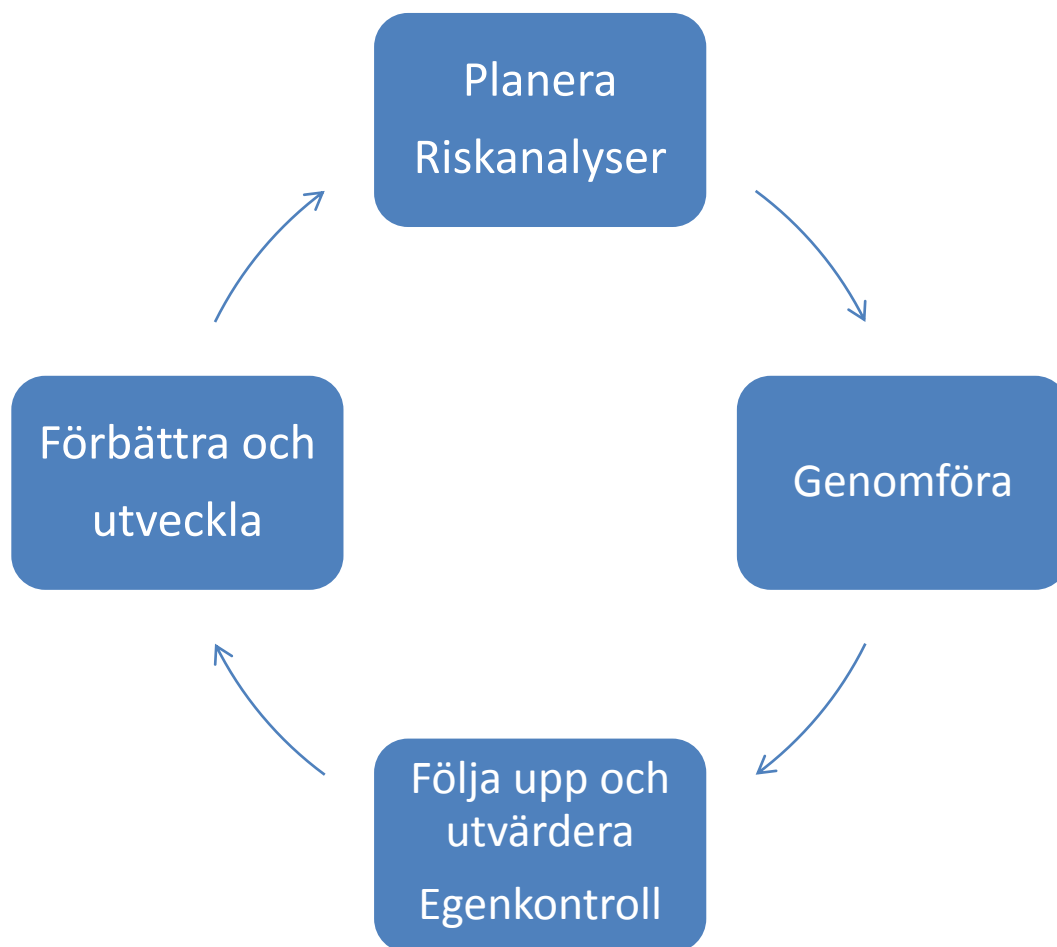


## STADSELSNÄMNDENS LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE



## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning .....	3
1. Tillämpningsområde .....	4
Stadsdelsnämndens verksamheter som omfattas av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete .....	4
2. Definitioner .....	5
Kvalitet .....	5
Lagar, föreskrifter och allmänna råd som styr verksamheten och kvalitetsarbetet .....	5
3. Organisation och ansvarsfördelning .....	7
4. Styrning och ledning .....	9
Vision, mål och inriktning på stadens kvalitetsarbete .....	9
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	10
5. Systematiskt förbättringsarbete .....	11
Uppföljning och egenkontroll .....	11
Förbättrande åtgärder i verksamheten .....	12
Förbättrings av processer och rutiner .....	12
Redovisning av verksamhetens kvalitetsarbete .....	12
Dialog och personalens medverkan i kvalitetsarbetet .....	13
Stadens kvalitetsutmärkelse och goda exempel .....	13
Forskning och omvärldsbevakning .....	13
6. Riskanalys .....	14
7. Utredning av avvikelser .....	16
Synpunkter och klagomål .....	16
Rapportering och utredning av brister och avvikelser .....	16
Lex Sarah och lex Maria .....	16
8. Information och brukardialog .....	18
9. Samverkan .....	19
10. Dokumentation .....	20
Dokumentation på individnivå .....	20
11. Personal och kompetensutveckling .....	21

## **SAMMANFATTNING**

Insatser inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och verksamheter för stöd och service till personer med funktionsnedsättning ska vara av god kvalitet och präglas av trygghet, värdighet, valfrihet och delaktighet, vilket framgår av lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt stadens och stadsdelsnämndens mål för verksamhetsområdena.

För att säkerställa och förbättra kvaliteten ska verksamheten ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Stockholms stad har ett integrerat system för ledning och styrning (ILS) av stadens verksamheter. Staden har också ett program för kvalitetsutveckling, som är den gemensamma plattformen för utvecklingen av kvalitetsarbetet i staden. Syftet med ledningssystemet är att säkerställa ett systematiskt och strukturerat arbetssätt för att ständigt utveckla och förbättra verksamheten.

Stadsdelsnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem som är anpassat utifrån verksamheten. Stadsdelsnämndens ledningssystem har fokus på det systematiska förbättringsarbetet som omfattar riskanalys, internkontroll, uppföljning samt hantering av synpunkter och klagomål, avvikelser, brister och missförhållanden i verksamheten. Ledningssystemet omfattar också information och brukardialog, samverkan, dokumentation och personalens arbete och kompetens. För ledningssystemet olika delar eller processer ska varje enhet ha tydliga rutiner och arbetssätt.

Resultaten och informationen som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska användas för att förbättra ledningssystemets processer och rutiner.

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Den nya föreskriften har fokus på det systematiska förbättringsarbetet. Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska också ha ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

# 1. TILLÄMPNINGSSOMRÅDE

- SOSFS 2011:9, kapitel 1

Föreskrifterna ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamhet som omfattas av

1. hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
2. tandvårdslagen (TvL)
3. lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
4. socialtjänstlagen (SoL)

Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt patientsäkerhetslagen.

## **Stadsdelsnämndens verksamheter som omfattas av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete**

Nedanstående verksamheter omfattas av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och ska arbeta utifrån detta.

Verksamheter inom socialtjänsten - myndighetsutövning/egen utförarverksamhet.

- barn och ungdom
- ekonomiskt bistånd
- beroendeproblematik
- funktionsnedsättning
- socialpsykiatri
- äldreomsorg
- hemtjänst
- boendestöd
- personlig assistans
- gruppboende
- daglig verksamhet
- socialpsykiatrisk sysselsättningsverksamhet
- uppsökande verksamhet/öppen verksamhet

Verksamheter som också bedriver hälso- och sjukvård upp till och med nivå sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast såsom,

- vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom, somatiska sjukdomar samt korttidsvård/profilboende
- servicehus
- dagverksamhet
- socialpsykiatriskt gruppboende

## 2. DEFINITIONER

- SOSFS 2011:9, kapitel 2

### Kvalitet

*Med kvalitet menas enligt föreskrifterna 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 har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.*

### Lagar, föreskrifter och allmänna råd som styr verksamheten och kvalitetsarbetet

I socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade och (LSS) och i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt patientsäkerhetslagen (PSL) ställs följande krav.

- **SoL 1 kap 1§** Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.
- **SoL 3 kap 3§** Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.
- **LSS 6 §** Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.
- **HSL 2§** Verksamheten ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.
- **Patientsäkerhetslagen** syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.
- **Socialstyrelsens föreskrifter** och allmänna råd och om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- **Nationell värdegrund för äldreomsorgen** Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre får leva ett värdigt liv och känna



välbefinnande. I socialtjänstlagen finns därför bestämmelse som säger att äldreomsorgen ska arbeta utifrån en nationell värdegrund.

### 3. ORGANISATION OCH ANSVARSFÖRDELNING

- SOSFS 2011:9, kapitel 3

Stadsdelsnämnden är vård- och omsorgsgivare och ansvarar för att

- verksamheterna håller god kvalitet och bedrivs på ett brukar- och patientsäkert sätt,
- det finns ett ledningssystem som är anpassat utifrån verksamhetens, inriktning och omfattning,
- verksamheten följs upp och redovisas inom ramen för stadens integrerade ledningssystem,
- det finns lex Sarah-ansvarig och rutiner för hantering av rapportering och anmälan enligt lex Sarah,
- det finns övergripande rutiner för hantering och uppföljning av synpunkter, klagomål,
- ta tillvara synpunkter från personal och andra myndigheter såsom Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket, stadens äldreomsorgsinspektör, äldreombudsman, revisorer m.fl. samt
- det finns lokala samverkansavtal med samarbetspartners.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att

- samarbeta med verksamhetschefen enligt HSL i patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården,
- informera om lagar, föreskrifter och regler inom ansvarsområdet,
- upprätta lokala regler för att säkerställa patientsäkerheten, t.ex. avvikelshantering och Lex Maria, delegering, dokumentation, hur kontakt tas med läkare, läkemedelshantering och medicintekniska produkter,
- följa upp att reglerna efterlevs,
- planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens patientsäkerhetsarbete samt
- följa upp hälso- och sjukvården för den verksamhet som drivs på entreprenad.

