

System för uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet

Socialtjänsten i Nacka

Innehåll

SYSTEM FÖR UPPFÖLJNING OCH GRANSKNING	1
VARFÖR ETT SYSTEM FÖR UPPFÖLJNING OCH GRANSKNING?	1
GRUNDSYN FÖR UPPFÖLJNING INOM SOCIALTJÄNSTEN I NACKA	1
VAD INGÅR I SYSTEMET FÖR UPPFÖLJNING?.....	1
KVALITETSKRITERIER.....	2
METODER FÖR UPPFÖLJNING AV KVALITET.....	3
BRUKARNAS UPPFATTNING OM KVALITET.....	3
ÅRLIG REDOVISNING AV KVALITET FRÅN UTFÖRARNA.....	3
BESÖK I VERKSAMHETER	3
FÖRDJUPAD GRANSKNING	4
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	4
HANDLÄGGARNAS ERFARENHETER	5
SÄRSKILT RIKTADE UPPFÖLJNINGAR	5
UPPFÖLJNING AV EKONOMI OCH VOLYM.....	5
ÅTGÄRDER VID AVVIKELSER FRÅN AVTAL	6
PÅKALLAT BESÖK	6
FÖRDJUPAD GRANSKNING	6
ÅTGÄRDSPLAN.....	6
ANMÄLAN TILL ANDRA MYNDIGHETER	6
VARNING	6
HÄVNING AV AVTAL ELLER KONTRAKT	6
KVALITETSREDOVISNING.....	7
ÅRLIG SAMLAD REDOVISNING TILL NÄMNDERNA.....	7
KUNDVALSKATALOGER	7
KVALITETSREDOVISNING, TRYCKSAK	7
SOCIA LTJÄNSTENS WEBBSIDOR.....	7

BILAGOR

1. FRÅGEO MRÅDEN VID ÅRLIG UPPFÖLJNING
2. CHECKLISTA FÖR BESÖK I/MÖTEN MED VERKSAMHETER
3. CHECKLISTA VID FÖRDJUPAD GRANSKNING
4. RIKTLINJER FÖR AVVIKELSEHANTERING OCH RISKBEDÖMNING

System för uppföljning och granskning

Varför ett system för uppföljning och granskning?

Enligt beslut i Kommunfullmäktige är Social- och äldrenämnden ansvarig för att det finns modeller för uppföljning och kontroll av kvalitet inom upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet. Nämnden har också ansvar för att det finns rutiner för beslut om att rapportera oegentligheter inom verksamheterna till berörda tillsynsmyndigheter.

Socialtjänstens system för uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet är en del av socialtjänstens ledningssystem för kvalitet.

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd till vägledning för kvalitetsarbetet. "Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS" SOSFS 2006:11 med tillhörande handbok "God kvalitet i socialtjänsten", samt "Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården" SOSFS 2005:12.

Grundsyn för uppföljning inom socialtjänsten i Nacka

- Uppföljning ska leda till lärande och utveckling.
- Kontroll och utveckling ingår i allt uppföljningsarbete.
- Uppföljning ska ske som ett samspel mellan socialtjänsten, den enskilde och utföraren.
- Det är ingen skillnad när det gäller uppföljning av interna och externa utförare.

Vilka verksamheter följs upp?

- Verksamheter inom kundvalssystem
- Verksamheter som drivs på entreprenad
- Verksamheter upphandlade med ramavtal
- Den kommunala produktionens verksamheter

Vad ingår i systemet för uppföljning?

- Gemensamma kvalitetskriterier
- Metoder för uppföljning av kvalitet
- Uppföljning av ekonomi och volym
- Åtgärder vid avvikelser
- Kvalitetsredovisning

Kvalitetskriterier

Uppföljningen av kvalitet utgår ifrån kvalitetskriterier som är gemensamma för alla insatser.

