



Resurschef
Stefanie Sennevall
0410-73 41 77
stefanie.sennevall@trelleborg.se

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom den psykologiska delen av elevhälsan i Trelleborgs kommun

Syfte, bakgrund och tillämpningsområde

Syfte och bakgrund

Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är ett system för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten samt fastställa principer för ledning av verksamheten. Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar. Med stöd av ledningssystemet ska den som bedriver verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I föreskrifterna framgår att ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar eller andra föreskrifter om hälso- och sjukvården kan förbyggas.

Ett ledningssystem är ett system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten, sätta upp, följa upp och utvärdera uppsatta mål.

Den psykologiska delen av elevhälsan ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Det systematiska kvalitetsarbetet innebär att gemensamma arbetsmetoder följs upp och utvecklas. Ledningssystemet innehåller de processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i den psykologiska delen av elevhälsans samtliga delar. Ledningssystemet beskriver också förutsättningarna för verksamheten samt de dokument, rutiner och riktlinjer som används för att säkerställa kvaliteten.

Målet med ledningssystemet är att verksamhet och kvalitet beskrivs systematiskt och att den professionella kompetensen tillvaratas och utvecklas. Behovet av förbättringsarbete följs ständigt.

Kravet på ledningssystem innebär också att det finns en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning.

Ledningssystemet är framtaget av verksamhetschefen i samarbete med psykologerna. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M

och S) med ändringsföreskrift HSLF-FS 2017:12 har legat till grund för framtagandet.

Tillämpningsområde

Föreskriften och de allmänna råden gäller för hela hälso- och sjukvården och har ett brett tillämpningsområde. Av 1 kap. 2 § SOSFS 2011:9 framgår att föreskrifterna även ska tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen ((2010:659) PSL)). SOSFS 2011:9 gäller både vid myndighetsutövning till exempel ärendehandläggning, och vid genomförandet av vård och omsorg eller andra instanser.

Definition av kvalitet

SOSFS 2011:9 2 kap. 1 §

Kvalitet definieras på följande sätt:

att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt

- *lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och*
- *beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter*

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Definitionen av kvalitet utgör grunden för hur ledningssystemet ska byggas upp samt det som ska uppnås med hjälp av ledningssystemet.

Kvalitetsdefinitionen kan beskrivas som en ram som skall fyllas med det innehåll som finns i lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Ledningssystemet för den psykologiska delen av elevhälsan bygger på definitionen av kvalitet enligt ovan.

Verksamhet

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Ledningssystemet är anpassat till den psykologiska delen av elevhälsan inriktning och omfattning. I skollagen (2010:800) finns bestämmelser om att det ska finnas elevhälsa på varje skola bestående av olika yrkesprofessioner. I den hälso- och sjukvård som bedrivs ingår bland annat psykologutredningar.

Kvalitet för verksamheten

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Verksamhetschefen gör tillsammans med den medicinskt ledningsansvarige psykologen en kartläggning av vilka krav och mål som finns i lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, samt i beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Kartläggningen av de regler som styr verksamheten görs fortlöpande. Lagarnas förarbeten utgör ett stöd i att förstå och tolka ett krav eller mål i en lag. Allmänna råd, handböcker, nationella riktlinjer, vägledningar samt andra publikationer från Socialstyrelsen, avgörande i domstol, beslut från tillsynsorgan kan också vara ett stöd. Det är viktigt att psykologerna har

tillräcklig kunskap för att kunna uppfylla krav och mål i lagar och andra föreskrifter. På motsvarande sätt krävs tillräcklig kunskap för att kunna arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet inom hälso- och sjukvården i enlighet med 6 kap. 1 § PSL. Ledningssystemet innehåller de processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens samtliga delar.

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

SOSFS 2011:9 3 kap.1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

SOSFS 2011:9 3 kap.3 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Ledningssystemet gäller för den psykologiska delen av elevhälsan i Trelleborgs kommun. Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den psykologiska delen av elevhälsan ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Arbetet sker genom att Socialstyrelsens föreskrifter samt PSL och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30 (HSL)) kopplas samman med varandra och annan gällande lagstiftning som skollagen och kommunens styr- och kvalitetssystem.

Vårdgivare

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Vårdgivare är kommun som bedriver hälso-och sjukvård i egen regi.

Vårdgivare för den psykologiska delen av elevhälsan är Trelleborgs kommun.

