

Bilaga 3:5

**Ledningssystem för
systematiskt
kvalitetsarbete för
Skarpnäcks
verksamheter inom
SoL, LSS och HSL**

**Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för Skarpnäcks
verksamheter inom SoL, LSS och HSL**

2 (17)

Innehåll

1. Inledning	5
Stockholms stads ledningssystem	5
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS: 2011:9)	6
2. Definition av kvalitet	7
Lagstiftning	7
<i>Socialtjänstlagen</i>	7
<i>Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade</i>	7
<i>Hälso- och sjukvårdslagen</i>	8
3. Roller och ansvar	8
Ansvarsfördelning inom Skarpnäcks stadsdelsnämnd	8
<i>Stadsdelsnämnden</i>	9
<i>Stadsdelsdirektör</i>	9
<i>Avdelningschefer för individ- och familjestöd och äldreomsorg</i>	9
<i>Verksamhetschef enligt HSL inom äldreomsorg</i>	9
<i>Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)</i>	9
<i>Enhetschef</i>	10
<i>Biträdande enhetschef med personal-, budget och arbetsmiljöansvar</i>	10
<i>Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal</i>	10
<i>Medarbetare</i>	11
<i>Entreprenörer</i>	11
4. Ledningssystemets huvudpunkter	11
Processer och rutiner	11
Samverkan	12
Systematiskt förbättringsarbete	12
<i>Risikanalyser</i>	12

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för Skarpnäcks verksamheter inom SoL, LSS och HSL

4 (17)

<i>Väsentlighets- och riskanalys</i>	12
<i>Internkontrollplan</i>	13
<i>Egenkontroll</i>	13
<i>Synpunkter och klagomål</i>	14
<i>Vad är en synpunkt?</i>	15
<i>Vad är ett klagomål?</i>	15
<i>Vad är en avvikelse?</i>	15
<i>Lex Sarah</i>	15
<i>Lex Maria</i>	16
<i>Sammanställning och analys</i>	16
<i>Personalens medverkan</i>	16
<i>Dokumentationsskyldighet</i>	16
<i>Socialtjänstens kvalitetsberättelse</i>	16
<i>Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård</i>	17

1. Inledning

Stockholms stads ledningssystem

Stockholms stad har ett integrerat ledningssystem, ILS, för kvalitetssäkring av all verksamhet. Styrmodellen omfattar planering och uppföljning på alla nivåer i organisationen. Systemet bygger på en klassisk styrmodell där kommunfullmäktiges vision 2040 och mål konkretiseras och bryts ner i organisationen. Utöver detta finns nationella styrdokument och lagstiftning till exempel socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetsplanering sker årsvis både på nämnd- och enhetsnivå.

