

MISSIV

LEDNINGSSYSTEM – UPPRÄTTADE STYRDOKUMENT: RIKTLINJER OM FÖRDELNING AV ANSVAR, LEDNINGSSYSTEM FÖR VÅRD OCH OMSORG SAMT FÖR HANTERING AV RISKER OCH MISSFÖRHÅLLANDEN**Sammanfattning av ärendet**

Vård och omsorgsnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem i verksamheten. Ledningssystemet ska innehålla styrande dokument för processer som är viktiga för verksamhetens kvalitet. Styrande dokument ska fastställas och beslutas av ansvarig nämnd och beskriva processens olika aktiviteter, ansvaret samt vilka delar som ska följas upp.

Fördelning av ansvar och uppgifter; beskriver ansvarsförhållandet mellan fullmäktige och nämnd samt nämndens ansvar för ledningssystemet och hur fördelning av uppgifter i ledningssystemet ser ut för verksamhetens del.

Ledningssystemet för Vård och omsorg; beskriver grundläggande delar som måste finnas i ett ledningssystem för socialtjänsten samt hur arbetet ska göras. Av dokumentet framgår även vilka delar som ska följas upp och återrapporteringen till ansvarig nämnd.

Risker och missförhållanden; beskriver skyldigheten och ansvaret för att informera och hantera risker och missförhållanden i verksamheten. Av dokumentet framgår även vilka delar som ska följas upp, sammanställas och analyseras samt återrapporteras till ansvarig nämnd.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta

att fastställa riktlinjen om Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem

att fastställa riktlinjen om Ledningssystem för Vård och omsorg

att fastställa riktlinjen om Risker och missförhållanden

Kirsi Kirpislidis
KvalitetshandläggareBilagor: Riktlinje: Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem; Riktlinje:
Ledningssystem för Vård och omsorg; Riktlinje: Risker och missförhållanden

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystemet	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-03-12
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem

Innehåll

Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem	1
Fördelning av Ansvar och uppgifter	2
Fullmäktiges ansvar.....	2
Nämndens ansvar	2
Verksamhetens uppdrag och uppgift.....	2
Styrande och stödjande dokument	4

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

FÖRDELNING AV ANSVAR OCH UPPGIFTER

Det samlade strategiska ledningsansvaret för kommunens verksamhet ligger på fullmäktige, det operativa på ansvarig nämnd samt förvaltnings- och verksamhetsledningarna.

Fullmäktiges mål och beslut dokumenteras i styrande dokument såsom policys, program, riktlinjer och planer. Fördelningen av uppgifter och ansvar för arbetet tydliggörs i lagstiftning, reglementen, delegationsordning och i kommunens styrande dokument.

Vård och omsorgsnämndens ledningssystem ska användas för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra¹ verksamheten. Kommunens styrande dokument ska ingå i ledningssystemet. I det dagliga arbetet ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Fullmäktiges ansvar

Fullmäktige har det yttersta ansvaret inför medborgarna. De beslutar om mål för verksamheten, utser nämnder, styrelser och beredningar samt bedömer och prövar utövandet av ansvar. Fullmäktige prövar genom granskning av verksamheten om nämnderna uppfyller mål och beslut, om den är effektiv, om välfungerande styrning och kontroll av verksamheten finns samt följer upp räkenskaper och ekonomiska resultat².

Nämndens ansvar

Nämnden får sitt uppdrag från fullmäktige. Ansvaret innefattar att förvalta och genomföra verksamhet. Uppdraget tydliggörs i nämndens reglemente och i delegationsordningen. Vård och omsorgsnämnden har ett verksamhetsansvar i vilket ingår ansvar för myndighetsutövning och beslutsfattande samt utförande av verksamheter och tjänster oavsett regi. I ansvaret ingår att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med kommunens mål och gällande lagstiftning samt säkerställa att intern kontroll och uppföljning görs.

Verksamhet i egen regi styrs av fullmäktiges och nämndens mål, lagstiftning samt kommunens styrande dokument. Verksamhet i privat regi styrs av lagstiftning, förfrågningsunderlag och avtal.

Vård och omsorgsnämnden har i egenskap av huvudman och vårdgivare ansvar för att det finns ett ledningssystem för den egna verksamheten³ och ska säkerställa att privata utförare har ett ledningssystem som uppfyller ställda krav i SOSFS 2011:9.

Verksamhetens uppdrag och uppgift

Beslutanderätten tydliggörs i delegationsordningen. Fördelningen av uppgifter i ledningssystemet tydliggörs i detta dokument. Av nämndens styrande dokument framgår hur uppgifterna är fördelade och hur arbetet ska göras för att säkerställa att

¹ 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9

² 6 kap Kommunalag (1991:900)

³ 3 kap 1§ SOSFS 2011:9

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

alla medarbetare arbetar som bestämt samt vad som ska kontrolleras och följas upp⁴.

I arbetet med att upprätta styrande dokument, exempelvis riktlinjer och tillämpningsrutiner, ska användas av nämnden beslutade riktlinjer för dokumentstyrning; dokumentationen av och processen för dokumenthantering. Utgångspunkten är uppdraget, lagstiftning samt fullmäktiges och nämndens mål.

Ansvar för alla medarbetare

Alla medarbetare har en skyldighet att bidra till att verksamheten håller en god kvalitet och en hög patientsäkerhet. Det ingår att medverka i och ta ansvar för verksamhetens uppdrag och kvalitetsarbete⁵. I det ingår en skyldighet att rapportera säkerhetsrisker, missförhållanden och vårdsador samt olika tillbud.

