



Stockholms
stad

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2014

Sätra dagverksamhet

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	3
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	3
God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	3
Kvalitetsindikatorer	3
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	4
 Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	 5
Ansvarig chef	5
Brukare	5
Verksamhetsidé och organisation	5
Processer och rutiner	5
Samverkan	6
Risikanalys	6
Egenkontroll	7
Utredning av avvikelser	7
Förbättrande åtgärder i verksamheten	8
Förbättring av processerna och rutinerna	9
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	9
Dokumentationsskyldighet	9

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna i Skärholmen driver verksamhet enligt gällande lagstiftning och riktlinjer. Kravet på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.

Föreskriften SOSFS 2011:9 (M och S) ska hjälpa enheterna att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet samt tydliggöra enhetens ledningssystem.

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

1. 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 2. 16 § tandvårdslagen (1985:125),
 3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
 4. 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).
- 2 § Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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.

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.

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.

Kännetecknade för föreskrifter är att de är bindande och gäller generellt, allmänna råd består av generella rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas.

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

Verksamheten enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. De slår fast att allt

arbete och utformning av insatser alltid ska utgå från den enskildes behov och livssituation. När åtgärder rör barn ska hänsyn till barnets bästa särskilt beaktas.

Kvalitetsindikatorer

God kvalitet i socialtjänstens verksamheter kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter samt politiska beslut) som beslutats, samt att de:

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Är tillgängliga och jämlikt fördelade
- Är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

- Vi utvecklar verksamheten i samspel med brukare och medarbetare samt i dialog med politisk ledning.
- Vi bemöter alla med respekt.
- Vi tar tillvara olikhet och mångfald.
- Vi använder våra resurser väl.
- Vi är öppna och tydliga när vi kommunicerar.
- Vi samarbetar och skapar god stämning.
- Vi uppskattar ett gott arbete och bekräftar framgång.
- Vi ser möjligheter och tar tillvara allas kompetens.
- Vi tar ansvar för vår egen och Skärholmens utveckling.

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Annelie Birath 08-508 24 875
Frösätrabacken 7c
127 37 Skärholmen
08-508 24 875

Brukare

Inriktning för personer med demens sjukdom som har ett bistånd enligt Sol (socialtjänst)

Verksamhetsidé och organisation

Vår verksamhet bygger på att våra brukare ska ha möjlighet att påverka sina beviljade insatser.

Vi vill att de som kommer till oss ska känna trygghet och struktur i sin vardag.

Att man ska få stimulans i vardagen genom att kunna välja aktiviteter efter sina egna förutsättningar och önskemål.

Ansvarig: Enhetschef

Processer och rutiner

För att säkerhetsställa görs alltid en riskanalys vid större förändringar inom verksamheten. Vid mindre förändringar diskuteras dessa på enhetens ledningsgrupp, APT samt äldreomsorgens ledningsgrupp. Enheten tar med sig större frågor från APT-möten till förvaltningens samverkans grupp för att eventuellt besluta om en större riskanalys behöver göras.

Enheten använder sig av stadens integrerade ledningssystem för kvalitet ILS. Enheten formulerar årligen åtaganden och mål för verksamheten i detta system som i samband med tertialrapport och bokslut följs upp och analyseras.

Enheten tar del av de brukarundersökningar som genomförs av staden, dessa analyseras och används som underlag för förbättringar, förändringar och korrigeringar av verksamheten.

Enheten har ett kvalitetsråd som träffas regelbundet med representanter från samtliga våningsplan och yrkeskategorier. Där diskuteras uppkomna avvikelser, rutiner och förbättringar som rör verksamheten, det som framkommer där tas vidare upp för diskussion i ledningsgrupp samt APT.

Äldreomsorgen i stadsdelen har from 2009 gemensamt samverkansmöte reglerat i FAS 05. Där representanter finns från verksamheterna samt de fackliga organisationerna. Detta möte leds av chefen för omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning.

Enheten har minst 10 arbetsplatsträffar (APT) med personal och ansvariga chefer. Där får alla anställda information och möjlighet till dialog kring verksamhetens kvalitet. Dessa möten dokumenteras och skickas ut till samtliga medarbetare via mejl. Vid eventuell oenighet skickas protokollet till äldreomsorgens samverkansgrupp. Andra frågor som kräver större åtgärder vidarebefordrar cheferna till samverkansgruppen.

Enheten har en ledningsgrupp med alla chefer. Där diskuteras utveckling, kvalitets/ och förbättringsfrågor. Viktiga frågor från dessa möten tas upp på APT och i äldreomsorgens ledningsgrupp. Internkontrollplanen görs årligen och revideras vid tertiärluppföljningarna och bokslutet.

ROV görs en gång per år och revideras kontinuerligt.

Ansvarig: Enhetschef

Samverkan

Samverkan och uppföljningsmöte sker mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska, enhetschefer och verksamhetschef enligt 29 § i HSL.

Samverkansöverenskommelse finns mellan Skärholmens stadsdelsförvaltning, primärvården och Reagera klinikerna i Skärholmen. I denna överenskommelse "Vård i samverkan för äldre och personer med funktionshinder som omfattas av LSS" regleras hur samverkan mellan enheterna och landstinget skall utformas.

Enheten för äldre och funktionsnedsatta har en samverkansgrupp med fackliga förtroendevalda från flera förbund.

Enheten samverkar med upphandlad läkarorganisation och i avtalen regleras hur samverkan ska ske med hänsyn tagen till offentlighets- och sekretesslagen samt tystnadsplikten.

Ansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska, chefen för äldre och funktionsnedsatta samt HSL-ansvarig, enhetschef.

Risikanalys

Risk och väsentlighetsanalys görs årligen för varje enhet i verksamhetsplanen samt vid förändringar i verksamheten.

Bilaga: Enhetens årliga plan för internkontroll.

Ansvarig: Enhetschef och HSL-ansvarig.

Egenkontroll

Egenkontrollen innefattar

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, dels med resultat för andra verksamheter.

Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat gällande kosten, brukarundersökningen, nationella riktlinjerna och medarbetarenkäten dessa följs upp årligen.

Enhetens egen undersökning gällande gästernas upplevelse av nöjdhet gällande måltiden och aktiviteter, görs årligen och resultatet analyseras tillsammans med de övriga undersökningarna och är ett komplement till dessa.

Granskning av journaler, akter och annan dokumentation sker kontinuerligt.

Analys av eventuella inkomna uppgifter från patientnämnden och synpunkter från revisorer görs och vid behov förändras verksamheten utifrån inkomna synpunkter.

Ansvarig: Enhetschef, HSL-ansvarig.

Utredning av avvikelser

Enheten följer stadsdelens policy för synpunkter och klagomålshantering.

Då det gäller synpunkter/ klagomål gällande utförandet av omvårdnaden för den enskilde dokumenteras även detta i stadens datasystem ParaSol. För de boende som ej är skrivna i Stockholm stad och därmed ej ingår i Para Sol dokumenteras avvikelser i den

enskildes akt. Där skrivs även eventuella överenskomna åtgärder in och eventuella uppföljningar.

Vid skriftliga klagomål besvaras dessa alltid enligt stadsdelens policy.

Vid misstanke om missförhållanden enligt 14 kap. 2§ SoL görs en Lex Sarah anmälan. På enheten finns rutiner för hur denna anmälan ska gå till. All personal på enheten har fått information om Lex Sarah, kontinuerlig information ges. Från juni 2011 finns en uppdaterad folder om rutiner och riktlinjer att tillgå för all personal via skärholmens hemsida. All nyanställd personal informeras om Lex Sarah samt får en folder.

Enheten arbetar enligt riktlinjerna för Hälso- och sjukvård framtagna av MAS:arna inom stadsdelsförvaltningarna i Stockholm stad då det gäller avvikelser gällande Hälso- och sjukvård detta sker i datasystemet Vodok. Vid misstanke om Lex Maria anmäls detta till stadsdelens MAS som i sin tur gör en bedömning om en sådan Lex Maria anmälan skall göras till socialstyrelsen.

Då enheten får synpunkter och klagomål diskuteras dessa på kvalitetsrådet och arbetsplatsträffar där all personal får information och kan medverka och ha synpunkter på eventuella förbättringar. På enhetens ledningsgrupp diskuteras och beslutas eventuella åtgärder och eventuella rutin ändringar för att säkerställa att detta inte upprepas. Om så behövs upprättar man i ledningsgruppen en risk och händelseanalys.

Ansvarig: Enhetschef samt HSL-ansvarig

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Enheten följer upp och gör en utvärdering av de olika undersökningarna tex medarbetarenkäten och brukarundersökningar. Dessa tas upp på APT, samverkan, kvalitetsrådet och/ eller berörd personalgrupp. Resultatet används för att förbättra, korrigera och utveckla verksamheten utifrån synpunkterna som framkommit. ILS:s indikatorer följs upp och om resultaten ej är tillfredsställande görs en åtgärdsplan.

Vissa indikatorer som sjukfrånvaron och budget följs upp och analyseras månatligen.

Ansvarig: Enhetschef samt HSL-ansvarig.

Förbättring av processerna och rutinerna

Enhetens har ett kvalitetsråd där rutiner, förbättringar och förändringar går igenom för att se om de är ändamålsenliga och vid behov ändras gällande rutiner om de inte är användbara och funktionella. Kvalitetsrådets medlemmar ansvarar för att föra ut förändringar och beslut till övriga arbetskamrater.

Ansvarig: Enhetschef och HSL-ansvarig.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetens har ett kvalitetsråd där rutiner, förbättringar och förändringar går igenom för att se om de är ändamålsenliga och vid behov ändras gällande rutiner om de inte är användbara och funktionella. Kvalitetsrådets medlemmar ansvarar för att föra ut förändringar och beslut till övriga arbetskamrater.

Ansvarig: Enhetschef och HSL-ansvarig.

Dokumentationsskyldighet

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

Omvårdnadspersonalen dokumenterar i ParaSol. Inför starten på dagverksamheten upprättar kontaktpersonen en genomförandeplan i samråd och i kommunikation med brukaren och om denne så önskar även närstående. Genomförandeplanen skickas sen efter godkännande av den enskilde vidare för kännedom till beställaren via datasystemet. Uppföljning av den enskildes genomförandeplan sker tillsammans med den enskilde och om den så önskar en närstående. Detta sker en gång per år om inget oförutsett inträffar som rör den enskildes och dess insatser. Vid eventuella avvikelser, synpunkter/ klagomål dokumenteras dessa i ParaSol. HSL-personalen dokumenterar i Vodok där avvikelser, synpunkter som rör Hälso- och sjukvård dokumenteras av legitimerad personal. Övriga synpunkter/ klagomål redovisas i ILS:en med eventuella åtgärder. Synpunkter och klagomål tas alltid upp med berörd personal, på kvalitetsråd samt på APT. Enheten följer stadsdelens policy vad gäller klagomålshantering och svarar alltid till berörd synpunktsställare.

Vid misstanke om missförhållanden enligt 14 kap. 2§ SoL görs en Lex Sarah anmälan. På enheten finns rutiner för hur denna anmälan ska gå till. All personal på enheten har fått information om Lex Sarah, kontinuerlig information ges. All nyanställd personal, vikarier och elever informeras om Lex Sarah.

Enheten arbetar enligt riktlinjerna för Hälso- och sjukvård framtagna av MAS:arna inom stadsdelsförvaltningarna i Stockholm stad då det gäller avvikelser gällande Hälso- och sjukvård detta sker i datasystemet Vodok. Vid misstanke m Lex Maria anmäls detta till stadsdelens MAS som i sin tur gör en bedömning om en sådan Lex Maria anmälan skall göras till socialstyrelsen.

Om enheten har en Lex Sarah eller en Lex Maria dokumenteras detta i ILS med eventuella åtgärder samt en redovisning till nämnden.

Ansvarig:

All personal är skyldig att ta emot synpunkter och klagomål och vidarebefordra dessa till ansvarig chef.

Då det gäller Lex Sarah omfattas var och en som är verksam inom omsorgen om äldre personer eller personer med funktionshinder enligt SoL.



Stockholms
stad

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2014

Enhetens namn

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	3
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	3
God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	3
Kvalitetsindikatorer	4
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	4
 Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	 5
Ansvarig chef	5
Marja-Leena Revholm	5
Brukare	5
Verksamhetsidé och organisation	5
Processer och rutiner	5
Samverkan	7
Risikanalys	7
Egenkontroll	7
Utredning av avvikelser	7
Förbättrande åtgärder i verksamheten	8
Förbättring av processerna och rutinerna	9
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	9
Dokumentationsskyldighet	10

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna i Skärholmen driver verksamhet enligt gällande lagstiftning och riktlinjer. Kravet på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.

Föreskriften SOSFS 2011:9 (M och S) ska hjälpa enheterna att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet samt tydliggöra enhetens ledningssystem.

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

1. 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 2. 16 § tandvårdslagen (1985:125),
 3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
 4. 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).
- 2 § Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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.

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.

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.

Kännetecknade för föreskrifter är att de är bindande och gäller generellt, allmänna råd består av generella rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas.

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

Verksamheten enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. De slår fast att allt

arbete och utformning av insatser alltid ska utgå från den enskildes behov och livssituation. När åtgärder rör barn ska hänsyn till barnets bästa särskilt beaktas.

Kvalitetsindikatorer

God kvalitet i socialtjänstens verksamheter kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter samt politiska beslut) som beslutats, samt att de:

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Är tillgängliga och jämlikt fördelade
- Är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

- Vi utvecklar verksamheten i samspel med brukare och medarbetare samt i dialog med politisk ledning.
- Vi bemöter alla med respekt.
- Vi tar tillvara olikhet och mångfald.
- Vi använder våra resurser väl.
- Vi är öppna och tydliga när vi kommunicerar.
- Vi samarbetar och skapar god stämning.
- Vi uppskattar ett gott arbete och bekräftar framgång.
- Vi ser möjligheter och tar tillvara allas kompetens.
- Vi tar ansvar för vår egen och Skärholmens utveckling.

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Marja-Leena Revholm

Portholmsgången 1, 127 48 Skärholmen
08-508 24 544

Brukare

Samtliga brukare till Hemtjänsten i Skärholmen bor i Bredäng, Sättra, Skärholmen eller i Vårberg. Verksamheten vänder sig först och främst för personer över 65 år men även yngre brukare kan få hemtjänst enligt biståndsbeslut.

Verksamhetsidé och organisation

Våra hemtjänstinsatser är baserade på det biståndsbeslut som den enskilde har och utförs i den enskildes eget hem. Syftet med insatserna är att hjälpa den enskilde bibehålla de rutiner och livskvalitet som brukaren har samt öka allmänna välbefinnandet. Insatserna skall öka möjligheten att bo kvar i sin egen boendemiljö och känna trygghet i det så länge som möjligt. Hemtjänsten i Skärholmen är det kommunala alternativet som bedriver hemtjänst med trygghet, delaktighet, självbestämmande och kontinuitet skapat av en engagerad personalgrupp.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Processer och rutiner

Enheten arbetar ständigt med att förbättra och utveckla sina tjänster efter kundernas behov och önskemål. För att veta vad kunder efterfrågar och hur de upplever leverad tjänst görs hembesök hos kunden. Genomförandeplan görs alltid tillsammans med kund och/eller med dennes närstående. I genomförandeplanen skall det tydligt framgå hur insatser skall genomföras och med vilket intervall. Detta ligger sedan till grund på det kvalitetsarbete som bedrivs på enheten under året. Enhetens medarbetare ger kunderna

information om stadens synpunkts- och klagomålshantering vid upprättandet av den individuella genomförandeplanen.

Om omständigheter kring en kund förändras, hjälp behov ökar eller minskar görs ett nytt hembesök för att upprätta och revidera genomförandeplanen så att det bättre stämmer överens med behovet.

Vid klagomål eller synpunkt bokas hembesök vid behov. Alla klagomål och synpunkter utreds och vid allvarliga brister görs utredning enligt Lex Sarah. Alla klagomålen och synpunkter återkopplas till anmälaren och dem meddelas även till stadsdelen och diarieförs enligt gällande rutin. Alla klagomål och synpunkter tas upp på APT-möten samt gällande rutin kring ärendet tas upp. Lokala rutiner uppdateras en gång per år eller vid behov. För Hemtjänst i Skärholmen upprättas varje år en verksamhetsplan med uppföljningsbara mål som en del av ledningssystemet. Målen skrivs i stadens system ILS och följs upp där på följande sätt:

- Stadens tertialuppföljning 1,
- Stadens tertialuppföljning 2,
- Stadens bokslut,
- Årlig intern kontroll av verksamheten.

I Verksamhetsplanen planeras verksamheten för det kommande året med utgångspunkt i:

- Lagstiftning,
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd,
- Kommunfullmäktiges mål,
- Stadsdelsnämndens mål.

Ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet

- Mål för verksamhetens kvalitetsarbete beslutas i verksamhetsplanen. Verksamhetsplan skapas utifrån nämndens mål som bas.
- Enhetschef är ytters ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.
- Respektive samordnare har ansvar att följa upp att medarbetare arbetar enligt enhetens lokala rutiner och riktlinjer.
- Alla medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta enlighet med de lokala rutiner och riktlinjer för hög kvalitet.
- Kvalitetsarbete tas upp på APT-möten (arbetsplatsträff) för lärande och diskussion.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Samverkan

Syftet med samverkansmöten med olika aktörer så väl interna som externa är att främja gott samarbete mellan olika parter.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Riskanalys

Risk och väsentlighetsanalys görs årligen för varje enhet i verksamhetsplanen samt vid förändringar i verksamheten.

Bilaga om internkontroll bifogas.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Egenkontroll

Ans Egenkontroll utförs av en verksamhetskontroller i stadsdelen. Tillsammans med enhetschef går kontrollen genom de punkter som egenkontroll innefattar. Rapporten av kontrollen blir sedan underlag för de åtgärder som måste göras i verksamheten för att förbättra kvalitet.

Enhetschef ansvarar att alla åtgärds punkter åtgärdas under överenskommen tid och rapporterar detta tillbaka till kontrollen.

Egenkontrollen 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, dels med resultat för andra verksamheter,

- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat,

- målgruppsundersökningar som brukar- och medarbetarundersökning.

- granskning av journaler, akter och annan dokumentation,

- undersökning av 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.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Utredning av avvikelser

Kvalitet är en högt prioriterad fråga inom Hemtjänst i Skärholmen. Förslag, klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare, gode män eller anhöriga tas tillvara oavsett om det är munt-

liga eller skriftliga och de används för att förbättra verksamheten. Synpunkter och klagomål bevaras på enheten och tas alltid upp på APT-möten. Alla synpunkter rapporteras även till stadsdelen och diarieförs enligt gällande system. Synpunkter och klagomål använd även som underlag i verksamhetsplanen för att förbättra kvaliteten i verksamheten.

Klagomål hanteras på följande sätt:

Synpunkten/klagomålet inkommer till enheten. Enhetschef eller samordnare tar direkt kontakt med uppgiftslämnaren, personligt möte bokas vid behov. Rör klagomålet enskild medarbetare eller händelse tas detta upp direkt med berörd medarbetare.

Lokal rutin bifogas.

Anmälan enligt Lex Sarah görs på följande sätt:

Syftet med Lex Sarah anmälan är att komma tillrätta med missförhållanden och säkra upp kvaliteten i vår verksamhet. Anmälan görs när medarbetaren misstänker om allvarig missförhållanden hos en kund. En allvarlig brist kan vara glömt medicin, glömt insats, att inte rapportera ändrade omständigheter hos kundens välbefinnande. Lindrigare brist kan vara tex felaktig inköp av en vara, försening av insatser ect.

När en anmälan görs skall den göras både muntligt och skriftligt. Personalen använder den förtryckta blanketten "Anmälan – Lex Sarah". Enhetschef är ansvarig att ta emot den och utreda anmälan. En anmälan till socialnämnd, stadsdel, länsstyrelse skall alltid göras om ansvarig enhetschef inte fullföljer sina skyldigheter. Den lokala rutinen inom Hemtjänsten i Skärholmen följer Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:5 Lex Sarah och Skärholmens stadsdelsförvaltnings övergripande rutin för anmälan om missförhållanden.

Lokal rutin bifogas.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Enheten använder uppföljning och utvärdering som underlag för att utveckla verksamhetens kvalitet. Alla uppföljningsresultat görs kända för alla personal i APT-möten. De väsentliga delarna tas upp i diskussion med medarbetare och eventuella ändringar i de lokala rutinerna görs.

Tertial 1 och Tertial 2 samt slutrapport följs upp de åtaganden enheten har i verksamhetsplanen. I ILS ges varje genomfört åtagande en grön plupp. De åtaganden som inte nå godkänt (grön plupp) utan blir gula (delvis uppnått) eller röda (inte allas uppnått) görs åtgärdsplan för.

Brukar- och medarbetar undersökningar tas upp i APT-möten. De punkter, som fått särskild låg resultat, tas upp i diskussion och tillsammans med medarbetare kommer man fram till ett åtgärdsplan. Åtgärdsplan görs skriftlig och följs upp sedan under kommande APT-möten. Brukar undersökningsresultat brukas meddela till kunder per brev, där resultat presenteras kortfattat och även de åtgärder som enheten vidtar utifrån brukarundersökningsresultatet.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner revideras årligen eller vid behov. För att veta om en rutin bör revideras går det genom tex när en klagomål eller en synpunkt har framförts och det finns en lokal rutin att tillgå i ärendet. Lika så går rutiner genom vid allvarliga händelser, tex inbrott i lokalen, missat medicin till kund, misstankar om missförhållanden hos kund. Ect.

Ofta är det när en oväntat allvarlig händelse sker som verksamheten blir varse om att en lokal rutin i ärendet bör revideras eller den saknas helt, likande fall har inte hänt tidigare. De berörda personer samt verksamhetens ledning tillsammans med verksamhetens kontroller diskuterar fram vilka åtgärder bör vidtas och hur en rutin bör se ut för att hindra att händelsen sker igen.

Dialog med kunden och/eller dennes närstående är underlag för förbättringsåtgärder av rutiner och arbetsätt så att kunden det bästa möjliga service från hemtjänsten. När det gäller att ge så god vård och omsorg som möjligt till kund görs individuella lösningar enligt kundens önskemål och inom ramen av biståndsbeslutet. Här har kunden möjlighet att påverka i innehållet av den hjälpen de får och vara delaktiga i utvecklandet av hemtjänst insatser.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med de lokala rutiner och riktlinjer för god kvalitet som finns. Kvalitetsarbetet tas upp på APT-möten för lärande och diskussion. Enheten arbetar ständigt med att förbättra och utveckla sina tjänster efter brukarnas behov och önskemål.

På utvecklingssamtal tas medarbetarens utvecklingsbehov upp. Medarbetaren kan då önska utbildning eller föreläsning inom yr-

ket. Utifrån de önskemål som kommer fram görs sedan en övergripande kompetensutvecklingsplan för hela enheten. Ibland kan ledningen för enheten se utvecklingsbehov hos medarbetaren och förslå en utbildning.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Dokumentationsskyldighet

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

Enhetsens verksamhetsplan och tertiäl rapporter dokumenteras i stadens ILS system enligt gällande mall. I ILS dokumenteras dels det enheten åtar sig att genomföra under kommande åren men även de avvikelser och åtgärder vid tertiäl uppföljning.

Klagomål, avvikelser samt anmälningar dokumenteras och diarieförs enligt stadens gällande system. Alla klagomål och avvikelser sparas även på enheten i ett separat pärm. Lex Sarah anmälan görs enligt gällande system av enhetschef och delges till stadsdelsnämnden samt verksamhetskontroller.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2014**

Sätra vob samt profilboende

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	3
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	3
God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	3
Kvalitetsindikatorer	3
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	4
 Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	 5
Ansvarig chef	5
Brukare	5
Verksamhetsidé och organisation	5
Processer och rutiner	5
Samverkan	6
Risikanalys	6
Egenkontroll	7
Utredning av avvikelser	8
Förbättrande åtgärder i verksamheten	9
Förbättring av processerna och rutinerna	9
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	9
Dokumentationsskyldighet	10

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna i Skärholmen driver verksamhet enligt gällande lagstiftning och riktlinjer. Kravet på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.

Föreskriften SOSFS 2011:9 (M och S) ska hjälpa enheterna att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet samt tydliggöra enhetens ledningssystem.

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

1. 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 2. 16 § tandvårdslagen (1985:125),
 3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
 4. 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).
- 2 § Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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.

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.

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.

Kännetecknade för föreskrifter är att de är bindande och gäller generellt, allmänna råd består av generella rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas.

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

Verksamheten enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. De slår fast att allt

arbete och utformning av insatser alltid ska utgå från den enskildes behov och livssituation. När åtgärder rör barn ska hänsyn till barnets bästa särskilt beaktas.

Kvalitetsindikatorer

God kvalitet i socialtjänstens verksamheter kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter samt politiska beslut) som beslutats, samt att de:

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Är tillgängliga och jämlikt fördelade
- Är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

- Vi utvecklar verksamheten i samspel med brukare och medarbetare samt i dialog med politisk ledning.
- Vi bemöter alla med respekt.
- Vi tar tillvara olikhet och mångfald.
- Vi använder våra resurser väl.
- Vi är öppna och tydliga när vi kommunicerar.
- Vi samarbetar och skapar god stämning.
- Vi uppskattar ett gott arbete och bekräftar framgång.
- Vi ser möjligheter och tar tillvara allas kompetens.
- Vi tar ansvar för vår egen och Skärholmens utveckling.

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvariga chefer

Annelie Birath 08-508 24 875 avdelningarna 1AB samt för personer med frontallobsdemens och kognitiv svikt.

Yvonne Esgård 08-508 24 531 avdelningarna 3A, 4A samt profilboendet för personer med Huntingtons sjukdom

Inger Erlandsson 08-508 24 627 (HSL-ansvarig)

Brukare

Boende med inriktning mot personer med demens sjukdom som har ett bistånd enligt Sol (socialtjänst).

Boende för personer med kognitiv svikt såsom Huntingtons sjukdom samt frontotemporal demens.

Verksamhetsidé och organisation

Vår verksamhet bygger på att våra brukare ska ha möjlighet att påverka sina beviljade insatser.

Vi vill att de som bor på våra boenden ska känna trygghet och struktur i sitt boende.

Att man ska få stimulans i vardagen genom att kunna välja aktiviteter efter sina egna förutsättningar och önskemål.

Ansvarig: Enhetens chefer

Processer och rutiner

För att säkerhetsställa görs alltid en riskanalys vid större förändringar inom verksamheten. Vid mindre förändringar diskuteras dess på enhetens ledningsgrupp, APT samt äldreomsorgens ledningsgrupp. Enheten tar med sig större frågor från APT-möten till förvaltningens samverkans grupp för att eventuellt besluta om en större riskanalys behöver göras.

Enheten använder sig av stadens integrerade ledningssystem för kvalitet ILS. Enheten formulerar årligen åtaganden och mål för verksamheten i detta system som i samband med tertialrapport och bokslut följs upp och analyseras.

Enheten tar del av de brukarundersökningar som genomförs av staden, dessa analyseras och används som underlag för förbättringar, förändringar och korrigeringar av verksamheten.

Enheten har ett kvalitetsråd som träffas regelbundet med representanter från samtliga våningsplan och yrkeskategorier. Där diskuteras uppkomna avvikelser, rutiner och förbättringar som rör verksamheten, det som framkommer där tas vidare upp för diskussion i ledningsgrupp samt APT.

Äldreomsorgen i stadsdelen har from 2009 gemensamt samverkansmöte reglerat i FAS 05. Där representanter finns från verksamheterna samt de fackliga organisationerna. Detta möte leds av chefen för omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning.

Enheten har minst 10 arbetsplatsträffar (APT) med personal och ansvariga chefer. Där får alla anställda information och möjlighet till dialog kring verksamhetens kvalitet. Dessa möten dokumenteras och skickas ut till samtliga medarbetare via mejl. Vid eventuell oenighet skickas protokollet till äldreomsorgens samverkansgrupp. Andra frågor som kräver större åtgärder vidarebefordrar cheferna till samverkansgruppen.

Enheten har en ledningsgrupp med alla chefer. Där diskuteras utveckling, kvalitets/ och förbättringsfrågor. Viktiga frågor från dessa möten tas upp på APT och i äldreomsorgens ledningsgrupp. Internkontrollplanen görs årligen och revideras vid tertialuppföljningarna och bokslutet.

ROV görs en gång per år och revideras kontinuerligt.

HSL-uppföljningar; För boende på Sättra vård- och omsorgsboende som är identifierade som riskpatienter för fall, undernäring och trycksår upprättas en vårdplan.

Ansvarig: Enhetens chefer

Samverkan

Samverkan och uppföljningsmöte sker mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska, enhetschefer och verksamhetschef enligt 29 § i HSL.

Samverkansöverenskommelse finns mellan Skärholmens stadsdelsförvaltning, primärvården och Reagera klinikerna i Skärholmén. I denna överenskommelse ” Vård i samverkan för äldre och

personer med funktionshinder som omfattas av LSS” regleras hur samverkan mellan enheterna och landstinget skall utformas. Enheten för äldre och funktionsnedsatta har en samverkans grupp med fackliga förtroendevalda från flera förbund. Enheten samverkar med upphandlad läkarorganisation och i avtalen regleras hur samverkan ska ske med hänsyn tagen till offentlighets- och sekretesslagen samt tystnadsplikten.

Ansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska, chefen för äldre och funktionsnedsatta samt HSL-ansvarig, enhetschefer.

Risakanalys

Risk och väsentlighetsanalys görs årligen för varje enhet i verksamhetsplanen samt vid förändringar i verksamheten.

Bilaga: Enhetens årliga plan för internkontroll.

Ansvarig: Enhetschefer och HSL-ansvarig.

Egenkontroll

Egenkontrollen innefattar

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, dels med resultat för andra verksamheter.

Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat gällande kosten, brukarundersökningen, nationella riktlinjerna och medarbetarenkäten dessa följs upp årligen.

Enhetens egna undersökning gällande boendes upplevelse av nöjdhet gällande måltiden och aktiviteter, görs årligen och resultatet analyseras tillsammans med de övriga undersökningarna och är ett komplement till dessa.

Granskning av journaler, akter och annan dokumentation sker kontinuerligt.

Analys av eventuella inkomna uppgifter från patientnämnden och synpunkter från revisorer görs och vid behov förändras verksamheten utifrån inkomna synpunkter.

En gång årligen görs en egen kontroll från vårdhygien där man går igenom verksamheten när det gäller vårdhygien och förbättrings förslag för näst kommande år

En gång årligen gör en kontroll av apoteket för att säkerställa vår medicinhandling där man får ett protokoll med förbättringsförslag till nästkommande år

Ansvarig: Enhetens chefer, HSL-ansvarig

Utredning av avvikelser

Enheten följer stadsdelens policy för synpunkter och klagomålshandling.

Då det gäller synpunkter/ klagomål gällande utförandet av omvårdnaden för den enskilde dokumenteras även detta i stadens datasystem ParaSol. För de boende som ej är skrivna i Stockholm stad och därmed ej ingår i Para Sol dokumenteras avvikelser i den enskildes akt. Där skrivs även eventuella överenskomna åtgärder in och eventuella uppföljningar.

Vid skriftliga klagomål besvaras dessa alltid enligt stadsdelens policy.

Vid misstanke om missförhållanden enligt 14 kap. 2§ SoL görs en Lex Sarah anmälan. På enheten finns rutiner för hur denna anmälan ska gå till. All personal på enheten har fått information om Lex Sarah, kontinuerlig information ges. Från juni 2011 finns en uppdaterad folder om rutiner och riktlinjer att tillgå för all personal via skärholmens hemsida. All nyanställd personal informeras om Lex Sarah samt får en folder.

Enheten arbetar enligt riktlinjerna för Hälso- och sjukvård framtagna av MAS:arna inom stadsdelsförvaltningarna i Stockholm stad då det gäller avvikelser gällande Hälso- och sjukvård detta sker i datasystemet Vodok. Vid misstanke om Lex Maria anmäls detta till stadsdelens MAS som i sin tur gör en bedömning om en sådan Lex Maria anmälan skall göras till socialstyrelsen.

Då enheten får synpunkter och klagomål diskuteras dessa på kvalitetsrådet och arbetsplatsträffar där all personal får information och kan medverka och ha synpunkter på eventuella förbättringar. På enhetens ledningsgrupp diskuteras och beslutas eventuella åtgärder och eventuella rutin ändringar för att säkerhetsställa att detta inte upprepas. Om så behövs upprättar man i ledningsgruppen en risk och händelseanalys.

Ansvarig: Enhetens chefer samt HSL-ansvarig

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Enheten följer upp och gör en utvärdering av de olika undersökningarna t ex medarbetarenkäten och brukarundersökningar. Dessa tas upp på APT, samverkan, kvalitetsrådet och/ eller berörd personalgrupp. Resultatet används för att förbättra, korrigera och utveckla verksamheten utifrån synpunkterna som framkommit. ILS:s indikatorer följs upp och om resultaten ej är tillfredsställande görs en åtgärdsplan.

Vissa indikatorer som sjukfrånvaron och budget följs upp och analyseras månatligen.

Ansvarig: Enhetens chefer samt HSL-ansvarig.

Förbättring av processerna och rutinerna

Enhetens har ett kvalitetsråd där rutiner, förbättringar och förändringar går igenom för att se om de är ändamålsenliga och vid behov ändras gällande rutiner om de inte är användbara och funktionella. Kvalitetsrådets medlemmar ansvarar för att föra ut förändringar och beslut till övriga arbetskamrater.

Ansvarig: Enhetens chefer och HSL-ansvarig.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med de lokala rutiner och riktlinjer för god kvalitet som finns. Kvalitetsarbetet tas upp på APT-möten för lärande och diskussion. Enheten arbetar ständigt med att förbättra och utveckla sina tjänster efter brukarnas behov och önskemål. I enhetens kvalitetsråd finns representanter från alla våningsplan och för alla yrkeskategorier. Enheten har kontinuerliga möten med SSK och Rehab personal för att ta tillvara synpunkter och förbättringsförslag.

Ansvarig: Enhetens chefer och HSL-ansvarig.

Dokumentationsskyldighet

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

Omvårdnadspersonalen dokumenterar i ParaSol. Vid inflytt upprättar kontaktpersonen en genomförandeplan i samråd och kommunikation med brukaren och om denne så önskar även närstående. Genomförandeplanen skickas sen efter godkännande av den enskilde vidare för kännedom till beställaren via datasystemet.

Uppföljning av den enskildes genomförandeplan sker tillsammans med den enskilde och om den så önskar en närstående. Detta sker en gång per år om inget oförutsett inträffar som rör den enskildes och dess insatser. Vid eventuella avvikelser, synpunkter/ klagomål dokumenteras dessa i ParaSol. HSL-personalen dokumenterar i Vodok där avvikelser, synpunkter som rör Hälso- och sjukvård dokumenteras av legitimerad personal.

Övriga synpunkter/ klagomål redovisas i ILS:en med eventuella åtgärder. Synpunkter och klagomål tas alltid upp med berörd personal, på kvalitetsråd samt på APT. Enheten följer stadsdelens policy vad gäller klagomålshantering och svarar alltid till berörd synpunktsställare.

Vid misstanke om missförhållanden enligt 14 kap. 2§ SoL görs en Lex Sarah anmälan. På enheten finns rutiner för hur denna anmälan ska gå till. All personal på enheten har fått information om Lex Sarah, kontinuerlig information ges. All nyanställd personal, vikarier och elever informeras om Lex Sarah.

Enheten arbetar enligt riktlinjerna för Hälso- och sjukvård framtagna av MAS:arna inom stadsdelsförvaltningarna i Stockholm stad då det gäller avvikelser gällande Hälso- och sjukvård detta sker i datasystemet Vodok. Vid misstanke m Lex Maria anmäls detta till stadsdelens MAS som i sin tur gör en bedömning om en sådan Lex Maria anmälan skall göras till socialstyrelsen.

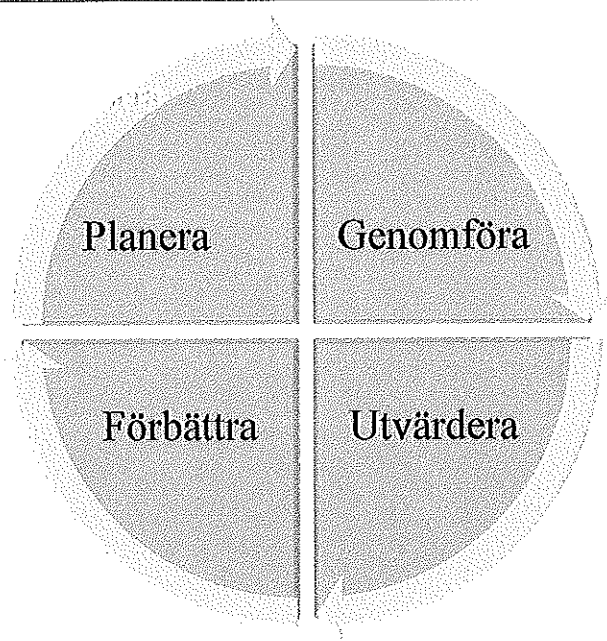
Om enheten har en Lex Sarah eller en Lex Maria dokumenteras detta i ILS med eventuella åtgärder samt en redovisning till nämnden.

Ansvarig:

All personal är skyldig att ta emot synpunkter och klagomål och vidarebefordra dessa till ansvarig chef.

Då det gäller Lex Sarah omfattas var och en som är verksam inom omsorgen om äldre personer eller personer med funktionshinder enligt SoL.

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2014



Enhetens namn
LSS-bostäderna
Svanholmen
och
Vårbacka

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	3
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	3
God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	3
Kvalitetsindikatorer	4
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	4
 Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	 5
Ansvarig chef	5
Brukare	5
Verksamhetsidé och organisation	6
Processer och rutiner	7
Samverkan	8
Risikanalys	9
Egenkontroll	10
Utredning av avvikelser	11
Förbättrande åtgärder i verksamheten	12
Förbättring av processerna och rutinerna	13
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	14
Dokumentationsskyldighet	114-16

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna i Skärholmen driver verksamhet enligt gällande lagstiftning och riktlinjer. Kravet på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.

Föreskriften SOSFS 2011:9 (M och S) ska hjälpa enheterna att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet samt tydliggöra enhetens ledningssystem.

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

1. 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 2. 16 § tandvårdslagen (1985:125),
 3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
 4. 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).
- 2 § Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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.

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.

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.

Kännetecknade för föreskrifter är att de är bindande och gäller generellt, allmänna råd består av generella rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas.

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

Verksamheten enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. De slår fast att allt

arbete och utformning av insatser alltid ska utgå från den enskildes behov och livssituation. När åtgärder rör barn ska hänsyn till barnets bästa särskilt beaktas.

Kvalitetsindikatorer

God kvalitet i socialtjänstens verksamheter kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter samt politiska beslut) som beslutats, samt att de:

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Är tillgängliga och jämnt fördelade
- Är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

- Vi utvecklar verksamheten i samspel med brukare och medarbetare samt i dialog med politisk ledning.
- Vi bemöter alla med respekt.
- Vi tar tillvara olikhet och mångfald.
- Vi använder våra resurser väl.
- Vi är öppna och tydliga när vi kommunicerar.
- Vi samarbetar och skapar god stämning.
- Vi uppskattar ett gott arbete och bekräftar framgång.
- Vi ser möjligheter och tar tillvara allas kompetens.
- Vi tar ansvar för vår egen och Skärholmens utveckling.

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Reija Rakez
Vårholmsbackarna 104 3tr
127 44 Skärholmen
08-508 24 605
reija.rakez@stockholm.se

Brukare

Vi vänder oss till personer med förvärvade hjärnskador som beviljats insats enligt LSS.

Enheten innefattar två LSS bostäder, Svanholmen och Vårbacka. Dessa LSS bostäder har 12 platser.

Verksamhetsidé och organisation

LSS bostaden erbjuder boende enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387 9 § 9).

Vi vänder oss till personer som beviljats insats enligt LSS och utgår alltid ifrån individens behov och önskemål. Tillsammans utformas det individuella stödet.

Samsyn och rutiner är grunden för att behålla, säkerställa och öka kvaliteten.

LSS bostaden ingår i avdelningen omsorg om äldre och funktionsnedsatta (ÄOF) vilket leds av en avdelningschef.

Inom avdelningens ledning och stab finns olika stödfunktioner i form av kvalitetskontrollers, ekonomikontroller, samordnare och administratörer.

Personal

Inom LSS bostaden arbetar 26 medarbetare inklusive en enhetschef och en administratör.

Enhetschef ansvarar för att

- Verksamheten håller en god kvalitet
- Följa stadens integrerade ledningssystem och stadsdelsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Enheten har arbetssätt och rutiner för att säkerställa att verksamheten bedriver systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete.

Personalen ska medverka i enhetens systematiska kvalitetsarbete genom att

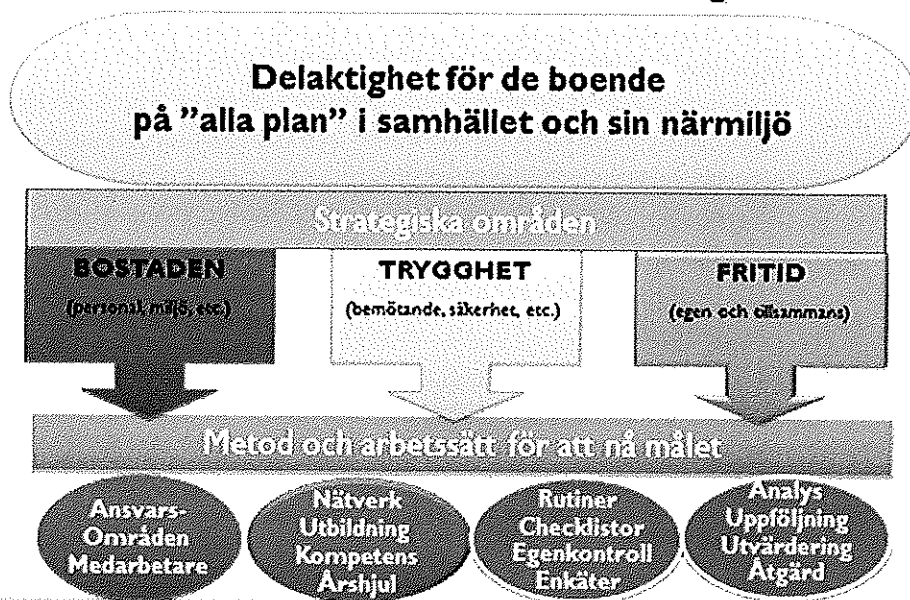
- Delta i enhetens planerings-, utvecklings- och kvalitetsarbete
- Följa åtaganden, arbetssätt och rutiner
- Delta i enhetens arbete med riskanalys
- Följa sin kompetensutvecklingsplan.

LSS bostaden ingår i nätverk med 11 andra LSS bostäder i Skärholmen. Den övergripande visionen är delaktighet för de boende på "alla plan" i samhället och sin närmiljö.

LSS bostäderna arbetar med strategiska områden:

- Boendes närmiljö – är trygg och anpassad efter individens behov.
- God omsorg i vardagen innefattar såväl självständighet som delaktighet utifrån den boendes förmåga.
- Ett varierat utbud av kultur- och fritidsaktiviteter

LSS bostäders vision och inriktning 2014



Reviderad
November 2013

Ansvarig: Enhetschef

Processer och rutiner

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.

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 analyseras varje tertiäl och slutresultat redovisas i verksamhetsberättelsen. Detta genomförs på nämnd-, verksamhetsområdes- och enhetsnivå.

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

För LSS bostaden upprättas varje år en verksamhetsplan.

I verksamhetsplanen planeras verksamheten för det kommande året med utgångspunkt i:

- Lagstiftning,
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
- Kommunfullmäktiges mål (KF)
- Stadsdelsnämndens mål
- Boendes önskemål och behov

Verksamhetsplanens inriktning och omfattning är anpassad till vad som krävs för att uppnå verksamhetens mål.

Ansvarsfördelning av kvalitetsarbetet är fastställt i kvalitetsdokumentet.

Enskilda och andra, t ex brukarorganisationer, ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten. Medarbetarna är delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten.

Kvalitetsarbetet dokumenteras och följs upp kontinuerligt.

LSS bostaden lyder också under socialtjänst- och förvaltningslagen. Övriga styrdokument för enheten är t.ex. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och ett Handikappolitiskt program för Stockholms stad.

Den årliga verksamhetsplanen och detta kvalitetsdokument utgör dokumentation av LSS bostadens ledningssystem.

Detta dokument beskriver hur kvalitetssäkringen praktiskt fungerar utifrån SOSFS 2011:9.

LSS bostaden garanterar en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamheten och dess kvalitet på följande sätt:

- Varje boende har en stödperson.
- En genomförandeplan upprättas för varje boende som ett svar på biståndsbedömarens beställning av insatsen enligt LSS 9 § 9. Genomförandeplanen följs upp och utvärderas minst en gång per vilket år stödpersonens ansvar.
- Individuell dokumentation förs av personal på enheten kring de boende enligt lagens intentioner (LSS 21 a §, 21 b §). Dokumentationen är för vissa boende ett stöd i kommunikationen. Den individuella dokumentationen kontrolleras två gånger per år. Resultatet följs upp och analyseras enligt rutin.
- LSS bostaden använder ett material "Mitt behov av ditt stöd" som ett komplement till genomförandeplanen för att de boende ska kunna påverka och utforma sitt stöd.
- LSS bostaden följer ett Årshjul och har en kvalitets- och uppföljningspärm innehållande checklistor för planering och uppföljning av verksamheten.
Dessa utarbetas i samband med upprättande av verksamhetsplanen och tillsammans med enhetscheferna.
- LSS bostaden använder sig av stadens IT-system för social dokumentation (ParaSoL). Material som skrivs ut i det enskilda ärendet eller som inkommit skriftligt förvaras i brandsäkert skåp. Boende och gode män ges tillgång till dokumentationen efter sekretessprövning.
- APT (arbetsplatsträffar) sker minst 10 gånger per år för personal och ansvarig chef. Där får alla anställda information och möjlighet till dialog kring verksamhetens kvalitet.

