄSSELBY-VÄLLINGBY STADSDELSFÖRVALTNING

Bilaga 2.

TJÄNSTEUTLÅTANDE
27 MARS
2012
SID 1 (10)

Handläggare: Britt Ståldal 508 05 178
Dnr 1.1-197-2012
Sammanträde den 17 april 2012

Till
Håsselby-Vällingby stadsdelsnämnd

Struktur för ledningssystem

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

Håsselby-Vällingby stadsdelsförvaltning
Box 4324
165 55 Håsselby. Telefon 08-50804000. Fax 08-50804099

www.stockholm.se/hasselby-vallingby

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 verksamhets 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 arbetsätten (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.
- Arbetssätt 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.

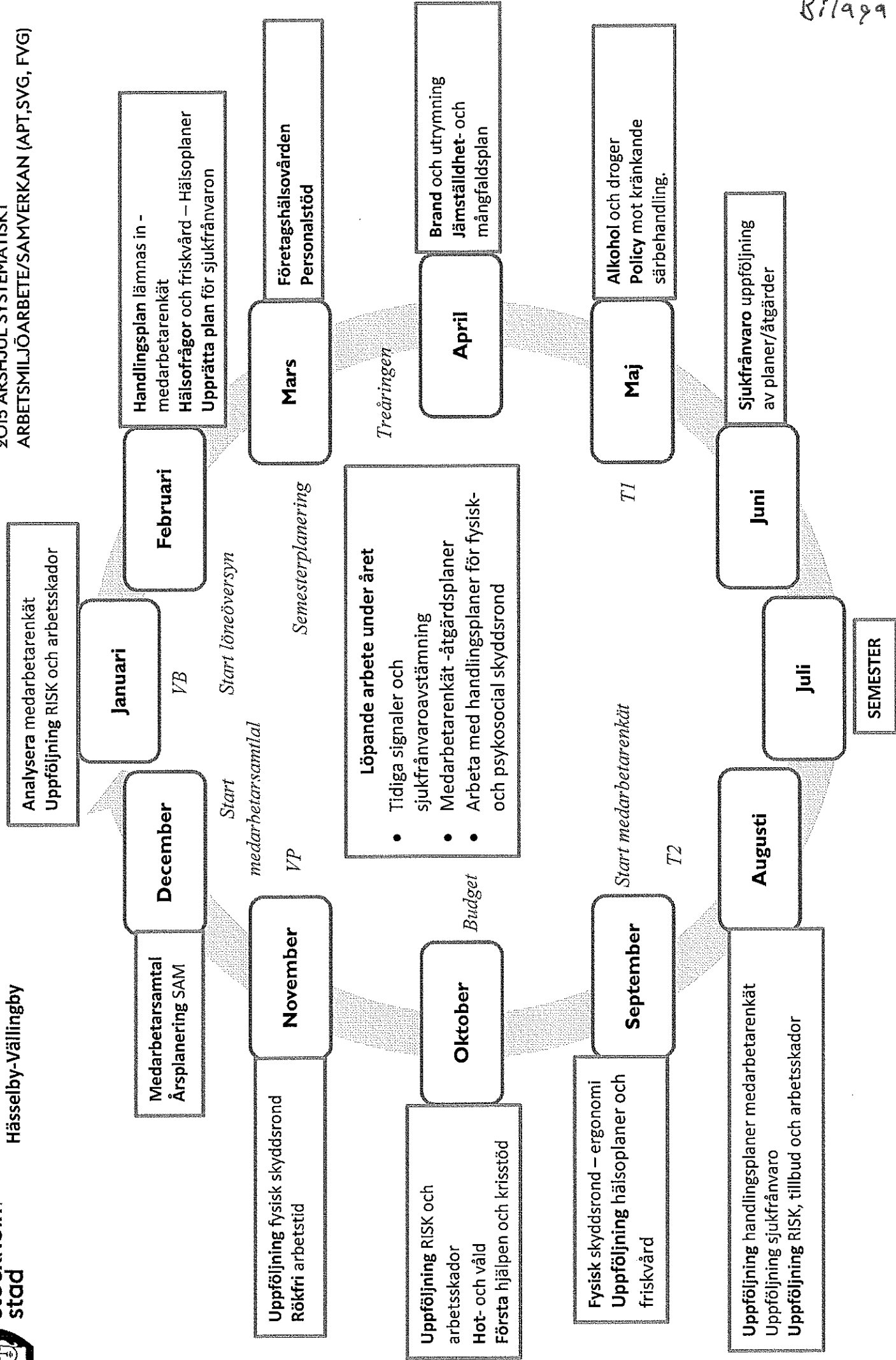
- Resultatet av uppföljningarna ligger till grund för utveckling av verksamhetens processer och rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

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)





Egenkontroll av Soc Dokumentation enligt SoL

Egenkontrollen av Soc Dok enligt SoL på Koppargårdens Vård- och Omsorgsboende är direkt kopplad till/ integrerat i, befintliga Uppgifter/Roller och rutiner. (Se Uppgiftsbeskrivningar för ParaSolombud, ParaSolhandledare samt Organisation Soc Dok).