Ansvar för chefer

Ansvar för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra⁶ verksamheten ligger på ansvarig chef. Grundläggande delar som ingår i arbetet framgår av beskrivningen: Vård och omsorgsnämndens ledningssystem samt styrande och stödjande dokument. I ansvaret ingår att förtydliga hur arbetet ska göras och vilka delar som ingår för det egna verksamhetsområdet. Det innebär att chefen för sitt område ansvarar för följande delar

- Utforma rimliga mål med tydlig ambitionsnivå och tillhörande indikatorer som utgår från politiska mål och verksamhetens behov
- Upprätta en laglista samt uppdragsbeskrivning eller åtagandedokument
- Identifiera alla viktiga processer för kvalitet samt säkerställa att de dokumenteras i styrande dokument (tillämpningsrutiner)
- Kontinuerligt arbeta med systematisk förbättring; med riskanalyser, klagomål, avvikelshantering, egenkontroll och förbättringsarbete
- Regelbundet följa upp och analysera verksamheten med fokus på resultat och utveckling samt upprätta en årlig kvalitetsberättelse

Socialchef

Har det övergripande ansvaret för den operativa verksamheten på delegation av nämnden. Har möjlighet att vidaredelegera vissa uppgifter. Fördelar arbetet i verksamheten och beslutar om tillämpningsrutiner. Upprättar delegationsordning för vidaredelegation.

Verksamhetschefer

Ansvarar för att upprätta en laglista samt anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning⁷ genom att inventera och förteckna de viktiga kommunala styrdokument. Förteckningen ska delges underställda chefer vid nyanställning. Kvalitetssäkra tillämpningsrutiner för det egna verksamhetsområdet och ha en övergripande kontroll över tillsynsbeslut och allvarliga händelser. Regelbundet analysera den egna verksamheten för att kunna vidta förbättrande åtgärder samt redovisa resultat såsom öppna jämförelser och

⁴ 3 kap 3 § och 6 kap 1 §, SOSFS 2011:9

⁵ 6 kap 4 § Patientsäkerhetslagen (2010:659), 14 kap 2 § Socialtjänstlagen (2001:453), 24a § Lag (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade

⁶ 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9

⁷ 4 kap 1 § SOSFS 2011:9

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

annan data. I ansvaret ingår att analysera verksamheten. I analysen ingår att årligen inför VEP välja ut förslag på mål, välja lämpliga nyckeltal och resultatmått samt föreslå plan för uppföljning och egenkontroll.

Stabsfunktioner

Huvudansvar för uppdraget att utarbeta riktlinjer till nämndens ledningssystem ligger på stabsfunktionerna, i uppdraget ingår även att sammanställa en årlig och övergripande analys av hela verksamheten. I uppdraget för staben ingår även övergripande uppgifter, t.ex. inventeringar och utredningsarbete på uppdrag av socialchef. De områden som ingår i verksamheten fördelas enligt följande

- Kvalitetshandläggare – styrande dokument för socialtjänst; myndighetsutövning, individ och familjeomsorg och verksamhet enligt LSS. Ingår i utredningsteamet.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska – styrande dokument för sjukvård och äldreomsorg. Ingår i utredningsteamet.
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering – styrande dokument för sjukvård och äldreomsorg. Ingår i utredningsteamet.
- Systemförvaltare – aktuellt system, förvaltningsplan, informationsklassning och riskanalys samt styrande dokument för hanteringen.

Enhetschefer

Enhetschefen ansvarar för att upprätta en laglista som utgångspunkt för enhetens arbete samt identifiera processer och upprätta tillämpningsrutiner för den egna enheten och ansvarsområdet; Där det finns överenskommelser om samarbete och samordning mellan kommunen med andra huvudmän ska dessa ingå och tillämpningsrutiner utarbetas. Tillämpningsrutiner kvalitetssäkras av överordnad chef och beslutas av nämnd eller socialchef. Det ingår även att planera och leda enhetens arbete och att systematiskt arbeta med uppföljning och kontroll samt förbättring av verksamheten kvalitet på olika områden. I det ingår att sammanställa och analysera data för att utveckla enheten och innehållet i verksamheten.

Styrande och stödjande dokument

Dokumentnamn	Innehåll
Vård och omsorg - mål och framtidsfokus	Dokument som beskriver VON:s mål
Dokumenthantering i styrande dokument	Riktlinje för krav på dokumentation och dokumentstyrning
Process för styrande dokument	Riktlinje för arbetsprocessen för VON:s styrande dokument
Vård och omsorgsnämndens ledningssystem	Riktlinje som beskriver delar och innehåll i VON.s ledningssystem
Risker för missförhållanden och missförhållanden	Riktlinje som beskriver hanteringen av risker och missförhållanden
Händelseanalys	Vägledning för arbetet med händelseanalys

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Vård och omsorgsnämndens ledningssystem	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-03-12
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Ledningssystem för vård och omsorg

Innehåll

Ledningssystem för vård och omsorg	1
Syfte och innehåll.....	2
Fördelning av ansvar och uppgifter.....	2
Ledningssystemet olika delar.....	3
Gemensamt arbetssätt.....	3
Processer och rutiner.....	3
Systematiskt förbättringsarbete	4
Riskanalyser	4
Utredning av felhändelser och avvikelser.....	6
Kontinuerligt förbättringsarbete och utveckling.....	6
Uppföljning av kvaliteten	7
Dokumentation, sammanställning och analys	7
Kvalitetsberättelse	8
Patientsäkerhetsberättelse.....	8

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

SYFTE OCH INNEHÅLL

Verksamheten omfattas av krav på ledningssystem¹ i vilket ingår styrande dokument såsom policys, program och planer från kommunfullmäktige samt riktlinjer, handlingsprogram, handlingsplaner och tillämpningsrutiner från nämnden, kommunstyrelsen och den egna verksamheten.

Ledningssystemet ska anpassas till verksamheten och till enheternas inriktning och omfattning². De styrande dokumenten för verksamheten ska identifieras och ingå. Använda nivåer och strukturen är; ledning, kärnverksamhet och stöd. En laglista ska finnas som utgångspunkt för chefernas arbete.

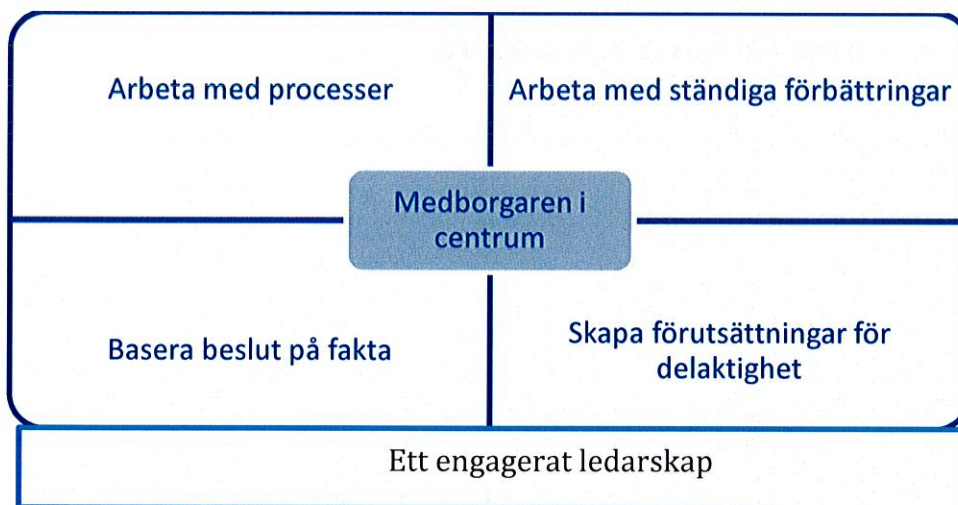


Bild: Offensiv kvalitetsutveckling³

FÖRDELNING AV ANSVAR OCH UPPGIFTER

Utgångspunkten är uppdraget, lagstiftning samt fullmäktiges och nämndens mål. Ansvaret för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra⁴ verksamheten ligger på ansvarig chef. I ansvaret ingår att förtydliga hur det ska göras och vilka delar som ingår för det egna verksamhetsområdet. Det innebär att chefen för sitt område ansvarar för följande delar

- Utforma rimliga mål med tydlig ambitionsnivå och tillhörande indikatorer som utgår från politiska mål och verksamhetens behov
- Upprätta en laglista samt uppdragsbeskrivning eller åtagandedokument
- Identifiera alla viktiga processer för kvalitet samt säkerställa att de dokumenteras i styrande dokument (tillämpningsrutiner)
- Kontinuerligt arbeta med systematisk förbättring; med riskanalyser, klagomål, avvikelshantering, egenkontroll och förbättringsarbete
- Regelbundet följa upp och analysera verksamheten med fokus på resultat och utveckling samt upprätta en årlig kvalitetsberättelse

¹ 1 kap 1 § SOSFS 2011:9

² 4 kap 1 § SOSFS 2011:9

³ Bergman, B, Klefsjö, B. Kvalitet från behov till användning, Lund:Studentlitteratur; 2007

⁴ 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

LEDNINGSSYSTEMET OLIKA DELAR

Verksamhetens mål utformas av politiken. Övergripande nationella mål för socialtjänsten finns i lagstiftningen. Det finns särskilda mål för olika områden. Det tillkommer sedan lokala mål. Verksamheten ska välja vilka mål som ska prioriteras, de omvandlas till mätbara mål och följs upp.

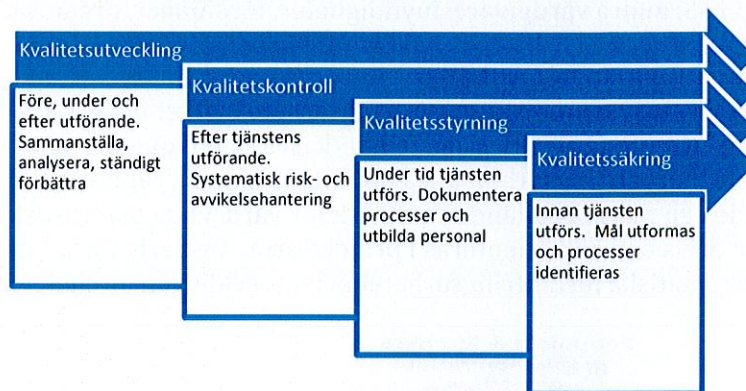


Bild: Bild efter Bergman och Klefsjö, 2001.

GEMENSAMT ARBETSSÄTT

Det arbetssätt som ska användas ska utgå från PDCA-hjulet. Arbetet ska planeras och chefen ska leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra⁵ verksamheten. I det dagliga arbetet ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

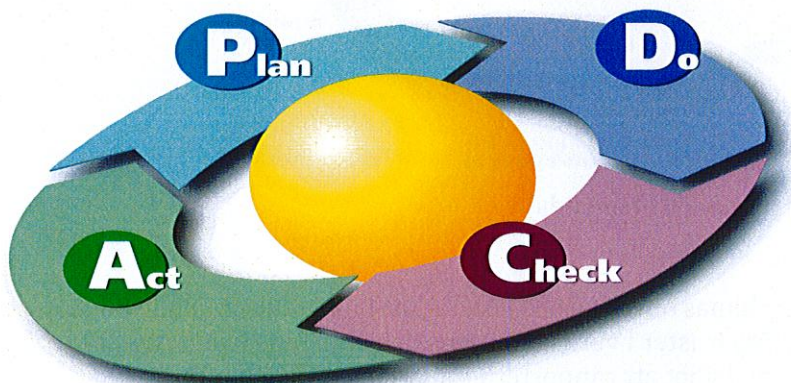


Bild: Wikipedia

PROCESSER OCH RUTINER

De processer som behövs för att säkra kvaliteten ska identifieras, beskrivas och fastställas. För varje process ska identifieras de aktiviteter som ingår och deras inbördes ordning. För varje aktivitet ska utarbetas de tillämpningsrutiner som behövs för enhetens kvalitet. Tillämpningsrutinerna ska beskriva tillvägagångssättet för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat⁶. Ansvarig för att identifiera processer och upprätta tillämpningsrutiner är chefen.

