



**LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITET OCH SÄKERHET
INOM ÄLDREOMSORG, OMSORG OM PERSONER
MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING SAMT
STÖDBOENDE INOM SOCIALPSYKIATRIN**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	3
Styrdokument och uppföljningssystem	3
Det integrerade ledningssystemet för kvalitet och säkerhet	3
Verksamheter som omfattas	4
Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet	5
Kommunallagen	5
Stockholmsstads ledningssystem (ILS)	6
Ledningssystemets omfattning	6
Kvalitetsledningssystem	7
1. Bemötande och värdighet	7
2. Tillgänglighet	7
3. Inflytande, valfrihet och information	8
4. Metoder och arbetssätt	9
5. Samverkan, samarbete och kommunikation	11
6. Rättsäkerhet, handläggning, dokumentation och spårbarhet	12
7. Riskanalys och riskhantering	14
8. Fel och brister i verksamhet samt avvikelshantering	16
9. Synpunkter och klagomål	18
10. Personal och kompetens	20
11. Försörjning av tjänster, produkter och teknik	21
12. Uppföljning, utvärdering och erfarenhetsåterföring	23

Inledning

Verksamheterna inom äldreomsorg, omsorg om personer med funktionsnedsättning och stödboende inom socialpsykiatri ska vara av god kvalitet. Vården och omsorgen ska präglas av rättsäkerhet, trygghet, värdighet och ökad delaktighet, vilket framgår av lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt stadens och stadsdelsnämndens mål för de olika verksamhetsområdena.

För att säkerställa kvaliteten inom verksamheterna, äldreomsorg, omsorg om personer med funktionsnedsättning samt stödboende inom socialpsykiatri måste arbetet vara systematiskt. Förvaltningen har därför tagit fram detta dokument.

Styrdokument och uppföljningssystem

Socialstyrelsen har tagit fram två föreskrifter som syftar till att säkra verksamhetens kvalitet. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamheter enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11), som gäller socialtjänstens område och Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12), som gäller verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård.

Stockholms stad har ett integrerat system för ledning och styrning (ILS) av stadens och stadsdelsnämndernas verksamheter. Kommunfullmäktige fastställer inriktningsmål och verksamhetsmål. För att förtydliga och säkerställa att målen uppfylls finns också riktade aktiviteter och indikatorer. Stadsdelsnämnden tar fram årliga mål och eventuella aktiviteter och indikatorer. Enheterna utarbetar därefter åtaganden, arbetssätt, metoder och egna aktiviteter för att säkerställa verksamhetens kvalitet och uppfyllelsen av målen.

Viktiga styrdokument för utförarverksamheterna är; riktlinjer för dokumentation samt riktlinjer för kommunal hälso – och sjukvård. Stadens äldreplan 2007-2011 Stockholms stads handikappolitiska program samt handlingsplan för Kvinnofrid – Våld i nära relationer.

Det integrerade ledningssystemet för kvalitet och säkerhet

Älvsjö stadsdelsnämnds integrerade ledningssystem för kvalitet och säkerhet utgår ifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd i (SOSFS 2006:11) och i (SOSFS 2005:12) samt stadens integrerade ledningssystem (ILS).

Varje enhet ska ha ett integrerat ledningssystem för kvalitet för sin verksamhet i enlighet med detta dokument. Ledningssystemet ska kontinuerligt utvecklas och ses över minst en gång om året.

Ledningssystemet omfattar 12 områden

1. Bemötande och värdighet
2. Tillgänglighet
3. Inflytande, valfrihet och information
4. Metoder och arbetsätt
5. Samverkan, samarbete och kommunikation
6. Rättssäkerhet, handläggning, dokumentation och spårbarhet
7. Riskanalys och riskhantering
8. Fel och brister i verksamheten och avvikelshantering
9. Synpunkter och klagomål
10. Personal och kompetens
11. Försörjning av varor, tjänster och teknik
12. Uppföljning, utvärdering och erfarenhetsåterföring

Enheten ska följa de rutiner som finns och ta fram tydliga arbetsätt, hur man arbetar med att säkerställa rutiner för dessa områden. ILS-modellen följs;

Nämnden beslutar om

- Mål, aktiviteter och eventuella indikatorer

Enheten tar fram och beskriver

- Åtaganden
- Arbetsätt och ev. aktiviteter
- Uppföljning
- Utveckling

Verksamheter som omfattas

Särskilda boendeformer/servicehus och vård- och omsorgsboende

Enheter: Älvsjö gruppboendestäder och servicebostad, Havskattens stödboende, Solberga sjukhem enhet ett och enhet två, Älvsjö sjukhem och Älvsjö servicehus.

Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet

SOSFS 2006:11, 3 kap 3 §

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet skall nämnden inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamheter enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11, 3 kap)

Ledningssystemet skall säkerställa att

1. uppföljningsbara mål utifrån SoL eller LSS fastställs,
2. kvalitetsarbetets inriktning och omfattning är anpassad till vad som krävs för att uppnå verksamhetens mål,
3. ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet fastställs,
4. enskilda och grupper, t.ex. brukarorganisationer, ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten,
5. personalen görs delaktig i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten, och
6. kvalitetsarbetet dokumenteras och kontinuerligt följs upp.

SOSFS 2005:12 2 kap 4§

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet ska stadsdelsnämnden (vårdgivaren) inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i vård- och omsorgsboende och servicehus.

Det systematiska kvalitetsarbetet skall

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

Kommunallagen

I 6 kap. 7 § kommunallagen (1991:900) finns det bl.a. bestämmelser om nämndens ansvar när vården av en kommunal angelägenhet har lämnats över till någon annan.

Nämnden skall försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet

1. från vilken nämnden upphandlar tjänster för att fullgöra skyldigheter enligt SoL, eller
2. åt vilken nämnden genom avtal enligt 17 § första stycket LSS uppdragit att tillhandahålla insatser enligt samma lag.

Stockholms stads ledningssystem ILS (integrerat system för ledning och uppföljning av stadens ekonomi och verksamhet)

Här anges de politiska målen och de ekonomiska ramarna för verksamheten. ILS och verktyget ILS-webben används för att planera, följa upp och utveckla stadens verksamheter ned på enhetsnivå.

Socialstyrelsens föreskrifter utgår från socialtjänstlagen och LSS. Nämndens ledningssystem för kvalitet ska ha sin utgångspunkt i lagstiftningen samtidigt som det så långt som möjligt använder sig av ILS-systemet för att fastställa och följa upp mål.

Kvalitetssystemet ska fastställas av nämnden och vara integrerat med befintliga system för budget- och verksamhetsplanering. Kvalitetssystemet ska inte vara mer omfattande än vad som krävs för att uppnå målen för verksamheten.

Ledningssystemets omfattning

Verksamheten ska tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet och vara kostnadseffektiv.

Ledningssystemet ska innehålla en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Ledningssystemet ska säkerställa att uppföljningsbara mål utifrån SoL, LSS och HSL och fastställs samt att enskilda och grupper ges möjlighet att vara delaktiga och att personalen görs delaktig i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten. Det ska också säkerställa att kvalitetsarbetet dokumenteras och kontinuerligt följs upp.

KVALITETSLEDNINGSSYSTEM

1. Bemötande och värdighet

Lagstiftningen

SoL 1§ Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

LSS 6 § Verksamheten skall vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

SOSFS 2005:12

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner så att

- patientens värdighet och integritet respekteras
- patienten och närstående visas omtanke och respekt, oavsett t.ex. ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning och
- patienten och närstående informeras och görs delaktiga om det inte finns hinder för detta i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531).

Enhetschefen ansvarar för att

Rutiner ska vara kända och revideras vid behov

Personalen ansvarar för att

Ta del av och följa gällande rutiner

Exempel på rutiner

Introduktion av nyanställda

Vård i livets slutskede

Sekretess

Begränsningsåtgärder

Exempel på dokument

Jämställdhets- och mångfaldsplan

2. Tillgänglighet

SOSFS 2006:11

Allmänna råd

För att, i enlighet med 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och 6 § första stycket LSS, garantera en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens

kvalitet bör ledningssystemet säkerställa att det finns arbetsformer för hur verksamheten skall göras tillgänglig. Med tillgänglighet avses bl.a. tillgänglighet till lokaler och byggnader, hur besök och andra kontakter organiseras och hur *information om verksamheten ges*.

I SOSFS 2005:12 gällande hälso- och sjukvård saknas detta område.

I Hälso- och sjukvårdslagen regleras i 2a § p2 att ”hälso- och sjukvården skall vara lättillgänglig”

Enhetschefen ansvarar för att

- Arbetsformer ska finnas för hur verksamheten görs tillgänglig vad gäller lokaler, besök samt genom information.
- Personal finns tillgänglig i verksamheten
- Vara tillgänglig som chef

Personalen ansvarar för att

- Vara närvarande i verksamheten
- Vara tillgängliga på telefon
- Besvara larm

Exempel på metoder:

Systematiskt samarbete om tillgänglighet om lokaler och byggnader

Egna webbplatser för enheterna

Lättfunnen och aktuell information på förvaltningens hemsida

3. Inflytande, valfrihet och information

SOSFS 2006:11, 4 kap

Hänvisning till lagarnas portalparagrafer enligt ovan:

I alla lagarna talas om respekt för självbestämmande och härutöver står:

SoL 1§ Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.

LSS 6§ Den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges.

I SOSFS 2005:12, 4 kap

1 §, ”punkt 3. patienten och närstående informeras och görs delaktiga...”(se sist föregående sida)

HSL 2§ p3 Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande.

HSL 2a§ ”Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten...”

Enhetschefen ansvarar för att

Brukare och anhöriga informeras kontinuerligt om verksamheten bland annat; genom informationsbroschyrer, information på anslagstavlor och Internet.

- det finns rutiner och former för hur enheten informerar brukare och anhöriga , att dessa är kända och att de regelbundet följs upp och revideras.
- det finns rutiner och former för hur brukare och anhöriga görs delaktiga i verksamheten (t.ex. anhörigråd, vårdplaneringsmöten) och planeringen av den enskildes vård och omsorg.

4. Metoder och arbetsätt

SOSFS 2006:11

Kvalitetssäkring av sociala insatser

Allmänna råd

För att i enlighet med 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och 6 § första stycket LSS garantera en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet bör ledningssystemet säkerställa att de viktigaste sociala tjänsterna och tillhörande arbetsprocesser beskrivs.

Det systematiska kvalitetsarbetet bör även omfatta analyser av hur tjänsterna svarar mot enskilda och grupperns behov samt mot lagstiftningens krav. Resultatet av analyserna samt forskning och erfarenheter från bl.a. tillsynsverksamhet bör ligga till grund för arbetet med att utveckla och säkra tjänsternas kvalitet.

SOSFS 2005:12

Metoder för diagnostik, vård och behandling

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för;

- hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, provas och introduceras så att patientsäkerheten säkerställs
- hur fastställda metoder ska tillämpas, kontinuerligt följas upp och vid behov revideras
- vilka åtgärder som ska vidtas när tillämpningen av metoden behöver förändras och inaktuella metoder ska identifieras och avvecklas

Trygg och individuellt anpassad vård och omsorg

Brukaren ska ges en trygg och individuellt anpassad vård och omsorg. Genomförandeplaner ska upprättas i samråd med brukaren och i samverkan med anhöriga om brukaren själv önskar det. Kontinuiteten ska säkerställas bl.a. genom kontaktmannaskap

Verksamhetsområdeschefens ansvar för att

- att uppföljningar görs i ILS-webben enligt stadens anvisningar
- ny forskning och nya metoder tas tillvara.

MAS ansvarar för att

- upprätta rutiner utifrån socialstyrelsens föreskrifter och stadens riktlinjer, för de hälso- och sjukvårdsinsatserna som utförs vid de vård- och omsorgsboenden som finns och vid förändringar revidera dessa.

Enhetschefen ansvarar för att

- följa upp verksamheten i ILS-webben enligt anvisningar
- det finns rutiner för hur nya rön och metoder samt att eventuell ny forskning tas tillvara, provas, introduceras och implementeras i verksamhetens arbete
- rutiner och metoder tillämpas, följs upp och vid behov revideras
- det finns rutiner för när metoderna behöver förändras och hur inaktuella metoder ska identifieras och avvecklas
- upprätta arbetssätt/lokala rutiner och checklistor för riskbedömning, diagnostik, vård och behandling och som regelbundet ska följas upp och vid behov revideras.