Vårdgivaren har ansvar för att:

- fastställa verksamheternas övergripande mål för patientsäkerhet och kvalitet samt kontinuerligt utvärdera och följa upp målen
- ledningen ska vara organiserad så att den tillgodoser hög kvalitet i vården
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för verksamheten är ändamålsenligt med mål, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten, samt
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocessen fungerar verksamhetsöverskridande

- ansvara för att ledningssystemet är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning
- ansvara för att det enligt HSL utses en verksamhetschef
- ansvarar för att det finns ändamålsenliga lokaler för de medicinska insatserna

Verksamhetschef

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 4 kap. 2 §

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för verksamhetschefen.

Ur Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 1 §

En verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 4 §

Verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Hälso- och sjukvårdsförordningen 4 kap. 5 §

Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Det är den av vårdgivaren utsedda nämnden som i sin tur utser verksamhetschef.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Verksamhetschefen ska avseende,

Systematiskt kvalitetsarbete

- känna till de författningar, styrdokument och vetenskapliga rön för hälso- och sjukvårdsväsendet respektive utbildningsväsendet som berör psykologisk elevhälsa
- ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten
- med stöd av ledningssystemet leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten
- i ett dokument ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten
- inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera processer, rutiner och metoder för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten och dess resultat
- varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse
- senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse
- ansvara för att redovisa verksamhetens resultat för nämnden

Löpande verksamhet

- ansvara för den löpande verksamheten inom sitt område och se till att den fungerar på ett tillfredställande sätt
- se till att den psykologiska insatsen tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god vård
- ansvara för att det finns de direktiv instruktioner och rutiner som den löpande verksamheten kräver
- ansvara för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som både möjliggör och säkerställer att patienten kan få del av informationen av sådant innehåll och i sådan omfattning som föreskrivs enligt relevanta bestämmelser i patientlagen (2014:821)
- ansvara för att den psykologiska elevhälsan har de lokaler, den utrustning och de resurser som behövs för att god vård ska kunna ges
- ansvara för att inköp av tjänster, produkter, försörjnings- och informationssystem sker i enlighet med gällande rätt och kommunens riktlinjer

Avvikelser

- ansvara för att egenkontroll i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd utövas
- ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från elever och vårdnadshavare, personal, andra myndigheter, föreningar, organisationer och intressenter
- ta emot rapporter om avvikelser i enlighet med 6 kap. 4 § PSL från verksamhetens personal
- utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada (avvikelse)
- vidta nödvändiga omedelbara och andra åtgärder i anledning av en avvikelse
- vid behov göra anmälan enligt Lex Maria
- i ett dokument analysera och sammanställa inkomna rapporter om risk för vårdskada eller vårdskada, klagomål och synpunkter och utifrån vad som framkommer vidtaga åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet

Personal

- säkerställa att verksamhetens personal känner till och arbetar i enlighet med processerna och rutinerna i ledningssystemet
- säkerställa att det finns skolpsykologer i den omfattning som tillgodoser behovet
- ansvara för att skolpsykologer har rätt kompetens för att bedriva psykologisk elevhälsa av hög säkerhet och god kvalitet
- medverka i meritvärdering och anställningsintervju vid nyanställning av skolpsykologer
- ansvara för rutiner för individuell introduktion av personal och bevaka personalens möjlighet till fortbildning

- ansvara för att skolpsykologerna är informerade om de bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter och behörighet
- anmäla till IVO om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på grund av sjukdom eller missbruk bedöms inte kunna utföra sitt yrke tillfredställande

Personuppgiftshantering

- ansvara för att rutiner finns för att journaler förs i enlighet med lag
- ansvara för uppföljning av patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet
- ansvara för informationssäkerhetsarbetet inom verksamheten
- ansvara för att det finns ett dokument "Informationssäkerhetspolicy" i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14
- ansvara för att det finns fungerande rutiner för styrning av behörigheter i det digitala journalföringssystemet och för spårning (loggning) av användare
- tilldela behörigheter i det digitala journalsystemet
- ansvara för att utdelade behörigheter för åtkomst till patientuppgifter är ändamålsenliga och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter
- ansvara för hälso- och sjukvårdspersonalen och andra befattningshavare är informerade om de bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter
- ansvara för att uppföljning av informationssystemens användning sker genom regelbunden kontroll av loggarna
- utreda misstanke om obehörig åtkomst

Samverkan

- ansvara för att det finns rutiner kring samverkan och samarbete med andra myndigheter och internt

Information

- ansvara för information och kommunikation till patienter och närstående och för att göra patienten delaktig i enlighet med patientlagens bestämmelser samt svara på frågor från myndigheter, elever, vårdnadshavare och medier vad gäller verksamheten
- bedriva ett aktivt informationsarbete utåt och inåt.

Rektor

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Rektor ansvarar för:

- att ha kännedom om ledningssystemet för den psykologiska delen av elevhälsan
- samverka och samarbeta med verksamhetschefen för den psykologiska delen av elevhälsan
- rektor beslutar om skolans inre organisation och leder och samordnar elevhälsans insatser på sin respektive sektor. Rektor har ett särskilt ansvar för elever i behov av särskilt stöd

Psykologer

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Psykologen skall inneha legitimation av Socialstyrelsen. Vid nyanställning ansvarar den som anställer att utdrag ur brottsregistret lämnas in samt att en noggrann kontroll görs av intyg om legitimation.

Psykologer arbetar under eget yrkesansvar, enligt 6 kap. 2 § PSL.

Psykologerna har, som all hälso- och sjukvårdspersonal, anmälningsskyldighet vid misstanke om att ett barn far illa, enligt socialtjänstlagen 14 kap. 129 kap. 13 § andra stycket skollagen (2010:800) finns en hänvisning till bestämmelserna om anmälningsskyldighet.

Psykologerna har ansvar för att:

- delta i framtagandet av ledningssystem, verksamhetsplan med åtaganden och arbetssätt mm
- delta i klagomåls- och synpunktshantering
- delta i uppföljning och analys och i det kontinuerliga förbättringsarbetet
- inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder, risk och avvikelshantering, uppföljning av mål och resultat.

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

SOSFS 2011:9 4 kap 1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Ledningssystemet är anpassat efter verksamhetens inriktning i den psykologiska delen av elevhälsan i Trelleborgs kommun och omfattar de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet.

Processer och rutiner

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.

SOSFS 2011:9 2 kap. 1 §

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.

SOSFS 2011:9 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.

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.

Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt de lagar och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Det kan också finnas krav i andra författningar som anger att det ska finnas rutiner som t. ex. SOSFS 2009:6 med ändringsföreskrifter om bedömningen om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Ledningssystemet för den psykologiska delen av elevhälsan omfattar samtliga dokumenterade arbetssätt och rutiner som påverkar verksamhetens kvalitet och säkerhet. Exempel på handlingar är verksamhetsplan, handlingsplaner, rutiner, kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse. Det omfattar även årsplan för systematiskt kvalitetsuppföljning, utvärdering och analys, åtaganden och förbättringsplan.

Verksamhetschefen, i samverkan med den medicinskt ledningsansvarige psykologen, leder arbetet med att samla och dokumentera samtliga befintliga dokumenterade arbetssätt och rutiner. Där det finns behov revideras befintliga rutiner. För de områden där dokumenterade rutiner saknas tas dessa fram. Identifierade processer och aktiviteter är bland annat, avvikelshantering, anmälan enligt Lex Maria, remisshantering, journalföring, psykologutredning, informationsöverföringsrutiner, medverkan i elevhälsoteam samt kompetensutvecklingsplan.

Standarder tekniska specifikationer med mera

Allmänna råd SOSFS 2011:9

Allmänna råd till 4 kap.1 §

Standarder, tekniska specifikationer och modeller för kvalitets- och verksamhetsutveckling kan ge stöd då ett ledningssystem ska byggas upp

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Metoder ska utvecklas och implementeras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i samarbete med företrädare för elevhälsans psykologiska insats. Förändringar aktualiseras fortlöpande vid t. ex. fortbildningstillfällen. Arbetet utgår från Socialstyrelsens och Skolverkets vägledningsdokument.

Samverkan

SOSFS 2011:9 4 kap 6 §

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även fastställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Ledningssystemet omfattar framtagna rutiner för samverkan inom kommunen och med externa vårdgivare. Rutinerna revideras regelbundet. Psykologerna ska genom samverkan med övrig personal på skolan, både personal inom elevhälsan, skolans studie- och yrkesvägledare och skolans pedagogiska personal arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att gemensamt verka för att upptäcka hinder för lärande, hälsa och utveckling. Samverkan med personal inom elevhälsan och med övrig skolpersonal som inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagen kan begränsas av sekretesslagen. För att kombinera behovet av samverkan med lagens krav på sekretess finns rutiner för att löpande inhämta samtycken från vårdnadshavare och elev.

I övrigt samverkar elevhälsans psykologiska del bland annat med vårdnadshavarna, övrig hälso- och sjukvård, socialtjänsten, med andra skolor vid skolbyte.

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten finns ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I förbättringsarbetet läggs stor vikt vid förebyggande åtgärder som riskanalyser för att förhindra vårdskador, inkomna avvikelser och klagomål, egenkontroll med mera. Identifierade avvikelser åtgärdas, processer och rutiner ses över så att inträffad avvikelse inte inträffar igen.