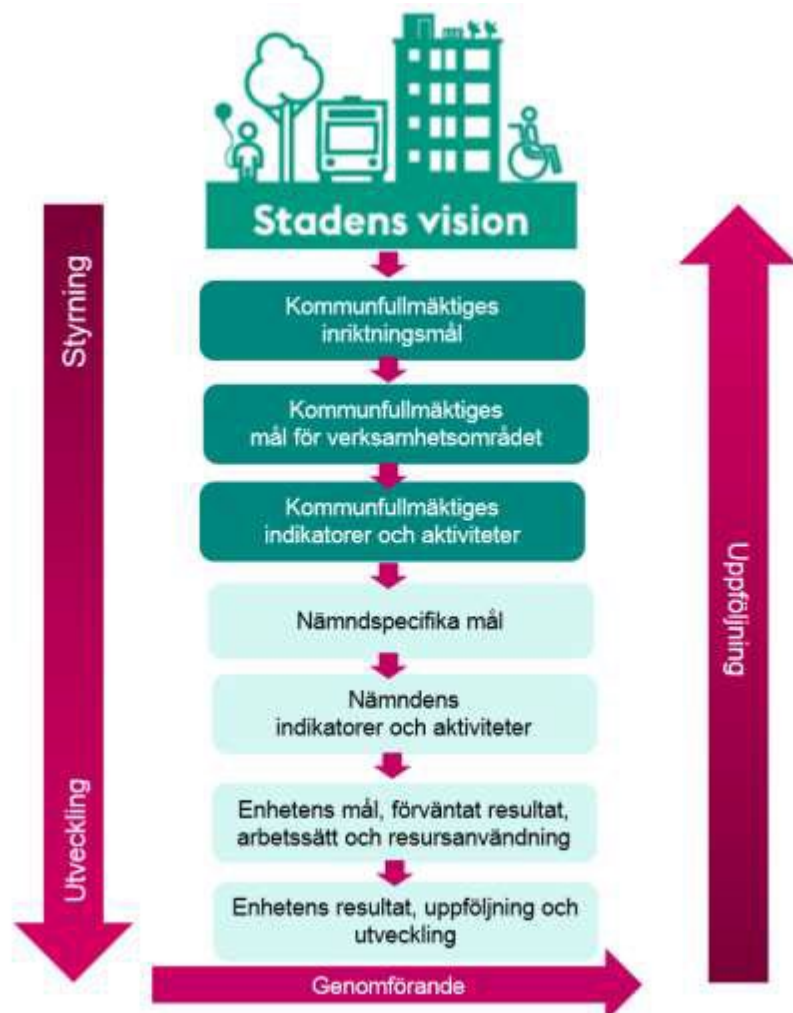


Bild 1. Beskrivning av stadens styrmodell samt hur socialstyrelsens kvalitetskrav kommer in i planerings- och uppföljningsprocessen.

Stadsdelsnämnden fastställer mål för de olika verksamhetsområdena i verksamhetsplanen. Utifrån målen

formulerar enheterna uppföljningsbara mål. I tertialrapporter och verksamhetsberättelsen redovisas resultat.

Planerings- och uppföljningsarbetet i stadsdelsnämnden dokumenteras i ett årshjul för att synliggöra det gemensamma, systematiska arbetet för alla berörda verksamheter.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS: 2011:9)

Kommunen har en central del i välfärdssystemet. Detta ställer stora krav på rättssäkerhet, likvärdighet och tillgänglighet. Den ska ha en god kvalitet inom myndighetsutövning samt inom offentlig och privat driven verksamhet. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS: 2011:9) trädde i kraft 1 januari 2012. Tidigare fanns två föreskrifter, en för socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service och en för hälso- och sjukvård.

Numera finns bara en föreskrift som gäller för verksamheter, kommunal eller privat, som omfattas av någon eller några av följande bestämmelser: HSL, TVL, SOL, LSS¹. Syftet med de nya föreskrifterna och allmänna råden är att alla ovan nämnda verksamheter ska inrätta ledningssystem genom vilka verksamheternas kvalitet och/eller patientsäkerhet utvecklas och säkras.

Ett ledningssystem är ledningens verktyg för att leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Utifrån verksamhetens krav och mål ska verksamheten identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och är en del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Resultaten från bland annat egenkontroller, synpunkt- och klagomålshantering och riskanalyser ska användas för att utveckla verksamheten och ligga till grund för det systematiska förbättringsarbetet. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Viktiga områden i det systematiska förbättringsarbetet är:

- förbättrande åtgärder i verksamheten
- förbättring av processer och rutiner

¹ HSL-hälso- och sjukvårdslagen, TVL-tandvårdslagen, SoL-socialtjänstlagen, LSS- lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

- samverkan
- riskanalyser och egenkontroller
- synpunkter och klagomål
- medarbetarnas medverkan

2. Definition av kvalitet

Lagstiftning

Enligt föreskriften definieras kvalitet som "Den som bedriver verksamhet ska säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter" (2 kap 1 § SOSFS 2011:9).

Kvalitetsdefinitionen kan därför beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i dessa andra lagar och föreskrifter eller beslut som gäller för verksamheten. Det räcker därför inte med att endast läsa SOSFS 2011:9 för att veta vad som ska uppnås med hjälp av ledningssystemet, utan det kräver också kunskap om vilka lagar som gäller för verksamheten. Nedan följer de tre huvudsakliga lagstiftningar som verksamheterna lyder under.

Socialtjänstlagen

"Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet" (1 kap 1 § SoL, 2011:453).

"Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras" (3 kap 3 § SoL, 2011:453).

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Verksamheten enligt LSS "skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som tillhör LSS personkrets. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra" (5 § LSS, 1993:387).

Verksamheten "skall vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den

enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För verksamheten enligt LSS skall det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges” (6 § LSS, 1993:387).
”När åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas” (6 a § LSS, 1993:387).

Hälso- och sjukvårdslagen

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården” (3 kap 1 § HSL, 2017:30).

”Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (5 kap 4 § HSL, 2017:30).

3. Roller och ansvar

I Stockholms stad är det socialnämnden som ansvarar för riktlinjer för handläggning inom stadens socialtjänst exklusive äldreomsorgen. Riktlinjerna uppdateras regelbundet efter exempelvis lagändringar.

Äldrenämnden ansvarar för riktlinjer inom äldreomsorg, hälso- och sjukvård inom stadens särskilda boenden och för dagverksamheter för äldre, oavsett regi.

Riktlinjerna är ett komplement till det regelverk som styr socialtjänsten, LSS och hälso- och sjukvården och ska ge vägledning för utarbetandet av lokala regler och rutiner inom respektive stadsdelsnämnd och verksamhet.

Ansvarsfördelning inom Skarpnäcks stadsdelsnämnd

Ett väl fungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att vidta åtgärder inom organisationen. Att medverka till god kvalitet innebär bland annat att vara uppmärksam och påtala sådant som kan medföra risk för att den enskilde inte får god omvårdnad, gott stöd, god service och lever under trygga förhållanden. Stor vikt ska läggas på det förebyggande arbetet. Att påtala och rätta uppkomna fel och brister, vara lyhörd för synpunkter och klagomål är åtgärder som kan bidra till att säkerställa en god kvalitet. Verksamheter ska bedrivas

så att eventuella försummelser, övergrepp och andra missförhållanden så långt som möjligt kan förebyggas och förhindras. En viktig förutsättning är att det finns rutiner för att hantera iakttagelser som görs, fel och brister som upptäcks samt synpunkter och klagomål som tas emot. Likaså att ledningen uppmuntrar och välkomnar ett sådant arbetssätt.

Stadsdelsnämnden

Stadsdelsnämnden fastställer ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, beslutar om mål och mätvärden för verksamheten och följer upp målen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vara integrerat med de befintliga systemen för budget och verksamhetsplanering som nämnden har. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med.

Stadsdelsdirektör

Stadsdelsdirektören har det yttersta ansvaret för att kvalitetsledningssystem upprättas, och för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, följs upp och utvärderas.

Avdelningschefer för individ- och familjestöd och äldreomsorg

Avdelningschef ansvarar för att säkerställa att ledningssystem för kvalitet, utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, utarbetas och förvaltas.

Avdelningschefen ansvarar också för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet.

Verksamhetschef enligt HSL inom äldreomsorg

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att, i samarbete med avdelningschef inom äldreomsorg, det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet. Verksamhetschefen ska samverka med MAS/MAR i frågor som rör verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har det övergripande ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård. Ansvaret

regleras i 4 kap 6 § HSF, 2017:80 och i 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

1. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska ansvara för att:
2. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
3. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
4. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
5. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
6. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Enhetschef

Enhetschef arbetar enligt fastställda mål och mätvärden och har ansvar för att bryta ner målen till enhetsmål för verksamheten och kvalitetssäkra dessa. Enhetschefen ansvarar också för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet.

Biträdande enhetschef med personal-, budget och arbetsmiljöansvar

Biträdande enhetschef arbetar enligt fastställda mål och mätvärden och har ansvar för att bidra i arbetet med att bryta ner målen till enhetsmål för verksamheten och att kvalitetssäkra dessa. Biträdande enhetschef ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i enhetens ledningssystem. Biträdande enhetschef ansvarar för egenkontroller, uppföljningar och åtgärder inom sitt ansvarsområde.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och att hög patientsäkerhet upprätthålls. Den legitimerade personalen ska bidra till förbättrade processer och rutiner, samverka samt ansvarar för riskanalyser och egenkontroller inom sitt ansvarsområde.

Medarbetare

Alla medarbetare ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att arbeta i enlighet med processer och rutiner. Medarbetare ska medverka i enhetens olika aktiviteter i kvalitetsarbetet, delta i och lämna uppgifter till bland annat egenkontroller, kvalitetsregister, rapporter och utredningar. Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Inom nämndens verksamheter gäller även detta personer som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Entreprenörer

Entreprenörer är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som innebär kvalitetsuppföljning, kvalitetsutveckling, att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet samt att ge information om resultatet till sina medarbetare inom sitt verksamhetsområde. Entreprenörer är ansvariga för att informera nämnden om resultat av kvalitetsuppföljningar.

4. Ledningssystemets huvudpunkter

Processer och rutiner

Alla verksamheter som arbetar inom SoL och LSS utgår från socialstyrelsens huvudprocess för socialtjänst²:



Alla verksamheter som arbetar inom HSL utgår från socialstyrelsens huvudprocess för hälso- och sjukvård³:



Ledningssystemet utformas genom att:

- Identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet utifrån lagstiftning, författningar, stadens och nämndens mål för verksamhetsområdet.

² <https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/default>

³ <https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/default>

- Identifiera de aktiviteter som ingår i varje process.
- Utarbeta rutiner för varje aktivitet för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten (t ex olika yrkeskategorier, olika enheter inom verksamhetsområde/inom organisationen).
- Processerna och rutinerna ska göras kända och finnas lättillgängliga för medarbetarna.
- Processerna och rutinerna ska uppdateras/ändras om någon form av avvikelser visar att det finns brister i processerna eller rutinerna.

Samverkan

De processer där samverkan behövs, ska identifieras för att säkra kvaliteten på de insatser och åtgärder som ges i verksamheten. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas internt inom den egna verksamheten samt externt med andra verksamheter, vårdgivare, organisationer och myndigheter.

Systematiskt förbättringsarbete

En viktig förutsättning för att säkerställa en god kvalitet är att det finns rutiner för att hantera risker, kontrollera den egna verksamheten och hantera förbättringsförslag, synpunkter och klagomål som tas emot. Informationen som verksamheten samlar in ligger till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

Risikanalys

Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa och som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

För varje händelse som utgör en risk ska verksamheten dels uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, dels bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Med det som underlag kan beslut tas och åtgärder vidtas i syfte att minimera dessa risker.

Väsentlighets- och risikanalys

Verksamheterna gör även en väsentlighets- och risikanalys (VOR) i anslutning till verksamhetsplaneringen inför kommande år. I väsentlighets- och risikanalysen uppskattas väsentlighetsgraden=konsekvenserna och risken=sannolikheten för att oönskade händelser inträffar.

Väsentlighets- och riskanalysen ger nämnden underlag till den årliga internkontrollplanen.

Syftet med väsentlighets- och riskanalysen (VoR) är att öka förutsättningarna för att "rätt" områden kontrolleras.

Väsentlighets- och riskanalysen genomförs i ett antal steg som beskrivs i förvaltningens anvisningar till enheter inför den årliga verksamhetsplaneringen.

Internkontrollplan

Av den årliga internkontrollplanen framgår vilken/vilka processer eller oönskade händelser som ska kontrolleras.

Med utgångspunkt från planen genomförs kontrollerna.

Kontrollerna dokumenteras och eventuella åtgärder är en del i det som ska ligga till grund för enhetens systematiska förbättringsarbete för att uppnå verksamhetens mål (verksamhet och ekonomi) och följsamhet till lagar, riktlinjer och rutiner. Nya och kvarstående brister tas upp i nästa års väsentlighets- och riskanalys och ingår eventuellt åter i internkontrollplanen.

Egenkontroll

Egenkontroll innebär att enhetschef själv ska kontrollera att verksamheten följer de lagar, föreskrifter och riktlinjer som styr verksamheten. Egenkontrollen är en systematisk uppföljning av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Den ska ske med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen analyseras och eventuella åtgärder tas fram och följs upp.

Exakt hur egenkontrollen ska utformas finns inte reglerat i föreskriften. Det viktigaste är att egenkontrollen är anpassad efter de identifierade riskerna som finns i verksamheten.

Egenkontrollen innebär att ta fram följande:

- Vad kontrolleras?
- Hur sker kontrollen?
- När utförs kontrollen?
- Hur dokumenteras kontrollen?
- Vem kontrollerar och analyserar?

Egenkontrollen kan som exempel innefatta:

- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation, kontrollistor.

- Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos medarbetare som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- Målgruppsundersökningar.
- Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.
- Analys av uppgifter från patientnämnder.
- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355).
- Jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter.
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.

Synpunkter och klagomål

Den som bedriver verksamhet enligt SoL, LSS eller HSL ska ta emot och utreda synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet från:

- Vård- och omsorgstagare och deras närstående
- Personal
- Vårdgivare
- De som bedriver socialtjänst
- De som bedriver verksamhet enligt LSS
- Myndigheter
- Föreningar, andra organisationer och intressenter

Inom nämndens verksamheter enligt SoL, LSS och HSL finns rutiner för hur klagomål och synpunkter hanteras.

Verksamheterna värdesätter och tar tillvara synpunkter och klagomål från brukare, anhöriga, medarbetare och chefer. Det är i dialog och samråd som förvaltningens olika verksamheter kan vidareutvecklas. Syftet med synpunkter och klagomål är att den som bedriver verksamheten ska kunna få en bred återkoppling, avseende hur verksamheten bedrivs och kännedom om eventuella avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten. Arbetet med synpunkter och klagomål ska vara en del av det systematiska förbättringsarbetet för att utveckla och säkerställa en god kvalitet. Synpunkter och klagomål kan framföras muntligt eller skriftligt. Förvaltningen har tagit fram en gemensam blankett för att skriva ner synpunkter och klagomål. Andra sätt är exempelvis per brev eller e-post.

Vad är en synpunkt?