Kvalitetskriterium	Vad innebär det?	Vad mäts?	Målvärde
Delaktighet	<ul style="list-style-type: none"> • Brukare ska vara delaktiga och kunna påverka utförandet av insatser 	<ul style="list-style-type: none"> • Upplevelse av att vara delaktig och kunna påverka i den insats man har • Att det finns genomförandeplaner som uppfyller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 4 på 5 gradig skala • ≥ 90 %
Bemötande	<ul style="list-style-type: none"> • Brukare ska bli bemötta med respekt och hänsyn i kontakten med utförare 	<ul style="list-style-type: none"> • Upplevelse av att bli bemött med respekt och hänsyn 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 4 på 5 gradig skala
Nöjdhet	<ul style="list-style-type: none"> • Brukarnas uppfattning om den insats de fått 	<ul style="list-style-type: none"> • Andel som uppger att de är nöjda med den insats de fått 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 4 på 5 gradig skala
Trygghet	<ul style="list-style-type: none"> • Insatser ska vara trygga och säkra 	<ul style="list-style-type: none"> • Upplevelse av trygghet (äldre- och handikappomsorg) 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 4 på 5 gradig skala
Kontinuitet	<ul style="list-style-type: none"> • Brukare ska ha kontinuitet i kontakterna med personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Personalomsättning • Andel timanställd personal • Personalkontinuitet (hemtjänst) 	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 30 %
Systematiskt kvalitetsarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Utförare har ändamålsenliga system för kvalitetsarbete och uppföljning, som ger god kvalitet i insatserna 	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner för hantering av synpunkter och klagomål • Rutiner för anmälan om missförhållanden • Metoder för brukarinflytande och brukaruppföljningar 	
Kunskapsbaserade insatser	<ul style="list-style-type: none"> • Insatser ska vara baserade på bästa tillgängliga kunskap om utformning, innebörd och förväntade resultat 	<ul style="list-style-type: none"> • Utförarnas kompetens i förhållande till insats • Uppföljning av resultat, enligt avtal 	

Metoder för uppföljning av kvalitet

Brukarnas uppfattning om kvalitet

- Myndighetshandläggarna följer upp mål och genomförande individuellt.
- En brukarenkät genomförs årligen med frågor om insatsernas kvalitet enligt de fastlagda kvalitetskriterierna.
- Utförarna ska årligen redovisa sina metoder för brukarinflytande och brukaruppföljningar.
- När handläggarna inom socialtjänsten får ta del av synpunkter och klagomål från brukare ska dessa handläggas och dokumenteras direkt inom enheten. Dokumentation av klagomål med åtgärder delges uppföljningsansvariga vid behov och inför den årliga uppföljningen.
- Vid fördjupad granskning ska alltid synpunkter inhämtas från brukare, med metoder anpassade efter verksamheten.
- Vid behov ska samråd ske med brukarföreträdare inom Handikappråd, Pensionärsråd och särskilda referensgrupper.

Årlig redovisning av kvalitet från utförarna

Utförare som socialtjänsten anlitar, redovisar årligen kvaliteten i sin verksamhet genom att besvara ett frågeformulär. Undantaget är familjerådgivning, som följs upp med andra metoder.

Gemensamma frågeområden för all årlig uppföljning

- Volym (antal belagda platser etc.)
- Dokumentation (löpande social journal, genomförandeplan)
- Personal (personalomsättning, andel timanställda, personalens utbildningsnivå, kompetensutveckling)
- Rutiner för nyckelhantering
- Systematiskt kvalitetsarbete (synpunktshantering, anmälan om missförhållanden, brukaruppföljningar)
- Verksamhetsinnehåll (förändringar och planerad utveckling)
- Dokument att skicka in (sammanställning av synpunkter, försäkringsbevis)

Se bilaga 1 – *Frågeområden vid årlig uppföljning*.

Utförarnas redovisning följer en uppföljningsplan, som är specifik för varje verksamhetsområde. Denna kan utöver ovanstående frågeområden innehålla uppföljning av särskilda kvalitetskrav som finns angivna i lagstiftning och kontrakt.

Besök i verksamheter

Besök genomförs för uppföljning av såväl enskilda som kommunala verksamheter, enligt en särskild årsplan för varje verksamhetsområde.