Personalen ansvarar för att

- ta del av och följa rutiner, vårdprogram och checklistor som är upprättade för den vård och omsorg som bedrivs på enheten.

5. Samverkan, samarbete och kommunikation**SOSFS:2006:11***Föreskrifter*

1 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner som tydliggör

1. ansvaret för samarbete, internt och externt, som gäller den enskildes behov av insatser vad avser t.ex. överföring av information, och
2. hur samverkan skall bedrivas såväl internt, inom och mellan nämnder, som externt med myndigheter och andra aktörer, med beaktande av

bestämmelserna i sekretesslagen (1980:100) eller bestämmelserna om tystnadsplikt i SoL eller LSS.

SOSFS 2005:12 4 kap

4 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner

1. som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser t.ex. överföring av information om enskilda patienter, och
2. för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare, om det inte finns hinder för detta enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område .

Enhetschefen ansvarar för att

- Det i ledningssystemet ska finnas rutiner för det interna och externa samarbetet med verksamhetens olika samarbetspartners.
- informera om förvaltningens överenskommelser med landstinget och överenskommelser gällande tandvård samt interna samverkansformer inom förvaltningen
- det finns rutiner för internt och externt samarbete, att dessa är kända och att de regelbundet följs upp och revideras.

Exempel på dokument:

- Avtal med andra förvaltningar, kommuner, landsting och privata utförare.

Exempel på rutiner

- Rutiner för informationsöverföring vid byte av vårdgivare

6. Rättssäkerhet, handläggning, dokumentation och spårbarhet

SOSFS 2006:11, 4 kap

Handläggning och dokumentation m.m. av ärenden som rör enskilda

Föreskrifter

2 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för

1. handläggning och dokumentation av ett ärende,
2. dokumentation av genomförandet av en beslutad insats,

3. hur uppgifter skall lämnas mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats, i förekommande fall efter prövning enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och bestämmelserna om tystnadsplikt i SoL eller LSS, och
4. uppföljning och utvärdering av en beslutad insats.

Allmänna råd

Rutinerna enligt 2 § 1 bör bl.a. omfatta

- när en utredning skall inledas,
- hur olika typer av utredningar skall genomföras,
- hur målen för en planerad eller beslutad insats skall formuleras,
- hur beslut skall formuleras, och
- hur ett överklagande skall hanteras.

SOSFS 2005:12, 4 kap står:

Dokumentation enligt Patientdatalagen (Gäller för varje boende i vård- och omsorgsboende och för de som bor på servicehus och är inskrivna i hemsjukvården.)

Spårbarhet

8 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för hur alla åtgärder som rör en viss patient skall kunna identifieras och spåras i dokumentationen.

Säkerställande av rättsäkerhet och handläggning (SoL)

Brukaren ska få en trygg och individuellt anpassad vård och omsorg.

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för hur alla åtgärder som rör en viss brukare ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen.

Genomförandeplan ska upprättas utifrån biståndsbeslutet. Biståndsbeslutet anger vad som ska utföras och i genomförandeplanen ska det framgå hur insatserna ska utföras. Brukaren ska vara delaktig i upprättandet av planen. Anhöriga är delaktiga om brukaren önskar det.

Beställarenheten

Enhetschefen ansvarar för att

- säkerställa biståndshandläggningen, utifrån SOSFS 2006:11, stadens riktlinjer för biståndshandläggning och ILS.
- handlingar hanteras rätt och enligt dokumenthanteringsplanen

Biståndshandläggarna ansvarar för att

- följa lagar och riktlinjer samt enhetens rutiner

- följa upp att genomförandeplaner är upprättade i enlighet med fattade beslut.

Utförarenheterna

Inom äldreomsorgens verksamheter samt verksamheterna inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning samt stödboende socialpsykiatri används dokumentationssystemet ParaSoL för den sociala dokumentation och Vodok för hälso- och sjukvårdsinsatser i vård- och omsorgsboende och servicehus.