Avdelningschef/verksamhetsområdeschef ansvarar för att

- verksamheten håller en god kvalitet och att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete följs,
- bedriva ett systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete samt
- att ge enhetschefer stöd och kompetensutveckling i det systematiska kvalitetsarbetet.

Enhetschef ansvarar för att

- verksamheten håller en god kvalitet,
- följa stadens integrerade ledningssystem och stadsdelsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och
- att enheten har arbetssätt och rutiner för att säkerställa att verksamheten bedriver systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att

- bedriva en patientsäker verksamhet samt
- följa och upprätta lokala rutiner utifrån MAS/MARs regler.

Personalen ska medverka i enhetens systematiska kvalitetsarbete genom att

- delta i enhetens planerings-, utvecklings- och kvalitetsarbete
- följa åtaganden, arbetssätt och rutiner,
- delta i enhetens arbete med riskanalys samt
- följa sin kompetensutvecklingsplan.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom att delta i

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder för att främja patientsäkerheten,
- risk- och avvikelshantering samt
- följa riktlinjer, regler och lokala rutiner för att stärka patientsäkerheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har enligt lag ett personligt ansvar för att behandling och medicinskt omhändertagande fyller kraven på vetenskap, beprövad erfarenhet och patientens delaktighet.



## 4. STYRNING OCH LEDNING

- SOSFS 2011:9, kapitel 4

### **Vision, mål och inriktning på stadens kvalitetsarbete**

Stockholms stads och verksamheternas service ska präglas av god kvalitet samt valfrihet och mångfald för den enskilde. Kvalitetsarbetet ska leda till att kvaliteten och valfriheten förbättras och utvecklas. Målet är att brukarna ska vara nöjda med stadens verksamheter och att personalen ska känna arbetstillfredsställelse.

### Värdegrund

Stadsdelsnämndens värdegrund är vägledande för alla medarbetares bemötande och förhållningssätt gentemot brukare, anhöriga, stadens medborgare och samarbetspartner. För stadens äldreomsorg finns också en gemensam värdegrund.

Förhållningssättet ska präglas av gott bemötande, värdighet, delaktighet, samverkan, öppenhet och respekt samt för brukaren självbestämmande och självständighet.

### Kvalitetsgarantier

Enheterna har kvalitetsgarantier som vänder sig till brukarna. Inom äldreomsorgen ska det också finnas värdighetsgarantier.

### Stadens och stadsdelsnämndens styrdokument

För styrning och ledning av stadens kvalitetsarbete finns

- stadens integrerade ledningssystem, ILS
- stadens program för kvalitetsutveckling

För att säkerställa att brukarna får insatser av god kvalitet och har samma rättigheter och möjlighet till valfrihet, finns gemensamma riktlinjer, policys, handlingsplaner och regler i staden. Exempelvis;

- riktlinjer för utredning, handläggning och dokumentation
- riktlinjer för biståndsbedömning
- riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård
- MAS/MAR, regler för patientsäkerhetsarbetet
- överenskommelser mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting
- Stockholm – en stad för alla. Program för delaktighet för personer med funktionsnedsättning 2011-2016
- stadens värdegrund för äldreomsorgen
- handlingsplanen för Kvinnofrid – Våld i nära relationer.

## **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Ledningssystemet utgår från stadens integrerade ledningssystem, ILS, och följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Processer för integrerad styrning – planering, uppföljning och utveckling ILS och verktyget ILS-webben används för att planera, följa upp, utveckla och förbättra stadens och stadsdelsnämndernas verksamheter från kommunfullmäktige till verksamhetsnivå/enhetsnivå.

Kommunfullmäktige fastställer inriktningsmål och verksamhetsmål. För att förtydliga och säkerställa att målen uppfylls finns också riktade aktiviteter och indikatorer/årsmål. Kommunfullmäktige följer på detta sätt upp nämndernas verksamheter. Målen följs upp och analysera varje tertiäl och slutresultat redovisas i verksamhetsberättelsen. Detta genomförs på nämnd-, verksamhetsområdes- och enhetsnivå.

På enhetsnivå identifierar och definierar verksamheten sina väsentliga processer för att säkerställa en god kvalitet genom att ILS beskriva sina åtaganden, arbetssätt och aktiviteter. En risk- och väsentlighetsanalys av indikatorer/årsmål för verksamheten och verksamhetens väsentliga processer genomförs i verktyget ROV webben, se under punkt 6. Riskanalys.

Stadsdelsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar följande delar eller processer.

- ansvarsfördelning
- styrning och ledning (ILS)
- systematiskt förbättringsarbete
- riskanalys
- utredning av avvikelser
- information och brukardialog
- samverkan
- dokumentation
- personal- och kompetensutveckling

## 5. SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE

- SOSFS 2011:9, kapitel 5

Verksamheterna ska ha fokus på det systematiska förbättringsarbetet. Genom ett systematiskt förbättringsarbete och egenkontroll kan verksamhetens kvalitet säkerställas och utvecklas. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller, uppföljningar, granskningar, utredning av avvikelser (inklusive klagomål och synpunkter) ska ligga till grund för förbättringar i verksamheten.

### Uppföljning och egenkontroll

Kommunfullmäktige fastställer i den årliga budgeten indikatorer, mätbara årsmål, för verksamheterna. Årsmålen mäts bl.a. genom brukarundersökningar. Genom indikatorerna kan verksamheten jämföra sina resultat mellan åren och med andra verksamheter i staden.

Verksamheten ansvarar för att

- följa upp sina åtaganden, arbetssätt och rutiner för att säkerställa verksamhetens kvalitet,
- ta fram årsplan för uppföljning
- rapportera i ILS Webben samt
- ta till sig synpunkter från stadens revisorer och andra granskningar av verksamheten.

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ansvarar för att

- registrera uppgifter i de nationella kvalitetsregister, SeniorAlert och Palliativa registret.

### Verksamhetsuppföljning

Verksamheter som drivs i egen kommunal regi, på entreprenad eller i privat regi följs upp regelbundet. Stadsdelsnämnden ansvarar för uppföljning av verksamhet i egen regi och den verksamhet som drivs på entreprenad av stadsdelsnämnden. På uppdrag av äldreförvaltningen och socialtjänstförvaltning genomför stadsdelsförvaltningarna också uppföljning av verksamhet som drivs i privat regi och som ingår i stadens valfrihetsmodeller.

Uppföljningar och granskningar genomförs också av stadens inspektörer och revisorer och av andra myndigheter såsom Socialstyrelsen.

På stadens webbsida Jämför Service finns information om verksamheterna. Här redovisas också resultat från brukarundersökningar och verksamhetsuppföljningar,

vilket ger möjlighet att jämföra olika verksamheter med varandra. På Socialstyrelsens webbsida Öppna jämförelser finns också information som gör det möjligt att jämföra verksamheter.

### **Förbättrande åtgärder i verksamheten**

Interna och externa uppföljningar, synpunkter och klagomål ska sammanställas och analyseras för att se om det finns mönster eller trender som visar på brister i verksamhetens kvalitet. Utifrån resultaten ska verksamheten vidta åtgärder för att säkra kvaliteten.

### **Förbättring av processer och rutiner**

Resultaten kan också visa att processer/arbetsätt och rutiner inte fungerar för att säkra verksamhetens kvalitet. Processer/arbetsätt och rutiner ska då förbättras.

### **Redovisning av verksamhetens kvalitetsarbete**

Stadsdelsnämnden och alla enheter/verksamheter ska årligen upprätta en verksamhetsberättelse av vilken det ska framgå,

- hur kvalitetsarbetet har bedrivits under föregående år,
- personalens medverkan i kvalitetsarbetet,
- vilka åtgärder och förbättringar som har genomförts för att öka kvaliteten i verksamheten,
- vilka resultat som har uppnåtts och
- på vilket sätt verksamheten har utvecklats.

I tertiärrapporter redovisas hur planerings- och kvalitetsarbetet fortgår och eventuella åtgärder för att rätta till brister.

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå,

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

### **Dialog och personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

Dialog förs mellan stadsdelsnämnd och förvaltning om uppdrag, mål och budget. Dialogen mellan chef och medarbetare är en viktig förutsättning för styrning och utveckling av verksamheten. Personalens förslag, kompetens och erfarenheter ska tas tillvara i kvalitetsarbetet.