Enligt gällande rutiner skall inventering av befintliga genomförandeplaner ske varje månad. Underlag över vilka boende som ev. saknar en giltig genomförandeplan alt. har en genomförandeplan som behöver uppdateras, delges chefer och ParaSolombud varje månad inför månadens ParaSolmöte.

En inventering i form av ParaSolombudens uppskattning av personalen på resp. plans kunskaper och förmåga i att dokumentera redovisar ParaSolombuden vid varje månatligt ParaSolmöte.

En till två gånger per år genomförs i samverkan mellan ParaSolhandledare och ParaSolombud en grundligare inventering av Personalens kunskaper i Soc Dok och då i huvudsak dokumentationssystemet ParaSol.

Givna underlag ligger sedan till grund för utbildningsinsatser i punkt- eller gruppform för omvårdnadspersonalen.

Process Inkommande information	Ansvarig för dokumentet Verksamhetscontroller
Delprocess Avvikelsehantering	Godkänd av Enhetschef
Aktivitet Kontakt, dokumentera, lämna till berörd instans	Upprättad/Reviderad Den 13 maj 2015
Rutin Rutin för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål	Uppföljningsdatum Den 31 mars 2016

Rutin för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål

Syftet med rutinen är att säkerställa en väl fungerande och ändamålsenlig synpunkts-/klagomålshantering. En god hantering av synpunkts-/klagomålshantering skapar möjlighet att fånga upp problem inom området, åtgärda dessa samt vidta förebyggande åtgärder. Alla synpunkter och klagomål som inkommer till Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning ska tas tillvara. Synpunkterna används i vårt systematiska arbete med verksamhetsutveckling. Synpunkter och klagomål kan framföras via e-post, telefon, kontaktcenter, synpunktsfolder, brev eller vid kundmöte.

Sammanfattning

Synpunkter/klagomål kan framföras både skriftligt, muntligt och digitalt, framför allt genom följande kanaler

- Brev
- Kundmöte
- Post/e-post
- Telefon
- Kontaktcenter
- Stadens synpunktsfolder, stadens hemsida "Tyck till"

Handläggaren ansvarar för:

- Varje medarbetare som tar emot klagomål/synpunkter ska lämna klagomålet eller synpunkten till utvecklingssekreteraren. Om synpunkten eller klagomålet inkommer muntligt ska handläggaren skriva ner synpunkten/ klagomålet på en klagomålsblankett och lämna blanketten till utvecklingssekreteraren.
- Att diarieförd klagomålsblankett läggs i den enskildes personakt, klagomålet ska journalföras.
- Att originalet av svaret på klagomålet läggs i den enskildes personakt, att svar inkommit ska journalföras.

- Återkoppla till den enskilde.

Utvecklingssekreteraren för ÄO ansvarar för:

- Ifylld blankett lämnas till diariet/registratorn, faxas/mailas till berörd verksamhet, kopieras i två ex. där det ena läggs i den enskildes handläggares postfack och det andra (kopian) förvaras i en pärm.
- Om ett klagomål som inkommer avser handläggningen ska utvecklingssekreteraren vidarebefordra ifylld och diarieförd klagomålsblankett till närmaste chef som sedan i sin tur återkommer i ärendet.
- Om ett klagomål som inkommer avser annan verksamhet/enhet ska utvecklingssekreteraren vidarebefordra ifylld och diarieförd klagomålsblankett till berörd chef.
- När svar inkommit ska även detta diarieföras och kopieras i två ex, det ena läggs i den enskildes handläggares postfack och det andra (kopian) förvaras tillsammans med klagomålet i en pärm.
- Att förvara alla synpunkter/klagomål i en pärm.
- Att registrera synpunkten/klagomålet i diarielistan/kontrollistan. Bevakar att svar inkommer inom 14 dagar, annars skickas ett påminnelsebrev ut.
- Ev. ta emot synpunkter/klagomål från Kontaktcenter.
- Att sammanställa synpunkter och klagomål på särskild blankett till Tertial 1(T1), Tertial 2 (T2) och årsredovisning.
- Att analysera sammanställningen av inkomna synpunkter och klagomål samt lyfta eventuella åtgärder inom enheten för äldre till årsredovisning.

Enhetschef på berörd enhet ansvarar för:

- Att klagomål beaktas/åtgärdas, vilket kan innebära att reda ut missförstånd, förtydliga, informera, utreda, analysera och förbättra.
- Att alla nödvändiga kontakter tas med den som framfört klagomålet. Senast inom tio arbetsdagar ska information om hur klagomålet beaktats, eventuella vidtagna åtgärder ges till den som lämnat klagomål.
- Att inkomna synpunkter/klagomål som gäller den egna enheten tas upp på APT och används i förbättringsarbetet.

Registrator ansvarar för:

- Att ta emot och diarieföra inkomna synpunkter/klagomål.

Avdelningschef ansvarar för:

- Att rutinen för synpunkter och klagomål efterlevs.
- Att alla synpunkter och klagomål sammanställs, analyseras på verksamhetsnivå och redovisas för nämnden tertialvis.