Riskanalys

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 inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS

- 1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och*
- 2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.*

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Verksamhetschefen tillsammans med personalen inom den psykologiska delen av elevhälsan gör fortlöpande bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Riskanalyser omfattar verksamhetens samtliga delar. Analyser görs för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten

inte kan leva upp till de krav och mål som finns i lagar och författningar. Riskanalysen innebär att sannolikheten för att händelsen inträffar uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle bli följden av händelsen. I alla rutiner, vid förändringar och nya åtaganden i verksamheten ska en riskanalys göras. Visar analysen att risk för att brister i kvalitet eller patientsäkerhet föreligger vidtas åtgärder för att minimera riskerna.

Egenkontroll

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.

SOSFS 2011:9 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

Egenkontroll kan innefatta:

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355),
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, med resultat för andra verksamheter,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation,
- undersökning 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.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Verksamhetschefen tillsammans med personal inom den psykologiska delen av elevhälsan bedriver egenkontroll för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. I upprättad årsplan för egenkontroll redovisas vilka områden egenkontrollen omfattar.

Egenkontrollen innebär att systematiskt utvärdera och följa upp den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Till skillnad från riskanalysen, som innebär att arbeta förbyggande, så innebär egenkontrollen att granskningen görs av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs. Egenkontrollen görs med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Utredning av avvikelser

Klagomål och synpunkter

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.*

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Bildningsförvaltningen har upprättat en rutin som heter "Synpunkter och klagomål på utbildningen" för verksamheterna inom bildningsnämndens ansvarsområde. Rutinen finns på Trelleborgs kommuns hemsida och fylls i digitalt. Utredning av klagomål avseende den psykologiska delen av elevhälsans ansvarsområde utreds av verksamhetschef i samverkan med den medicinskt ledningsansvarige psykologen.

Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs till exempel förslag på förbättringar som berör verksamhetens kvalitet. Klagomål och synpunkter kan framföras av alla intressenter som finns angivna i föreskriften. Utredningen av klagomålen och synpunkterna ska leda till att kunna ta ställning till om det har förekommit avvikelser i verksamheten. Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Rapporteringsskyldighet av vårdskador och missförhållanden

SOSFS 2011:9 5 kap. 4 §

Bestämmelser om rapporteringsskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

SOSFS 2011:9 5 kap. § 5

Bestämmelser om skyldighet för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen har motsvarande skyldighet att rapportera säkerhetsrisker i verksamheten.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Det åvilar psykologerna att till verksamhetschefen anmäla om elev i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk för att drabbas av vårdskada. Personalens anmälningsskyldighet till verksamhetschefen gäller alla vårdskador medan vårdgivarens anmälningsskyldighet till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) endast gäller allvarlig skada (Lex Maria). Verksamhetschefen tillsammans med skolläkare utreder och återrappporterar

händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Rutin för avvikelshantering med tillhörande blankett finns upprättad.

Verksamhetschefen är ansvarig för att anmäla enligt lex Maria till IVO. Verksamhetschefen ska inför en anmälan enligt lex Maria utreda händelsen där vård eller behandling har medfört allvarig skada eller kunnat medföra allvarig skada för eleven. Rutiner för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg enligt PSL 3 kap. 5-6 §§ finns upprättade (lex Maria).

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap 6 §

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

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Verksamhetschef tillsammans med den medicinskt ledningsansvarige psykologen utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Rutiner för rapportering av risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med 6 kap 4 § PSL finns upprättade.

Analysen i utredningen utgör sedan underlag av förbättringsarbetet.

Genom att analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter samlat kan även mönster och trender som inte framkommit i utredningen av ett enskilt fall upptäckas. Framkommer mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet ses verksamheten över så att den har ändamålsenliga processer och rutiner för att kunna säkra sin kvalitet.

Förbättrande åtgärder i verksamheten

SOSFS 2011:9 5 kap. 7 §

På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 5 kap. 1-6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Verksamhetschefen tillsammans med personal inom den psykologiska delen av elevhälsan vidtar åtgärder, utifrån inkomna synpunkter, klagomål samt gör egen analys av verksamheten, så att processer och rutiner förbättras eller tillskapas i de fall de saknas. Genom de olika aktiviteter som ingår i det systematiska förbättringsarbetet får den psykologiska delen av elevhälsan kännedom om avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård.