⁵ 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9

⁶ 4 kap 2-4 §§ SOSFS 2011:9

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

Verksamheten ska även identifiera samverkansprocesser där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. Om hälso- och sjukvård bedrivs ska även identifieras de samverkansprocesser som behövs för att förebygga vårdskada. Det ska av tillämpningsrutiner framgå hur samverkan ska ske. Det ska säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller verksamhet enligt LSS; andra vårdgivare, myndigheter, föreningar, organisationer⁷.

SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Verksamheten ska ha ett systematiskt förbättringsarbete i vilket ingår risk- och avvikelshantering, utredning av allvarliga felhändelser, egenkontroll samt förbättrande arbete. Förbättringsarbetet ska omfatta klagomål, rapportering av risk för missförhållande och missförhållande samt risk för vårdskada och vårdskada⁸. Utvecklingsarbete drivs och dokumenteras i projektform. Ansvarig för att driva och säkerställa det systematiska förbättringsarbetet och utvecklingen är chefen.

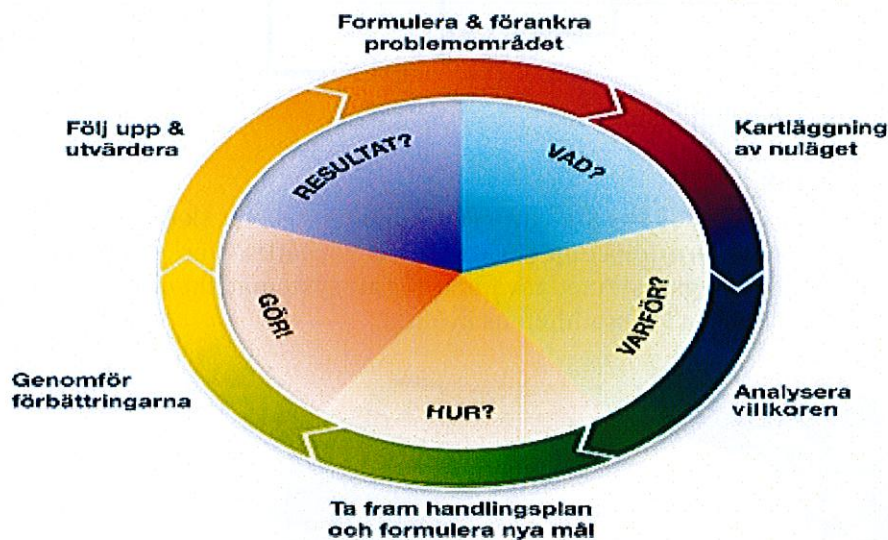


Bild: Västra Götalandsregionens hemsida⁹

Riskanalyser

Det ska fortlöpande bedömas om det finns risk för att felhändelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens och enhetens kvalitet. Alla medarbetare har en skyldighet att rapportera risker och de ska hanteras av ansvariga chefer enligt för detta upprättade riktlinjer. För varje rapporterad och identifierad risk ska ansvarig chef:¹⁰

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen/risken inträffar
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av identifierade risker om de inträffar
- Värdera de negativa konsekvenserna med hänsyn tagen till enskilda individer och medarbetare

⁷ 4 kap 5-6 §§ SOSFS 2011:9

⁸ SOSFS 2011:9

⁹ http://jamlikvard.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Kunskapscentrum-for-jamlik-vard/jamlik_vard/Verksamhetsutveckling/Verksamhetsutveckling/Strategi/

¹⁰ 5 kap 1§ SOSFS 2011:9

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

- Vidta åtgärder för att förhindra eller minska möjligheten för identifierade risker att inträffa
- Vid allvarliga konsekvenser för individen göra en mer omfattande riskanalys, vid behov med stöd av utredningsteamet

Rapportering, hantering och bedömning av risker ska dokumenteras. Enhetens riskanalyser ska delges verksamhetschefen. Det ska finnas en tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens riskhantering med fördelning av uppgifter och ansvar.

Klagomål och synpunkter

Verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från¹¹

- Enskilda individer och deras närstående
- Medarbetare
- Vårdgivare
- Privat socialtjänst och privat verksamhet enligt LSS
- Myndigheter
- Föreningar, andra organisationer och intressenter

Inlämnade klagomål och synpunkter ska hanteras, dokumenteras och besvaras av ansvarig chef. Det ska finnas en tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens hantering av synpunkter och klagomål med fördelning av uppgifter och ansvar.

Felhändelser och avvikelser

Verksamheten ska ta emot och utreda händelser i verksamheten och på enheterna som har medfört eller hade kunnat medföra en risk för missförhållande eller missförhållande samt en risk för vårdskada eller vårdskada¹². För varje felhändelse ska den ansvarige chefen:¹³

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar igen
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen
- Vid allvarliga konsekvenser för individen aktualisera utredning med händelseanalys via verksamhetens utredningsteam
- Vidta omedelbara åtgärder för att förhindra skada eller upprepning
- Föreslå ett ställningstagande som är motiverat
- Vidta långsiktiga åtgärder för att förhindra eller minska möjligheten för att felhändelsen ska inträffa igen

Det finns en skyldighet att snarast avhjälpa eller undanröja risken för missförhållanden och missförhållandet samt att dokumentera både rapportering och hantering¹⁴. Rapporterade felhändelser ska hanteras, dokumenteras och åtgärdas. Det är ett uppdrag för ansvarig chef på enheten. Det ska upprättas en

¹¹ 5 kap 3 § SOSFS 2011:9

¹² 5 kap 4 § SOSFS 2011:9

¹³ 5 kap 1 § SOSFS 2011:9

¹⁴ 5 kap 5 § SOSFS 2011:9

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens hantering av felhändelser samt fördelning av uppgifter och ansvar.