### **Stadens kvalitetsutmärkelse och goda exempel**

Kvalitetsutmärkelsen är en stimulans och uppmuntran för verksamheterna att utveckla sin kvalitet. Genom utmärkelsen kan kunskaper om goda förebilder spridas.

### **Forskning och omvärldsbevakning**

Kunskaps- och erfarenhetsbaserade metoder ska användas inom verksamheterna. Ny forskning och nya rön ska i den mån det är möjligt och lämpligt användas i metodutvecklingen.

## 6. RISKANALYS

- SOSFS 2011:9, kapitel 5

### **Risکاناليس av indikatorer och väsentliga processer (ROV) samt internkontroll**

Risk- och väsentlighetsanalys genomförs årligen på enhets- avdelnings-/verksamhetsområdes- och nämndnivå i samband med verksamhetsplaneringen. Analysen omfattar dels mål/indikatorer för verksamheten och dels verksamhetens väsentliga processer. **Internkontrollplan** upprättas på stadsdelsnämndnivå och enhetsnivå.

Alla verksamheter ska rapportera och följa upp incidenter/tillbud i verktyget RISK, stadens incidentrapporteringssystem. Syftet är att genom rapporterna se mönster och genom förebyggande arbete och åtgärder kunna förhindra och minska risker för t.ex. arbetsskador.

Verksamheten ansvarar för att

- identifiera och definiera väsentliga processer för verksamheten,
- genomföra risk- och väsentlighetsanalys för verksamheten,
- se till att internkontroll/egenkontroll genomförs inom verksamheten,
- genomföra aktiviteter för att undanröja eller minska riskerna,
- ange kontrollmoment (hur följa upp),
- vidta förbättringsåtgärder,
- risk- och väsentlighetsanalysen rapporteras i ROV webben,
- internkontrollen dokumenteras i ROV webben,
- uppföljningsrapport till verksamhetsberättelsen samt
- registrera i RISK.

### **Risکاناليس vid förändringar**

Risکاناليس ska genomföras vid organisationsförändringar eller då nya arbetsätt, metoder och ny teknik ska införas. Syftet med en risکاناليس är att minska risken för felaktiga beslut och negativa konsekvenser för berörd personal- och brukargrupper genom att tydliggöra fördelar och nackdelar.

### **Risکاناليس på individnivå**

Risکاناليس ska också göras på individnivå i verksamheten för att säkerställa att de insatser som den enskilde får är trygga och säkra.

Verksamheten ansvarar för att

- det finns rutiner för att identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten utifrån den enskildes behov och förutsättning, t.ex. genom miljöbedömningar.

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ansvarar för att

- följa metoder för riskbedömning för enskilda patienter enligt MAS regler och anvisningar för prioriterade områden.

## 7. UTREDNING AV AVVIKELSER

- SOSFS 2011:9, kapitel 5

### Synpunkter och klagomål

Verksamheten ska ha en positiv inställning till synpunkter och klagomål och ta tillvara dessa för att utveckla och förbättra verksamheten. Det ska också vara enkelt för stadens medborgare och brukare att framföra sina synpunkter och klagomål.

Verksamheten ansvarar för att

- följa stadsdelsnämndens rutiner för hantering av synpunkter och klagomål,
- informera i olika sammanhang om att verksamheten gärna tar emot synpunkter,
- dokumentera, sammanställa och analysera synpunkter och klagomål för att se om det finns mönster eller trender som visar på brister i verksamhetens kvalitet,
- ta tillvara synpunkter från brukare, närstående och personal för att utveckla verksamheten samt
- ta tillvara myndigheters synpunkter, t.ex. från Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket, stadens äldreomsorgsinspektör, äldreombudsman, revisorer m.fl.

### Rapportering och utredning av avvikelser

#### Avvikelser i SoL och LSS verksamhet

Händelser/avvikelser i verksamheten ska åtgärdas snarast. Avvikelser ska rapporteras, sammanställas, analyseras och följas kontinuerligt på enhetens arbetsplatsträffar samt redovisas i tertialrapporter och i verksamhetsberättelsen.

#### Avvikelser i hälso- och sjukvården

Avvikelsena gällande hälso- och sjukvård rapporteras direkt till verksamhetschef för hälso- och sjukvården och MAS/MAR.

#### Lex Sarah och lex Maria

Från och med den 1 juli 2011 gäller nya bestämmelser om lex Sarah i socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) för hur bestämmelserna ska tillämpas.





### **Lex Sarah**

Alla anställda, uppdragstagare, praktikanter eller motsvarande under utbildning samt deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program är skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Lex Sarah-ansvarig kontaktas omgående. Se särskilda rutiner för lex Sarah.

### **Lex Maria**

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att rapportera till vårdgivaren om patient i samband med vård, behandling eller undersökning har drabbats eller utsatts för risk för att drabbas av allvarlig skada. MAS/MAR utreder och bedömer hur ärendet ska hanteras och om ärendet ska anmälas till Socialstyrelsen, enligt lex Maria. Se särskilda rutiner för lex Maria.

## 8. INFORMATION OCH BRUKARDIALOG

I Stockholms stad finns valfrihetsmodeller, som innebär att den enskilde efter biståndsbedömning väljer utförare. På stadens webb, Jämför Service, finns information om verksamheterna som gör det möjligt för brukarna att jämföra enheters kvalitet och service.

Verksamheten ansvarar för att

- informera brukarna om verksamheten, exempelvis genom broschyrer,
- det finns aktuell information på Jämför Service,
- erbjuda dialog med brukare och anhöriga samt
- brukare informeras vid förändringar som påverkar den enskilde.

## 9. SAMVERKAN

- SOSFS 2011:9, kapitel 4

Verksamheten ska ha rutiner för det interna och externa samarbetet med olika samarbetspartners. Internt samarbete kan vara mellan olika enheter, beställare och utförare. Externt samarbete kan vara med verksamheter inom landstinget t.ex. vårdcentraler och akutsjukhusen samt andra vårdgivare.

Verksamheten ansvarar för att

- det finns interna rutiner för samarbete, mötesformer och informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier i verksamheten och mellan enheter samt
- det finns rutiner för informationsöverföring mellan vårdgivare.

## 10. DOKUMENTATION

- SOSFS 2011:9, kapitel 7

### **Dokumentation på individnivå**

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för hur alla åtgärder som rör den enskilde ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen.

Dokumentationen ska säkerställa att brukaren får en rättssäker handläggning och en trygg och individuellt anpassad insats/vård och omsorg.

Verksamheten ansvarar för att

- det finns arbetssätt och rutiner för att säkerställa att handläggningen genomförs enligt stadens riktlinjer för biståndshandläggning,
- följa och har arbetssätt och rutiner för hantering av handlingar enligt dokumenthanteringsplanen
- arbetssätt och rutiner följs upp
- beslut följs upp
- det finns rutiner för hur dokumentationen följs upp, utvecklas och arkiveras.

### **Dokumentation enligt SoL**

Utredning och dokumentation genomförs i stadens gemensamma IT-system för dokumentation.

En genomförandeplan upprättas utifrån biståndsbeslutet. Biståndsbeslutet anger vad som ska utföras och i genomförandeplan ska det framgå hur insatserna ska utföras. Brukaren ska vara delaktig i upprättandet av planen. Anhöriga är delaktiga om brukaren önskar det. I genomförandeplanen ska det tydligt framgå hur insatserna anpassas utifrån brukarens individuella behov och önskemål.

### **Dokumentation enligt HSL**

Dokumentation av den enskildes hälso- och sjukvårdinsatser görs i gemensamt system för staden som också omfattar avvikelserapportering och delegering. Dokumentationen görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

En patientjournal ska föras för varje person som har hälso- och sjukvårdsinsatser och bor i ett vård- och omsorgsboende eller i ett socialpsykiatriskt gruppboende. En patientjournal ska även föras för varje person som bor på servicehus och är inskriven i hemsjukvården samt för den person som har någon form av hälso- och

sjukvårdsinsatser när/under tiden han/hon vistas i den biståndsbedömda dagverksamheten för äldre.

## **11. PERSONAL OCH KOMPETENSUTVECKLING**

- **SOSFS 2011:9, kapitel 6**

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att verksamheten har tillräcklig bemanning med den kompetens som krävs för uppdraget och att personal kompetensutvecklas samt att nyanställda får introduktion.

Personalen ska medverka i kvalitetsarbetet.

Verksamheten ansvarar för att

- det finns den bemanning som behövs för att utföra nämndens uppdrag
- att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna,
- personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutveckling inom verksamhetsområdet,
- plan finns för all personals kompetensutveckling
- introducera nyanställda och vikarier
- följa övergripande rutiner för hantering av personalfrågor, arbetsmiljö, rehabilitering m.m. samt
- säkerställa att personalen arbetar enligt processerna och rutinerna i ledningssystemet.