Förbättring av processerna och rutinerna

SOSFS 2011:9 5 kap. 8 §

Om resultaten av de aktiviteter som anges i 5 kap. 1-6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Framkomna avvikelser ska medföra att rutiner och processer ses över. Utifrån framkomna avvikelser förbättras fortlöpande verksamhetens styrning så att liknande avvikelser inte återupprepas. Därmed utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet. Den största tillgången i förbättringsarbetet är personalen och en positiv inställning till att lämna in synpunkter och avvikelser är viktigt.

Verksamhetschefen i samverkan med den medicinskt ledningsansvarige psykologen leder arbetet med att följa upp att arbetet i psykologiska delen av elevhälsan följer de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Regelbunden genomgång av ledningssystemet genomförs med revidering av processer och rutiner.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

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.

SOSFS 2011:9 6 kap. 2 §

Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge god vård. All personal omfattas av kompetenskrav för att kunna medverka i kvalitetsarbete och ge god vård och omsorg. 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.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Psykologerna ska arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner vilket innebär att de arbetar systematiskt på ett likartat sätt för att uppnå kvalitet. Det underlättar i sin tur ett systematiskt förbättringsarbete genom att arbetssätt kan följas upp utvärderas och vid behov förändras.

Verksamhetschefen i samverkan med den medicinskt ledningsansvarige psykologen bedömer vilka utbildningsinsatser som behövs samt ser till att begripliga processer och rutiner tas fram och förankras. Det är viktigt att psykologerna deltar i framtagandet av rutiner och processer. Fastställda processer och rutiner skall vara förankrade hos samtliga psykologer så ingen tvekan råder om vad som gäller.

Kompetens påverkar möjligheten att medverka.

En plan för kompetensutveckling upprättas varje år utifrån uppmärksammande behov av verksamheten samt framtida identifierade behov.

Verksamhetschefen i samverkan med den medicinskt ledningsansvarige psykologen planerar för personalförsörjning och kompetensutveckling.

Uppmuntra deltagande i kvalitetsarbetet

För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är personalens engagemang och delaktighet nödvändig. Genom att rapporter, klagomål,

synpunkter, avseende verksamhetens kvalitet kommer in från psykologerna skapas förutsättningar att utveckla och säkra kvaliteten. Därmed kan vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser förhindras.

Verksamhetschefen i samverkan med den medicinskt ledningsansvarige psykologen uppmuntrar personalen till att inkomma med synpunkter och att rapportera avvikelser. Information om rutinen ges kontinuerligt.

Informationssäkerhetspolicy

I Trelleborgs kommun pågår arbetet med att ta fram en kommunövergripande informationssäkerhetspolicy med riktlinjer. Den av verksamhetschef upprättade informationssäkerhetspolicyn utgör vårdgivarens informationssäkerhetspolicy enligt HSLF-FS 2016:40. När den kommunövergripande policyn med tillhörande riktlinjer är beslutade, görs en jämförelse mellan de upprättade handlingarna i avsikt att eliminera missförstånd. Vid behov görs en revidering.

Psykologer skall följa informationssäkerhetspolicyn med tillhörande riktlinjer och upprättande rutiner.

Journalföring

Psykologerna ska följa rutinerna för journalföring.

Dokumentationsskyldigheten

SOSFS 2011:9 7 kap. 1 §

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

Allmänna råd SOSFS 2011:9

Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad

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

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

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 §

Enligt 3 kap.10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur

1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen (2010:659) 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 § patientsäkerhetslagen (2010:659) 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 utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) under föregående kalenderår och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga.

SOSFS 2011:9 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. informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet är dokumenterade och gäller alla delar av ledningssystemet grundläggande uppbyggnad. Fastställda rutiner och processer är dokumenterade samt arbetet med att planera och utföra riskanalyser och egenkontroller. Detsamma gäller för arbetet med att hantera klagomål, synpunkter och rapporter. De förbättrande åtgärder som avvikelser har gett upphov till är dokumenterade. Patientsäkerhetsarbetet och att förebygga vårdskador hos eleverna och ohälsa hos personalen sker kontinuerligt. Verksamhetschefen ansvarar för att psykologerna är informerade om rutiner, vad som ska rapporteras och hur det ska ske. Verksamhetschefen i samverkan med den medicinskt ledningsansvarige psykologen ansvarar för dokumentationen samt upprättar årligen kvalitetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse enligt lagstiftningen.

Yrkesutövning

En vårdgivare skall snarast anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns skäligen anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Enligt PSL gäller även anmälningsskyldigheten när legitimerad personal kan befaras utgöra en fara för patientsäkerheten.

Trelleborgs kommuns konkretisering av ledningssystemet

Anmälningsskyldigheten gäller på vårdgivarnivå och skall fullgöras av lex Maria ansvarig.

FÖRSLAG