Utredning av felhändelser och avvikelser

Verksamheten ska utreda alla klagomål och synpunkter samt rapporter om risker, missförhållanden och vårdskador. Utredningen ska ha en sådan omfattning att den kan tillhandahålla ett underlag för ett motiverat ställningstagande och beslut. Inför varje rapporterad risk, missförhållande eller vårdskada ska ansvarig chef bedöma allvaret med hänsyn tagen till konsekvenserna för berörd person enligt särskild bedömningsmall. Alla felhändelser ska utredas och risker värderas. Om felhändelsen eller risken är av allvarlig art ska den rapporteras till överordnad chef. Som allvarlig art ses händelser med negativa konsekvenser för personen alternativt påtaglig risk som hade kunnat medföra negativa konsekvenser. Överordnad chef ansvarar för att utreda händelsen och besluta om åtgärder, utredning görs i samråd med utredningsteamet. För felhändelse av allvarlig art inom sjukvård ansvarar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) för utredning och beslut om åtgärder, i samråd med utredningsteam och ansvarig verksamhetschef enligt 29§ Hälso och sjukvårdslagen.

Kontinuerligt förbättringsarbete och utveckling

Ansvarig chef har uppdraget att med utgångspunkt från resultatet av utredningar och sammanställning med tillhörande analys vidta de åtgärder som bedöms nödvändiga för att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultatet visar att verksamhetens processer eller rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet så ska de ändras och förbättras¹⁵.

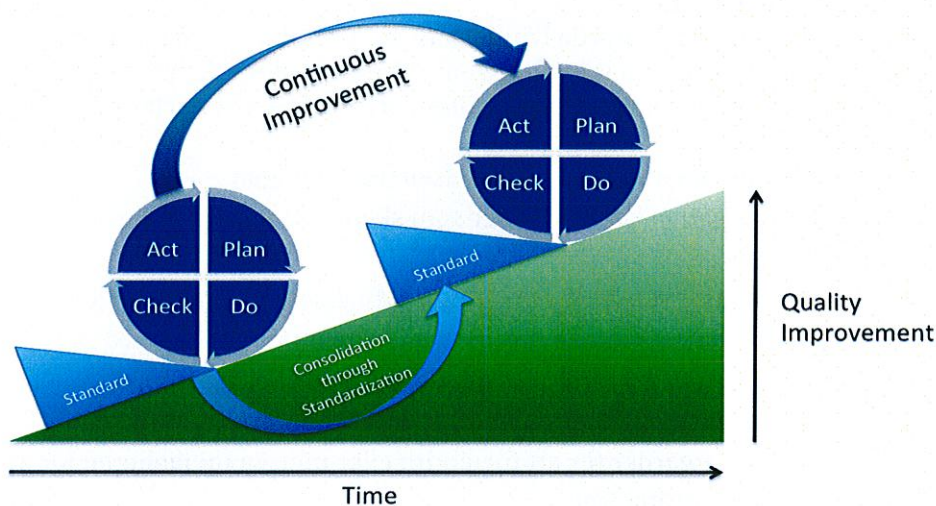
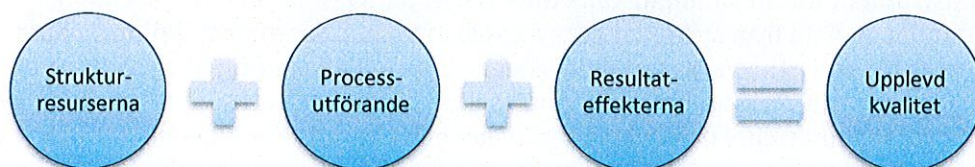


Bild: Wikipedia

När utredningen är klar och beslut om åtgärder fattats ansvarar beslutsfattaren för att följa upp att planerade åtgärder genomförs som tänkt samt kontrollerar om det medfört önskat resultat. För utvecklingsarbete används projekt som arbetsmetod och för dokumentationen används de projektmallar som ingår i ProSala; nämndens projektportfölj.

¹⁵ 5 kap 7-8§§ SOSFS 2011:9

UPPFÖLJNING AV KVALITEN



Uppföljning ska göras på viktiga områden. Kvalitetsområden för socialtjänsten är

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning av insatser
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad socialtjänst
- Tillgänglighet
- Effektivitet

För alla verksamheter ska väljas indikatorer och mått. Måtten bör omfatta både process och resultatmått. Det bör övervägas användning av data från befintliga undersökningar såsom KKIK och Öppna jämförelser.

Egenkontroll

Ansvariga chefer ska utöva internrevision s.k. egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att ansvariga ska kunna säkra verksamhetens kvalitet¹⁶. Egenkontrollen ska planeras och omfatta

- Värderingar; bemötande och förhållningssätt – enligt plan av enheten
- Det systematiska förbättringsarbetet – enligt plan av enheten
- Granskning av enhetens dokumentation – enligt plan av enheten
- Målgruppsundersökningar – övergripande av verksamhetschef/stab; kund, brukare, närstående, medarbetare
- En internrevision - övergripande årlig kontroll av stab
- Enhetens resultat med uppgifter från kvalitetsregister för äldreomsorgen enligt plan av enheten och årligen övergripande av MAS och MAR
- Öppna jämförelser på valda områden – årligen övergripande av verksamhetschefer/stab

Det ska finnas en plan för egenkontroll i de olika verksamheterna. Att identifiera områden som ska ingå och planera för genomförandet av egenkontroll är ett uppdrag för ansvarig verksamhetschef. Att fortlöpande utöva egenkontroll enligt plan på den egna enheten är ett uppdrag för ansvarig enhetschef. Att utöva årlig egenkontroll och sammanställa data från kvalitetsregister är ett uppdrag för staben.

