

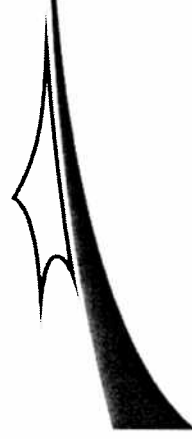
Datum  
2010-07-07

Antal sidor  
14



## Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården enligt SOSFS 2005:12

Susanne Aristidou  
mas/områdeschef hälso- och sjukvård  
Omsorgsförvaltningen  
0560 - 161 86 direkt  
070 - 641 61 86 mobil  
[susanne.aristidou@torsby.se](mailto:susanne.aristidou@torsby.se)

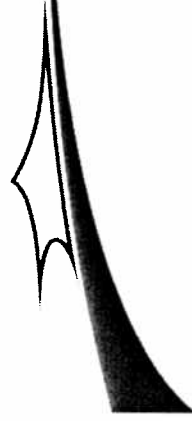


[torsby.se](http://torsby.se)

## Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

### Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	sid. 1
2. Ansvar.....	sid 1
3. Krav på ledningssystem.....	sid 2
4. Mål och inriktning.....	sid 2
5. Det bör finnas dokumenterade och välkända rutiner för.....	sid 2
- Bemötande av patienter 4 kap 1§.....	sid 3
- Metoder för diagnostik, vård och behandling 4 kap 2§.....	sid 4
- Kompetens 4 kap 3§.....	sid 5
- Samverkan och samarbete 4 kap 4§.....	sid 6
- Riskhantering 4 KAP 5§.....	sid 7
- Avvikelsehantering 4 KAP 6§.....	sid 8
- Försörjning av tjänster, produkter och teknik 4 KAP 7§.....	sid 9
- Spårbarhet 4 KAP 8§.....	sid 10
- Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring 5 KAP 1§.....	sid 11



## **Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården enligt SOSFS 2005:12(M)**

### **Bakgrund**

I 28 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anges att ledningen av hälso- och sjukvården vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Kvaliteten i vården skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras och dokumenteras i en kvalitetsplan (31 § HSL).

I Socialstyrelsens verksamhetstillsyn ingår att bevaka att det, där det bedrivs hälso- och sjukvård, finns ett system för att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten. Ledningssystemet (SOSFS 2005:12) ersätter det tidigare Kvalitetssystemet (SOSFS 1996:24).

Av den nya föreskriften framgår att ledningssystemet ska omfatta alla delar av verksamheten och hur ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska fördelas mellan vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonalen. Patientsäkerhet lyfts fram som ett grundläggande krav på god vård.

Vid planering, utförande, uppföljning och utveckling av verksamheterna ska det systematiska kvalitetsarbetet skapa sådana förutsättningar att tillgängliga resurser kan användas för att uppnå kraven på patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och kostnadseffektivitet i enlighet med hälsooch sjukvårdslagen. Syftet med ledningssystemet är att kontinuerligt säkra patientens vård och omhändertagande, alltid med hänsyn till patientens värdighet, integritet, delaktighet och säkerhet.

## **Ansvar**

Vårdgivaren (omsorgsnämnden) ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder som säkerställer kvaliteten samt är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

Verksamhetschefen ska ta fram och fastställa ledningssystemet. Detta ska ske i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Hälso- och sjukvårdspersonalen skall inom ramen för vårdgivarens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

1. framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
2. risk- och avvikelshantering
3. uppföljning av fastställda mål och resultat

## **Krav på ledningssystem**

Det systematiska kvalitetsarbetet skall

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

## **Mål och inriktning**

- All hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bygga på respekt för patientens/boendes självbestämmande, integritet och värdighet och tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet och främja kostnadseffektivitet. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde.
- Där sjukvård bedrivs ska det finnas kompetent personal samt lokaler och utrustning som behövs för att kunna ge en god vård.
- Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete enligt sitt yrkesansvar, gällande lagstiftning, vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Patient/ boende ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller lagstiftningens krav samt de inriktningsmål som omsorgsnämnden har fastställt.

## **Det bör finnas dokumenterade och välkända rutiner för**

- bemötande av patienter och närstående
- metoder för diagnostik, vård och behandling
- personalens kompetens, ansvar, befogenheter och utveckling
- samverkan och samarbete
- riskhantering
- avvikelshantering
- försörjning av tjänster, produkter och teknik
- spårbarhet
- egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring.

**Bemötande av patienter**  
**4 kap 1§**

Krav/mål	Gällande rutiner/processer	Uppföljning/metod	Ansvar
<p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner så att</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientens värdighet och integritet respekteras.</li> <li>- patienten och närstående visas omtanke och respekt, oavsett t.ex ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning</li> <li>- att patientens och närstående informeras och görs delaktiga, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen(1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.</li> </ul>	<p>Förvaltningen har policy för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemensam värdegrund</li> <li>- Respekt för olika livsåskådningar</li> <li>- Bemötande av vårdtagare.</li> </ul> <p>Rutiner för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- omvårdnadsansvarig sjuksköterska.</li> <li>- genomförande av anhörigmöten och anhörigråd.</li> <li>- aktuell skriftlig information om verksamheten med uppgift om ansvarig omr.chef, sjuksköterska, läkare och kontaktperson.</li> <li>- hantering av klagomål.</li> <li>- omhändertagande vid dödsfall</li> <li>- anknytningssamtal och levnadsberättelse</li> <li>- individuell vårdplanering och att vårdtagare/närstående erbjuds att delta i vårdplaneringen.</li> <li>- begränsnings- och skyddsåtgärder.</li> <li>- att närstående ska informeras om vård och behandling samt när boendes hälsotillstånd allvarligt försämrats.</li> </ul>	<p>APT/Egenkontroll</p> <p>Verksamhetsuppföljningar årligen genom egenkontroll Questa v 45</p> <p>Översyn/revidering av broschyr en gång/år</p> <p>Verksamhetsuppföljningar årligen genom egenkontroll v 45</p> <p>Revidering av rutiner</p>	<p>Omrchef/VC</p> <p>MAS</p> <p>Omrchef</p> <p>Omrchef</p> <p>ÄOchef</p> <p>MAS</p> <p>MAS/VC</p> <p>MAS</p>

**Metoder för diagnostik, vård och behandling 4 kap 2 §**

Krav/mål	Gällande rutiner/processer	Uppföljning/metod	Ansvar
<p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner så att det finns rutiner för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, provas ut och introduceras så patientsäkerheten säkerställs.</li> <li>- hur fastställda metoder ska tillämpas, kontinuerligt följas upp och vid behov revideras.</li> <li>- vilka åtgärder som ska vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras och inaktuella metoder skall identifieras och</li> </ul>	<p>Samverkan med andra vårdgivare, universitetet m.fl. utbyta /inhämta information.</p> <p>Rutiner för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hur hälso- och sjukvårdspersonal ska introducera nya metoder genom hänvisning till <a href="http://www.1177.se/varhandboken">www.1177.se/varhandboken</a></li> <li>Checklista i introduktionspärm</li> </ul> <p>Rutiner för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en god hygienisk standard enligt smittskydds rekommendationer och avtal</li> <li>- tandvårdsstöd.</li> <li>- att tillämpa vård- och behandlingsprogram</li> <li>- hantering av riskavfall.</li> </ul> <p>Följa MAS rutiner för hälso- och sjukvård på intranätet samt anvisningarna i <a href="http://www.1177.se/varhandboken">www.1177.se/varhandboken</a></p> <p>Muntligt och skriftlig information lämnas till sjuksköterskor och områdeschefer.</p> <p>Utbildningsinsatser för att upprätthålla personalens kompetens.</p>	<p>Samverkansavtal med LIV, Smittskydd, Hjälpmedelsnämnden, OneMed m.m. ses över årligen kontinuerligt i regionala MAS gruppen</p> <p>Rutiner revideras kontinuerligt i regionala MAS gruppen årligen.</p> <p>Verksamhetsuppföljningar</p>	<p>MAS</p> <p>MAS/VC</p> <p>MAS/VC</p>

## Kompetens

### 4 kap 3 §

<b>Krav/mål</b>	<b>Gällande rutiner/processer</b>	<b>Uppföljning/metod</b>	<b>Ansvar</b>
<p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna som åligger i uppdraget.</li></ul> <p>- rutiner som anger personalens uppdrag och ansvar.</p>	<p>Rutiner för:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- delegering av arbetsuppgift gällande hälso- och sjukvård</li></ul> <p>Gemensamt delegeringsunderlag till baspersonal</p> <p>Introduktionsprogram för nyanställda, inhyrd personal samt vikarier.</p> <p>Funktionsbeskrivning för de olika yrkesrollerna.</p>	<p>Kontroll av delegeringar och signeringslistor årligen.</p> <p>Vid nyrekrytering kontroll av kompetens i relation till uppdraget.</p> <p>Medarbetarsamtal 1g/år uppdrag och ansvar samt mål för verksamheten gös igenom</p>	<p>MAS</p> <p>Omrchef</p> <p>Omrchef</p>
<p>-planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.</p>	<p>Individuella kompetensplaner upprättas 1g/år samt en långsiktig kompetensplan för verksamheten</p>	<p>Medarbetarsamtal då kompetens och kunskap följs upp och dokumenteras i handlingsplan.</p>	<p>Omrchef</p>



## Samverkan och samarbete

### 4 kap 4 §

Krav/mål	Gällande rutiner/processer	Uppföljning/metod	Ansvar
<p>Ledningssystemet ska säkerställa att rutiner finns</p> <p>- som klargör ansvaret för samarbete kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser tex. överföring av enskilda patienter</p> <p>För samverkan i vårdprocessen inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen eller lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.</p>	<p>Rutiner för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vården och kommunen via Meddix</li> <li>- samverkan med läkare</li> <li>- vårdplanering</li> <li>- bedömningsinstrument</li> <li>- planer</li> </ul> <p>Rutiner för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- att kontakta läkare och sjuksköterska.</li> <li>- handhavande av remisser och provsvar.</li> <li>- informationsöverföring internt och externt</li> <li>- samverkan mellan olika yrkesgrupper internt och externt</li> </ul> <p>Samverkansavtal med apotek, vårdhygien, medicinsk förvårdsspecialist, ansvarig läkare, tandvårdsstab.</p>	<p>Avstämning regionalt i vårdplaneringsgruppen av riktlinjer kring överrapportering mellan slutna och öppenvård och kommunen.</p> <p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska följer upp via vårdplanering.</p> <p>Uppföljning årligen antal rehabplaner från LIV samt antal egna interna planer</p> <p>Verksamhetsuppföljningar och kvalitetsgranskningar (vårdhygien, apotek, tandvårdsenhet, ansvarig läkare och övrig hälsooch sjukvårdspersonal).</p>	<p>MAS/VC</p> <p>SSK</p> <p>Omrchef/MAS</p> <p>MAS</p> <p>MAS/VC</p>

## Riskhantering

### 4 kap 5 §

Krav/mål	Gällande rutiner/processer	Uppföljning/metod	Ansvar
<p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten</li> <li>- åtgärda orsakerna till riskerna</li> <li>- göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten</li> </ul>	<p>Rutiner och utbildning för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Händelse och riskanalys</li> <li>- riskbedömningar enligt MNA, Downtons fallskadaindex och modifierad Nortonskala och munhälsobedömning</li> <li>- omvårdnadsdokumentation</li> <li>- plan samt instruktion</li> <li>- Senior Alert</li> </ul> <p>Rutiner för Skriftlig åtgärdsplan/handlingsplan</p> <p>Riskanalys med konsekvensbeskrivning Rutiner för samverkan vid ny- och ombyggnation</p>	<p>Kvalitetsråd ? Uppföljning av risker och avvikelser enligt Handbok för patientsäkerhetsarbete "Händelseanalys och Riskanalys")</p> <p>Kvalitetsuppföljningar och granskning av HSL dokumentation</p> <p>Uppföljning av vidtagna åtgärder</p> <p>Riskrapportering Lägesrapport</p>	<p>VC MAS MAS MAS MAS VC VC MAS</p>

## Avvikelsehantering

### 4 kap 6 §

Krav/mål	Gällande rutiner/processer	Uppföljning/metod	Ansvar
<p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar</li><li>- identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsakerna och följa upp vidtagna åtgärders effekt.</li><li>- sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelsehanteringen till verksamhetens personal och andra berörda.</li><li>- använda erfarenheterna från avvikelsehanteringen i det förebyggande riskhanteringsarbetet</li><li>- ta till vara förslag och klagomål från patienter, närstående och personal</li></ul>	<p>MAS har delegation från omsorgsnämnden att utreda, analysera och bedöma om en händelse ska anmälas enligt Lex Maria.</p> <p>Rutiner för avvikelse rapportering och lokalt arbete med risk- och händelseanalys.</p> <p>Risk- och avvikelser registrering. Diskussion vid APT/uppföljningsträffarna</p> <p>Rapportering till berörda enheter</p> <p>Lokala rutiner för hantering av klagomål.</p>	<p>MAS rapporterar Socialstyrelsens beslut till omsorgsnämnden och berörd enhet.</p> <p>Återrapportering och uppföljning av vidtagna åtgärder</p> <p>Sammanställning av samtliga avvikelser till verksamhetsberättelse en gång per år, samt vid behov till enheterna</p> <p>Omrchef/ssk som återkopplar avvikelserna till verksamheten finns på varje enhet</p> <p>Sammanställning av klagomål och återrapportering. Kvalitetsråd.</p>	<p>MAS</p> <p>MAS/VC</p> <p>MAS/VC</p> <p>Omrchef/SSK</p> <p>VC/MAS</p>

**Försörjning av tjänster, produkter  
och teknik  
4 kap 7 §**

Krav/mål	Gällande rutiner/processer	Uppföljning/metod	Ansvar
<p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inköp av tjänster, produkter, försörjningssystem (tex el, vatten och gasanläggningar) och informationssystem ( tex tele och data) från leverantörer som är bedömda och godkända.</li> <li>- säker användning och hantering av produkter, försörjningssystem och informationssystem.</li> </ul>	<p>Avtal för service- och underhåll med godkända leverantörer. Förvaltningen följer Torsby kommuns inköps- och upphandlingspolicy.</p> <p>Rutiner för användning/hantering av MTP (medicintekniska produkter). Bruksanvisning. Utbildning.</p> <p>Rutiner för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av att behörigheterna i samtliga datasystem är säkra och efterlevs. Riktlinjer för informationshantering.</p>	<p>Uppföljning av rutiner och avtal som berör det medicintekniska området. Reglerat regionalt i Hjälpnämndens policy.</p> <p>Årlig kontroll av MTP. Egenkontroll av produkterna. Statistik på antal besiktningar.</p> <p>IT, teknik och programvara säkrad mot gällande sekretessbestämmelser och patientdatalag. . Följer Torsby kommuns Systemsäkerhetsplan och avbrottsplan.</p> <p>Anmäla fel och skador till leverantör och läkemedelsverket.</p>	<p>VC/MAS</p> <p>VC/MAS</p> <p>VC/MAS</p> <p>VC/MAS</p>

**Spårbarhet  
4 kap 8 §**

Krav/mål	Gällande rutiner/processer	Uppföljning/metod	Ansvar
<p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för hur alla åtgärder som rör en viss patient ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen.</p>	<p>Rutiner för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- behörigheter och signering i Procapita</li> <li>- signaturförtidliggande.</li> <li>- dokumentation</li> <li>-dokumentationshanteringsplan</li> <li>- informationsöverföring mellan vårdgivare.</li> <li>- signering avseende läkemedelshantering.</li> <li>-dokumentationsgranskning</li> </ul> <p>Omvårdnadsjournal ska upprättas för varje patient och samtycke inhämtas i samband med detta. Dokumentation kring patientens samtycke/spärrade uppgifter vid överföring av journal till annan vårdgivare eller vid registrering i kvalitetsregister</p>	<p>Granskning av dokumentation och loggkontroller sker kontinuerligt med återkoppling till berörd personal.</p>	<p>MAS</p>

**Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring**

**4 kap 9 §**

Krav/mål	Gällande rutiner/processer	Uppföljning/metod	Ansvar
<p>Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat.</li> <li>- Regelbunden granskning av metodernas, rutinernas och vårdprocessernas ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen.</li> <li>- hur resultatet av granskningar ska dokumenteras och återföras till berörda.</li> <li>- att dokumentera genomförda förbättringsåtgärder.</li> </ul>	<p>Upprätta mål för verksamheten. Verksamhetsplan</p> <p>Kontroll av verksamhetens planering, utförande, resultat och åtgärdsförslag, genom ramavtals- kvalitets- och avtalsuppföljning samt hygienronder och läkemedelsgranskning.</p> <p>MAS rapporterar och diskuterar resultatet med chefer och legitimerad personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kvalitetsindikatorer sammanställs</li> <li>- Förbättringsområden</li> <li>- Handlings- och åtgärdsplan</li> </ul> <p>Rapport till verksamheten och ON</p>	<p>Verksamhetsberättelse avseende hälso- och Sjukvård</p> <p>Årsrapport lämnas en gång per år av samtliga enheter. Egenkontroll QUESTA en gång per år.</p> <p>MAS:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- bedömer vad som behöver åtgärdas och följer upp åtgärdsplan.</li> <li>- följer månadsstatistik</li> <li>- följer kvalitetsregistrering</li> <li>- följer kvalitetsindikatorer</li> </ul> </p>	<p>MAS</p> <p>MAS</p> <p>MAS</p>