Personalmöten hålls kontinuerlig. Vid möten diskuteras eventuella avvikelser, klagomål och synpunkter.

- Enheten har en till två planeringsdagar per år.
- LSS bostaden garanterar den bemanning som behövs för att klara uppdraget genom att utgå ifrån biståndsbedömarens beställning och stadens centrala nivåbedömning. Medarbetarnas schema läggs utifrån de boendes behov av insatser.
- Vikarier rekryteras kontinuerligt för att täcka upp vid utbildning, sjukdom och tillfälligt ökat behov från boende. Tillfälligt ökat behov kan vara t.ex. boendes semester eller sjukdom.

Ansvarig: Enhetschef

Samverkan

Verksamheten har 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 akut-sjukhusen samt andra vårdgivare.

Verksamheten ansvarar för att

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

Enheten samverkar vid upprättande av den boendes genomförandeplan tillsammans med den enskilde, god man eller närstående om den enskilde så vill.

Den boendes Stödperson deltar i uppföljningar med daglig verksamhet, med biståndsbedömare, sjukvård, habilitering och andra i team kring de boende.

För att stärka de boendes delaktighet har LSS bostaden boendemöten och utvecklingssamtal. Flertalet möten har en dagordning och personalen på boendet är ansvariga för planering av mötet.

Ansvarig: Enhetschef

Risikanalys

Vid större förändringar av verksamheten görs en riskanalys för att säkerställa en god arbetsmiljö för medarbetarna och att de boendes behov tillgodoses och att livskvalitet upprätthålls. Diskussion

förs med berörda parter som t.ex. fackliga organisationer och gode män.

När enheten tar emot nya boende, genomförs en arbetsmiljöriskanalys inom kort. Bedömning görs utifrån biståndsbeslut, den boendes förutsättningar och miljö. Riskbedömningen utförs av medarbetare och chef. I de fall det finns en risk för arbetsmiljön, tas varje enskilt fall upp på lokal samverkansgrupp. Skyddsombuden deltar själva i arbetet med riskbedömningen då det krävs.

Varje år upprättas en internkontrollplan för identifiering av riskbedömning. Planen baseras på följande indikatorer:

- sjukfrånvaro
- dokumentation
- upprättande av genomförandeplaner
- nyckelhantering på enheterna
- hantering av kassor och egna medel
- läkemedelshantering

Ansvarig: Enhetschef

Egenkontroll

Information om hur boende upplever sitt stöd och inflytande får enheten genom kontakter med boende, anhöriga, gode män och andra intressenter samt genom den årliga brukarundersökningen. Resultatet och inkomna synpunkter diskuteras på personalmöten samt vid enhetschefernas ledningsgrupp och arbetsmöten. Resultat från brukarundersökningen redovisas i verksamhetsberättelsen.

Boendekonferenser och boendemöten protokollförs och följs upp på kommande boendemöte och APT/personalmöten.

För att säkerställa kvalitet inom LSS bostaden fastställs de strategiska områden i årshjul som sedan följs upp i checklistor som t.ex. brukarundersökning, kontroll av dokumentation, ombudsträffar. Mallar och metoder inom dessa områden revideras kontinuerligt av enhetschefer och medarbetare. Sammanställning av resultat följs upp på möten av enhetschefer och medarbetare.

LSS bostaden arbetar i nätverk med andra LSS bostäder i Skärholmen. Medarbetarna på enheten är ombud för olika områden så som kvalitet, dokumentation, säkerhet, hantering av kassor. Ombuden träffas minst en gång per år i nätverksträffar. Dessa träffar protokollförs och tas upp på enhetschefsmöte och personalmöten.

Aktiviteter inom området följs upp i tertial och i verksamhetsberättelsen.

Samordnare för sociala system genomför internkontroll tillsammans med dokumentationsombuden en gång per år.

Utöver detta genomför dokumentationsombuden internkontroll av löpande den dokumentationen i ParaSoL på den egna enheten en gång per år (mars). Resultaten sammanställs och analyseras tillsammans inom avdelningen ÄOF och delges medarbetare och förvaltningen nämnd.

Verksamheten följs upp genom medarbetar- och brukarundersökningar årligen.

LSS bostaden genomför brandskyddsronde och fysisk skyddsronde i mars – april. Psykosocial skyddsronde ingår i den årliga medarbetarundersökningen (september-oktober).

Enheten deltar i stadens och stadsdelens revisioner och resultat redovisas i tertial och i bokslut. Uppföljning sker vid avdelningens ledningsgruppsmöten, APT, personalmöten samt enhetschefens arbetsmöten.

Ansvarig: Enhetschef

Utredning av avvikelser

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.

Verksamheten har en positiv inställning till synpunkter och klagomål och tar tillvara dessa för att utveckla och förbättra verksamheten. Det ska vara enkelt för de boende och deras närstående att framföra sina synpunkter och klagomål.

LSS bostaden har rutin för synpunkter - klagomål och för avvikelshantering som finns och används inom stadsdelen. Lindrigare fel och brister hanteras i samverkan med berörda parter. Fel och

brister diskuteras med berörda parter internt och externt. Åtgärder vidtas vid behov och allvarliga fel och brister följs upp av enhetschef.

Rapportering och utredning av avvikelser

Avvikelser i SoL och LSS verksamhet

Händelser/avvikelser i verksamheten åtgärdas snarast. Avvikelser rapporteras, sammanställs, analyseras och följs upp kontinuerligt på enhetens arbetsplatsträffar samt redovisas i tertiärrapporter och i verksamhetsberättelsen.

Lex Sarah

Alla anställda, praktikanter eller motsvarande under utbildning samt deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program är skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Lex Sarahansvarig kontaktas omgående.

LSS bostadens följer stadsdelens riktlinjer kring Lex Sarah. Enhetschefen tar kontakt med stadsdelens Lex Sarah-ansvariga för att diskutera det som skett för att kunna omedelbart vidta de nödvändiga åtgärder som situationen kräver. Eventuella förändringar tas upp på möte för att skapa samsyn och medvetenhet. Lex Sarah tas upp i APT/planeringsdag minst en gång per år och vid introduktionsutbildning för sommarvikarier.

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.

Anmälningar enligt Lex Maria hanteras i samråd med MAS.

Ansvarig: Enhetschef

Förbättring av processerna och rutinerna

Kvalitet är en högt prioriterad fråga inom LSS bostäderna. Samsyn och gemensamma rutiner är grunden för att behålla, säkerställa och öka kvaliteten.

Resultat från olika undersökningar såsom brukarundersökningar, medarbetarundersökningar mm används i vårt utvecklingsarbete. Handlingsplaner upprättas över utvecklingsområden. Rutiner uppdateras för att följa upp verksamheten på ett effektivare sätt. Personalens scheman anpassas efter de boendes individuella behov så långt det är möjligt.

LSS bostaden har fem övergripande ansvarsområden utöver stödpersonskapet som innehas av personalen på enheten. I dessa områden identifieras rutiner och processer som underlättar genomförandet av arbetsuppgifter för all personal. Ombuden arbetar i nätverk med samtliga 12 LSS bostäder. Vid nätverksträffarna diskuteras ansvarsområden och förbättringsåtgärder.

Tydliga Rutiner finns såväl på enheten som digitalt. Personalen använder av sig årshjul och checklistor för att genomföra och följa upp genomförda aktiviteter under året. Rutiner revideras årligen av enhetschef i samråd med andra berörda. Samtliga medarbetare ansvarar för att förbättra rutiner och processer som ökar kvaliteten. Enhetens rutiner ska vara kända av samtliga medarbetare.

Ansvarig: Enhetschef och medarbetare

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med de lokala rutiner och riktlinjer för god kvalitet som finns. Kvalitetsarbetet tas upp på APT för lärande och diskussion. Enheten arbetar ständigt med att förbättra och utveckla sina tjänster efter brukarnas behov och önskemål.

Personalen är LSS bostadens vitala resurs. LSS bostaden arbetar strategiskt för att medarbetarna ska ha den kompetens som krävs. Vid nyrekrytering av tills vidare anställning kräver vi relevant utbildning och har regelbunden utbildning inom vissa områden ex. SBA (systematiskt brandskyddsarbete), dokumentation, läkemedelshantering, avvikelshantering och hygien. Det förs en kontinuerlig dialog på APT, personalmöten och planeringsdagar kring behovet av kompetensutveckling.

De 12 LSS bostäderna i Skärholmen har gemensamma rutiner för det dagliga arbetet och introduktioner av nyanställda för att säkerställa kvaliteten.

Enhetens medarbetare deltar i tvärgrupper och workshops som metoder för kvalitetsutveckling och delaktighet. Tvärgrupper och workshops innebär att medarbetare från olika LSS bostäder träffas och utbyter erfarenheter och kunskap vilket gagnar arbetsmiljö och trivsel.

Medarbetarna ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov. Vid medarbetarsamtalen görs en individuell kompetensutvecklingsplan för medarbetare utifrån verksamheten och den enskildes behov.

För att säkerställa medarbetarnas delaktighet i LSS bostadens kvalitetsarbete har vi

- Regelbundna arbetsplatsträffar (APT) 10 st. per år
- Personalmöten och planeringsdagar där verksamhetens kvalitet, förutsättningar och utveckling diskuteras. APT, personalmöten och planeringsdagar dokumenteras.
- Ledningsgruppsmöten där enhetschef deltar
- Samverkansmöten med olika fackliga företrädare
- Samverkansmöten med rådet för funktionshinderfrågor
- Planeringsdagar enhetsvis och i ledningsgrupper.
- Arbetsmöten med enhetschefer och representanter från enheterna 1-2 gånger per kvartal.
- Medarbetarsamtal minst en gång/år

Ansvarig: Enhetschef

Dokumentationsskyldighet

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

Ledningssystemet säkerställer 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

- Följa och har arbetssätt och rutiner för hantering av handlingar enligt dokumenthanteringsplanen
- Arbetssätt och rutiner följs upp

- Det finns rutiner för hur dokumentationen följs upp, utvecklas och arkiveras.

Dokumentation enligt SoL och LSS

Utredning och dokumentation genomförs i stadens gemensamma IT-system för social dokumentation (ParaSoL).

En genomförandeplan upprättas utifrån biståndsbeslutet. Biståndsbeslutet anger vad som ska utföras och i genomförandeplan ska det framgå hur insatserna ska utföras. Den boende ska vara delaktig i upprättandet av planen. Anhöriga är delaktiga om den boende 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 sjukvårdsinsatser görs i Landstingets system som också omfattar avvikelserapportering och delegering. Dokumentationen görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Enheten följer stadsdelens policy vad gäller klagomålshantering och återkopplar alltid till berörda. Synpunkter och klagomål tas alltid upp med berörd personal och på APT. All personal är skyldig att ta emot synpunkter och klagomål och vidarebefordra dessa till ansvarig chef.

Vid misstanke om missförhållanden görs en Lex Sarah anmälan. På enheten finns rutiner för hur denna anmälan ska gå till.

Vid Lex Sarah omfattas var och en som är verksam inom omsorgen för personer med funktionshinder enligt LSS.

Sekretess

Enligt rutin har alla boende på enheten skrivit under en PUL som ger personalen på enheten möjlighet att dokumentera i sociala system.