DOKUMENTATION, SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras¹⁷. För enheten inkomna rapporter om risker, missförhållanden och vårdskador samt klagomål och synpunkter bör sammanställas kvartalsvis och analyseras för att på enhetsnivå se mönster eller trender som

¹⁶ 5 kap 2 § SOSFS 2011:9

¹⁷ 7 kap 1 § SOSFS 2011:9

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

indikerar brister i verksamheten¹⁸. För det systematiska förbättrande arbetet används olika instrument för att dokumentera hanteringen samt särskilda analysinstrument för att sammanställa underlaget på samma sätt på alla enheter. Uthämtandet av data från systemet görs av ansvarig chef. Sammanställning av data med analys för den egna verksamheten ska göras av enhetschef till delårsbokslutet och delges ansvarig verksamhetschef. Analys görs sedan per verksamhetsområde av ansvarig verksamhetschef och delges socialchef och nämnd. För alla enheter och verksamheten görs även en årlig kvalitetsberättelse. I den sammanställs, dokumenteras och analyseras enhetens systematiska förbättringsarbete. För sjukvård ingår även uppgifter till patientsäkerhetsberättelsen.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten ska med dokumentationen från enheterna som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Ansvarig för kvalitetsberättelse är för respektive område, kvalitetshandläggare och MAS. Av den ska 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

Kvalitetsberättelsen ska vara tillgänglig för den som önskar ta del av den. Det ska gå att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits.

Patientsäkerhetsberättelse

Verksamheten ska senast den 1 mars varje år upprätta patientsäkerhetsberättelse¹⁹. Ansvariga är MAS och MAR för respektive ansvarsområde. Utöver vad som framgår i Patientsäkerhetslagen ska den innehålla uppgift om hur²⁰

- ansvaret har varit fördelat,
- patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats,
- samverkan har möjliggjorts för att förebygga vårdskada,
- risker för vårdskador och vårdskador²¹ har hanterats
- inkomna klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats

Det ska framgå hur många händelser som utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits i verksamhetens olika delar.

¹⁸ 5 kap 6§ SOSFS 2011:9

¹⁹ 3 kap 10§ Patientsäkerhetslagen (2010:659)

²⁰ 3 kap 9§ Patientsäkerhetslagen (2010:659)

²¹ Rapporter enligt 6 kap 4§ Patientsäkerhetslagen(2010:659)

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Risker och missförhållanden	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-03-12
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Rapportering av risker och missförhållanden

Innehåll

Rapportering av risker och missförhållanden	1
Syftet med Lex Sarah	2
Avsikten är att identifiera systemfel, inte att peka ut enskilda medarbetare.....	2
Tillämpningsrutin.....	2
Yrkesmässigt bedriven verksamhet	2
Information till medarbetare.....	2
Vem är skyldig att rapportera?.....	3
Vad ska rapporteras ?	3
Vad är risker och missförhållanden?.....	3
När och hur ska rapport göras?.....	3
Att bedöma och undanröja risker.....	4
Att vidta åtgärder.....	4
Att utreda.....	4
Om det inträffade är ett brott.....	5
Beslut med motivering	5
Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg.....	5
Stöd och information till den enskilde	6
Information till nämnd	6
Uppföljning och återföring för lärande	6
Avslut och förvaring	6

Denna riktlinje gäller i all verksamhet underställd Vård och omsorgsnämnden och som omfattas av 14 kap. 3–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL respektive 24 b–g §§ och 23 e § LSS, 51 kap 51 kap 2§ SFB samt SOSFS 2011:5. Riktlinjen gäller i valda delar även entreprenader och verksamhet enligt lag om valfrihet, LOV.

Vård- och omsorgsnämnden

Syftet med Lex Sarah

Lex Sarah rapporter är en del av det systematiska förbättringsarbetet och syftar till:

- Att komma tillrätta med brister i verksamheten
- Att rätta till missförhållanden och förhindra upprepning
- Att utveckla och förbättra verksamheten

Avsikten är att identifiera systemfel, inte att peka ut enskilda medarbetare.

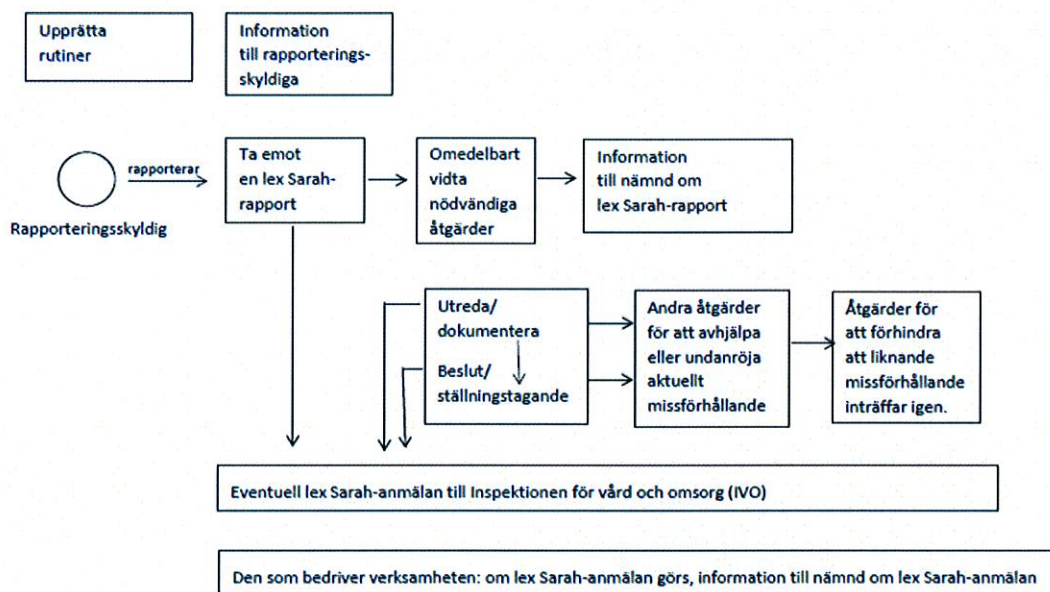


Bild: Centrala moment i Lex Sarah¹.

Tillämpningsrutin

En tillämpningsrutin ska upprättas för rapporteringskyldigheten. Rutinen ska beskriva hela händelseförloppet från skyldighet att rapportera till hur händelsen utreds och behandlas i verksamheten. Ansvarig för att upprätta och årligen revidera tillämpningsrutin är chefen. Chefen ansvarar för att informera sina medarbetare. Om ansvaret överläts till annan arbetsledare ska det framgå av tillämpningsrutinen.

Yrkesmässigt bedriven verksamhet

Skyldigheten att rapportera risker och missförhållanden avser även yrkesmässigt bedriven, privat, verksamhet. En motsvarande skyldighet finns att rapportera samt att upprätta en rutin för hantering, utredning och anmälan. Rutinen ska följa SOSFS 2011:5, beslutas av företagets ledning och kvalitetssäkras av nämnden. .

Information till medarbetare

Alla medarbetare ska i samband med anställning, uppdrag eller om de annars tillåts delta i verksamheten, informeras om sitt ansvar att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. De ska även veta vem som utsetts att ta emot rapporten samt hur rutinerna för hanteringen ser ut.

¹ Handbok för tillämpning av Lex Sarah, 2015, Socialstyrelsen

Vård- och omsorgsnämnden

Information ska omfatta vad som i verksamheten kan ses som missförhållanden och risk för missförhållanden och det system som används, LISA, ska ingå som en del i introduktionen. LISA ska vara lätt tillgänglig för alla nämndens medarbetare.

Informationen ska lämnas såväl muntligt som skriftligt. Informationen ska därefter minst en gång per år tas upp och gås igenom i respektive personalgrupp på arbetsplatsträffen. Ansvarig för att det görs är chefen.

Vem är skyldig att rapportera?

Alla medarbetare, de yrkesverksamma, är skyldiga att rapportera risker och missförhållanden². Skyldigheten avser:

- Anställda
- Uppdragstagare
- Praktikanter eller motsvarande

Skyldigheten omfattar både myndighetsutövning och utförande, alla insatser ingår:

- individuellt inriktade insatser
- allmänt inriktade insatser
- strukturinriktade insatser

Vad ska rapporteras ?

Medarbetare ska *genast* rapportera om hen uppmärksammar eller får kännedom om ett *missförhållande* eller en *påtaglig risk för missförhållande*³ som rör den som får eller kan komma ifråga för insatser i nämndens verksamheter.

Det kan vara utförda handlingar såväl som handlingar som någon har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska och/eller psykiska hälsa⁴. Med en påtaglig risk för missförhållande avses en uppenbar och konkret risk.

Vad är risker och missförhållanden?

Det är medarbetaren själv som bedömer situationen. Missförhållandet eller risken:

- ska ha inträffat i eller ha en koppling till verksamheten
- ska avse person som får eller kan komma ifråga för insatser i verksamheten
- ska ha medfört eller riskerar att medföra konsekvenser för personens liv, säkerhet eller hälsa (fysisk eller psykisk)

När och hur ska rapport göras?

Rapporteringen ska göras omgående i systemet LISA till närmast ansvarig chef. Om chefen inte är i tjänst lämnas rapport till ställföreträdare eller överordnad chef. I verksamhet där LISA inte finns görs rapport på blanketten; händelserapport. Rapporteringen ska dokumenteras och beskriva situationen. Det ska noteras

- hur och när situationen uppstod, vilka som var närvarande

² 2 kap. 1 § SOSFS 2011:5

³ 14 kap 6§ SoL, 7 kap 6§ SoL, 23 e§LSS, 24e§ LSS

⁴ 14 kap 3§ Sol och 24 b § LSS

Vård- och omsorgsnämnden

- vilka konsekvenser som uppstod för personen eller personerna
- vilka åtgärder som vidtagits i det akuta skedet för att förhindra upprepning.

Om chefen själv berörs sker rapportering direkt till överordnad chef som då övertar ansvaret. Överordnad chef ska omgående informera verksamhetens ledning och nämnden om den uppkomna situationen.

Att bedöma och undanröja risker

I samband med inträffad händelse ska medarbetare förvissa sig om att personen inte utsätts för skada i den akuta situationen. Chefen ska bedöma om det inträffade har inneburit eller kunde ha inneburit allvarliga konsekvenser för personen. För bedömningen används ett analysinstrument för konsekvensbedömningen. Chefen ansvarar även för att så snart möjligt informera verksamhetsledningen.

Om bedömningen är att konsekvenserna är allvarliga ska utredningen överlämnas till överordnad chef som ansvarar för att situationen utreds. Chefen ansvarar för att uppgifterna lämnas inom systemet LISA eller på annat sätt till utredaren eller utredningsteamet. Det som avses är diarienummer, rapporter och annat efterfrågat underlag som finns i form av journaler, rutiner och egna bedömningar

Att vidta åtgärder

Ansvarig chef ska vidta omedelbara åtgärder för att förhindra att missförhållandet fortsätter eller upprepas. Åtgärder ska vidtas oavsett om situationen är klarlagd eller inte och ska medföra att:

- direkta hot mot personens liv, personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa undanröjs omgående
- konsekvenserna för personens liv, personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa inte förvärras

Chefen ansvarar även för att rapporten eller rapporterna skrivs och diarieförs. Alla rapporter ska diarieföras på en objektsregistrering för aktuell enhet och år.

Att utreda

Utredning av händelser ska alltid göras med risk och händelseanalysmetoden om det inträffade kunnat eller medfört allvarlig risk för eller allvarliga konsekvenser för enskilda. En allvarlig risk eller en allvarlig händelse kommuniceras alltid med Vård och omsorgsnämndens utredningsteam innan beslut.

Utredning påbörjas snarast, dokumenteras och görs skyndsamt⁵. I de flesta fall kan som mest en månad ses som rimlig tid för att utreda och fatta beslut⁶. Syftet är att identifiera faktorer som medför att ett missförhållande fortsätter eller uppstår igen.

Orsakssambanden behöver klarläggas och tydliggöras. En bedömning av risken för upprepning måste göras med hänsyn tagen till situation och konsekvenser. Genomförd utredning och orsaksanalys sammanställs av utredaren. Åtgärder som vidtagits eller planeras ska dokumenteras.

⁵ 14 kap. 6 § SoL och 7 kap. 6 § SoL respektive 24 e § och 23 e § LSS

⁶ 14 kap 6§ SoL 7 kap 6§SoL, 23 e§ LSS, 24e§ LSS

Vård- och omsorgsnämnden

Dokumentationen ska föras fortlöpande av involverade personer. Utredaren ansvarar för sammanställning av allt underlag och för att föra en logg. En logg ska finnas för alla händelser, kontakter och inhämtad information under utredningen. Loggen ska visa från vem, när och vilka uppgifter som inhämtats. När utredningen är klar ska utredning och logg bifogas i systemet LISA.

Om det inträffade är ett brott

Om personen skadas eller utsätts för ett fysiskt ingripande, ingripande misstänks vara övergrepp eller nödrätt använts för att avvärja fara för liv eller hälsa, görs alltid en utredning. Om rapporterad händelse kan antas vara ett övergrepp och/eller ses som brott ska chef ta upp frågan om polisanmälan med berörd person eller legal ställföreträdare. Övergrepp kan vara:

- Fysiska övergrepp, som örfilar, slag eller annan form av misshandel
- Psykiska övergrepp, som allvarliga eller återkommande hot, trakasserier eller kränkningar.
- Sexuella övergrepp, som sexuella handlingar med inslag av tvång eller våld

Har berörd person förmåga att själv ta ställning och uttryckligen motsätter sig en polisanmälan vägs det in men situationen kan ändå vara sådan att polisanmälan behöver göras. En prövning mot tystnadsplikten ska alltid göras. Ansvarig chef dokumenterar den enskildes önskemål och informerar ledningen om bedömning samt skälen för denna. Har ett övergrepp begåtts av medarbetare eller misstanke finns att övergrepp begåtts ska åtgärder vidtas omedelbart för att säkerställa att det inte kan upprepas. Om medarbetare är skyldig till brott bör det polisanmälas. Det fackliga ombudet ska kontaktas om den anställde avstängs från arbetsplatsen under utredningen. Om medarbetare begår övergrepp ska åtgärder vidtas i form av varning eller uppsägning. Åtgärderna beslutas i samråd med personalavdelningen.

Om polisanmälan görs kan verksamheten behöva vänta med att utreda händelsen p.g.a. förundersökningssekretess. Rådgör då alltid med polisen innan utredning påbörjas. Om verksamheten avvaktar med utredningen ska skälet dokumenteras.

Beslut med motivering

Utredningen ska innehålla ett av utredaren motiverat ställningstagande; om det är en påtaglig risk för ett missförhållande, ett allvarligt missförhållande eller inte.

Bedömningen är beroende av konsekvenserna för personens liv, personliga säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa.

Kvalitetsgranskning av utredning och beslut görs av utredningsteamet.

Information, ställningstagande och beslut ska återföras av utredaren till ansvarig chef, medarbetare, berörd person och eventuell legal ställföreträdare eller vårdnadshavare samt till Vård och omsorgsnämnden.

Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg

Om utredning visar att det inträffade är eller var ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig och konkret risk för ett allvarligt missförhållande ska det anmälas till

Vård- och omsorgsnämnden

Inspektionen för vård och omsorg. Anmälan ska göras så snart möjligt⁷ av verksamhetschefen. Till anmälan bifogas slutrapport (händelsenalysen), flödesschema och bilagor. Den lämnas in senast två månader efter händelsen.

Stöd och information till den enskilde

Chefen ansvarar för att informera berörd person om det inträffade samt beslutet. Chefen bedömer i samråd med utredaren om det finns behov av stöd till berörd person och/eller medarbetare. Om stöd behövs ordnas det så snart möjligt.

Information till nämnd

I kommunen ansvarar verksamhetschef för information till nämnd om rapporterade och inträffade risker och missförhållanden. Information lämnas även om utredning och beslut, planerade åtgärder samt eventuell anmälan till Inspektionen för vård och omsorg. För privat verksamhet ansvarar person som är utsedd att förestå verksamheten för att informera nämnden. Uppgifterna ska lämnas inom 5 dagar till nämnd eller för detta utsedd tjänsteman.

Utförare, privata och kommunala, ska minst 2 ggr per år lämna statistik på andelen klagomål, risker och missförhållanden samt allvarliga risker och allvarliga missförhållanden. Statistiken ska sammanställas och innehålla en analys av den ansvarige chefen.

Uppföljning och återföring för lärande

Rapporterade händelser återförs till enhetens medarbetare av ansvarig chef. Beslutade åtgärder följs upp och dokumenteras. Chefen ansvarar för att delge erfarenheterna från utredningar i den egna verksamheten/verksamhetsområdet. De återförs och används i det systematiska kvalitetsarbete. Rapporterade och anmälda händelser följs upp månadsvis på arbetsplatsträff, chefsmöte samt på stabs- och ledningsmöten.

En sammanställning görs av cheferna till delårsrapporten. Den omfattar antal rapporterade risker och händelser, antal allvarliga risker eller allvarliga händelser samt orsaker och vidtagna åtgärder. Underlaget analyseras två gånger om året.

Avslut och förvaring

Inkommen rapport och utredning med flödesscheman, åtgärdsplaner och bilagor bevaras 5 år i verksamheten. De ska diarieföras på den aktuella enheten, d v s där de inträffade och rapporterades.

⁷ 14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS