

Innehållsförteckning

1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	2
2 Styrdokument.....	2
2.1 Socialtjänstlagen.....	2
2.2 Hälso- och Sjukvårdslagen	2
2.3 Patientsäkerhetslagen	2
2.5 Ägardirektiv och Värdegrund	2
3 Kvalitetsmål för verksamheten	3
3.1 Kvalitet	3
3.2 Mål för Hyllie Parks Äldreboende.....	3
4 Ansvar för ledningssystemet.....	4
5 Processer och rutiner	7
5.1 Huvudprocess och delprocesser vid Hyllie Park Äldreboende	7
5.2 Ledningsprocesser och Stödjande processer	8
6 Samverkan	8
7 Systematiskt förbättringsarbete	9
7.1 Avvikelsehantering.....	10
7.2 Egenkontroll.....	11
7.3 Extern kontroll och uppföljning.....	11
7.4 Kompetensutveckling och handledning för vård- och omsorgspersonal.....	11
7.5 Klagomål och synpunkter	11
8 Dokumentation	12

1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsen har antagit föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och omsorg (SOSFS 2011:9) Med hjälp av ledningssystemet kan verksamhetens kvalitet fortlöpande säkras och utvecklas. Ledningssystemet används också som ett verktyg för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

2 Styrdokument

Socialtjänstlagen (2001:453)

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Hyllie Parks Ägardirektiv

2.1 Socialtjänstlagen

I Socialtjänstlagen anges att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, och kvaliteten ska fortlöpande utvecklas och säkras. För att utföra uppgifter och tjänster inom socialtjänsten krävs personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Till uppgifterna hör att främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden för dem som omfattas av verksamheten, samt skyldighet att erbjuda anhörigstöd

2.2 Hälso- och Sjukvårdslagen

I Hälso- och sjukvårdslagen anges att insatserna ska utföras så att kraven på en god vård uppfylls. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde, och respekt för den enskilda individens värdighet. Verksamhetens kvalitet ska fortlöpande utvecklas och säkras.

2.3 Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen anger vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Verksamheten ska planeras, ledas och fortlöpande kontrolleras, så att kravet på god vård upprätthålls.

2.5 Ägardirektiv och Värdegrund

Hyllie Park är ett samhällsengagemang på kristen grund, för lärande, växande och omsorg. Här främjas möten mellan individer, generationer och kulturer, där varje människa är viktig - är en del av ett sammanhang som präglas av hjärta och tanke.

Verksamheten vilar på den nationella värdegrund för äldreomsorg som beskrivs i Socialtjänstlagen. Den tydliggör äldre personers möjligheter till inflytande vid genomförandet av socialtjänstens insatser, att äldre personer har rätt att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Att äldreomsorgen bör värna och respektera var och ens rätt till privatliv och kroppslig integritet,

självbestämmande, delaktighet och individanpassning, trygghet och meningsfullhet. Att alla insatser inom äldreomsorgen ska vara av god kvalitet och äldre personer ska få ett gott bemötande.

På Hyllie Park Äldreboende arbetar vi hälsofrämjande för *hela* människan, med såväl fysiska, psykiska och existentiella behov. Vi har ett särskilt uppdrag att lyfta och arbeta med den existentiella hälsan genom att erbjuda sammanhang där tro och traditioner respekteras och bejakas- Vi erbjuder möjlighet att uttrycka och samtala om livsfrågor och tro.

3 Kvalitetsmål för verksamheten

3.1 Kvalitet

Kvalitet inom hälsa, vård och omsorg kan beskrivas som förmågan att kunna tillfredsställa den enskildes såväl uttalade som underförstådda behov, liksom att rätt insatser ska utföras på rätt sätt och i rätt tid.

Socialstyrelsen framhåller att god kvalitet förutsätter att vården är kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig och jämlik.

3.2 Mål för Hyllie Parks Äldreboende

Hyllie Park Äldreboende ska erbjuda äldre människor att leva och bo självständigt under trygga förhållanden, med goda möjligheter till aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet och tillgodose den enskildes behov av kontinuitet och säkerhet vid utförande av insatser.