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvården ansvarar för att:

- medarbetare har tillräckliga kunskaper och erbjuds utbildning i patientdokumentation

MAS ansvar är att

- det finns rutiner för dokumentation och arkivering och att journaler granskas (avser HSL)

Verksamhetsområdeschefen ansvarar för att:

- Det finns rutiner för dokumentation och arkivering och att journaler granskas (avser SoL och LSS)

Enhetschefens ansvar är att

- enheten följer rutiner för hantering, dokumentation och arkivering enligt dokumenthanteringsplanen, samt använder stadens dokumentationssystem
- det finns resurser och att personalen har rätt kompetens för att upprätta genomförandeplaner, omvårdnadsjournaler och dokumentera, enligt lagstiftningen och Socialstyrelsens föreskrifter
- det finns arbetsredskap och den tid som behövs för att kunna fullgöra dokumentationsskyldigheten
- se till att det finns förutsättningar för berörd personal att fullgöra dokumentationsskyldigheten
- enheten har rutiner för informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier
- enheten har rutin för kollegial granskning

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar är att

- föra omvårdnadsjournaler enligt rutiner för dokumentation, handhavande och arkivering av patientjournal

Personalens ansvar är att

- föra journalanteckningar och i övrigt ta del av och följa enhetens dokumentationsrutiner.

7. Riskanalys och riskhantering

I SOSFS 2006:11, 4 kap

Fel och brister i verksamheten

Föreskrifter

3 § Kvalitetsarbetet skall vidare omfatta en bedömning av vilka fel och brister som kan komma att uppstå vid planerade förändringar i verksamheten. Den bedömning som gjorts skall användas som ett underlag för att minimera risken för att fel och brister uppkommer.

SOSFS 2005:12

5 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att

1. identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten,
2. åtgärda orsakerna till riskerna, och
3. göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.

Riskanalys och väsentliga processer

Riskanalys görs alltid vid organisationsförändringar eller då nya metoder och ny teknik ska införas. Syftet med en riskanalys är att minska risken för felaktiga beslut genom att tydliggöra fördelar och nackdelar. När analysarbetet är färdigt ska samverkan ske mellan fack och arbetsgivarrepresentanter.

Risk- och väsentlighetsanalys ska genomföras årligen på enhets- avdelnings- och förvaltningsnivå i samband med verksamhetsplaneringen. Enhetens väsentliga processer ska följas upp enligt plan och internkontroll ska genomföras och dokumenteras inom samtliga enheter.

Enhetschef och MAS ska gemensamt verka för att det finns rutiner för att identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten, så att patientsäkerheten säkras. Rutiner för riskbedömning för enskilda patienter när det gäller fall, nutrition, och trycksår ska finnas.

Verksamhetsområdeschefen ansvarar för att

- det finns övergripande rutiner för genomförande av riskanalys vid organisationsförändringar
- det finns en plan för enhetschefernas utbildning i risk- och väsentlighetsanalys

Enhetschefen ansvar är att

- genomföra en årlig risk- och väsentlighetsanalys, enligt förvaltningens modell, som innebär att identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten så att patientsäkerheten säkras
- genomföra och dokumentera enhetens väsentliga processer samt internkontroll.

- följa metoder för riskbedömning för enskilda patienter när det gäller fall, nutrition, trycksår och smittospridning.

Personalens ansvar är att

- ta del av och följa rutiner
- medverka i riskanalysarbetet

Säkerhetsrutiner

Verksamheterna ska ha rutiner gällande;

Brukaren

- Informationsöverföring
- Att obehöriga inte kommer in i brukarens bostad
- Hantering av egna medel
- Rutiner i samband med inläggning på sjukhus
- Dödsfall

Omvårdnad

- Munhälsovård
(nedanstående punkter avser ej stödboende socialpsykiatri)
- Fall och fallskador
- Näringsbrist
- Trycksår
- Individuella inkontinenshjälpmedel
- Vårdrelaterade infektioner
- Läkemedel

Lokaler, hjälpmedel

- Nyckelhantering
- Larm, trygghetslarm, toalettarm
- Brand, brandlarm
- Hjälpmedel

Personal

- Legitimation
- Hot- och våld

8. Fel och brister i verksamheten samt avvikelshantering

SOSFS 2006:11, 4 kap

Fel och brister i verksamheten

Föreskrifter

3 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för hur fel och brister i verksamheten skall identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder skall följas upp. De erfarenheter som gjorts i samband med uppkomna fel och brister skall utgöra ett underlag för det systematiska kvalitetsarbetet. (Kvalitetsarbetet skall vidare omfatta en bedömning av vilka fel och brister som kan komma att uppstå vid planerade förändringar i verksamheten. Den bedömning som gjorts skall användas som ett underlag för att minimera risken för att fel och brister uppkommer).

I 14 kap. 2 § SoL och 24 a § LSS finns bestämmelser om anmälan av allvarliga missförhållanden.

SOSFS 2005:12

Avvikelsehantering

6 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att

1. anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar,
2. identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsakerna och följa upp vidtagna åtgärders effekt,
3. sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelsehanteringen till verksamhetens personal och andra berörda,
4. använda erfarenheterna från avvikelsehanteringen i det förebyggande riskhanteringsarbetet, och
5. ta till vara förslag och klagomål från brukare, närstående och personal.

Fel och brister

Fel och brister i omsorgens verksamhet rapporteras direkt till enhetschef som sammanställer och rapporterar till verksamhetsområdeschef.

Uppföljning

Fel och brister sammanställs och följs upp kontinuerligt på respektive APT samt redovisas kvartalsvis i ledningsgruppen för vuxna, funktionsnedsatta och äldre.

Avvikelser

Avvikelserna gällande hälso- och sjukvård rapporteras direkt till verksamhetschef för hälso- och sjukvården och MAS. Avvikelser gällande omvårdnadsinsatser sammanställs och rapporteras till verksamhetsområdeschef

Uppföljning

Avvikelser sammanställs och följs upp kontinuerligt på respektive APT samt redovisas kvartalsvis i ledningsgruppen för vuxna, funktionsnedsatta och äldre.

Lex Sarah och Lex Maria

All personal är skyldig att anmäla brister i omsorgen. Anmälan ska göras skriftligt och skickas till chefen för beställarenheten som gör bedömning av hur ärendet ska hanteras vidare, om ärendet ev. ska anmälas enligt Lex Sarah.

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att rapportera till vårdgivaren om patient i samband med vård, behandling eller undersökning har drabbats eller utsatts för risk för att drabbas av allvarlig skada. Anmälan ska göras skriftligt och skickas till MAS som gör en bedömning av hur ärendet ska hanteras vidare, och om en ev. Lex Maria-anmälan ska göras till Socialstyrelsen.

Verksamhetsområdeschefens ansvar är att

- upprätta rutiner för hantering av anmälningar enligt Lex Sarah

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvar för att

- rutinerna för avvikelshantering gällande omvårdnadsinsatserna är kända bland personalen
- det finns rutiner för att sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelshantering till berörda personer
- det finns rutiner för att använda erfarenheterna från avvikelshantering

MAS ansvar är att (*Hälso- och sjukvård*)

- upprätta rutiner för avvikelshantering inom hälso- och sjukvården
- snarast göra en bedömning om avvikelserna kan hanteras i det lokala avvikelssystemet eller om en anmälan enligt Lex Maria till Socialstyrelsen ska göras
- anmäla till stadsdelsnämnden om en patient i samband med vård och behandling har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada
- till stadsdelsnämnden redovisa antalet avvikelser en gång per år

Chef för beställarenheten

- ta emot och utreda anmälningar enligt Lex Sarah

Enhetschefens ansvar är att

- upprätta rutiner för hantering av fel och brister
- fel och brister hanteras, åtgärdas och följs upp enligt rutinerna.
- Säkerställa att upprättade rutiner är kända bland personalen

Hälso- och sjukvårdpersonalens ansvar är att;

- anmäla till enhetschef och MAS om en patient i samband med vård och behandling har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada
- avvikelser hanteras, åtgärdas och följs upp enligt rutinerna.

Omsorgspersonalens ansvar är att;

- anmäla till enhetschef vid upptäckt av missförhållanden
- fel och brister åtgärdas och följs upp enligt rutinerna.

Uppföljning

Lex Sarah och Lex Maria tas upp på sociala delegationen respektive på stadsdelsnämnden och följs upp kontinuerligt på respektive APT samt redovisas i ledningsgruppen för vuxna, funktionsnedsatta och äldre.

9. Synpunkter och klagomål

SOSFS 2006:11, 4 kap

Synpunkter och klagomål på verksamheten

Föreskrifter

4 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att samla in och använda synpunkter och klagomål från enskilda samt från t.ex. myndigheter och organisationer för att

1. förebygga fel och brister,
2. utveckla verksamheten, och
3. identifiera nya eller ej tillgodosedda behov.

Synpunkter och klagomål

Enheten ska ha en positiv inställning till synpunkter och klagomål. Synpunkter från brukare, anhöriga, personal, myndigheter m.fl. ska tas tillvara (diarieföras) för att utveckla och förbättra verksamheten.

Verksamhetsområdeschefen ansvar för att

- det finns övergripande rutiner för hantering av klagomål och synpunkter inom verksamhetsområdena i enlighet med förvaltningens system
- ta tillvara synpunkter från brukare, närstående och personal för att utveckla verksamheten

- ta tillvara myndigheters synpunkter, t.ex. från länsstyrelsen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket, stadens äldreomsorgsinspektör, äldreombudsman, revisorer m.fl.

Enhetschefens ansvarar för att

- upprätta lokala rutiner för att ta emot synpunkter och klagomål, diarieföra kontinuerligt, utreda, åtgärda, återkoppla och följa upp.
- Sammanställa, analysera och rapportera inkomna synpunkter och klagomål vid tertialrapporter och verksamhetsberättelsen
- använda inkomna synpunkter för att utveckla och förbättra verksamheten.

10. Personal och kompetens

SOSFS 2006:11

Föreskrifter

5 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att

1. det finns den bemanning som behövs för att utföra socialtjänstens uppdrag,
2. personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna, och
3. personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet.

SOSFS 2005:12

3 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns

1. rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna,
2. rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter, och
3. planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

Verksamhetsområdeschefen ansvarar för att

- enhetschefer som anställs har den kompetens som krävs för arbetet
- enhetscheferna erbjuds kompetensutveckling
- informera enhetscheferna om aktuella personalfrågor, riktlinjer och förvaltningens rutiner.

Enhetscheferna ansvarar för att

- att den personal som anställs har den kompetens som krävs för arbetet

- det finns tillräckligt med personal med den kompetens som krävs för att ge en god och säker vård
- det finns individuella kompetensutvecklingsplaner för all personal
- att personalens erbjuds kompetensutveckling genom utbildningsinsatser
- det finns lokala rutiner vid enheten för introduktion av nyanställda och personal som varit frånvarande en längre tid
- det finns lokala rutiner vid enheten för information för vikarier
- följa förvaltningens övergripande rutiner för hantering av personalfrågor, arbetsmiljö, rehabilitering m.m.

MAS ansvar är att

- regelbundet i samarbete med verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården informera om ny lagstiftning, nya föreskrifter, riktlinjer och rutiner som upprättas inom förvaltningen.

Personalens ansvar är att

- hålla sig informerad om och i arbetet tillämpa gällande författningar, riktlinjer och andra regler som gäller.

11. Försörjning av tjänster, produkter och teknik

SOSFS 2006:11, 4 kap

Försörjning av varor och tjänster

Allmänna råd

För att, i enlighet med 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och 6 § första stycket LSS, garantera en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet bör ledningssystemet säkerställa att det vid formuleringen av kriterier inför en upphandling särskilt uppmärksammas sådana kriterier som bidrar till att de varor och tjänster som tillhandahålls är av god kvalitet.

SOSFS 2005:12, 4 kap

7 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för

1. inköp av tjänster, produkter, försörjningssystem (t.ex. el, vatten och gasanläggningar) och informationssystem (t.ex. tele och data) från leverantörer som är bedömda och godkända, och
2. säker användning och hantering av produkter, försörjningssystem och informationssystem.

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.

Policy för inköp etc.

Förvaltningen följer Stockholms stads policy för inköp och upphandling av tjänster, produkter, försörjningssystem och informationssystem (avtalsguiden).

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården ansvarar för att

- det finns skriftliga rutiner för användning och hantering av Medicinsk Tekniska Produkter (MTP)
- hälso- och sjukvårdspersonal får ändamålsenlig utbildning i användning av MTP
- ansvaret för användning av MTP och anmälningsplikten avseende olyckor och tillbud är fastställt i en instruktion och att det framgår vem eller vilka som ansvarar för detta.
- användningen av MTP och tillämpningen av fastställda rutiner och ansvarsfördelningar fortlöpande följs upp och säkras.
- information om MTP som myndigheterna ger ut görs tillgänglig för all personal.
- kvalitetssystemen som omfattar ovanstående punkter är dokumenterade och finns tillgängliga för Socialstyrelsen och andra myndigheter.
- MTP inventeras, registreras, märks och följs upp enligt fastställd rutin
- personalen får utbildning i hur MTP ska användas och är kompetent att använda och hantera produkterna
- endast säkra och medicinskt ändamålsenliga produkter används
- produkterna är korrekt installerade och kontrollerade innan de används
- produkterna underhålls regelbundet
- det finns bruksanvisningar och teknisk dokumentation
- produkter utangeras när de inte längre får användas

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar är att

- arbeta enligt upprättade riktlinjer och rutiner
- prova ut och förskriva MTP som hjälpmedel, se till att produkten är lämplig samt att omvårdnadspersonal och/eller patienten kan hantera produkten på rätt sätt
- använda MTP för undersökning, behandling eller annan insats på ett för patienten säkert sätt
- lämpliga åtgärder för att begränsa omfattningen av skador om en olycka inträffar i samband med att MTP används
- kontrollera funktionen hos MTP före och efter användning enligt instruktioner
- MTP inventeras, registreras, märks och följs upp enligt fastställda rutiner

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster förskriver hjälpmedel utom inkontinenshjälpmedel, behandlande madrasser och individuella demenslarm som sjuksköterskan svarar för.

Personalen ansvar är

- använda MTP enligt hälso- och sjukvårdspersonalens handledning och utbildning och följa rutinerna.

12. Uppföljning, utvärdering och erfarenhetsåterföring

SOSFS 2006:11

Föreskrifter

6 § Ledningssystemet skall säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet omfattar metoder för uppföljning och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling.

Allmänna råd

Uppföljningen och utvärderingen bör bl.a. göras utifrån

- hur väl verksamheten uppfyller lagstiftningens krav och de kommunala målen,
- hur väl verksamheten tillgodoser enskilda och grupperns behov, samt
- hur den enskilde och andra intressenter uppfattar verksamhetens kvalitet.

SOSFS 2005:12

1 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för

1. regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat,
2. regelbunden granskning av metodernas, rutinernas och vårdprocessernas ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen,
3. hur resultatet av granskningar skall dokumenteras och återföras till berörda,
4. att dokumentera genomförda förbättringsåtgärder.

Uppföljning

Ekonomi, mål, åtaganden och kvalitetsarbetet följs upp i tertialrapporterna och verksamhetsberättelsen. Uppföljning och utvärdering av verksamheten ska tas tillvara för att utveckla och förbättra verksamheten.

Verksamhetsområdeschefen ansvarar för att:

- Uppföljningar genomförs enligt stadens ILS-system
- Projekt inom verksamhetsområdet följs upp
- Informera och återkoppla till enhetscheferna.

Enhetschefen ansvarar för att:

- ekonomi, mål och kvaliteten följs upp samt vidta ev. åtgärder
- Enhetens väsentliga processer följs upp samt att internkontroll genomförs enligt förvaltningens interkontrollplan
- regelbundet granska metoder, rutiner och vårdprocesser så att de ändamålsenliga och effektiva, egenkontroll
- åtgärda brister genom att upprätta åtgärdsplaner
- ta tillvara brukarnas synpunkter
- dokumentera förbättringsförslag
- ta tillvara resultat från uppföljningar, utvärderingar och granskningar för att utveckla och förbättra verksamheten.

MAS ansvar är att

- följa upp verksamheternas hälso- och sjukvård dels vid den årliga verksamhetsuppföljningen enligt Stockholms stads uppföljningsmall, dels vid en årlig kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser.
- delta vid sjuksköterskemöten och möten med rehabpersonal för diskussioner om metoder och rutiner
- ta tillvara resultat från uppföljningar, utvärderingar och granskningar för att utveckla och förbättra verksamheten.

Personalens ansvar är att

- ta del av och följa enhetens rutiner
 - medverka i kvalitetsuppföljningar
 - åtgärda brister och återkoppla till ansvarig arbetsledare.
-