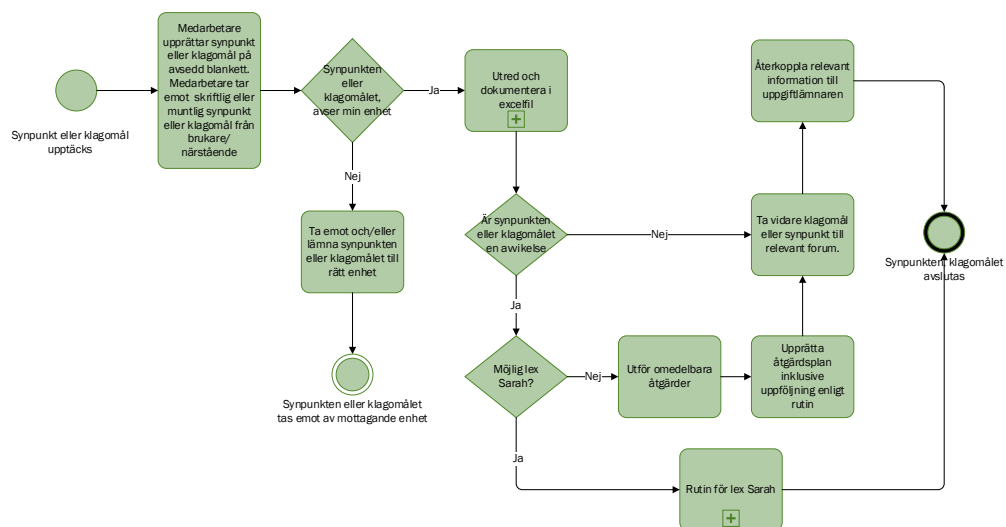
Synpunkter kan innefatta både beröm, idéer eller förbättringsförslag som berör verksamhetens kvalitet.

Vad är ett klagomål?

Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår eller riskerar att inte uppnå den kvalitet, krav eller mål som verksamheten har beskrivit i sin verksamhetsplanering eller som beskrivs i rutiner, riktlinjer och lagstiftning.

Vad är en avvikelse?

En avvikelse uppstår när en utredning kommer fram till att en verksamhet inte når upp till kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål i föreskrifter eller i beslut. En avvikelse uppstår också om personalen inte arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.



Lex Sarah

Skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden gäller för anställda, uppdragstagare, praktikanter, deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program och liknande som fullgör uppgifter enligt SoL och LSS.

Lex Sarah innebär att socialtjänsten har skyldighet att anmäla om en brukare i samband med insatser från socialtjänsten utsatts för allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden. Anmälan görs till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Lex Maria

Lex Maria innebär att en vårdgivare har skyldighet att anmäla om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller riskerat att drabbas av en allvarlig vårdskada. Anmälan görs till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Enligt patientsäkerhetslagen är både legitimerad och icke legitimerad hälso- och sjukvårds-personal skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls.

Sammanställning och analys

Resultatet av utredningar av synpunkter och klagomål samt rapporter enligt lex Sara och lex Maria sammanställs och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet samt möjlighet till förbättringar. Därefter ska åtgärder vidtas som säkrar verksamhetens kvalitet utifrån lagstiftning, författningar, stadens och nämndens mål för verksamhetsområdet. Om analysen visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

Personalens medverkan

Enligt SoL, LSS och HLS är all personal skyldig att medverka till hög kvalitet respektive patientsäkerhet. Respektive chef ska säkerställa att medarbetarna arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras enligt föreskrift SOSFS 2011:9, 7 kap. 1 §.

Dokumentationen kan ske genom mötesanteckningar i ledningsgrupper och från arbetsplatsträffar, i väsentlighets- och riskanalysen, internkontrollen och egenkontrollen. Det kan också ske genom dokumentation i särskilda ärenden, exempelvis lex Sarah eller lex Maria.

Socialtjänstens kvalitetsberättelse

Genom att enheterna årligen tar fram tertiärrapporter och verksamhetsberättelser i stadens integrerade ledningssystem (ILS) redovisas verksamhetens resultat och vad som fortlöpande behöver utvecklas i enlighet med kravet på kvalitetsberättelse. Den som bedriver verksamhet enligt SoL och LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje

år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Vilka resultat som har uppnåtts.

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att:

- Det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar.
- Informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvård

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Nämnden ska godkänna den egna verksamhetens patientsäkerhetsberättelse medan entreprenörernas endast anmäls till nämnden.

I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur:

- ansvaret för patientsäkerhetsarbetet varit fördelat
- egenkontrollen har följts upp och utvärderats
- samverkan möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador
- risker för vårdskador har hanterats
- rapporter enligt patientsäkerhetslagen har hanterats
- inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- många händelser som utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att:

- det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar.
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.