Vård- och omsorgsinsatser ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde. Upplevelsen av delaktighet och att ingå i ett sammanhang är centrala delar i hälsa och känsla av välbefinnande. Alla insatser måste därför genomsyras av helhetssyn med fokus på det friska och ett personcentrerat perspektiv, så att den enskildes och omgivningens resurser tillvaratas. Olika insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer ska genomsyra verksamheten. Risker ska identifieras och adekvata åtgärder vidtas för att erhålla och/ eller bevara munhälsa, förebygga och behandla undernäring, fall, trycksår och blåsdysfunktion. Registrering i nationella kvalitetsregister ska göras för att identifiera riskpatienter, bidra till utveckling av förebyggande arbetssätt samt kvalitetssäkra omsorgen.

Den enskilde ska få en god och värdig vård i livets slutskede. Det innebär symtomkontroll, samarbete i tvärprofessionella team, god kommunikation mellan medarbetare och den enskilde och dennes närstående.

På Hyllie Park har vi en särskild målsättning att alla ska få möjlighet att ge uttryck och få gehör för existentiella och andliga behov och frågeställningar, oavsett bakgrund, religion eller etnicitet. Vi

strävar efter att på olika sätt bejaka och möta den enskilde i dessa frågor. Jämställdhets och antidiskrimineringsperspektiv integreras i allt kvalitetsarbete.

4 Ansvar för ledningssystemet

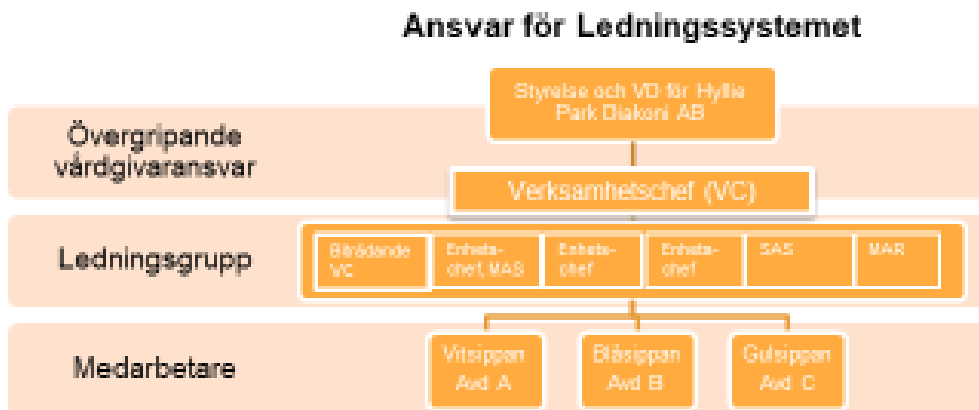


Fig 1 Ansvar för ledningssystemet

Hyllie Park Diakoni AB Styrelse och VD

Styrelsen har det yttersta ansvaret, är vårdgivare, och ansvarar också för att

- # Följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra sin verksamhet
- # Årligen fastställa budget - verksamhet och ekonomi som bygger på uppsatta mål, direktiv och omvärldsbevakning.

Verksamhetschef (VC)

Verksamhetschefen har ett övergripande ansvar att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra det systematiska kvalitetsarbetet. VC utser och leder verksamhetens ledningsgrupp samt ansvarar för att ha en kontinuerlig dialog med och informera styrelsen om kvalitetsutvecklingen inom verksamheten. VC ansvarar också för att

- # äldreboendet ger god och säker vård utifrån HSL 4 kap § 2 (HSL §29 ?)
- # upprätta en årlig verksamhetsplan som bygger på fastställda direktiv och mål, interna och externa granskningar, egenkontroll och omvärldsbevakning
- # tillse att ledningssystemets olika processer är kända och efterlevs
- # ledningssystemet för kvalitet ses över minst en gång per år och vid behov revideras
- # initiera, fastställa och följa upp riktlinjer i samverkan med SAS, MAS och MAR
- # upprätta årlig Patientsäkerhets- och Kvalitetsberättelse tillsammans med SAS, MAS och MAR
- # samverka internt och externt i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde

Biträdande Verksamhetschef (Bitr.VC)

ansvarar för att biträda VC, MAS, MAR och SAS i kvalitetsarbetet, samt ersätta VC vid dennes frånvaro. Bitr.VC ingår i Ledningsgruppen samt har det övergripande HR-ansvar i verksamheten.

Enhetschef (EC)

EC ingår i Ledningsgruppen samt ansvarar för att

- # arbeta för att värdegrunden förankras och genomsyrar enheten
- # tillsammans med medarbetarna upprätta en årlig verksamhetsplan för enheten utifrån verksamhetens gemensamma plan, samt utifrån inkomna avvikelser, klagomål, synpunkter, förbättringsförslag och resultat från egenkontroller som berör enheten
- # tillse att ledningssystemets olika processer är kända och efterlevs på enheten
- #dokumentation sker inom enheten utifrån lagrummen HSL och SoL
- # genomföra och delta i olika egenkontroller på enheten
- # vid behov upprätta lokala rutiner för enheten utifrån verksamhetens gemensamma riktlinjer och rutiner
- # regelbundet följa upp och revidera enhetens rutiner
- # initiera och implementera förbättringsförslag utifrån granskningsresultat som rör enheten
- # kommunicera och sprida goda exempel på genomförda förbättringar på enheten
- # samverka inom enheten samt mellan enheter, med ledningsgrupp och externt, i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde
- # tillse att introduktion sker av nyanställda på enheten och säkerställa att de har den kompetens de behöver

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS ingår i Ledningsgruppen, kan ersätta VC vid dennes och Bitr.VCs frånvaro. MAS ansvarar för att vården bedrivs med god kvalitet och hög patientsäkerhet enligt gällande författningar, föreskrifter och rutiner, samt ansvarar för att

- #ta fram, fastställa och dokumentera nödvändiga rutiner för att hälso- och sjukvården ska uppfylla gällande krav och mål
- #följa upp att HSL-arbetet bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner, och i samarbete med verksamheten följa upp patientsäkerhet och kvalitet inom HSL
- # kvalitetssäkra avvikelshantering enligt HSL och leda Avvikelserådet som sammanträder minst 10 ggr/år
- # utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt Lex Maria och anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg
- # i samarbete med MAR, enhetschefer och verksamhetschef, för varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAR ingår i Ledningsgruppen. MAR ansvarar för att det bedrivs rehabilitering med god kvalitet och patientsäkerhet enligt gällande författningar och föreskrifter, samt har ansvar för att

- # fastställa vilka processer och rutiner som behövs för att rehabiliteringen ska uppfylla gällande krav och mål i verksamheten
- # utarbeta rutiner för rehabiliteringen och rutiner för medicinsk-tekniska produkter
- # följa upp att rehabiliteringen bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner
- # i samarbete med MAS och med verksamheten följa upp patientsäkerhet och kvalitet inom HSL och rehabilitering
- # tillsammans med MAS och Avvikelseråd kvalitetssäkra avvikelshantering enligt HSL och medverka i Avvikelserådet som träffas regelbundet, minst 10 ggr/år
- # utreda händelser i verksamheten inom rehabilitering som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt Lex Maria, samt anmäla till IVO
- # i samarbete med MAS, enhetschefer och verksamhetschef, för varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

SAS ingår i Ledningsgruppen och har ett kvalitetsansvar med fokus på det sociala innehållet utifrån gällande lagstiftning, samt för att miljö, aktiviteter och insatser också stödjer dimensionen av den enskildes existentiella hälsa. SAS ansvarar för att

- # insatser inom SoL-området håller god kvalitet och att den enskilde får ett professionellt och individanpassat omhändertagande
- # medverka i genomförande av analyser och åtgärder kopplade till avvikelser inom SoL
- # inleda och tillsammans med verksamhetschef ansvara för utredningar vid rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah
- # i dialog med chefer och medarbetare i verksamheten föreslå förbättringsåtgärder inom SoL utifrån resultatet av genomförda händelseanalyser, utredning av SoL-avvikelser och av egenkontroll
- # när så anses befogat genomföra kvalitetsuppföljningar kopplat till SoL, samt fortlöpande informera medarbetare och ledningsgrupp om resultat, och vilka åtgärder som vidtas

Äldreboendets ledningsgrupp

Ledningsgruppen är en arbetsgrupp där alla nyckelpersoner med ledningsansvar finns med.

Medarbetare

Varje medarbetare på Hyllie Park Äldreboende ska i mötet med den enskilde sträva efter att stödja meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet, samt ansvarar individuellt för att

- # ha kännedom om och kunna redogöra för vår värdegrund, samt i det dagliga arbetet låta värdegrunden genomsyra varje möte med och varje insats för den enskilde
- # ha kännedom om och arbeta efter gällande rutiner och riktlinjer
- # bidra till att vård(HSL)- och omsorgs(SoL)- insatser genomförs med god kvalitet och hög

patientsäkerhet genom att aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete; ifrågasätta, uppmärksamma rutiner som innebär potentiella risker eller inte är ändamålsenliga, samt medverka till att rutiner utvecklas

rapportera avvikelser i verksamheten, samt känna till rutiner kring rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah

uppmuntra den enskilde att lämna synpunkter på verksamheten som en del i ett systematiskt förbättringsarbete

5 Processer och rutiner

För att säkra verksamhetens kvalitet, att aktuella krav och mål uppfylls, finns fastställda processer för de olika delarna i verksamheten. En verksamhetsprocess kan definieras som en serie aktiviteter som skapar ett värde för dem som organisationen finns till för. Processen beskriver flödet, och till varje process kopplas ett antal rutiner som beskriver hur och av vem en aktivitet i processen ska utföras. Som ett stöd för arbetet kan dessutom finnas checklistor, mallar och formulär.

Den enskilde -som verksamheten finns till för- har behov som spänner över olika processer och delar av verksamheten. Därför är det avgörande att organisatoriska gränser och indelningar inte skymmer, eller hindrar en helhetssyn. Varje process resultat är beroende av ett välfungerande samspel mellan processer, mellan medarbetare och den enskilde, samt av att rutinerna för processens del-aktiviteter är utformade i samarbete med den enskilde och efter dennes behov.

Processbeskrivningar ska i första hand ske ur ett brukarperspektiv, och revideras regelbundet i syfte att utvärdera processens värde för brukarna. Processbeskrivningar och rutiner ska finnas tillgängliga för berörda medarbetare i verksamheten.

5.1 Huvudprocess och delprocesser vid Hyllie Park Äldreboende

Huvudprocessen är kärnan i verksamheten och är till för den enskilde. Vår huvudprocess kan beskrivas enligt Figur 2 nedan:

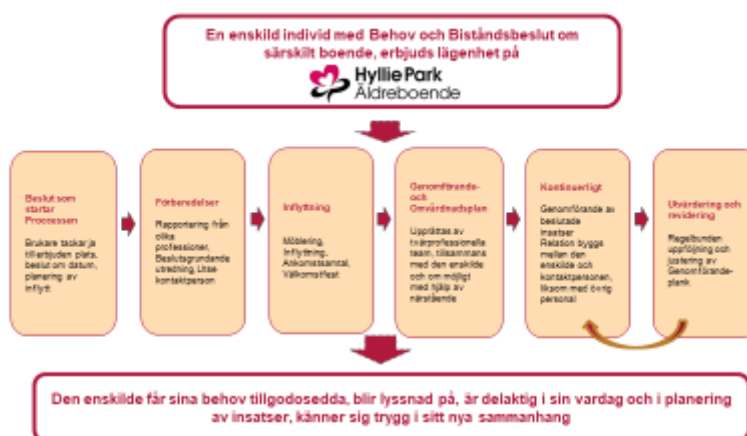


Fig 2 Huvudprocess

En enskild person med kommunalt biståndsbeslut för särskilt boende erbjuds plats, tackar ja och flyttar in. Kontaktman utses som tillsammans med den enskilde och ett tvärprofessionellt team upprättar en genomförandeplan och en vårdplan där alla aspekter av livskvalitet och hälsa – fysisk, psykisk och existentiell – vägs in. Beslutade insatser individanpassas, genomförs och följs upp fortlöpande.

Delprocesser

Huvudprocessen kan brytas ner i olika delprocesser, av vilka följande kan anses centrala:

- # Kö-förfarande, tilldelning av plats och Inflyttning
- # Val av Kontaktperson, upprättande av Genomförandeplan
- # Identifiering av Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och av nödvändiga HSL-insatser samt upprättande av Vårdplan
- # Upprättande av Samordnad individuell plan
- # Individuell uppföljning och Boenderåd
- # Vård i livets slutskede och omhändertagande vid livets slut.

5.2 Ledningsprocesser och Stödjande processer

Kvalitetsledningssystemet är den övergripande ledningsprocessen inom verksamheten. Andra exempel på ledningsprocesser är Ledningsgrupp Arbetsplatsträffar och Medarbetarråd

Exempel på våra stödprocesser är Ekonomi, HR, Dokumentation och administration, Fastighetsskötsel och IT.

6 Samverkan

Inom äldreomsorgen har den enskilde ofta sammansatta och komplexa behov som förutsätter väl fungerande samverkan mellan olika aktörer. Det gemensamma uppdraget och syftet för samverkan är att säkerställa ett tryggt, säkert och professionellt omhändertagande om den enskilde, och en "sömlös" övergång mellan olika huvudmän och enheter.

Internt inom HPÄ finns riktlinjer för samverkan och informationsöverföring mellan olika enheter, funktioner, team och professioner.

Vi samverkar med den enskilde och dennes närstående.

Vi samverkar med uppdragsgivare / beställande kommunal myndighet, med boendeförmedling, biståndshandläggare och kommunala vårdgivare.

Vi samverkar med primärvården och uppmanar den enskilde som flyttar in att lista sig hos vår Patientansvarig läkare (PAL) på Limhamns vårdcentral.

Vi samverkar med Oral Care för tandvård och munhälsa

En Samordnad Individuell Plan (SIP) upprättas då den enskilde har behov av insatser där mer än en huvudman ingår. Representanter för de olika verksamheter och huvudmän som behöver samverka medverkar vid upprättandet av en SIP. Respektive huvudmans ansvar ska tydligt framgå i planen.

Vi samverkar med Mobilt vårdteam i Malmö när det finns behov av särskilda punktinsatser i samband med tillfällig svikt hos den enskilde. Genom samverkan med teamet kan väntetider på akutmottagning och/eller inläggning på sjukhus ofta undvikas.

Vi samverkar med specialistvården för punktinsatser. I samband med utskrivning från sjukhus sker vid behov samordnad vårdplanering av vidare insatser, i stor utsträckning via samverkansverktyget Mina planer.

Vi samverkar med privata aktörer för service med hårvård, fotvård mm.

Vi samverkar med Hyllie Park kyrkans församling som ansvarar för gudstjänster, besök av väntjänst och erbjuder individuella besök och samtal till såväl boende, närstående och medarbetare.

Vi samverkar med övriga verksamheter på Hyllie Park-området med lokalutnyttjande, aktiviteter för möte mellan generationer, gemensamma utbildningsinsatser och vissa gemensamma stödfunktioner.

Vi samverkar med föreningar och frivilligorganisationer – tex Judiska församlingen, Cykling utan ålder samt med olika studieförbund.

Vi samverkar med högskolor, universitet och andra utbildningsinstanser, dels för kompetensutveckling hos våra medarbetare, men också genom att ta emot studenter och praktikanter under utbildning.

7 Systematiskt förbättringsarbete

Ett ständigt pågående systematiskt förbättringsarbete är en förutsättning för att utveckla och säkerställa kvaliteten i verksamheten. Förbättringarna ska fokusera på den enskilde och sätta dennes behov i centrum. Alla medarbetare i alla delar av verksamheten har ett ansvar för att delta i förbättringsarbetet, sprida goda exempel och uppmärksamma brister.

Som grund för det ständiga förbättringsarbetet används bland annat egenkontroller, interna och nationella enkäter, riskanalyser, klagomål och synpunkter, rapportering och analys av avvikelser, samt interna och externa granskningsrapporter. Genom att systematiskt använda det så kallade PDSA-hjulet ;Plan-Do-Study-Act (Fig.3) i varje förbättringsprocess, säkerställs att kvaliteten förbättras på ett strukturerat sätt.

Systematiskt förbättringsarbete och PDSA-hjulet

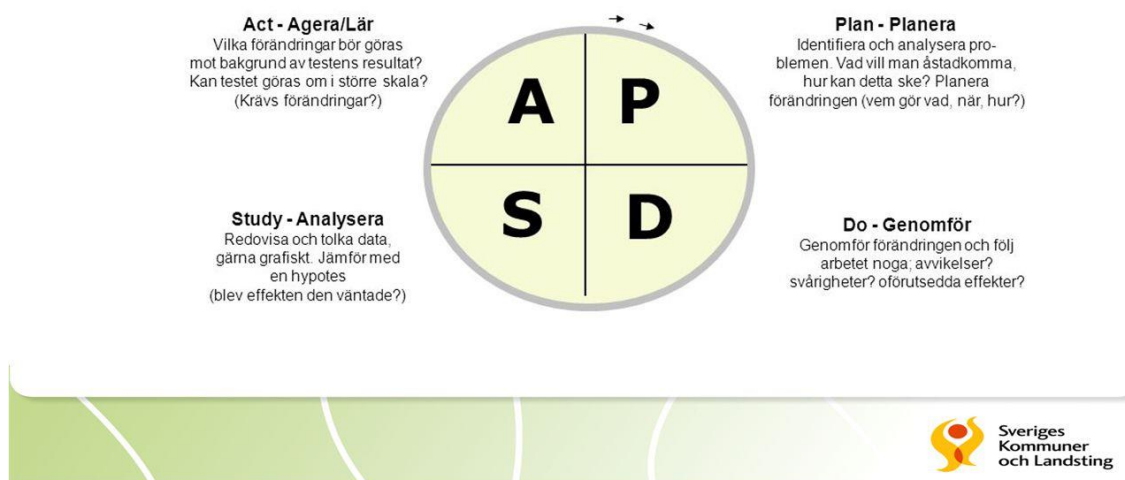


Fig. 3 PDSA-hjul för systematiskt förbättringsarbete

7.1 Avvikelsehantering

En avvikelse är en icke förväntad händelse i verksamheten, som medfört eller skulle kunnat medföra skada för den enskilde. All avvikelsehantering sker i HPÄs avvikelssystem i journaldatabasen Safe Doc. Avvikelseberättelserns syfte är att genom att observera och analysera händelser samt identifiera orsaker, kunna eliminera risker, minska antalet olyckor och tillbud, förebygga upprepning, och därigenom garantera säkerheten för den enskilde. All personal är skyldig att rapportera avvikelser och risker som kan ha betydelse för den enskildes säkerhet, och för att avvikelsehanteringen ska fungera krävs att alla avvikelser registreras, att fokus är på den enskilde och att man inte söker syndabockar.

Ett avvikelseråd träffas regelbundet för sammanställning, analys och lärande av inkomna avvikelser under perioden. Avvikelserådet möts minst 10 ggr/år, i regel var fjärde vecka. Rådet leds av MAS och MAR och varje avdelning har en representant med, liksom nattpersonalen. Årligen sammanställs samtliga avvikelser och redovisas till HPÄs Ledningsgrupp, samt till medarbetarna på APT.

I de fall det uppstår en händelse i verksamheten som medfört eller riskerat att medföra en allvarlig vårdskada görs en anmälan enligt Lex Maria direkt till IVO, av MAS eller MAR, i samarbete med VC.

I de fall det uppdragas allvarliga missförhållanden eller enskilda händelser som innebär påtaglig risk för detsamma, har alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten en rapporteringsplikt till IVO, enligt Lex Sarah.

7.2 Egenkontroll

Egenkontroll innebär att verksamheten följer upp hur aktuella processer och rutiner fungerar. Egenkontrollen syftar till att säkra verksamhetens kvalitet genom att organisationen lär av sina misstag och lyfter fram det som fungerar bra. De förbättringsområden och framgångsfaktorer som framkommer vid egenkontroll dokumenteras och används som underlag och stöd i förbättringsarbetet.

Egenkontrollen omfattar olika delar där bland annat följande ingår:

- # granskning av journaler och akter
- # rapportering till nationella öppna jämförelser
- # verksamhetsspecifika brukarenkäter
- # mätning av följsamhet till nationella riktlinjer, exempelvis basala hygienrutiner
- # kontroll av följsamhet till interna riktlinjer, tex hantering av läkemedel och narkotika
- # rapportering till nationella register (tex Senior Alert, BPSD, Palliativa registret)

7.3 Extern kontroll och uppföljning

- # Regelbunden kontroll och avtalsuppföljning med Kommunförbundet Skåne
- # Tillsyn från IVO
- # Läkemedelskontroll
- # Livsmedelskontroll
- # Socialstyrelsens nationella brukarenkäter

7.4 Kompetensutveckling och handledning för vård- och omsorgspersonal

Möjlighet till kontinuerlig fortbildning, kompetensutveckling och handledning är viktiga förutsättningar för att medarbetare ska kunna vara delaktiga i arbetet med att utveckla och förbättra verksamheten. Egenkontroller och avvikelser belyser vilka områden och utbildningsbehov som är aktuella. Internutbildning genomförs enligt en fyraårsplan på en fast tid varje vecka. Handledning erbjuds all ordinarie vårdpersonal vartannat år, samt vid uppkomna särskilda behov. För särskilda fokusområden erbjuds enskilda medarbetare specialutbildning inom området, och vi uppmuntrar och stöder egna initiativ till specialistutbildning.

7.5 Klagomål och synpunkter

Synpunkter kan vara av positiv eller negativ karaktär och avser åsikter eller förslag som kan leda till förbättring och utveckling av kvaliteten. Med klagomål avses negativ kritik eller önskemål om förbättringar av verksamheten. Klagomål och synpunkter ska dokumenteras, rapporteras till närmaste chef, samt om det är relevant, rapporteras i avvikelssystemet.

Alla medarbetare på HPÄ kan vara mottagare av synpunkter och klagomål, och det är ytterst viktigt att synpunkter och klagomål alltid bemöts på ett professionellt sätt. Synpunkter och klagomål kan lämnas skriftligt och anonymt, i en för ändamålet avsedd brevlåda som finns i varje avdelnings entré.

En medarbetare som tar emot muntliga synpunkter eller klagomål kan ibland direkt ge ett tillfredsställande svar till den som framför synpunkterna. I annat fall ska den chef som får rapport om händelsen bekräfta att klagomålet tagits emot, samt ansvara för att den enskilde får svar som är lätt för den enskilde att förstå. Svaret ska innehålla en förklaring till vad som hänt och vad verksamheten vidtagit, eller avser vidta för åtgärder.

8 Dokumentation

För att säkra kvalitet, kontinuitet, säkerhet och spårbarhet, ska den enskildes insatser eller observationer hos den enskilde dokumenteras. Patientjournalen ska bidra till en god och säker vård. All dokumentation ska präglas av respekt för den enskilde, vara saklig, objektiv och av vikt. Samtliga åtgärder ska följas upp, och det ska framgå av dokumentationen om utförd insats eller behandling haft avsedd effekt. Dokumentationen ska ske i så nära anslutning som möjligt till den händelse eller insats som beskrivs.

Alla medarbetare och yrkeskategorier inom vård och omsorg har lagstadgad skyldighet att dokumentera. HPÄ arbetar med journalsystemet Safe Doc, där all personal kan dokumentera under båda de lagrum, HSL eller SoL, som styr verksamheten, vilket som är tillämpligt för det enskilda tillfället.

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare i början på varje år upprätta en Patientsäkerhetsberättelse avseende föregående kalenderår. HP Diakonis styrelse ska också varje år godkänna en kvalitetsberättelse avseende HPÄs verksamhet föregående kalenderår.

Patientsäkerhetsberättelsen upprättas av MAS och MAR i samarbete med Verksamhetschef. Kvalitetsberättelsen upprättas av Verksamhetschef i samarbete med SAS och enhetscheferna.

Rutiner och riktlinjer finns för att all dokumentation som innehåller personuppgifter hanteras korrekt i enlighet med GDPR, den europeiska lagen om personuppgiftshantering.

Karin Strindlov Carlsson

Verksamhetschef

Miriam Hägg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska