

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
FÖRDJUPAD GRANSKNING	3
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	4
TILLSYN ENLIGT SOL OCH LSS.....	5
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
HÄVNING AV AVTAL ELLER AVAUKTORISATION	6
KVALITETSREDOVISNING	7
ÅRLIG SAMLAD REDOVISNING TILL NÄMNDERNA.....	7
KUNDVALSKATALOGER	7
KVALITETSREDOVISNING, TRYCKSAK	7
SOCIALTJÄNSTENS WEBBSIDOR.....	7

BILAGOR

1. FRÅGEOMRÅDEN VID ÅRLIG UPPFÖLJNING
2. CHECKLISTA VID FÖRDJUPAD GRANSKNING
3. 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 kvalitetssystem. Kvalitetssystemet finns dokumenterat i en kvalitetsplan och en arbetsplan för genomförande av relaterade aktiviteter.

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 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?

- Auktoriserade anordnares verksamhet
- 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, insats	Vad innebär det?
Delaktighet	<ul style="list-style-type: none"> • Upplevelse av att vara delaktig och kunna påverka den insats man har
Bemötande	<ul style="list-style-type: none"> • Upplevelse av att bli bemött med respekt och hänsyn
Nöjdhet	<ul style="list-style-type: none"> • Med utförd insats som helhet
Nöjdhet, äldreboende (presenteras i kundvalskatalog)	<ul style="list-style-type: none"> • Trygghet • Mat • Utevistelse
Nöjdhet, hemtjänst (presenteras i kundvalskatalog)	<ul style="list-style-type: none"> • Personalkontinuitet • Bemötande • Trygghet
Genomförandeplaner	<ul style="list-style-type: none"> • Att de uppfyller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
Kontinuitet	<ul style="list-style-type: none"> • Att personalomsättningen inte är för hög
Systematiskt kvalitetsarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Att det finns tydliga rutiner för klagomålshantering • Att det finns tydliga rutiner för anmälan om missförhållanden • Att utföraren genomför och redovisar resultat av egna brukaruppföljningar • Att det finns rutiner för analys och utvärdering av kvalitet

Metoder för uppföljning av kvalitet

Brukarnas uppfattning om kvalitet

- En brukarenkät ska genomföras årligen med frågor om insatsernas kvalitet enligt de fastlagda kvalitetskriterierna.
- Utförarna uppmanas att årligen redovisa resultaten av sina egna 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 brukarrepresentanter 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 och eventuellt skicka in en verksamhetsberättelse.

Gemensamma frågeområden för all årlig uppföljning

- Volym (antal belagda platser etc.)
- Dokumentation (löpande social journal, genomförandeplan)
- Personal (personalomsättning, kompetensutveckling)
- Kvalitetssystem (klagomålshantering, anmälan om missförhållanden, brukaruppföljningar)
- Verksamhetsinnehåll (förändringar och planerad utveckling)

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, auktorisationsbestämmelser, avtal och överenskommelser.

Fördjupad granskning

Varje år genomförs en fördjupad granskning av kvaliteten genom stickprovskontroller hos ett urval utförare. Socialtjänstens chefer prioriterar och beslutar om en plan för dessa uppföljningar, i samverkan med berörda inom socialtjänstens enhet för planering och utveckling. Fördjupad granskning kan också göras efter klagomål mot en verksamhet. Vid fördjupad granskning av verksamheter utanför Nacka kommun ska kontakt tas med Länsstyrelsen och ansvarig tillsynskommun.

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.

Som hjälpmedel finns en checklista med frågor om

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

Se bilaga 2 – *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 boen-
deformer och de som vistas i dagverksamheter och som anges i Hälso- och Sjukvårdsla-
gen 18 §. Ansvaret omfattar insatser t.o.m. sjuksköterskenivå. Kommunens ansvar om-
fattar även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

Landstinget har förbundit sig att fullgöra vad som ankommer på kommunen för perso-
ner 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 patientsä-
kerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2 005:12 (M). MAS/MAR baserar sin tillsyn på
föreskriftens angivna områden - i tillämpliga delar:

- 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 vår-
dens utförande görs påkallat besök med fördjupad granskning.

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

Se bilaga 3 – *Riktlinjer för avvikelshantering och riskbedömning*

Tillsyn enligt SoL och LSS

Tillsyn görs årligen av samtliga enskilda utförare i Nacka, som har tillstånd från Länsstyrelsen. Denna tillsyn berör även verksamheter i Nacka, som inte har något avtal eller är auktoriserade av kommunen. Tillsynsplaner och rapporter från varje tillsynsbesök överlämnas till Länsstyrelsen.

Vid tillsyner används tillämpliga delar av ”Checklista vid fördjupad granskning”.

Handläggarnas erfarenheter

Handläggare inom socialtjänstens myndighetsgrupper har ansvar för planering och 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. Orsaken kan vara politiska önskemål 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, enligt socialtjänstens kvalitetsplan

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.

Om utförare fuskar med skatter och avgifter kan organisationen inom Socialtjänsten inte kontrollera på annat sätt än genom den rapportering och granskning som Skatteverket och Försäkringskassan gör.

Åtgärder vid avvikelser från avtal

Vid avvikelser från avtal, överenskommelser eller auktorisationsbestämmelser 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

En påkallat besök eller 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, Länsstyrelsen och/eller Socialstyrelsen. Om det finns en grundad misstanke om ekonomiska oegentligheter ska uppgifterna överlämnas till ansvarig tillsynsmyndighet. Berörd enhetschef beslutar om detta ska ske.

Hävning av avtal eller avauktorisering

Om ansvariga myndigheter har konstaterat att en utförare inte fullgör sina skyldigheter när det gäller skatter och avgifter, eller vid andra allvarliga avvikelser från auktorisationsregler och avtal, kan avtalet med utföraren hävas eller beslut tas om avauktorisering. Hävning av avtal och avauktorisering ska regleras i avtals- och auktorisationsvillkor.

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, Handikappomsorg och socialpsykiatri respektive Individ- och familjeomsorg

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

Kundvalskataloger

Inom verksamheter där det finns kundval presenteras några resultat från brukarenkäterna i respektive kundvalskatalog.

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

En webbsida är under utveckling, som presenterar socialtjänstens kvalitetsarbete. Efterhand som kvalitetsuppföljningar genomförs och redovisas, presenteras dessa på 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

Hur dokumenteras arbetet kring varje person?
Mall/metod för genomförandeplaner och ansvar för att upprätta planen.
Antal personer som har/respektive inte har en genomförandeplan.
Om genomförandeplan saknas, ange orsak.

Personal

Personalomsättning, antal personal som har slutat.
Redovisning av det gångna årets kompetensutveckling, plan för personalens kompetensutveckling,

Kvalitetssystem

Rutiner för klagomålshantering.
Redovisning av resultat av brukaruppföljningar (enkät eller annan metod).
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.

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

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.

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.

Kvalitetssystem

- Kvalitetssystem och rutiner för att säkra kvaliteten
 - Hur är kvalitetssystemet dokumenterat? Visa
 - Finns kunskap om och involveras medarbetarna i kvalitetsarbetet?
 - Rutiner för klagomålshantering samt Lex Sara och anmälan om personskada?

- Uppföljning av kvaliteten, hur?
 - Hur mäts kvalitet?
 - Brukarundersökningar
 - Klagomålshantering och andra synpunkter

Resultat i verksamheten

- Har ni mätbara mål för verksamheten?
- Hur följer ni upp resultat i verksamheten, t ex behandlingsresultat, nöjdhet hos brukarna etc?
- Hur redovisar ni detta?
- Hur använder ni era resultat, 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 gör ni riskbedömningar?

Bemötande

- Synsätt kring bemötandefrågor
 - Vilka är kriterierna för gott bemötande för den enskilde i er verksamhet?
 - Gott bemötande för närstående?
 - Hur diskuterar ni 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-bäddsrum)
- 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 avvikelserapportering

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 demensenhet

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.