

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

Bildningsförvaltningen (BF)

Mörby Ungdomsmottagning

Ansvarig: Agneta Ahlbäck

Inledning

Utbildningsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är uppbyggt enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSF 2011:9.

Ledningssystemet för kvalitet länkar i tillämpliga delar till Danderyds kommuns övriga system för ledning och styrning. Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer.

Ledningssystemet anger hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas. Vägledande i detta arbete är bland annat de brister som uppmärksammas i det systematiskt kvalitetsarbete.

Syfte

Syftet med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är att genom systematiskt och fortlöpande arbete för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystem ska anpassas till just den bedrivna verksamhetens inriktning och omfattning.

Definition av kvalitet

Med kvalitet avses att de krav och mål uppfylls som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter, andra föreskrifter om hälso- och sjukvård. Den som bedriver verksamheten måste också förstå betydelsen av dessa krav och mål. Lagar och förordningar är Abortlagen, Arbetsmiljölagen, Brottsbalken/Sexualbrottslagstiftningen, Diskrimineringslagen, Dataskyddsförordningen, Föräldrabalken, Hälso- och Sjukvårdslagen, Journallagen, Kommunallagen, Patientlagen, Patientsäkerhetslagen, Personuppgiftslagen, Patientdatalagen, Sekretesslagen, Smittskyddslagen, Socialtjänstlagen.

Kartläggningen av nya lagar och föreskrifter som styr verksamheten måste göras fortlöpande eftersom nya lagar och föreskrifter kan tillkomma. Exempelvis är FN:s Barnkonvention planerad att bli lag 2020 i Sverige.

Utöver detta definieras kvalitet också som måluppfyllelse utifrån fastställda politiska mål, kommunala riktlinjer eller andra prioriteringar i kommunen.

Ansvarsfördelning

Här beskrivs ansvarsfördelningen inom Utbildningsnämnden, för den verksamhet som omfattas av ledningssystemet.

Utbildningsnämndens ansvar

Utbildningsnämnden, UN, är vårdgivare och har ansvar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för personalen på Mörby Ungdomsmottagning. UN som bedriver verksamheten enligt hälso- och sjukvårdslagen, ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Föreskrifterna SOSFS 2011:9 om systematiskt kvalitetsarbete ska tillämpas i det patientsäkerhetsarbete som UN bedriver enligt kap. 3 och säkra verksamhetens kvalitet.

Ansvar som UN har kan inte överlåtas. Det är däremot möjligt att internt uppdra åt någon eller några att utgöra olika uppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Det är också möjligt att anlita extern kompetens i form av konsulter.

Bildningsdirektörens ansvar

Bildningsdirektören är ytterst ansvarig för patientsäkerheten i kommunens verksamheter. Ansvar innebär att ta fram och fastställa de rutiner som behövs för att det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Mörby Ungdomsmottagning

Enhetschefens ansvar

- Ledning, planering och utveckling av verksamheten så att en god vård bedrivs.
- Lokaler och utrustning för arbetet ska vara anpassade för verksamheten.
- Att samarbeta med medicinskt ansvarig läkare på ungdomsmottagningen för att upprättar rutiner och egenkontroll som skall implementeras i och följas upp av verksamheten.
- Avvikelse och risker dokumenteras, analyseras och följs upp.
- Att organisera av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten.
- Att arbeta med patientsäkerhetsfrågor tillsammans med medarbetarna.
- Att ge information och instruktion till medarbetarna, speciellt nyanställda, om arbetsmetoder, utrustning, lagar och riktlinjer mm.
Se till att hälso- och sjukvården inom verksamheten är säker och ändamålsenlig.
Se till att rutiner följs vid smittspårning och behandling av STI.
- Tar fram de styrdokument som behövs för att det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.
- Tar emot och skriver avvikelserapporter samt informerar övrig personal angående dessa för att tillsammans besluta om eventuella åtgärder.
- Ansvarar för att rutiner följs i det dagliga arbetet, att PM skrivs och/eller uppdateras gällande mottagningens rutiner/verksamhet.

- Har ansvar för att medicinsk utrustning är i gott skick samt läkemedelshanteringen.
- Ansvarar för att patientsäkerheten upprätthålls.
- Anmäla enligt Lex Maria.

Medicinsk ansvarig läkares ansvar

- ger generella ordinationer om läkemedel till barnmorskorna på mottagningen.
- bidrar med kunskapsutveckling inom nya rön inom gynekologi, riktlinjer inom SLL och fortbildning inom yrket.
- ger rådgivning och konsultation för individuella ärenden.

Ungdomsmottagningens personal

- medverka i verksamhetens kvalitetsarbete
- utföra de arbetsuppgifter som ingår i yrkesrollen på ett systematiskt och säkert sätt enligt processer och styrdokument
- återkoppla till berörd chef när styrdokument inte fungerar
- medverka till att de kvalitetskrav som finns för verksamhetens uppnås, exempelvis genom att rapportera eventuella avvikelser som finns i verksamheten
- delta i utvärdering av arbetssätt och föreslå förbättringar för ökad säkerhet, kvalitet och effektivitet i den egna verksamheten
- delta i arbetet med mål, uppföljning och utvärdering av verksamhetens resultat.

Den medicinska personalen (leg. barnmorskor, leg. gynekolog, leg. venereolog) och kuratorerna har ett yrkesansvar som föreskrivs av patientsäkerhetslagen och har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

All personal har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården när de utför dessa arbetsuppgifter. All personal har också skyldighet att rapportera risker och avvikelser.

IVO är tillsynsmyndighet för den kommunala hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Den syftar till att granska om vården och omsorgen följer lagar och föreskrifter och därmed säkerställer en god kvalitet med hög säkerhet för den enskilde individen.

Processer och Rutiner inklusive samverkan

Föreskrifter SOSFS 2011:9

4 kap. 2 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

4 kap. 3 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 §

- 1. identifiera de aktiviteter som ingår, och*
- 2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning. 21*

4 kap. 4 §

För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Ungdomsmottagningens övergripande mål är att främja en god fysisk och psykisk hälsa, med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland unga.

Processer och rutiner för barnmorska

Identifiera de aktiviteter som ingår

- Preventivmedel; information, förskrivning oh insättning av spiraler oh inplantat.
- Information om akut-pp och att bedöma behovet av och att ge akut-pp när det behövs.
- ”Pre-diagnostik” dvs samtalsinformation och/eller fynd som föranleder provtagning och/eller remiss till kurator eller läkare på ungdomsmottagningen alternativt annan instans
- Gynekologisk och venereologiska undersökningar.
- Provtagning och information angående sexuellt överförbara infektioner.
- Behandling av klamydia
- Kontaktpårning samt anmälan till smittskyddsläkaren vid klamydiainfektion.
- Kontroller/uppföljningar
- Information och undervisning
- Klassbesök med kurator på mottagningen eller i skolan.
- Samtal
- Telefonrådgivning
- Utåtriktat arbete/ samverkan med andra aktörer som arbetar med målgruppen i kommunen oh inom SLL.
- Administration.
- Journalföring sker i enlighet med Patientdatalagen (2008:355) i journalsystemet PMO.
-

De rutiner som följs finns samlade på mottagningen skriftligt och ska vara väl förankrade hos den medicinska personalen. SESAM mottagningarnas riktlinjer för vårdpersonal följs av mottagningen. Preventivmedelsguiden, Stockholms läns landsting finns som en riktlinje vid förskrivning av preventivmedel för mottagningens barnmorskor och gynekologer.

4§

Alla som har legitimation, leg. barnmorska, leg. gynekolog och leg. venereolog är själva ansvariga för den behandling som var och en bedriver.

Processer och rutiner för kurator

a- Identifiera de aktiviteter som ingår

- Rådgivande, bokade och spontana samtal med ungdomen som söker kontakt med mottagningen sker enligt beprövad vetenskaplig praxis,
- utforskande samtal i början av kontakten görs för att kartlägga ungdomens livssituation för att erbjuda den bästa tänkbara stöd inom mottagningens regi,
- ungdomar med allvarligare psykiatrisk problematik hänvisas vidare till BUP eller vuxenpsykiatri vid behov,
- samtal med föräldrarna sker utifrån ungdomens behov och önskemål,
- utåtriktad och förebyggande verksamhet,
- samarbete med andra verksamheter t ex socialtjänsten, BUP, övriga UM i länet, Vårdcentraler, Smittskyddsinstitut etableras.

a- Bestämna aktiviteternas inbördes ordning.

- Göra bedömningar efter 1-3 samtal för att antingen erbjuda fortsatt samtal eller hänvisa till andra verksamheter,
- För att säkra kvaliteten av samtalskontakterna erbjuds kontinuerliga vidareutbildningar, extern och intern handledning,
- Utvärdering av samtalen en gång per år genom intervju,
- Sekretess och anmälningsskyldighet.

6 §

- a- En bedömning av ungdomens psykiska hälsa bör göras för att se om hen ska ha fortsatt samtalskontakt på mottagningen.
- b- Om det bedöms bör ungdomen hänvisas till psykiatrin, beroendemottagning, Maria ungdom eller andra specialistmottagningar.
- c- Om det finns risk för självmord bör ungdomens hänvisas till akut sjukvård i sällskap med en anhörig eller med ungdomsmottagningens personal.

Att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Ledningssystemet är utformat som en fortlöpande process där planering, genomförande, uppföljning och förbättrings länkar varandra. Många av aktiviteterna i processen sker löpande under året.



Förbättra utifrån riskanalys, analys av egen kontroll, analys av klagomål och synpunkter och analys av avvikelshantering.

Planera mål-, budget och verksamhetsplan, internkontroll, patientsäkerhetsberättelse och övriga förutsättningar.

Utvärdera genom att kontrollera, följa upp och utvärdera enligt mål och planer, arbeta med riskanalys, arbeta med egen kontroll, utreda klagomål, synpunkter och avvikelser, sammanställa, analysera och presentera det som följts upp.

Genomföra genom att arbeta enligt dokumenterade riktlinjer och rutiner, arbeta enligt prioriteringar utifrån mål, dokumentera, rapportera, arbeta för personalmedverkan och delta i förbättringsarbete.

Kvalitetsmål

Ungdomsmottagningens övergripande mål

- Ungdomsmottagningen ska främja och förebygga fysisk och psykisk hälsa samt arbeta utifrån sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).
- Alla ungdomar ska känna sig välkomna och ett normkritiskt förhållningssätt ska prägla verksamheten.
- Arbetet ska utgå ifrån en psykosocial, psykologisk och medicinsk helhetssyn där unga har rätt till information, kunskap, stöd och behandling.

Mottagningens mål ska vara tydliga. De ska rikta sig i första hand mot besökare och även ha ett arbetsmiljöperspektiv. Målet ska härledas från lagar, uppdrag och egna krav.

- Alla besökare ska uppleva att de fått ett gott bemötande på mottagningen.
- Alla klasser i årskurs åtta, eller nio ska erbjudas studiebesök på mottagningen och Gymnasieskolorna får besök av ungdomsmottagningens personal på skolan.
- Mottagningen ska arbeta för att ha ett hbtq-perspektiv.
- Mottagningen ska kontinuerligt arbeta med jämställdhet.
- Alla besökare ska känna att de fått adekvat och evidensbaserad vård och omsorg inom ramen för mottagningens resurser.
- Mottagningen ska stärka och utveckla samverkan och samarbeten med externa och interna aktörer, såsom andra ungdomsmottagningar, sesam mottagningen på Danderyds sjukhus, barnmorskemottagningar i närområdet, barn och ungdomspsykiatri, unga vuxnas psykiatriska mottagning och skola.
- All personal ska uppleva delaktighet och inflytande i verksamhetens arbete.
- Mottagningen ska ge förutsättningar för utveckling och förkovring i områden som rör arbetets kvalitet.
- Mottagningen ska hålla budgeten.
- Mottagningen ska följa kommunens riktlinjer och rutiner.
- Mottagningen ska följa Stockholms läns landsting riktlinjer och rutiner.

Systematiskt förbättringsarbete

I det systematiska förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser, missförhållanden och andra avvikelser som inträffar. Även egenkontroller betonas för att undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Rapportering av avvikelser görs i KIA. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Riskanalyser

Riskanalys görs för att bedöma om det finns risk för att en händelse skulle kunna inträffa som kan medföra brister i kvaliteten. Riskanalys innebär att uppskatta sannolikheten och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Det görs fortlöpande.

Föreskrifter SOSFS 2011:9

5 kap. 1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna in-träffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver social-tjänst eller verksamhet enligt LSS

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och

2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Arbete med riskanalys

Riskanalyser görs vid behov för att säkerställa verksamhetens kvalitet

- som en direkt konsekvens av enskilda rapporter, klagomål eller synpunkter,
- vid organisationsförändringar,
- vid införande av ny teknik eller arbetsmetoder,
- inom ramen för utredningar enligt Lex Maria.

Rutiner m.m. i anslutning till riskanalys

- Särskilda mallar/rutiner finns när riskanalys är kopplade till enskild individ t ex när det gäller att upptäcka psykisk ohälsa, risk om en ungdom blir aggressiv under samtal, struktur, gränser och ramar.
- Rutiner för avvikelshantering
- Rutin för Lex Maria.

Egenkontroll

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat och att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Till skillnad mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs. Egenkontrollen kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Föreskrifter SOSFS 2011:9

2 kap. 1 §

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

5 kap. 2 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Allmänna råd SOSFS 2011:9

Egenkontrollen kan innefatta

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. PDL,
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation,
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- analys av uppgifter från patientnämnder, och
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Arbete med egenkontroll

- Egenkontroll sker inom ramen för arbetet med uppföljning av mål, budget och verksamhetsplaner samt internkontrollplan.

- När brist upptäcks i verksamhetens kvalitet rapporteras detta i en Avvikelsehanterings blankett där händelsen beskrivs och analyseras, eventuella förbättringar diskuteras på konferens och görs enligt beslut.
- För att säkra verksamhetens kvalitet krävs att den medicinska personalen på mottagningen går på regelbundna utbildningar och informationsträffar avsedda barnmorskor, läkare på ungdomsmottagningen. Även den psykosociala personalen går på kompetenshöjande utbildningar och informationsträffar inom yrket.
- Besöksenkäter till ungdomarna på mottagningen sker 1 gång per år för att veta mer om ungdomarnas trivsel på besöket och syn på personalens arbetssätt och bemötande.

Klagomål och synpunkter

Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar. Klagomål och synpunkter kan framföras av alla intressenter som är angivna i föreskriften, vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter och föreningar andra organisationer och intressenter. Detta för 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.

De mottagna klagomålen och synpunkterna på verksamhetens kvalitet ska utredas.

Föreskrifter SOSFS 2011:9

5 kap. 3 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från

- 1. vård- och omsorgstagare och deras närstående,*
- 2. personal,*
- 3. vårdgivare,*
- 4. de som bedriver socialtjänst,*
- 5. de som bedriver verksamhet enligt LSS,*
- 6. myndigheter, och*
- 7. föreningar, andra organisationer och intressenter.*

Arbete med klagomål och synpunkter

I kommunen finns ett övergripande system för synpunkter och klagomål, dels genom KIA systemet och dels genom avvikelsehantering. En gång i veckan tas alla avvikelserapportering vid mottagningens konferens. Muntliga och/eller skriftliga klagomål och synpunkter från ungdomar, personal och samverkanspartners tas emot och analyseras i gruppen tillsammans med verksamhetsansvarig chef för sammanställning och beslut om hantering och lämpliga åtgärder.

Arbetsgång

- Ta emot anmälan och diarieför i LEX.

Ansvarig

Registrator

- Gör en förstahandsbedömning av anmälan genom att ta reda på om ärendet har hanterats av verksamheten. I första hand ska verksamheten hantera synpunkter och klagomål.
 - Lämna över utredningen till berörd verksamhet eller hantera anmälan på central förvaltning.
- Chef administrativt stöd och utredare

Rapporteringskyldighet av vårdskador och missförhållanden

I lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheter att rapportera vårdskador och risker för vårdskador respektive missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden.

Enligt 6 kap. 4 § PSL är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen har motsvarande rapporteringskyldighet även när det gäller andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten vid sjukvårdsinrättningar eller enheter där det får ges vård enligt LPT eller LRV samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning enligt 7 kap. 7 § PSL. Vårdgivaren har en skyldighet att utreda rapporter om händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt 3 kap. 3 § PSL. 26 Enligt 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS är den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten, vid Statens institutionsstyrelse eller i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade skyldiga att rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten. Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS är skyldig att utreda dessa rapporter enligt 14 kap. 6 § SoL och 24 e § LSS.27. I föreskrifterna finns påminnelser om dessa lagreglerade skyldigheter.28

Arbete med utredning av missförhållanden och vårdskador

Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera till verksamhetsansvarig då risk för vårdskada eller händelse som har medfört eller hade kunnat medföra att en vårdskada uppstått. KIA rapporteringssystemet och avvikelshanteringssystemet används. Rapporteringskyldighet enligt patientsäkerhetslagen följs. Riktlinjer från Staten och SKL angående åtgärder för patientsäkerhet ska följas. Alla vårdgivare på ungdomsmottagningen är skyldiga att ha SITHS-kort/ e-tjänstekort för säker identifiering.

Rutiner för rapportering och utredning av missförhållanden enligt Lex Maria.

Åtgärder som beslutas i samband med utredning av enskilda rapporter följs upp.

Sammanställning och analys

Genom att analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter samlat kan även mönster och trender som inte framkommit i utredningen av ett enskilt fall upptäckas.

Föreskrifter SOSFS 2011:9

5 kap. 6 §

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analys-eras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Det systematiska förbättringsarbetet består av

- Riskanalys
- Egenkontroll
- Utredning av rapporter, klagomål och synpunkter
- Förbättrade åtgärder
- Förbättring av processer och rutiner.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Där det bedrivs hälso- och sjukvård och tandvård ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge god vård. All personal omfattas således av kompetenskrav. Utan rätt kompetens har personalen inte förutsättningar för att fullgöra sin rapporteringsskyldighet eller i övrigt delta i kvalitetsarbetet till exempel genom att lämna in klagomål och synpunkter.

Lag

6 kap. 4 § och 1 kap. 6 § PSL

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada.

14 kap. 2 § SoL

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

24 a § LSS

Var och en som fullgör uppgifter enligt denna lag ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

Arbete med personalmedverkan

För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är alla medarbetares engagemang och delaktighet nödvändigt. Alla medarbetare på ungdomsmottagningen uppmuntras delta i kvalitetsarbetet och verka för att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ses som en möjlighet att utveckla verksamhetens kvalitet. Personalen följer upp och arbetar utifrån Patientsäkerhetsberättelse och riktlinjerna från Staten och SKL

Personalmedverkan eftersträvas och görs möjligt genom

- Kompetenskrav
- Samverkansgrupper
- Arbetsplatsträffar
- Intern utbildning
- Information från kommunens ledning
- Medarbetarsamtal
- KIA rapportering av avvikelser.

Personalen ska arbeta enligt processer och rutiner

Föreskrifter SOSFS 2011:9

6 kap. 1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Dokumentationsskyldigheten

Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade.

Föreskrifter SOSFS 2011:9

7 kap. 1 §

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Föreskrifter

7 kap. 2 §

Enligt 3 kap. 10 § PSL ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § PSL ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur

- 1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § PSL har varit fördelat,*
- 2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats,*
- 3. samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,*
- 4. risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.,*

5. rapporter enligt 6 kap. 4 § PSL har hanterats, och

6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 § som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.

Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § PSL under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad

1. att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och

2. att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.