Besöken dokumenteras i kommunens ärende- och dokumentationssystem.

Se bilaga 2 – *Checklista för besök i/möten med verksamheter*

Fördjupad granskning

Varje år genomförs fördjupade granskningar av kvaliteten genom stickprovskontroller eller efter klagomål. Socialtjänstens chefer prioriterar och beslutar om en plan för dessa uppföljningar, i samverkan med berörda inom socialtjänstens enhet Planering och utveckling. Fördjupad granskning kan också göras efter klagomål mot en verksamhet. Vid behov av fördjupad granskning av verksamheter utanför Nacka kommun ska kontakt tas med Socialstyrelsen.

Den fördjupade granskningen görs vid besök i verksamheten. Frågor ska ställas till ledning och personal, samt till handläggare inom socialtjänsten. Dessutom ska synpunkter inhämtas på lämpligt sätt från brukare och eventuellt från närstående.

Fördjupad granskning med ev. åtgärdsplan dokumenteras i kommunens ärende- och dokumentationssystem.

Som hjälpmedel finns en checklista med frågor om

- Dokumentation
- Personal
- Systematiskt kvalitetsarbete
- Verksamhetsinnehåll
- Trygghet och säkerhet
- Bemötande
- Brukarinflytande
- Samverkan och informationsöverföring
- Lokaler

Se bilaga 3 – *Checklista vid fördjupad granskning*.

Det finns också frågor för uppföljning av hälso- och sjukvård, som genomförs av MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (medicinskt ansvarig rehabilitering).

Hälso- och sjukvård

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar de personer som bor i särskilda boenformer och de som vistas i dagverksamheter och som anges i Hälso- och Sjukvårdslagen 18 §. Ansvaret omfattar insatser t.o.m. sjuksköterskenivå. Kommunens ansvar omfattar även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

Landstinget har förbundit sig att fullgöra vad som ankommer på kommunen för personer som tillhör LSS personkrets. MAS och MAR har ett lagstadgat ansvar att följa upp kvalitet och säkerhet inom samtliga dessa verksamheter. (HSL 24 §)

Socialstyrelsen har formulerat föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2 005:12 (M). MAS/MAR baserar sin tillsyn på föreskriftens angivna områden:

- bemötande
- metoder för diagnostik, vård och behandling,
- kompetens
- samverkan och samarbete
- riskhantering
- avvikelshantering
- försörjning av tjänster, produkter och teknik
- spårbarhet

Hälso- och sjukvårdsuppföljningen genomförs årligen. Vid misstanke om brister i vårdens utförande görs påkallat besök med fördjupad granskning.

Ett av de områden som ingår i den årliga uppföljningen är avvikelshantering. Avvikelser hanteras enligt givna riktlinjer (se bilaga). MAS/MAR sammanställer rapporterade avvikelser och redovisar till Social- och äldrenämnden. Även riskanalys ingår i det totala säkerhetsarbetet för hälso- och sjukvården.

Se bilaga 4 – *Riktlinjer för avvikelshantering och riskbedömning*

Handläggarnas erfarenheter

Handläggare inom socialtjänstens myndighetsgrupper har ansvar för uppföljning i de individuella ärendena. Eventuella klagomål och synpunkter handläggs och dokumenteras också inom dessa enheter. Vid årlig uppföljning och fördjupad granskning tas handläggarnas erfarenheter av de olika utförarna till vara genom intervjuer och samtal.

Särskilt riktade uppföljningar

Särskilt riktade uppföljningar genomförs efter beslut i socialtjänstens ledningsgrupp. De kan rikta sig mot en hel grupp av verksamheter eller en särskild aspekt inom en eller flera verksamheter. Orsaken kan vara önskemål från politiker eller chefer, eller att behov av uppföljning finns inför upphandling eller kundval.

Uppföljning av ekonomi och volym

Uppföljningar ska göras av kvantitativa mått som antal, kronor, nyckeltal mm. Vid uppföljningen registreras förändringar i förhållande till tidigare gjord uppföljning. För att garantera ett välgrundat resursutnyttjande ställs uppföljning av ekonomi och volym i relation till den kvalitativa uppföljningen.

Uppföljning av ekonomi och volym innehåller följande delar

- Uppföljning av att beställda och fakturerade tjänster utförs
- Rutiner för att inhämta uppgifter från tillsynsmyndigheter om att utförare fullgör sina skyldigheter avseende skatter och avgifter
- Rutiner för rapportering till tillsynsmyndigheter om misstänkta brister och oegentligheter
- Ekonomisk uppföljning i bokslut
- Uppföljning av volym och statistik

I den ekonomiska uppföljningen av utförare ingår kontroller enligt beskrivning ovan. En sådan kontroll sker enligt utarbetade rutiner, men innebär inte att man kan säkerställa att utförarna bedriver sin verksamhet enligt den skattelagstiftning som finns.

Vid misstanke om oegentligheter som rör skatter, avgifter eller utförarens skyldigheter som arbetsgivare ska dessa inte utredas av socialtjänsten utan anmälas för vidare kontroll och granskning av Skatteverket och/eller Försäkringskassan.

Åtgärder vid avvikelser från avtal

Vid avvikelser från avtal eller kontrakt kan en serie av åtgärder vidtas.

Påkallat besök

Om en brukare, anhörig eller personal påkallar socialtjänstens uppmärksamhet om missförhållanden gör socialtjänsten ett personligt besök hos utföraren. Eventuella åtgärder diskuteras och fastställs tillsammans med utföraren. Besöket dokumenteras.

Fördjupad granskning

Vid misstankar om att en utförare inte kan fullgöra sina åtaganden genomför socialtjänsten en fördjupad granskning, där utföraren är skyldig att medverka. Verksamheten granskas ur ett verksamhetsmässigt, brukar- och personalperspektiv. En rapport ska skrivas över den fördjupade granskningen.

Åtgärdsplan

Avvikelser från avtal, ett påkallat besök eller en fördjupad granskning kan resultera i krav på åtgärder. Utföraren ska då presentera en åtgärdsplan, som godkänns av socialtjänsten. När planen har genomförts och avrapporterats ska en förnyad uppföljning göras.

Anmälan till andra myndigheter

Vid allvarliga avvikelser ska alltid ställning tas till ev. anmälan till polisen och/eller Socialstyrelsen. Om det finns en grundad misstanke om ekonomiska oegentligheter ska uppgifterna överlämnas till ansvarig tillsynsmyndighet. Berörd resultatchef beslutar om detta ska ske.

Varning

Vid konstaterade brister i förhållande till avtal eller kontrakt kan dessa föranleda att en varning utdelas. Om utföraren inte har åtgärdat bristerna inom den tid som anges i varningen kan avtalet hävas.

Hävning av avtal eller kontrakt

Om ansvariga myndigheter har konstaterat att en utförare inte fullgör sina skyldigheter när det gäller skatter och avgifter, eller vid andra allvarliga avvikelser från avtal eller kontrakt, kan avtalet med utföraren hävas. Hävning av avtal ska regleras i avtals- och kontraktsvillkor och beslutas av Social- och äldrenämnden.

Kvalitetsredovisning

Ett av målen med kvalitetsarbetet är att medborgarna ska ha tillgång till information om socialtjänstens insatser, som underlag för egna val och för att synliggöra socialtjänstens verksamhet. Spridning av information om verksamhetens resultat internt är också viktig.

Förtroendevalda, medborgare och medarbetare ska få del av resultaten av kvalitetsuppföljningen i en offentlig kvalitetsredovisning.

Årlig samlad redovisning till nämnderna

En samlad redovisning av resultaten från de olika uppföljningarna görs årligen till Social- och äldrenämnden. Redovisningen sammanfattar årets uppföljning och beskriver förbättringsområden, samt hur de kommer att följas upp.

Redovisningar görs till nämnden av kvalitet inom olika tre verksamhetsområden: Äldreomsorg, insatser till personer med funktionsnedsättning respektive Individ- och familjeomsorg

Utförare och handläggare delges den samlade redovisningen inom sitt verksamhetsområde och den uppföljning som särskilt berör dem.

Kundvalskataloger

Inom verksamheter där det finns kundval presenteras några resultat från brukarenkäterna i respektive kundvalskatalog. Ett utvecklingsarbete genomförs för att ta fram fler jämförande kvalitetsmått som ska presenteras om varje utförare.

Kvalitetsredovisning, trycksak

En samlad kvalitetsredovisning görs efter årets bokslut i en tryckt kvalitetsredovisning för Social- och äldrenämnden. Där redovisas viktiga nyckeltal och resultat från kvalitetsuppföljningen.

Socialtjänstens webbsidor

Socialtjänstens kvalitetsarbete och resultat av uppföljningar presenteras på kommunens webbplats www.nacka.se.

Frågeområden vid årlig uppföljning

Volym

Antal belagda platser, dygn, timmar. Antal personer, besök, grupper.
På vems initiativ kommer personerna, anges vid öppna verksamheter.

Dokumentation

Andel personer med en aktuell genomförandeplan.
Vad som ingår i genomförandeplanen.
Andel personer med en löpande social journal.

Personal

Andel timanställd personal.
Personalomsättning.
Personalens utbildningsnivå.
Redovisning av det gångna årets kompetensutveckling, plan för personalens kompetensutveckling,

Systematiskt kvalitetsarbete

Rutiner för synpunktshantering.
Rutiner för anmälan om allvarliga missförhållanden, lex Sarah
Rutiner för nyckelhantering
Redovisning av genomförda brukaruppföljningar.
Antal avbrutna placeringar och anledning till ev. avbrott.

Verksamhetsinnehåll, förändringar och utveckling

Redovisning av verksamhetsinnehåll och målgrupper, vid öppna verksamheter.
Förändringar i verksamheten under föregående år och planer för utveckling.

Dokument som ska skickas in

Kopia på aktuellt försäkringsbevis
Sammanställning av årets inkomna synpunkter och klagomål.

Den årliga uppföljningen kan utöver ovanstående frågeområden innehålla uppföljning av särskilda kvalitetskrav som finns angivna i lagstiftning, avtal och kontrakt.

Checklista för besök i/möten med verksamheter

Besök genomförs för uppföljning av såväl enskilda som kommunala verksamheter, enligt en särskild årsplan för varje verksamhetsområde.

Besöken dokumenteras i kommunens ärende- och dokumentationssystem.

Uppföljning sker av

- Utförarens svar i den årliga redovisningen, genomgång av hur det som beskrivits fungerar i praktiken.
- Specifika mål för verksamheter med kundval resp. kravspecifikation vid övrig upphandling.
- Verksamhetens tillgänglighet i tid (hela året, öppettider, telefontider)
- Hantering av nycklar till kundernas bostäder och värdehandlingar/medel tillhöriga brukarna.
- Hur lokalerna är anpassade till verksamheten.
- Att nyanställda lämnar registerutdrag ur belastningsregistret.
- Rutiner som säkerställer att personalen iakttar sekretess.

Checklista vid fördjupad granskning

Fördjupad granskning görs vid besök i verksamheten.

Frågor ska ställas till ledning, personal och handläggare.

Synpunkter ska inhämtas på lämpligt sätt från brukare och eventuellt från närstående.

Fördjupad granskning med ev. åtgärdsplan dokumenteras i kommunens ärende- och dokumentationssystem.

Dokumentation

- Titta på och granska dokumentationen
- Rutiner för dokumentation kring den enskilde
 - Vilka har tillgång till dokumentationen?
 - Hur förvaras den?
 - Vem ansvarar för att dokumentationen görs?
 - Framgår det vem som dokumenterat?
- Genomförandeplaner
 - Hur många har genomförandeplaner?
 - Om genomförandeplan saknas, vad är skälet?
 - Hur ser de ut och hur följs de upp?
 - Vilka deltar respektive godkänner planen?
- Vad händer med dokumentationen efter avslutat uppdrag?

Personal

- Personalomsättning
 - Eventuellt specificerat på olika yrkesgrupper
- Personalens utbildning, erfarenhet och kompetens
 - Utbildning och erfarenhet, har förändringar skett?
 - Kompetensutveckling, föregående år samt plan för kommande år?
 - Har personalen handledning? Intern eller extern?
 - Har personalen kunskap om lagar, förordningar och andra bestämmelser som berör verksamheten?
 - Hur fungerar samarbetet på enheten, mellan medarbetare och medarbetare - chef?
- Bemanning
 - Personer i tjänst morgon, dag, kväll, natt. Vardag respektive helg.
 - Användning av timanställd personal

Systematiskt kvalitetsarbete

- Ledningssystem för kvalitet med rutiner för att säkra kvaliteten
 - Hur är ledningssystemet och ansvarsfördelningen dokumenterad? Visa.
 - Finns kunskap om och involveras brukare och medarbetare i kvalitetsarbetet?
 - Rutiner för synpunktshantering samt Lex Sarah?
 - Rutiner som säkerställer att personalen iakttar sekretess

- Uppföljning av kvaliteten, hur?
 - Hur mäts kvalitet?
 - Brukarundersökningar
 - Synpunkter och klagomål
 - Fel och brister

Resultat i verksamheten

- Finns det mätbara mål för verksamheten?
- Hur följs resultat i verksamheten upp, t ex behandlingsresultat, nöjdhet hos brukarna etc.?
- Hur redovisas detta?
- Hur används resultaten, görs förändringar i verksamheten?

Verksamhetsinnehåll

- Verksamhetens mål och inriktning
- Beskrivning av arbetsmetoder
- Målgrupp för verksamheten
- Förändringar som skett
- Utvecklingsarbete
- Hur ser en dag ut?
- Fritidsaktiviteter, under en vecka

Trygghet och säkerhet

- Rutiner för säkerhet för brukaren
 - Brandskydd och brandövningar
 - Rutiner för att förebygga skador hos brukaren/skyddsåtgärder
 - Har personalen legitimation eller tjänstekort?
 - Hur introduceras ny personal?
 - Handlingsplan för hot och våld
 - Hantering av nycklar och brukarens egna medel
 - Hur får personalen kännedom om regler och rutiner?
 - Hur följs rutiner upp?
- Allvarliga händelser
 - Har något hänt?
 - Hur åtgärdades detta?
 - Har nya rutiner tagits fram med anledning av allvarlig händelse?
 - Hur görs riskbedömningar?

Bemötande

- Synsätt kring bemötandefrågor
 - Vilka är kriterierna för gott bemötande för den enskilde i verksamheten?
 - Gott bemötande för närstående?
 - Hur diskuteras dessa frågor i personalgrupperna?
 - Vilka åtgärder vidtas om någon inte lever upp till kriterierna?

Brukarinflytande

- Former för brukarinflytande
 - Vilka former finns?
 - Hur tas synpunkter tillvara, ge exempel
 - Hur arbetar man för att utveckla brukarinflytandet?

Samverkan och informationsöverföring

- Rutiner för samverkan och informationsöverföring, samt hur det fungerar i praktiken
 - Kring den enskilde
 - Personliga nätverk
 - Andra myndigheter och organisationer
 - Beställaren
 - Rutiner för informationsöverföring, internt och externt

- Samverkan kring utvecklingsfrågor

Lokaler

- Boendestandard, antal rum/lägenheter
(egen fullvärdig bostad, enkelrum med egen toa och dusch, enkelrum med egen toa, enkelrum utan eget hygienutrymme, 2-bäddrum)
- Gemensamma utrymmen

Hälsa- och sjukvårdsuppföljning

Genomförs av MAS och MAR enligt gällande författningar.

Riktlinjer för avvikelshantering och riskbedömning

Ansvar

Av Hälso- och Sjukvårdslagen framgår att kvaliteten fortlöpande skall utvecklas och säkras. Tydliga föreskrifter om detta finns formulerade i Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2 005:12.

