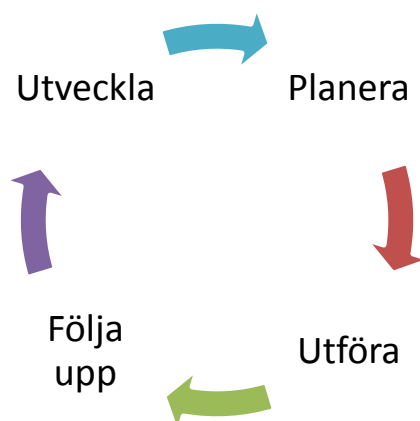




LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISK KVALITETSARBETE FÖR ÖSTERMALMS STADSDELSNÄMND

- I verksamheter enligt SoL, LVU, LVM, LSS och HsL

Enligt SOSFS 2011:9



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Vad är kvalitet	3
Ansvar för kvalitetsarbetet	4
Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad	6
Systematiskt förbättringsarbete	7
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	8
Dokumentationsskyldigheten	8
Patientsäkerhetsberättelse	8
Lagar som reglerar verksamheten	9
Ledningssystemets omfattning.....	10

INLEDNING

Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS: 2011:9) trädde i kraft 1 januari 2012. Syftet med det nya ledningssystemet är att systematiskt och löpande utveckla och säkra kvalitén i verksamheten. Det ska finnas dokumenterade rutiner med ett uttalat ansvar, identifierade processer samt rutiner för uppföljning i verksamheten.

Stockholms stads system för integrerad ledning och uppföljning av verksamhet och ekonomi, ILS, omfattar hela staden. ILS-webb är det huvudsakliga verktyget för att styra mot och följa upp kommunfullmäktiges mål genom kommunfullmäktiges indikatorer och aktiviteter. Uppföljning av program och riktlinjer inordnas i budgeten genom indikatorer och aktiviteter.

Kommunfullmäktige fastställer budget för staden. Budgeten är överordnad och styrande för stadens alla verksamheter. Övriga styrdokument har att förhålla sig till denna. Utifrån de mål som kommunfullmäktige fastställer i budgeten finns styrdokument inom olika områden.

Varje enhet ska ta fram kvalitetsgarantier som visar enhetens verksamhetsidé, åtaganden och rutiner för att hantera klagomål.

Stadsdelsnämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Nämndens internkontrollarbete ska bestå av tre delar. Nämnden ska ha fastställt ett aktuellt system för internkontroll, årligen genomföra en risk- och väsentlighetsanalys samt utifrån denna fastställa en internkontrollplan. Risk- och väsentlighetsanalysen (ROV) genomförs i två delar, dels utifrån kommunfullmäktiges indikatorer, dels utifrån de processer nämnden ansvarar för. I risk- och väsentlighetsanalysen uppskattar nämnden sannolikheten för att risken ska inträffa, väsentlighetsgraden av bedömda risker samt tar ställning till hur riskerna ska behandlas. Utifrån den genomförda risk- och väsentlighetsanalysen tar nämnden fram en aktuell internkontrollplan. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inom förvaltningen ska så långt det är möjligt integreras med ILS.

VAD ÄR KVALITET

Definition av kvalitet är att verksamheten 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 meddelats med stöd av sådana föreskrifter. *Ur SOSFS 2011:9*

ANSVAR FÖR KVALITETSARBETET

Ett väl fungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning för att implementera, utveckla och vidta åtgärder inom verksamheten. Ansvaret för respektive aktivitet i kvalitetssystemet är även angivet i varje rutin. Inom Östermalms stadsdelsnämnd är ansvaret för kvalitetsarbetet reglerat enligt följande:

Stadsdelsnämnden ansvarar för

- att det finns ett ledningssystem för verksamheten

Stadsdelsdirektör ansvarar för

- att det upprättas ett kvalitetssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet i verksamheten
- att utse verksamhetschef enligt HSL samt medicinskt ansvarig sjuksköterska

Avdelningschef ansvarar för

- det övergripande kvalitetsarbetet inom avdelningen
- att årligen beakta resultat av kvalitetsarbete i anslutning till verksamhetsplanering och budgetarbete samt i samband med årsredovisning och bokslut
- att göra risk och händelseanalyser, ta emot och utreda synpunkter från brukare
- att upprätta en kvalitetsberättelse

Enhetschef ansvarar för

- att bryta ner målen till verksamhetsmål
- att upprätta lokala rutiner för enheten
- att alla medarbetarna är informerade om ledningssystemet samt att fastställda rutiner följs
- att bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i kvaliteten
- egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser

Verksamhetschef enligt § 29 ansvarar för

- att det för enheten finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten
- att det medicinska omhändertagandet av patienten tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god vård
- att det finns personal med rätt kompetens
- att alla medarbetarna är informerade om ledningssystemet samt att fastställda rutiner följs
- att bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i kvaliteten
- egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering ansvarar för

- att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna
- att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom
- patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande
- att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet
- att biträda verksamhetschefen i arbetet med att utvärdera och utarbeta kvalitetssystemet, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens patientsäkerhetsarbete

Medicinskt ansvarig för rehabilitering ansvarar för

- rehabilitering
- medicintekniska produkter inom sitt område
- fallskadeprevention

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för

- att medverka i kvalitetsarbetet
- att delta i att ta fram, prova och vidareutveckla av rutiner och metoder
- att rapportera och dokumentera risker och avvikelser till MAS och verksamhetschefen

Medarbetare ansvarar för

- att arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet
- att rapportera avvikelser och tillbud

Central kvalitetsgrupp ansvarar för

- att ta del av analys av klagomål, avvikelser samt inkomna rapporter
- att ge förslag på hur händelserna kan förhindras
- att förändringar i processer och rutiner genomförs vid behov

Kvalitetssamordnare ansvarar för

- att underhålla och administrera kvalitetssystemet

Lokal kvalitetsgrupp

På varje enhet finns en arbetsgrupp som består av personal från alla kategorier. Arbetet leds av enhetschefen. Arbetsgruppen arbetar med genomgång av enhetens avvikelser och att återföra vunna erfarenheter till enheten. Initiera behov av förändringar i kvalitetssystemet och rapportera detta till den centrala kvalitetsgruppen.

LEDNINGSSYSTEMETS GRUNDLÄGGANDE UPPBYGGNAD

Verksamheten ska ha ett ledningssystem anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning. Ledningssystemet bör säkerställa att de viktigaste sociala tjänsterna med tillhörande processer och rutiner beskrivs. Det befintliga ledningssystemet inom förvaltningen utgör en grund för framtagandet av ett nytt ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 intentioner.

Äldrenämnden i Stockholm ansvarar för riktlinjer inom äldreomsorg, hälso- och sjukvård inom stadens särskilda boenden och för dagverksamhet för äldre. Gemensamma riktlinjer för hälso- och sjukvården tas fram av stadens MAS/MAR. Riktlinjerna ska ge vägledning för att utarbetandet av lokala regler och rutiner inom stadsdelen.

Socialnämnden ansvarar för övergripande frågor rörande omsorg om fysiskt- och psykiskt funktionsnedsatta, socialtjänstens barn och ungdomsverksamhet, missbruksfrågor, ekonomiskt bistånd, hemlöshetsfrågor och samverkan med frivilligorganisationer på det sociala området där detta inte ankommer på äldrenämnden.

Ledningssystemet för kvalitet på Östermalms stadsdel består av:

- Beskrivning av hur det systematiska kvalitetsarbetet är uppbyggt och principerna för hur verksamheten ska ledas.
- Processer och rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet.

Processer

Med process menas en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.¹ Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav som gäller utifrån lagar och föreskrifter. Avdelningschefen har ansvar för att övergripande processer fastställs för avdelningen. Verksamheterna inom Östermalms stadsnämnd ska bedrivas i enlighet med fastställda processer och rutiner som har fastställts

Rutiner

Med rutin menas ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat.²

¹ Definition från SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

² Ur SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Avdelningschefen har ansvar för verksamhetsövergripande rutiner. Verksamhetsövergripande rutiner finns på stadsdelens intranät. Varje enhetschef har ansvar för att enhetsspecifika rutiner för enheten är upprättade, uppdaterade och kända på enheten.

Samverkan

I verksamhetens rutiner ska det framgå hur samverkan ska ske såväl internt som externt. När samverkan ska ske med andra myndigheter kring en enskild person ska tystnadsplikten beaktas. *Rutiner för samverkan ska uppdateras under 2013 för att bli kompletta.*

SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE

En väsentlig del av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad är risk- och avvikelshantering.

Risikanalys

En risk är en möjlighet att en negativ händelse ska inträffa. Rutiner ska finnas för att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

ROV- Risk och väsentlighetsanalys.

ROV utförs på nämns-, avdelnings- och enhetsnivå. Vid hög risk/sannolikhet förs de befarade händelserna till internkontrollplanen och åtgärdsförslag upprättas.

Incidentrapportering i RISK

Alla enheter ska rapportera och följa upp incidenter och avvikelser, i stadens incidentrapporteringssystem. Syftet är att genom rapporterna se mönster och genom förebyggande arbete och åtgärder kunna förhindra och minska risker för skador.

Risikanalys vid förändringar

Vid planerade förändringar i verksamheten ska enheten göra en bedömning av vilka fel och brister som kan uppstå i samband med förändringen. Planeringen ska göras innan ändringarna genomförs.

Rutinerna för riskanalys ska uppdateras under 2013.

Egenkontroll

Egenkontroll är en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Varje enhet har ansvar för att följa upp sina åtaganden, arbetsätt och rutiner, samt rapportera i ILS Webben.

Enheter som ansvarar för hälso- och sjukvård registrerar i nationella kvalitetsregister, Senior Alert och palliativa registret.

Verksamhetsuppföljning av utförarverksamheter inom äldreomsorgen sker oavsett driftsform minst en gång per år. Resultatet rapporteras till stadsdelsnämnden och redovisas på Jämför Service. *Rutiner för egenkontroll ska tas fram under 2013.*

Utredning av avvikelser

Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål kan komma från brukare, närstående, personal och övriga intressenter. Inkomna synpunkter och klagomål ska tas på allvar och berörda kontaktas snarast. Utredning ska ske av inkomna klagomål för att verksamheten ska kunna ta ställning till om det har förekommit avvikelser. Staden använder sig av en gemensam E-tjänst ”Tyck-till” på stadens hemsida för att underlätta för medborgarna att lämna klagomål och synpunkter till stadens verksamheter. Rutiner finns för hantering av synpunkter och klagomål.

Lex Maria

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att rapportera risker eller händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. *Rutiner för anmälan enligt Lex Maria finns.*

Lex Sarah

Lex Sarah gäller inom hela socialtjänsten såsom äldreomsorg och för personer med funktionsnedsättning samt inom individ- och familjeomsorg. Avsikten med bestämmelserna är att den enskilde får insatser av god kvalitet och skydda den enskilde från missförhållanden. *Rutiner för Lex Sarah finns.*

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Utifrån resultaten av de aktiviteter som anges ovan ska vårdgivaren vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. *Rutiner för förbättrande åtgärder ska tas fram under 2013.*

Förbättring av processerna och rutinerna

Utifrån resultaten av de aktiviteter som anges ovan ska vårdgivaren vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. *Rutiner för förbättring av processer och rutiner ska arbetas fram under 2013.*

PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET

Alla anställda är skyldiga att medverka i kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att arbeta för en hög patientsäkerhet.

DOKUMENTATIONSSKYLDIGHETEN

Arbetet med kvalitetsarbetet ska dokumenteras. En kvalitetsberättelse ska upprättas årligen för socialtjänsten inkl äldreomsorgen och LSS. Kvalitetsberättelsen ska innehålla åtgärder, resultat och hur kvalitetsarbetet har utvecklats. Kvalitetsberättelsen ska upprättas både på avdelnings- och enhetsnivå. *Rutiner för förbättring av processer och rutiner ska arbetas fram under 2013.*

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

Enheter som arbetar med hälso- och sjukvård ska senast upprätta en patientsäkerhetsberättelse senast den 1 mars varje år. *Rutiner för förbättring av processer och rutiner ska arbetas fram under 2013.*

LAGAR SOM REGLERAR VERKSAMHETEN

Socialtjänstlagen (2001:453)(SoL)

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (HSL)

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)

Lagen om offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) OSL

Patientdatalagen (2008:355) PDL

Patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL

Personuppgiftslagen (1009:204) PUL

Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänstlagen (PUL)

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården SOSFS 2008:1

Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m. SOSFS 2007:19

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården SOSFS 2000:1

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall SOSFS 2005:10

Socialstyrelsens föreskrifter om Lex Sarah SOSFS 2011:5

LSS utsedd person som förestår verksamhet SOSFS 2002:9

Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård SOSFS 1997:14

LEDNINGSSYSTEMETS OMFATTNING

Processer

Dokumentation och styrning av ledningssystemet

Kvalitetsorganisation

Systematiskt förbättringsarbete

Risikanalys

Egenkontroll

Utredning av avvikelser

Lex Maria

Lex Sarah

Klagomål och synpunkter

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Förbättringar av processer och rutiner

Uppföljning och utvärdering av verksamheten

Personalens medverkan

Dokumentationsskyldighet

Kvalitetsberättelse

Patientsäkerhetsberättelse

Rutiner för funktionshinder

Processer

Ansvar

Handläggning och dokumentation

Samverkan

Övriga rutiner

Rutiner för hälso- och sjukvården

Processer

Ansvar

Samverkan

Riktlinjer

Övriga rutiner

Rutiner för äldreomsorgen

Processer

Ansvar

Handläggning och dokumentation

Samverkan

Övriga rutiner

Rutiner för socialtjänsten

Processer

Ansvar

Handläggning och dokumentation

Samverkan

Övriga rutiner