De boende har möjlighet att ta ställning till i vilken omfattning de vill att tillfälliga besök som elever och praktikanter ska medverka i den boendes vardag. Till detta ändamål används en mall, praktikanter i mitt liv. Blanketterna förvaras i den boendes akt (original) och i pärm (kopia).

Det material som skrivs ut i det enskilda ärendet eller som inkommit skriftligt förvaras i brandsäkert skåp.

Boende och gode män ges tillgång till dokumentationen efter särskild sekretessprövning.

LSS bostaden har rutiner för information om sekretess/ tystnadsplikt i yrket enligt Offentlighets- och sekretesslagen 2009:400.

Vid anställning används en checklista för introduktion där information om sekretess i yrket ges. Enheten får besök även av andra personer som elever, praktikanter mm. Även dessa personer skriver under avtal om tystnadsplikt.

Resultat av uppföljningar gällande avvikelser och missförhållanden redovisas i

- Tertialuppföljning 1
- Tertialuppföljning 2
- Verksamhetsberättelse/bokslut.

Ansvarig: Enhetschef

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2014**

ASSISTANSENHETEN

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	3
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	3
God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	3
Kvalitetsindikatorer	4
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	4
 Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	 5
Ansvarig chef	5
Brukare	5
Verksamhetsidé och organisation	5
Processer och rutiner	6
Samverkan	7
Riskanalys	7
Egenkontroll	8
Utredning av avvikelser	8
Förbättrande åtgärder i verksamheten	8
Förbättring av processerna och rutinerna	9
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	9
Dokumentationsskyldighet	10

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna i Skärholmen driver verksamhet enligt gällande lagstiftning och riktlinjer. Kravet på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.

Föreskriften SOSFS 2011:9 (M och S) ska hjälpa enheterna att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet samt tydliggöra enhetens ledningssystem.

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

1. 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 2. 16 § tandvårdslagen (1985:125),
 3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
 4. 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).
- 2 § Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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.

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.

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.

Kännetecknade för föreskrifter är att de är bindande och gäller generellt, allmänna råd består av generella rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas.

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

Verksamheten enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. De slår fast att allt arbete och utformning av insatser alltid ska utgå från den enskildes behov och livssituation. När åtgärder rör barn ska hänsyn till barnets bästa särskilt beaktas.

Kvalitetsindikatorer

God kvalitet i socialtjänstens verksamheter kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter samt politiska beslut) som beslutats, samt att de:

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Är tillgängliga och jämnt fördelade
- Är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

- Vi utvecklar verksamheten i samspel med brukare och medarbetare samt i dialog med politisk ledning.
- Vi bemöter alla med respekt.
- Vi tar tillvara olikhet och mångfald.
- Vi använder våra resurser väl.
- Vi är öppna och tydliga när vi kommunicerar.
- Vi samarbetar och skapar god stämning.
- Vi uppskattar ett gott arbete och bekräftar framgång.
- Vi ser möjligheter och tar tillvara allas kompetens.
- Vi tar ansvar för vår egen och Skärholmens utveckling.

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Kent Jansson tfn: 08-508 24 619

Anneli Martensen tfn: 08-508 24 827

Besöksadress: Bodholmsplan 2, 7tr

127 26 Skärholmen

Brukare

Brukarna är barn och vuxna (under 65 år) med olika fysiska och psykiska Funktionsnedsättningar efter exempelvis förvärvade hjärnskador, neurologiska sjukdomar, utvecklingsstörning, autism m.m. De brukare som är beviljade personlig assistans har ett omfattande behov av stöd och omvårdnad. De brukare som har beviljats avlösning eller ledsagning är oftast barn eller ungdomar, där föräldrarna behöver ha avlastning eller där brukaren vill delta på egna villkor i olika fritidssysselsättningar.

Verksamhetsidé och organisation

Assistansenheten erbjuder ett personligt utformat stöd där brukarens önskemål och intressen är utgångspunkten i utförandet. Målet är att alla brukare ska känna sig delaktiga och ha inflytande över utformandet av stödet. Brukarna ska bemötas med respekt utifrån sin livssituation.

Assistansenheten är en kommunal verksamhet som utför beställningar från stadsdelen beställarenhet och försäkringskassan: personlig assistans, ledsagning, avlösning och hemtjänst i assistansliknande form. Vi rekryterar och verkställer beslut om kontaktperson.

Assistansenheten erbjuder service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen (LSS 1993:387 9 § 9). Vi vänder oss till personer med utvecklingsstörning, autism, asperger, förvärvad hjärnskada eller andra funktionsnedsättningar som beviljats insats enligt LSS och SOL.

Vi utgår från individens önskemål och behov och utformar stödet tillsammans med den enskilde brukaren.

Följande yrkesgrupper finns inom assistansenheten: personliga assistenter (även anhörigvårdare), avlösare, ledsagare, två enhetschefer samt en kombinerad tjänst som administrativ assistent/kontaktsekreterare. Enheten har ca 140 brukare knutna till verksamheten och ca 170 medarbetare samt 60 kontaktpersoner. Antalet brukare och medarbetare varierar under året beroende på antalet aktuella beställningar och beslut.

Verksamheten utvecklas både av brukare, medarbetare och chefer tillsammans.

Samsyn och gemensamma rutiner är grunden för att behålla, säkerställa och öka kvaliteten.

Assistansenheten ingår i avdelningen omsorg om äldre och funktionsnedsatta.

Avdelningschef är Andreas Thorstensson

Ansvariga: Enhetschefer.

Processer och rutiner

Assistansenheten använder sig av ILS (Stockholms stads integrerade ledningssystem) för planering och uppföljningen av verksamheten.

Assistansenheten använder sig av stadens IT-system ParaSoL för dokumentation. Det material som skrivs ut i det enskilda ärendet eller som inkommit skriftligt förvaras i brandsäkert skåp. Brukare och gode män ges tillgång till dokumentationen efter sekretessprövning.

För assistansenheten upprättas en verksamhetsplan med uppföljningsbara mål som en del av ledningssystemet. I verksamhetsplanen planeras verksamheten för det kommande året med utgångspunkt i:

- Lagstiftning,
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
- Kommunfullmäktiges mål (KF)
- Stadsdelsnämndens mål
- Brukarnas önskemål och behov

Att lagstiftning, KF-, och nämndmål möts, samt assistansenhetens egna åtaganden, arbetssätt och utvecklingsbehov möts, följs upp och utvärderas tre gånger per år i:

- Stadens tertiärluppföljning 1
- Stadens tertiärluppföljning 2
- Stadens bokslut.

Ansvariga: Enhetschefer.

Samverkan

- Assistansenheten har kontinuerliga och vid behov, möten med brukarna.
- Medarbetarna deltar regelbundet i arbetsplatsträffar (APT), 10 möten per år.
- Enhetscheferna träffar assistentgrupper och enskilda medarbetare kontinuerligt och vid behov.
- Brukarna närvarar vid assistentgruppmöten kontinuerligt, vid behov och efter önskemål.
- Enheten har planeringsdagar för de personliga assistenterna minst en gång om året.
- Enhetscheferna deltar i olika träffar och möten som finns inom verksamhetsområdet, t ex ledningsgrupps möten, APT och nätverk.
- Enhetscheferna deltar i stadsdelens råd för personer med funktionsnedsättningar vid behov.
- Enhetscheferna och kontaktsekreteraren har minst en planeringsdag per år för att kvalitetssäkra enhetens arbetssätt och rutiner.
- Enhetscheferna och kontaktsekreteraren har kontinuerliga kontakter med biståndsenheten för att garantera brukarna rätt stöd och service.

Möten som enheten har dokumenteras eller i protokoll eller minnesanteckningar. Vissa möten eller delar av möten journalförs.

Ansvariga:

Riskanalys

Vid större förändringar av verksamheten görs en risk och väsentlighetsanalys (ROV) för att säkerställa att brukarnas behov tillgodoses och livskvalitet upprätthålls. Diskussion förs också med berörda parter så som t.ex. fackliga organisationer och gode män. Varje år upprättas en intern kontrollplan för identifiering av riskbedömning. Planen baseras på följande indikatorer

- Ekonomi
- Social dokumentation
- Upprättande och revidering av genomförandeplaner
- Nyckelhantering på enheterna
- Hantering av kassor och egna medel

- God redovisningssed
- Rutinpärmar hos brukarna

Ansvariga: Enhetschefer.

Egenkontroll

För att säkerställa kvalitet inom assistansenheten fastställs de strategiska områden i års hjul som sedan följs upp i handlingsplanen samt brukarundersökning, dokumentations kontroll, skyddsronder m.m. Mallar och metoder inom dessa områden revideras kontinuerligt. Sammanställning av resultatet följs upp på APT.

Uppföljning av hur inflytande, delaktighet och självständighet har kunnat mötas görs på APT/personalmöten samt enhetschefernas arbetsmöten. Vid alla möten förs minnesanteckningar som följs upp på kommande möte och på APT/personalmöten respektive enhetschefsmöten.

Brukarundersökningen redovisas i verksamhetsberättelsen. Övriga aktiviteter inom området följs upp i tertial och i verksamhetsberättelsen.

Ansvariga: Enhetschefer

Utredning av avvikelser

Ett system för avvikelshantering finns och används inom stadsdelen. Lindrigare fel och brister hanteras i samverkan med berörda parter. Fel och brister diskuteras med berörda parter internt och externt. Åtgärder vidtas vid behov och allvarliga fel och brister följs upp av enhetschef.

Redovisning av synpunkter och klagomål sker i tertialrapporter och bokslut.

Ansvariga: Enhetschefer.

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Assistansenheten genomför årligen en brukarundersökning för att få en samlad bild av enhetens kvalitet inom följande områden inflytande, delaktighet och självständighet. Undersökningen ligger till grund för en del av verksamhetsutvecklingen. Undersökningen genomförs genom enkäter med frågor som handlar om:

Bemötande

Trygghet

Om brukaren kan påverka sin assistans, ledsagning eller avlösning

Tillgänglighet

Information

Övriga synpunkter

Andra metoder för att följa upp inflytande, delaktighet och självständighet är genom brukarmöten. Vid dessa möten förs alltid minnesanteckningar och följs upp på kommande möte. Brukarundersökningen redovisas i verksamhetsberättelsen.

Ansvariga: Enhetschefer

Förbättring av processerna och rutinerna

Kvalitet är en högt prioriterad fråga inom assistansenheten. Assistansenheten utvecklas tillsammans med brukare, medarbetare och chefer. Samsyn och gemensamma rutiner är grunden för att behålla, säkerställa och öka kvaliteten.

Som arbetsredskap för all personal finns en Rutinpärm med tydliga rutiner som finns hos brukarna. Enheten använder av sig av handlingsplaner för att genomföra och förbättra rutiner under året. Rutinpärmen revideras årligen av enhetscheferna. Enligt rutinen ska alla medarbetare läst rutinpärmen minst en gång om året. I personalmöten och medarbetarsamtalen följs rutiner och kvalitet upp.

Ansvariga: Enhetschefer

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med de lokala rutiner och riktlinjer för god kvalitet som finns. Kvalitetsarbetet tas upp på APT-möten för lärande och diskussion. Enheten arbetar ständigt med att förbättra och utveckla sina tjänster efter brukarnas behov och önskemål.

Enheten arbetar utifrån Skärholmens värdegrund.

Ansvariga: Enhetschefer

Dokumentationsskyldighet

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

Assistansenheten i Skärholmen använder sig av ILS (Stockholms stads integrerade ledningssystem) för planering och uppföljning av verksamheten. Enheten utarbetar en Verksamhetsplan med uppföljningsbara mål som en del av ledningssystemet. Assistansenhetens egna åtaganden, arbetssätt och utvecklingsbehov följs upp och utvärderas tre gånger per år. I dessa uppföljningar redovisas avvikelser och missförhållanden som inträffat under perioden.

- Stadens tertialuppföljning 1
- Stadens tertialuppföljning 2
- Stadens bokslut.

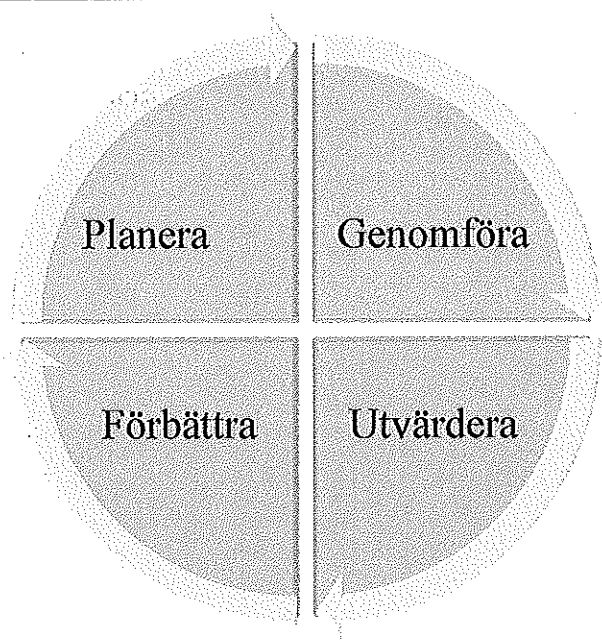
Assistansenheten använder sig av stadens IT-system ParaSol för dokumentation där avvikelser dokumenteras. Assistansenhetens rutiner för dokumentation är i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift. Medarbetarna dokumenterar hos brukarna samt ringer enhetschefer vid avvikelser som ska dokumentera i sociala system, ParaSol.

Synpunkter och klagomål tas alltid upp med berörd personal och på APT. Enheten följer stadsdelens policy vad gäller klagomåls- hantering och svarar alltid till berörd synpunkts ställare. Vid misstanke om missförhållanden görs en Lex Sarah anmälan. På enheten finns rutiner för hur denna anmälan ska gå till. Se bifogad rutin vid anmälan om hantering av klagomål-synpunkter och Lex Sarah.

Ansvarig: All personal är skyldig att ta emot synpunkter och klagomål och vidarebefordra dessa till ansvarig chef. Vid Lex Sarah omfattas var och en som är verksam inom omsorgen för personer med funktionshinder enligt LSS.

Ansvariga: Enhetschefer.

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2014



Enhetens namn
LSS bostaden
Nya Byviken

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	3
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	3
God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	3
Kvalitetsindikatorer	3
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	4
 Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	 5
Ansvarig chef	5
Brukare	5
Verksamhetsidé och organisation	5
Processer och rutiner	7
Samverkan	9
Riskanalys	9
Egenkontroll	10
Utredning av avvikelser	11
Förbättrande åtgärder i verksamheten	Fell Bokmärket är inte definierat.
Förbättring av processerna och rutinerna	12
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	13
Dokumentationsskyldighet	14

Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheterna i Skärholmen driver verksamhet enligt gällande lagstiftning och riktlinjer. Kravet på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.

Föreskriften SOSFS 2011:9 (M och S) ska hjälpa enheterna att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet samt tydliggöra enhetens ledningssystem.

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

1. 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 2. 16 § tandvårdslagen (1985:125),
 3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
 4. 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).
- 2 § Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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.

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.

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.

Kännetecknade för föreskrifter är att de är bindande och gäller generellt, allmänna råd består av generella rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas.

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

Verksamheten enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. De slår fast att allt

arbete och utformning av insatser alltid ska utgå från den enskildes behov och livssituation. När åtgärder rör barn ska hänsyn till barnets bästa särskilt beaktas.

Kvalitetsindikatorer

God kvalitet i socialtjänstens verksamheter kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter samt politiska beslut) som beslutats, samt att de:

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Är tillgängliga och jämlikt fördelade
- Är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

- Vi utvecklar verksamheten i samspel med brukare och medarbetare samt i dialog med politisk ledning.
- Vi bemöter alla med respekt.
- Vi tar tillvara olikhet och mångfald.
- Vi använder våra resurser väl.
- Vi är öppna och tydliga när vi kommunicerar.
- Vi samarbetar och skapar god stämning.
- Vi uppskattar ett gott arbete och bekräftar framgång.
- Vi ser möjligheter och tar tillvara allas kompetens.
- Vi tar ansvar för vår egen och Skärholmens utveckling.

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Kent Jansson
Vårholmsbackarna 110
127 44 Skärholmen
08-508 24 619
Kent.jansson@stockholm.se

Brukare

Vi vänder oss till äldre personer med utvecklingsstörning som beviljats insats enligt LSS. Nya Byviken är en LSS-bostad med f.n. 12 platser.

Verksamhetsidé och organisation

LSS bostaden erbjuder boende enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387 9 § 9).

Vi vänder oss till personer som beviljats insats enligt LSS och utgår alltid ifrån individens behov och önskemål. Tillsammans utformas det individuella stödet.

Samsyn och rutiner är grunden för att behålla, säkerställa och öka kvaliteten.

LSS bostaden ingår i avdelningen omsorg om äldre och funktionsnedsatta (ÄOF) vilket leds av en avdelningschef.

Inom avdelningens ledning och stab finns olika stödfunktioner i form av kvalitets controller, ekonomicontroller, samordnare och administratörer.

Personal

Inom LSS bostaden arbetar 19 medarbetare inklusive en enhetschef och en administratör.

Enhetschef ansvarar för att

- Verksamheten håller en god kvalitet
- Följa stadens integrerade ledningssystem och stadsdelsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Enheten har arbetssätt och rutiner för att säkerställa att verksamheten bedriver systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete.

Personalen ska medverka i enhetens systematiska kvalitetsarbete genom att

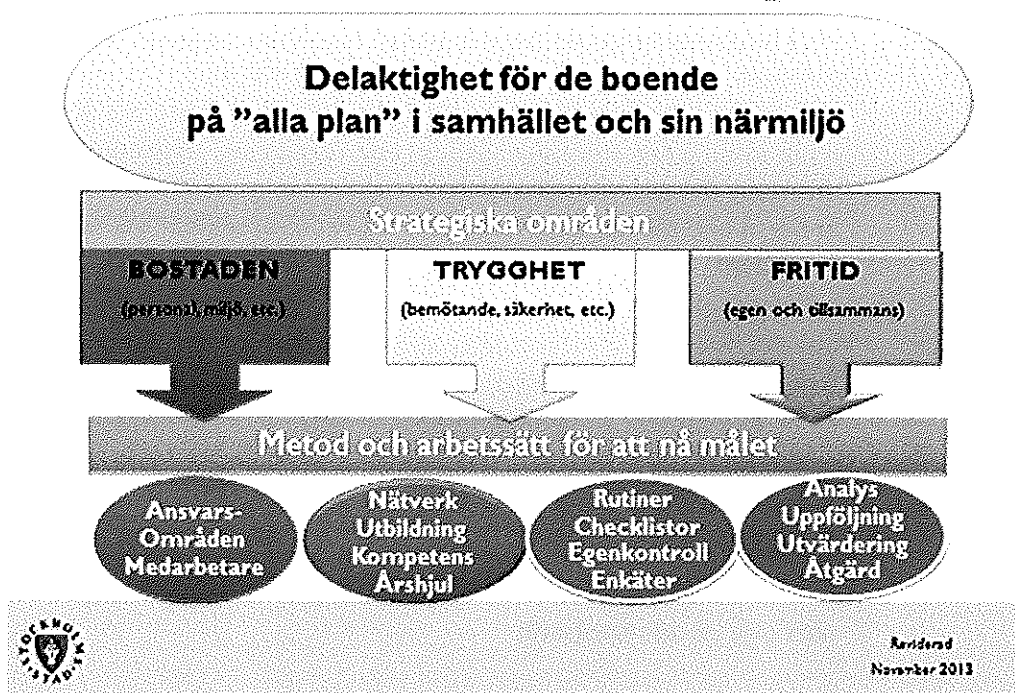
- Delta i enhetens planerings-, utvecklings- och kvalitetsarbete
- Följa åtaganden, arbetssätt och rutiner
- Delta i enhetens arbete med riskanalys
- Följa sin kompetensutvecklingsplan.

LSS bostaden ingår i nätverk med 11 andra LSS bostäder i Skärholmen. Den övergripande visionen är delaktighet för de boende på "alla plan" i samhället och sin närmiljö.

LSS bostäderna arbetar med strategiska områden:

- Boendes närmiljö – är trygg och anpassad efter individens behov.
- God omsorg i vardagen innefattar såväl självständighet som delaktighet utifrån den boendes förmåga.
- Ett varierat utbud av kultur- och fritidsaktiviteter

LSS bostäders vision och inriktning 2014



Ansvarig: Enhetschef

Processer och rutiner

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.

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.

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

För LSS bostaden upprättas varje år en verksamhetsplan.

I verksamhetsplanen planeras verksamheten för det kommande året med utgångspunkt i:

- Lagstiftning,
 - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
 - Kommunfullmäktiges mål (KF)
 - Stadsdelsnämndens mål
 - Boendes önskemål och behov
-
- Verksamhetsplanens inriktning och omfattning är anpassad till vad som krävs för att uppnå verksamhetens mål.
 - Ansvarsfördelning av kvalitetsarbetet är fastställt i kvalitetsdokumentet.

- Enskilda och andra, t ex brukarorganisationer, ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten.
- Medarbetarna är delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten.
- Kvalitetsarbetet dokumenteras och följs upp kontinuerligt.

LSS bostaden lyder också under socialtjänst- och förvaltningslagen. Övriga styrdokument för enheten är t.ex. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och ett Handikappolitiskt program för Stockholms stad.

Den årliga verksamhetsplanen och detta kvalitetsdokument utgör dokumentation av LSS bostadens ledningssystem.

Detta dokument beskriver hur kvalitetssäkringen praktiskt fungerar utifrån SOSFS 2011:9.

LSS bostaden garanterar en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamheten och dess kvalitet på följande sätt:

- Varje boende har en stödperson.
- För varje boende upprättas en genomförandeplan som är ett svar på biståndsbedömarens beställning av insatsen enligt LSS 9 § 9. Genomförandeplanen följs upp och utvärderas minst en gång per vilket är stödpersonens ansvar.
- Medarbetarna för individuell dokumentation kring de boende enligt lagens intentioner (LSS 21 a §, 21 b §). Dokumentationen är också ett kommunikationsstöd för vissa boende. Den individuella dokumentationen kontrolleras två gånger per år. Resultatet följs upp och analyseras enligt rutin.
- För att de boende i möjligaste mån ska kunna påverka och utforma sitt stöd använder LSS bostaden ett material som heter "Mitt behov av ditt stöd" som ett komplement till genomförandeplanen. I vissa fall används också individuella kommunikationsscheman.
- LSS bostaden följer ett Årshjul och har en kvalitets- och uppföljningspärm innehållande checklistor för planering och uppföljning av verksamheten. Dessa utarbetas i samband med upprättande av verksamhetsplanen och tillsammans med enhetscheferna för de 12 olika enheterna.
- LSS bostaden använder sig av stadens IT-system för social dokumentation (ParaSoL). Material som skrivs ut i det enskilda ärendet eller som inkommit skriftligt förvaras i brandsäkert skåp. Boende och gode män ges tillgång till dokumentationen efter sekretessprövning.

- Enheten har minst 10 arbetsplatsträffar (APT) med personal och ansvarig chef. Där får alla anställda information och möjlighet till dialog kring verksamhetens kvalitet. Personalmöten hålls kontinuerlig. Vid dessa möten diskuteras eventuella avvikelser, klagomål, synpunkter.
- Enheten har en till två planeringsdagar per år.
- LSS bostaden garanterar den bemanning som behövs för att klara uppdraget genom att utgå ifrån biståndsbedömarens beställning och stadens centrala nivåbedömning. Medarbetarnas schema läggs utifrån de boendes behov och revideras och diskuteras på APT samt vid upprättande och uppföljning av respektive boendes genomförandeplan.
- Vikarier rekryteras kontinuerligt för att täcka upp vid utbildning, sjukdom och tillfälligt ökat behov från boende. Tillfälligt ökat behov kan vara t.ex. boendes semester eller sjukdom.

Ansvarig: Enhetschef

Samverkan

Verksamheten har 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 akut-sjukhusen samt andra vårdgivare.

Verksamheten ansvarar för att

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

Vi samverkar vid upprättande av den boendes genomförandeplan tillsammans med den enskilde, god man eller närstående om den enskilde så vill.

Den boendes Stödperson deltar även i uppföljningar med daglig verksamhet, med biståndsbedömare, sjukvård, habilitering och andra i team kring de boende.

För att stärka de boendes delaktighet har LSS bostaden boendemöten och utvecklingssamtal. Dessa möten har en dagordning och personalen på boendet är ansvariga för planering av mötet.

Ansvarig: Enhetschef

Riskanalys

Vid större förändringar av verksamheten görs en riskanalys för att säkerställa en god arbetsmiljö för medarbetarna och att de boendes behov tillgodoses och att livskvalitet upprätthålls. Diskussion förs också med berörda parter som t.ex. fackliga organisationer och gode män.

Varje år upprättas en internkontrollplan för identifiering av riskbedömning. Planen baseras på följande indikatorer:

- sjukfrånvaro,
- dokumentation,
- upprättande av genomförandeplaner,
- nyckelhantering på enheterna,
- hantering av kassor och egna medel,
- läkemedelshantering.

Ansvarig: Enhetschef

Egenkontroll

Information om hur boende upplever sitt stöd och inflytande får enheten genom kontakter med boende, anhöriga, gode män och andra intressenter samt genom den årliga brukarundersökningen. Resultatet och inkomna synpunkter diskuteras på personalmöten samt enhetschefernas arbetsmöten. Resultat från brukarundersökningen redovisas i verksamhetsberättelsen.

Boendekonferenser och boendemöten protokollförs och följs upp på kommande möte och på APT/personalmöten.

För att säkerställa kvalitet inom LSS bostaden fastställs de strategiska områden i års hjul som sedan följs upp i checklistor som t.ex. brukarundersökning, kontroll av dokumentation, ombudsträffar. Mallar och metoder inom dessa områden revideras kontinuerligt av enhetschefer och medarbetare. Sammanställning av resultat följs upp på möten av enhetschefer och medarbetare.

LSS bostaden arbetar i nätverk med andra LSS bostäder i Skärholmen. Medarbetarna på enheten är ombud för olika områden så som kvalitet, dokumentation, säkerhet, hantering av kassor. Ombuden träffas minst en gång per år i nätverksträffar. Dessa träffar protokollförs och tas upp på enhetschefsmöte och personalmöten på enheterna. Aktiviteter inom området följs upp i tertial och i verksamhetsberättelsen.

Samordnare för sociala system genomför en internkontroll tillsammans med dokumentationsombuden en gång per år.

Utöver detta genomför dokumentationsombuden en internkontroll av löpande dokumentationen i ParaSoL på den egna enheten en gång per år (mars). Resultaten sammanställs och analyseras tillsammans inom avdelningen ÄOF och delges medarbetare och stadsdelsnämnden.

Verksamheten följs upp genom medarbetar- och brukarundersökningar årligen.

LSS bostaden genomför brandskydds rond och fysisk skydds rond i mars. Psykosocial skydds rond och boendeundersökning genomförs i samband med en årlig medarbetarundersökning (september-oktober).

Enheten deltar i stadens och stadsdelens revisioner och resultat redovisas i tertial och i bokslut. Uppföljning sker i avdelningens ledningsgruppsmöten, APT, personalmöten och enhetschefernas arbetsmöten.

Ansvarig: Enhetschef

Utredning av avvikelser

Synpunkter och klagomål

Verksamheten har en positiv inställning till synpunkter och klagomål och tar tillvara dessa för att utveckla och förbättra verksamheten. Det ska också vara enkelt för de boende och deras närstående att framföra sina synpunkter och klagomål.

LSS bostaden har rutin för synpunkter - klagomål och för avvikelshantering som finns och används inom stadsdelen. Lindrigare fel och brister hanteras i samverkan med berörda parter. Fel och brister diskuteras med berörda parter internt och externt. Åtgärder vidtas vid behov och allvarliga fel och brister följs upp av enhetschef.

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 tertiärrapporter och i verksamhetsberättelsen.

Lex Sarah

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

LSS bostadens följer stadsdelens riktlinjer kring Lex Sarah. Enhetschefen tar kontakt med stadsdelens Lex Sarah-ansvariga för att diskutera det som skett för att kunna omedelbart vidta de nödvändiga åtgärder som situationen kräver. Eventuella förändringar tas upp på möte för att skapa samsyn och medvetenhet. Lex Sarah tas upp i APT/planeringsdag minst en gång per år och vid introduktionsutbildning för sommarvikarier.

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. Anmälningar enligt Lex Maria hanteras i samråd med MAS.

Ansvarig: Enhetschef

Förbättring av processerna och rutinerna

Kvalitet är en högt prioriterad fråga inom LSS bostaden. LSS bostaden utvecklas tillsammans med boende, medarbetare och chef. Samsyn och gemensamma rutiner är grunden för att behålla, säkerställa och öka kvaliteten.

Resultat från olika undersökningar såsom brukarundersökningar, medarbetarundersökningar mm används i vårt utvecklingsarbete. Handlingsplaner upprättas över utvecklingsområden.

Rutiner uppdateras för att följa upp verksamheten på ett effektivare sätt.

Personalens scheman anpassas efter de boendes individuella behov så långt det är möjligt.

LSS bostaden har fem övergripande ansvarsområden utöver stödpersonskapet som innehas av personalen på enheten. I dessa områden identifieras rutiner och processer som underlättar genomförandet av arbetsuppgifter för all personal. På ombudsträffarna diskuteras ansvarsområden och förbättringsåtgärder.

Som arbetsredskap för all personal finns en Rutinpärm med tydliga rutiner som finns på enheten och digitalt. Personalen använder av sig årshjul och checklistor för att genomföra aktiviteter under året. Rutiner revideras årligen av enhetschefen i samråd med andra LSS bostäders enhetschefer.

Samtliga medarbetare ansvarar för att förbättra rutiner och processer som ökar kvaliteten.

Enhetens rutiner ska vara kända av samtliga medarbetare.

Ansvarig: Enhetschef och medarbetare

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med de lokala rutiner och riktlinjer för god kvalitet som finns. Kvalitetsarbetet tas upp på APT-möten för lärande och diskussion. Enheten arbetar ständigt med att förbättra och utveckla sina tjänster efter brukarnas behov och önskemål.

Personalen är LSS bostadens vitala resurs. LSS bostaden arbetar strategiskt för att medarbetarna ska ha den kompetens som krävs för att utföra arbetet. Vid nyrekrytering av tills vidare anställning kräver vi relevant utbildning och vi har regelbunden utbildning inom vissa områden så som SBA (systematiskt brandskyddsarbete), dokumentation, läkemedelshantering, avvikelshantering och hygien. Det förs en kontinuerlig dialog på APT, personalmöten och planeringsdagar kring behovet av kompetensutveckling.

De 12 LSS bostäderna i Skärholmen har gemensamma rutiner för det dagliga arbetet och introduktioner av nyanställda för att säkerställa kvaliteten. Enhetens medarbetare deltar i tvärgrupper och workshops som metoder för kvalitetsutveckling och för medarbetarnas delaktighet. Tvärgrupper och workshops innebär att perso-

nal från olika LSS bostäder kan träffas och utbyta erfarenheter och kunskap, detta anser vi gagnar arbetsmiljö och trivsel. Medarbetarna ges förutsättningar för en fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov. Vid medarbetarsamtal görs en individuell kompetensplan för anställda medarbetare utifrån verksamheten och den enskildes behov.

För att säkerställa medarbetarnas delaktighet har LSS bostadens kvalitetsarbete har vi

- regelbundna arbetsplatsträffar (APT) 10 st. per år, samt personalmöten och planeringsdagar där verksamhetens kvalitet, förutsättningar och utveckling diskuteras. APT, personalmöten och planeringsdagar dokumenteras.
- Ledningsgruppsmöten där enhetschef deltar
- Samverkansmöten med olika fackliga företrädare
- Samverkansmöten med rådet för funktionshinderfrågor
- Planeringsdagar enhetsvis, i nätverk och med ledningsgrupper.
- Arbetsmöten med enhetschefer och representanter från enheterna 1-2 gånger per kvartal för planering och uppföljning.
- Medarbetarsamtal minst en gång/år

Ansvarig: Enhetschef

Dokumentationsskyldighet

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

Dokumentation på individnivå

Ledningssystemet säkerställer 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

- följa och har arbetssätt och rutiner för hantering av handlingar enligt dokumenthanteringsplanen
- arbetssätt och rutiner följs upp
- det finns rutiner för hur dokumentationen följas upp, utvecklas och arkiveras.

Dokumentation enligt SoL och LSS

Utredning och dokumentation genomförs i stadens gemensamma IT-system för social dokumentation (ParaSoL).

En genomförandeplan upprättas utifrån biståndsbeslutet. Biståndsbeslutet anger vad som ska utföras och i genomförandeplan ska det framgå hur insatserna ska utföras. Den boende ska vara delaktig i upprättandet av planen. Anhöriga är delaktiga om den boende 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 sjukvårdsinsatser görs i Landstingets system som också omfattar avvikelserapportering och delegering. Dokumentationen görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Enheten följer stadsdelens policy vad gäller klagomålshantering och återkopplar alltid till berörda. Synpunkter och klagomål tas alltid upp med berörd personal och på APT. All personal är skyldig att ta emot synpunkter och klagomål och vidarebefordra dessa till ansvarig chef.

Vid misstanke om missförhållanden görs en Lex Sarah anmälan. På enheten finns rutiner för hur denna anmälan ska gå till.

Vid Lex Sarah omfattas var och en som är verksam inom omsorgen för personer med funktionshinder enligt LSS.

Sekretess

Enligt rutin har alla boende på enheten skrivit under en PUL som ger personalen på enheten möjlighet att dokumentera i sociala system.

De boende har även möjlighet att ta ställning till i vilken omfattning de vill att tillfälliga besök som elever och praktikanter ska medverka i personens vardag. Till detta ändamål används en mall, praktikanten i mitt liv. Blanketterna förvaras i den boendes akt (original) och i pärm (kopia).

Det material som skrivs ut i det enskilda ärendet eller som inkommit skriftligt förvaras i brandsäkert skåp.

Boende och gode män ges tillgång till dokumentationen efter sekretessprövning.

LSS bostaden har rutin för att ge information om sekretess/tystnadsplikt i yrket enligt Offentlighets- och sekretesslagen 2009:400.

Vid anställning används en checklista för introduktion där information om sekretess i yrket ges. Enheten får besök även av andra personer som elever, praktikanter mm. Även dessa personer skriver under avtalet.

Resultat av uppföljningar gällande avvikelser och missförhållanden redovisas i

- Tertialuppföljning 1
- Tertialuppföljning 2
- Verksamhetsberättelse/bokslut.

Ansvarig: Enhetschef