Området avvikelshantering och riskhantering tas upp i författningen. Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet ligger på vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vårdgivaren utformar riktlinjer. Verksamhetschefen tar fram rutiner för den lokala avvikelshandlingen där även riskbedömningar ska ingå. Det är sen upp till hälso- och sjukvårdspersonalen att tillämpa rutinerna och rapportera avvikelser och risker till ansvarig chef.

MAS/MAR ansvar

MAS/MAR har på delegation från nämnden ett ansvar att rapportera allvarigare avvikelser och vårdskador till Socialstyrelsen, enligt lex Maria författningen. Årligen sammanställer MAS/MAR antalet rapporterade avvikelser från enheterna och rapporterar till ÄN och SN.

I rapporten ingår även analys och riskbedömning.

MAS/MAR gör analyser och riskbedömningar från det inkomna materialet från respektive enhet. De oidentifierade uppgifterna används sedan övergripande och kommuniceras med alla enheter. Syftet är att vidarebefordra erfarenheter och uppnå lärande.

Patientsäkerhetsterminologi

Vårdskada – lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.

Negativ händelse – händelse som medfört vårdskada.

Tillbud – händelse som hade kunnat medföra vårdskada

Avvikelse – negativ händelse eller tillbud

Risk- möjligheten att en negativ händelse skall inträffa

Riktlinjer

Alla särskilda boenden, både privata och kommunala ska ta fram egna system för rapportering av avvikelser. I systemen skall det finnas uppgifter som ger besked om hur händelsen har hanterats och följts upp. Återföring av inträffade avvikelser och tillbud skall ske regelbundet i personalgruppen.

Negativa händelser som medfört vårdskador ska omgående eller senast inom en vecka rapporteras till MAS/MAR. Även allvarigare tillbud rapporteras så snart som möjligt till MAS/MAR.

Enheternas avvikelserrapportering

Rutiner för avvikelshantering och rapportering ska tas fram av respektive enhet. I det ingår även att göra en riskbedömning och analys kring den inträffade händelsen. Återföring ska göras i personalgruppen så snart det är möjligt.

Identifiering av tänkbara risker i samband med vård och behandling ska bedrivas kontinuerligt.

Kriterier för löpande rapportering till MAS/MAR

Så snart som allvarligare avvikelser inträffat ska detta rapporteras till MAS/MAR.

Allvarligare avvikelser är:

- läkemedelsavvikelser, där läkare har kontaktats eller personen förts till slutenvården
- allvarligare fallolyckor, där läkare har kontaktats eller personen förts till slutenvården
- avvikelser där hjälpmedel är inblandade
- vid brister i samverkan med landstinget eller annan vårdgivare
- brister i omvårdnad t.ex. vid trycksår, eller om en boende avvikit från en demenshet

Årlig rapport till MAS/MAR

Alla enheter ska före februari månads utgång ha rapporterat föregående års avvikelser. Det gäller ansvariga chefer för särskilt boende och dagliga verksamheter inom Äldreomsorgen, Handikapp och Psykiatri.

Rapporteringens innehåll

- läkemedelsavvikelser
- fallolyckor, som ej krävt vidare åtgärder
- fallolyckor, som medfört läkarinsats eller byte av vårdnivå t.ex. sjukhusvård
- brister i omvårdnad, tillsyn (t.ex. trycksår som uppkommit, rymning av dement boende)
- tekniska hjälpmedel
- vårdkedjeproblematik
- övrigt (som gäller hälso- och sjukvård)
- hot och våld (mellan boende eller boende mot personal)
- Lex Maria och lex Sarah rapporter som gjorts under året. Privata särskilda boenden har egen internmas därför är denna rapportering särskilt viktig.

Författningar och faktainformation

- Hälso- och sjukvårdslagen 1 982:763
- SOSFS 2005:12(M) Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
- SOSFS 2005:28(M) föreskrifter och allmänna råd om anmälningskyldighet enl. Lex Maria
- Händelseanalys & Riskanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting m.fl.