

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2015**

Barn- och ungdomsenheten

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	6
Samverkan	6
Risikanalys	6
Egenkontroll	7
Utredning av avvikelser	7
Förbättrande åtgärder i verksamheten	7
Förbättring av processerna och rutinerna	8
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	8
Dokumentationsskyldighet	8

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

Lena Svensson
Bodholmsplan 2
08-50824432

Brukare

Barn och ungdomar 0-19 år och deras familjer

Verksamhetsidé och organisation

Barn- och ungdomsenheten är organiserad inom Socialtjänsten.

Enhetens uppdrag är att utreda barn, ungdomar och deras familjer och vid behov bevilja insatser och följa upp dessa.

Utredningar genomförs enligt BBIC (Barns Behov i Centrum). Som komplement i våra utredningar använder vi ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) och SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) för att tydliggöra ungdomars problemområden och risk-och skyddsfaktorer. Ytterligare ett bedömningsinstrument som vi använder är ESTER (Evidensbaserad strukturerad bedömning av risk och skyddsfaktorer). I familjer med yngre barn arbetar vi utifrån Signs of Safety och med trygghets- och säkerhetsplaneringar. Barns och ungas nätverk kartläggs och tillvaratas i utredningar och insatser.

Beslutade insatser har konkreta mål och följs upp kontinuerligt. Vi utgår från väl grundade bedömningar och väljer insatser som bygger på vetenskaplig kunskap, brukarens erfarenheter, lokala omständigheter och professionell expertis.

Ansvarig: Lena Svensson

Processer och rutiner

Verksamhetens åtaganden dokumenteras i Verksamhetsplan 2015. Arbetsgruppen involveras i åtaganden och arbetssätt på APT i början av året och följs sedan upp kontinuerligt varje kvartal. Uppföljningen dokumenteras i Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen i slutet av året. Internkontroll och ROV lämnas som bilaga i Verksamhetsplan 2014 och följs upp vid Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Lena Svensson

Samverkan

Samverkan internt

Endast information som är relevant för att gagna den enskildes intressen informeras.

Samverkan externt

Vid samverkan mellan externa samarbetspartners inhämtas alltid samtycke av vårdnadshavare och i de fall den unge är myndig av den unge själv.

Samverkan kring den enskilde sker internt mellan stadsdelens olika enheter i de fall ungdomen/familjen är aktuell vid flera enheter.

Samverkan sker externt med BUP, polis, skola, vårdgivare m fl.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan.

Risakanalys

Årlig plan för internkontroll.
Se bilaga.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Se bilaga för Internkontroll

Egenkontroll

Handläggning och processer i enskilda ärenden följs regelbundet upp av biträdande enhetschef. Biträdande enhetschef och enhetschef utför genom stickprov granskning av dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för verksamheten och granskar på förekommen anledning dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T2

Enligt plan

Utredning av avvikelser

Dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar.
Se bilaga.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi diskuterar regelbundet åtaganden och arbetssätt på APT och i gruppmöten. Vi genomför årligen en brukarundersökning och brukarenkäten arbetas fram och utvecklas av arbetsgruppen. Resultat och förbättringar diskuteras på APT och i gruppmöten.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen. Vi skapar mallar och lathundar för att tydliggöra och för att lättare kunna följa upp att rutinerna fungerar. Alla dokument som avser rutiner samlas i gruppernas gemensamma mappar som är lätt tillgängliga för alla medarbetare i enheten.

Vid behov reviderar och uppdaterar vi våra rutiner.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschef och biträdande enhetschef har ett särskilt ansvar att bevaka lagändringar, riktlinjer och rutiner. Alla medarbetare informeras muntligen på APT och i gruppmöten, minnesanteckningar skrivs vid varje möte och all information och de dokument som berör alla samlas i gruppernas gemensamma mappar. Detta är för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Det är socialsekreterarna som i sitt dagliga arbete träffar barnen, ungdomarna och familjerna och har den direkta kontakten med dem. De ser och uppfattar brukarnas behov och önskemål och dessa erfarenheter är värdefulla för att utveckla och förbättra vår verksamhet. Vi diskuterar utifrån konkreta perspektiv och utgår ifrån dessa kunskaper när vi utvecklar kvaliteten i vår verksamhet.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan

Dokumentationsskyldighet

Alla enskilda ärenden följs kontinuerligt upp av biträdande enhetschef med stöd av checklista för dokumentation. Ev. åtgärder som behöver vidtas dokumenteras och följs skyndsamt upp.

Klagomål som kommer till stadsdelen och som berör Barn- och ungdomsenheten dokumenteras och besvaras direkt.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2015

Beställarenheten Omsorg om
äldre och stöd till personer
med funktionsnedsättning

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, verksamhetsidé och organisation	5
Processer och rutiner	6
Samverkan	7
Risikanalys	8
Egenkontroll	8
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

Ansvarig chef

Ercan Sahin

Bodholmsplan 2, 127 30 Skärholmen

Brukare, verksamhetsidé och organisation

Beställarenheten stöd till personer med funktionsnedsättning arbetar med utredningar och beslut samt uppföljning av ärenden som berör personer under 65 år med behov av stöd/bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) samt ärenden som rör personer i alla åldrar med behov av stöd/bistånd enligt lagen om stöd och service till personer med funktionsnedsättning (LSS). Enheten handlägger cirka 900 (640 personer) ärenden med insatser enligt SoL och LSS, riksfärd-tjänst och kommunalt bostadstillägg samt avgifter för de personer som tillhör vår målgrupp.

Beställarenheten stöd till personer med funktionsnedsättning har 10 heltidsanställda biståndsbedömare. Inom enheten arbetar tre biståndsbedömare med barn och ungdomsärenden upp till 21 år. Åldersgränsen kommer med största sannolikhet ändras under 2015. Ny gräns blir 0-till 19 barn och 19-till 65 vuxna.

7 biståndsbedömare arbetar med ärenden inom personkrets ett, två och tre med ärenden vuxna upp till 65 år enligt SoL.

Beställarenheten omsorg om äldre arbetar med inkomna ansökningar, utredningar, beslut och uppföljning av beslut för målgruppen över 65 år som är i behov av hjälp och stöd enligt SoL och LSS. Enheten handlägger cirka 1556 (1083 personer) ärenden med insatser enligt SoL och LSS, färdtjänst och riksfärdtjänst samt avgifter. Inom beställarenheten omsorg om äldre arbetar 12 handläggare, varav en handläggare arbetar halvtid med boendepåföljningar. Gruppen arbetar i två team. Färdtjänst handläggs också på enheten.

Beställarenheten omsorg om äldre och stöd till personer med funktionsnedsättning har 3 administratörer anställda som ansvarar för fakturahantering och kontroll, avgifter samt andra administrativa uppgifter.

Enhetschef och två biträdande enhetschefer leder arbetet på enheten.

Enheten omsätter totalt närmare 535 miljoner kronor per år och köper tjänster efter beslut om insatser, av utförare i kommunal och privat regi.

Samtliga biståndsbedömare är socionomer eller motsvarande och flertalet har påbyggnadsutbildningar inom området. Enhetschef och biträdande är socionomer med ledarskapsutbildning och andra vidareutbildningar.

De brukare som kommer i kontakt med vår enhet ska bemötas på ett respektfullt och rättssäkert sätt, där integritet och självbestämmande beaktas. Den enskilde brukaren och dennes anhörig/god man ska uppleva att de får en korrekt och tydlig information och en rättssäker handläggning. Brukaren ska uppleva tillit trygghet och medbestämmande.

Processer och rutiner

Verksamhetsberättelse och verksamhetsplan (kvalitetsgaranti) för enheten är dokumenterat i stadens ledningssystem (ILS).

Mål som kan följas upp utifrån lagstiftningen i SoL, LSS men också politiska mål fastställs i verksamhetsplanen. Kvalitetsarbetets inriktning och omfattning är anpassad till vad som krävs för att uppnå verksamhetens mål. Fördelning av ansvar i kvalitetsarbetet fastställs. Enskilda och grupper, såsom rådet för funktionshinderfrågor i stadsdelen, ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten. Medarbetarna görs delaktig i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten på olika sätt såsom arbetsplatsträffar, metodmöten, ärendedragningar och samverkan. Kvalitetsarbetet dokumenteras och följs upp kontinuerligt. Det görs genom uppföljning under tertial, i verksamhetsberättelser men också genom akt granskning och ärendedragningar, stickprov och olika former av statistik löpande under året samt brukarenkät.

Enheten arbetar för en systematisk, fortlöpande utveckling och säkring av verksamheten och dess kvalitet.

Ansvarig: Enhetschef

Samverkan

Enhetens rutinbeskrivning av hur samverkan och samarbete kring den enskilde sker, med beaktande av sekretesslagen och tystnadsplikten.

Internt: Samverkan och samarbete

Enheten deltar i samverkansmöten med förvaltningens olika verksamheter inom Socialtjänst och utförare i kommunal regi och självklart andra interna intressenter. Samverkansdokument finns. Vi informerar och deltar i stadsdelens nämnd och Rådet för funktionshinderfrågor och Pensionärsråd, samverkansgrupper med mera.

Två gånger i veckan har biståndsbedömarna ärendedragning för att säkerställa bedömningar utifrån den enskildes behov och lagstiftning.

Sekretess och tystnadsplikt råder alltid mellan verksamheterna enligt den lagstiftning som råder. På arbetsplatsträffar och planeringsdagar diskuteras organisation, arbetssätt, måluppfyllelse samt behov av förändringar på kort eller längre sikt. Syftet med samverkan är förstås att det ska gagna den enskilde brukaren.

Ansvarig: Ercan Sahin

Externt (med andra myndigheter och aktörer):

Biståndsbedömare deltar i externa möten som exempelvis barnhandläggarmöten med kollegor från andra stadsdelsförvaltningar var sjätte vecka. Landstingets barn- och vuxenhabiliteringar är samarbetspartners som vi ofta har kontakt med. Biståndsbedömarna och enhetschefen deltar i olika möten med Skärholmens barn – och ungdomspsykiatri, BUP, Reagera, landstinget, Försäkringskassan och Previa. Det förekommer telefonkontakter och möten med Försäkringskassan och landstingets vårdcentraler och i förekommande fall vårdplaneringsmöten på akutsjukhusen samt möten med utförare i staden.

Ansvarig: Ercan Sahin

Ansvarig för samverkansfrågorna och sekretessen i samband med samverkan är enhetschef.

Risikanalys

APT-möten, planeringsdagar och metodmöten är de forum där enhetens chef och medarbetare, i förekommande fall, diskuterar risker i arbetet eller planerade förändringar i verksamheten. Analys och noggranna förberedelser görs för att minimera fel. Riskerna dokumenteras och arbetsmetoder diskuterar med rutiner som följs upp bland annat genom stickprov eller andra kontroller. Fel eller klagomål som uppkommer diskuterar och justeras, se bilaga.

Ansvarig: Ercan Sahin

Egenkontroll

Fel och brister i verksamheten – vår internkontroll

En gång per år genomförs akt granskning (genomgång av akt innehåll samt genomgång av Paraply och Excel listor). Stickprov av akter. Beställarenheten har APT möten 10 gånger per år där fel och brister i verksamheten tas upp till diskussion. Fel och brister dokumenteras i APT-protokollet där beslut tas om hur man ska gå tillväga för att rätta till det som är fel. Där ska även dokumenteras det datum när felet/bristen ska vara åtgärdad. Uppföljning ska ske enligt beslut i protokollet.

Enheten har kontinuerligt ärendedragningar samt metodmöten där förbättringsområden diskuterar och åtgärdas. Stickprov av akter, journalanteckningar, beslut, utredningar och genomförandeplaner med mera görs regelbundet. Vi tar emot revision och åtgärdar sådant som måste förbättras. Vi genomför brukarenkäter och tar till oss kritik och klagomål för att förbättra verksamheten och hålla hög kvalitet.

Ansvarig: Ercan Sahin

Utredning av avvikelser

Enhetens rutinbeskrivning av hur synpunkter och klagomål hanteras:

Synpunkter och klagomål på verksamheten

Förebygga fel och brister:

Enheten arbetar enligt den systematiska klagomålshanteringen och Lex Sarah-rutiner som finns i stadsdelen där inkomna syn-

punkter, förslag och klagomål registreras och följs upp. Är dessa riktade till beställarenheten ska uppföljningen alltid ske direkt mellan chef och medarbetare. Återkoppling ges alltid till den enskilde.

Brukarundersökning görs årligen.

Utveckla verksamheten:

Vi ska informera brukaren om hans/hennes möjlighet att lämna in synpunkter, förslag och klagomål. Detta för att vi ska förbättra vårt bemötande av våra brukare samt hålla en god kvalitet på vår verksamhet.

Identifiera nya eller ej tillgodosedda behov:

Den enskildes alla synpunkter, förslag och klagomål ska respekteras och ses som en förbättringsmöjlighet i våra dagliga arbetsrutiner. Synpunkterna ska diskuteras på ärendedragningar, APT eller metodmöten så att alla nya eller ej tillgodosedda behov blir kända för alla enhetens medarbetare samt hur vi löser dem.

Ansvarig: Ercan Sahin

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Se svar ovan. Alla medarbetare är delaktiga i processen att ta fram verksamhetsplan utefter de mål och åtaganden vi har. Vi utvecklar arbetssätt, följer upp och utvecklar vår verksamhet kontinuerligt. Vi använder de resurser vi tilldelas klokt och tänker på hur vi använder våra resurser på bästa möjliga sätt.

Ansvarig: Ercan Sahin

Förbättring av processerna och rutinerna

Se ovan.

Ansvarig: Ercan Sahin

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.

Medarbetarna ges möjlighet att gå kompetenshöjande utbildningar och kurser. Enhetens biståndsbedömare har fått go 7.5 poängs fördjupningsutbildning i LSS och andra påbyggnadsutbildningar. Hela arbetsgruppens kompetens tas till vara på ärendedragningarna som äger rum två gånger i veckan där biståndsbedömarna och enhetschef diskuterar ärenden.

Medarbetarna ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov av kunskapsutveckling inom verksamheten genom att biståndsbedömaren ges möjlighet att förutom utbildningar anordnade av staden eller privata anordnare göra fältstudier, studiebesök och observationer i andra verksamheter för lärande av andras erfarenheter. Gruppen diskuterar arbetsmetoder, verksamhetsuppföljning och ekonomi kontinuerligt för att säkra en god kvalitet i verksamheten.

Medarbetarenkät (intern) görs årligen.

Ansvarig: Ercan Sahin

Dokumentationsskyldighet

Enhetens rutinbeskrivning av hur dokumentation – informationsöverföring – uppföljning av beslutad insats hanteras:

Handläggning och dokumentation av ett ärende

Anmälan eller ansökan
Förhandsbedömning
Vid anmälan; samtycke till utredning
Inleda utredning
Genomföra utredning
Sammanställa utredningsmaterialet
Kommunicera utredning
Fatta beslut
Kommunicera beslut och vid avslag bifoga besvärshänvisning.
Se till att beslutet verkställs t ex genom beställning
Följa upp beslut (utförrarplaner samt egen uppföljning)
Överklagan
Inkommit inom laga tid
Eventuell omprövning
Till domstol för prövning

Dokumentation av genomförande av beslutad insats

Finns tydlig akt ordning för fysiska akter som förvaras i akt skåp

Journal (Sociala system)

Utredning, beslut samt beställning (fysisk och Sociala system)

Genomförandeplan (Sociala system/Parasolsystemet)

Målen formuleras utefter den enskildes behov och önskningar samt efter de mål som återfinns i bla. lagrum, förarbeten och riktlinjer. Utöver detta finns ingen rutin på enheten för hur målen skall formuleras i genomförandeplan.

Hantering av uppgifter mellan olika ansvariga

Hantering av uppgifter mellan olika ansvariga hämtas från Webcare, genom telefonkontakt, fax, mail samt brev. Uppgifter som rör den enskilda dokumenteras i utredning och beslut. Beställningar skickas genom Paraplysystemet eller faxas till ansvariga. Uppgifter av betydelse förs in som journalanteckning. Klagomål hanteras efter de rutiner som finns.

Uppföljning och utvärdering av beslutad insats

När beslutet går ut kontaktas den enskilde av biståndsbedömare. Den enskilde kan även själv ta kontakt med biståndsbedömare. Ett möte bokas för uppföljning och utvärdering av beslutet. Andra ansvariga såsom utförare kan delta vid uppföljningen. Insatser/insatserna kan även följas upp och utvärderas vid individuell plan. Besluten ska följas upp minst en gång per år eller efter individuellt behov.

Ansvarig: Ercan Sahin

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2015

Ekonomiskt bistånd

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	6
Samverkan	6
Risikanalys	6
Egenkontroll	7
Utredning av avvikelser	7
Förbättrande åtgärder i verksamheten	7
Förbättring av processerna och rutinerna	7
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	7
Dokumentationsskyldighet	8

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 socialtjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Therése Grahn
Bodholmsplan 2
08-508 24 816

Brukare

Vuxna som bor och vistas i stadsdelen och som ansöker om ekonomiskt bistånd.

Verksamhetsidé och organisation

Enheten för ekonomiskt bistånd är organiserad inom Socialtjänsten.

Enhetens huvudsakliga uppgift är att bidra till att hitta lösningar och vägar till självförsörjning för de som ansöker om ekonomiskt bistånd. I utredningsarbetet inom ekonomiskt bistånd ingår både en ekonomisk utredning och en utredning av hela livssituationen. Gällande lagstiftning följs, Stockholm stads riktlinjer och Socialstyrelsens handbok är vägledande vid bedömning. Enhetens insatser är av god kvalitet och uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten i enlighet med de lagar och föreskrifter som styr verksamheten. Enheten ska under året tävla i kvalitetsutmärkelsen.

Enheten arbetar för att korta vägen till egen försörjning och att invånarnas behov av ekonomiskt bistånd minskar. Enheten arbetar aktivt för att minska långvarigt beroende av ekonomiskt bistånd. Forskning visar på att barn i familjer med yrkesarbetande föräldrar har bättre förutsättningar i sina liv än barn i biståndsmottagande familjer. Utifrån barnperspektivet är det extra viktiga att arbeta med att minska långvarigt bidragsberoende. Enheten arbetar aktivt för att frigöra och utveckla den enskildes egna resurser och med att klienterna i första hand har ett eget ansvar för sitt liv. Detta innebär att utnyttja alla de möjligheter som finns för att klara sin försörjning innan rätten till bistånd träder in.

Samverkan sker med andra enheter inom socialtjänsten samt med andra myndigheter och organisationer.

Ansvarig: Therése Grahn

Processer och rutiner

Enheten arbetar i ILS-webben för planering, uppföljning och resultatredovisning. Verksamhetens åtaganden dokumenteras i Verksamhetsplan 2015. Arbetsgruppen deltar i att ta fram åtaganden och arbetssätt på APT i samband med att Verksamhetsplanen skrivs. Uppföljningen av Verksamhetsplanen dokumenteras i Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Enhetens årliga plan för Internkontroll och ROV lämnas som bilaga i Verksamhetsplan 2015 och följs upp vid Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Therése Grahm

Samverkan

Samverkan internt

Enhetschefen ansvarar för att medarbetare har mottagit, förstått och signerat informationen gällande sekretesslagstiftningen och tystnadsplikten. Dokumentet sparas därefter i respektive personakt.

Samverkan externt

Vid samarbete med andra enheter, nämnder och övriga externa samarbetspartners är grundregeln att ha sökandens samtycke till att överföra information.

Den som ansöker om ekonomiskt bistånd ger sitt medgivande till socialtjänst att inhämta de uppgifter som behövs hos Arbetsförmedlingen, Arbetslöshetskassa, Centrala studiestödsnämnden, Fordonsregistret, Företagsregistret, Försäkringskassan, Jobbtorget, Kronofogdemyndigheten, Lantmäteriet, Migrationsverket, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och vid behov socialtjänst i annan stadsdel/kommun.

Ansvarig: Therése Grahm

Riskanalys

Risk- och väsentlighetsanalys bifogas Verksamhetsplanen 2015 samt görs vid förändringar i verksamheten.
Årlig plan för internkontroll bifogas till VP 2015.

Ansvarig: Therése Grahm

Egenkontroll

Handläggning och processer i enskilda ärenden följs regelbundet upp av biträdande enhetschef. Då medarbetare blir undrande över annans beslut/handläggning i ett ärende tas detta upp på arbetsmöten och/eller med biträdande enhetschef. Biträdande enhetschef gör fördjupad uppföljning av alla ärenden tillsammans med socialsekreterare två gånger om året. Rutiner finns för anmälan av felaktiga utbetalningar till FUT-utredare som utreder och polis-anmäler bidragsfusk. Vi följer upp att vi håller handläggningstid från första kontakt till första beslut.

Ansvarig: Therése Grahm

Utredning av avvikelser

Enheten följer förvaltningens dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar.

Ansvarig: Therése Grahm

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi diskuterar regelbundet åtaganden och arbetssätt på APT och i gruppmöten. Resultat och förbättringar diskuteras på APT och i gruppmöten.

Ansvarig: Therése Grahm

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen. Enheten skapar mallar och lathundar för att tydliggöra och för att lättare kunna följa upp att rutinerna fungerar. Alla dokument som avser rutiner finns samlade i enhetens gemensamma mapp på nätet. Vid behov reviderar och uppdateras enhetens rutiner.

Ansvarig: Therése Grahm

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschef och biträdande enhetschef har ett särskilt ansvar att bevaka lagändringar, riktlinjer och rutiner. Information vidarebefordras via mail. Alla medarbetare informeras muntligen på APT och i gruppmöten, minnesanteckningar skrivs vid varje möte och all information och de dokument som berör alla samlas i enhetens gemensamma mapp. Detta görs för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Medarbetarna har i sitt dagliga arbete kontakt med klienter. Medarbetarna uppmärksammar klienternas behov och önskemål. De förslag och klagomål som framförs är värdefulla för att utveckla och förbättra vår verksamhet.

Ansvarig: Therése Grahm

Dokumentationsskyldighet

Enheten dokumenterar och handlägger enligt det regelverk som finns. Alla enskilda ärenden följs kontinuerligt upp av biträdande enhetschef med stöd av checklista för dokumentation. De åtgärder som behöver vidtas dokumenteras och följs skyndsamt upp.

Alla muntliga eller skriftliga förslag, klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare, invånare och andra myndigheter beaktas. Stadsdelens rutiner kring klagomålshantering följs. Klagomålen och förbättringsförslagen redovisas på APT.

Ansvarig: Therése Grahm

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2015**

Vuxenenheten

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	6
Utredning av avvikelser	7
Förbättrande åtgärder i verksamheten	7
Förbättring av processerna och rutinerna	7
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	7
Dokumentationsskyldighet	8

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

Karin Rosenqvist
Storholmsgatan 3, 1 tr
126 36 Skärholmen
08-508 24 638

Brukare

Vuxenenheten vänder sig till vuxna från 19 år som missbrukar beroendeframkallande substanser och/eller har andra svårigheter som hindrar dem att leva självständigt.

Verksamhetsidé och organisation

Att utifrån givna resurser tillsammans med klienter och samarbetspartners ge insatser som leder till drogfrihet eller minskat beroende. Vi utreder, bedömer och beviljar insatser samt bedriver ett uppsökande arbete bland missbrukare. Vi använder utredningsverktyg såsom ASI för att mäta beroendegraden och dess konsekvenser för att utifrån det ge rätt avpassade insatser som leder till en skälig levnadsnivå. Vi är samlokaliserade och har avtal med beroendecentrum Sydväst.

Vuxenenheten har ett brett samarbete både inom och utom stadsdelen, med såväl professionella som frivilliga aktörer.

Enheten använder evidensbaserade behandlingsmetoder och i första hand prövas stadsdelens öppenvård om inte missbrukets art kräver andra insatser.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Processer och rutiner

Vuxenenheten arbetar i ILS-webben 4 gånger per år: Tertialrapporterna 1 och 2, verksamhetsberättelsen samt verksamhetsplanen.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Samverkan

Målsättningen är att ha ett överlag snabbt, effektivt och ändamålsenligt samarbete mellan enheterna.

Samverkan följs upp fortlöpande samt vid tertialer och verksamhetsberättelse.

Offentlighets- samt sekretesslagens intentioner följs. Vid såväl intern som extern samverkan efterfrågas alltid klienters sekretess-eftergifter för att på effektivast vis kunna samarbeta över gränserna i enlighet med sekretesslagen. Ingen samverkan avseende klienters vårdbehov sker utan klientens medgivande till samt önskemål om det. Om så behövs görs gemensamma vårdplaner.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Risikanalys

Se bilaga 2 (Vuxenenhetens årliga plan för internkontroll för 2014).

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Egenkontroll

Vuxenenhetens egenkontroll omfattar:

- Jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter.
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.
- Regelbunden granskning av journaler, akter och annan dokumentation.
- Undersökning av förhållningssätt och attityder bland personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- Inhämtande av synpunkter från revisorer, intressenter samt medarbetarenkäter.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Utredning av avvikelser

Vuxenenheten följer stadsdelens policy för klagomålshantering. Informationen används sedan till att förbättra verksamheten och öka den enskildes inflytande.

Anmälningar kan göras enligt Lex Sarah. Enhetschefen har utbildat sig i hantering i Lex Sarah. Klagomål avseende landstinget görs genom skriftliga och muntliga avvikelse rapporter.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Genom tertial- och verksamhetsrapporter i ILS, åskådliggörs enhetens brist- och förbättringsområden. Förbättringsområdena har listats i vår årliga plan för internkontrollarbete för 2014 (bilaga 2). Internkontrollplanen är en handlingsplan för kontroll och förbättringar som under året följs upp vid efterföljande tertialer.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Förbättring av processerna och rutinerna

Vi implementerar och utför ett systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete enligt stadens direktiv och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (*Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, Socialstyrelsen, 2007*). Vi följer stadens riktlinjer (*Riktlinjer för handläggning av insatser enligt Socialtjänstlagen till vuxna med missbruks-/beroendeproblematik, dnr: 325-1789/2010*), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd vid handläggning av insatser enligt SoL, och LVM (Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2006:5 (S)) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 (M och S)).

Vårt interna kvalitetsarbete grundar sig, såsom i alla kvalitetssystem, på att vi ständigt utvärderar och förbättrar våra rutiner och processer för att åstadkomma ständigt förbättrad brukarnytta.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

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 diskuss-

ion. Enheten arbetar ständigt med att förbättra och utveckla sina tjänster efter brukarnas behov och önskemål.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Dokumentationsskyldighet

Dokumentation i form av 11:1 SoL utredningar görs i alla ärenden där ansökan från enskild finns. LVM utredningar görs i ärenden där anmälan inkommit om att risk för LVM finns. Yttranden görs i körkortsärenden till transportstyrelsen. ASI görs i missbruksärenden för att bedöma graden av missbruk. Journalanteckningar görs löpande.

Ansvarig: Karin Rosenqvist



Stockholms
stad

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2015

Resursenheten

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	6
Samverkan	6
Risikanalys	6
Egenkontroll	7
Utredning av avvikelser	7
Förbättrande åtgärder i verksamheten	7
Förbättring av processerna och rutinerna	7
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	7
Dokumentationsskyldighet	8

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 socialtjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Sofia Björkvall
08-508 24 324

Brukare

Vuxna, barn och ungdomar som bor och vistas i stadsdelen och som genom biståndsbeslut beviljats insats i form av boende på Sättagårdsvägen 8, boendestöd, arbetsträning, KBT, CRA, familjebehandling eller OSA.

Skolfältarnas brukare är elever på Bredängsskolan och Sätterskolan som riskerar att inte gå ut grundskolan med gymnasiebehörighet.

Ungdomar i åldern 12-22 år kan vända sig till Ungdomsmottagningen.

Fältverksamheten arbetar gentemot stadsdelens barn och ungdomar i åldern 12-19 år.

Verksamhetsidé och organisation

Resursenheten är organiserad inom Socialtjänsten.

Syftet/Målet med verksamheten är att erbjuda insatser som stärker den enskildes resurser att leva ett självständigt liv.

Vi arbetar lösningsinriktat med respekt för individen samt tar hänsyn till lagstiftningens krav på rättssäker prövning.

Barnperspektivet ska alltid beaktas.

Socialsekreterarna gör utredning och planering tillsammans med sökanden om hur han/hon ska nå målet om ett självständigt liv. Noggrann uppföljning av planeringen görs regelbundet.

Vi erbjuder insatser till personer som beviljats bistånd av olika enheter inom socialtjänsten och samverkan sker med andra enheter inom socialtjänsten.

Vi ser till människors möjligheter och förmågor och samarbetar med andra myndigheter och organisationer för erbjuda individuella insatser som kan leda till ett självständigt liv.

Förebyggande arbete utförs av fältverksamheten och Ungdomsmottagning.

Processer och rutiner

Vi använder stadens WEBB ILS-system för planering, uppföljning och resultatredovisning. Verksamhetsplanen är en stor del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetens åtaganden dokumenteras i Verksamhetsplan 2015. Arbetsgruppen involveras i åtaganden och arbetssätt på APT i samband med skapandet av enhetens VP och följs sedan upp kontinuerligt varje tertiäl. Uppföljningen dokumenteras i Tertiäl 1 och Tertiäl 2 och i Verksamhetsberättelsen i slutet av året.

Enhetens årliga plan för Internkontroll lämnas som bilaga i Verksamhetsplan 2015 och följs upp vid Tertiäl 1 och Tertiäl 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Samverkan

Samverkan internt

Enhetschefen ansvarar för att medarbetare har mottagit, förstått och signerat informationen gällande sekretesslagstiftningen och tystnadsplikten. Dokumentet sparas därefter i respektive personakt.

Datasystemet Sociala system gör det möjligt för behandlare inom enheten att ta del av vuxenenhetens och barn- och ungdoms dokumentation i gemensamma ärenden.

Samverkan sker med olika aktörer inom egna förvaltningen.

Samverkan externt

Vid samarbete med andra enheter, nämnder och övriga externa samarbetspartners är grundregeln att få sökandens samtycke om överföring av information.

När man skriver handlings/genomförandeplaner lämnar man sitt medgivande att behandlaren, utan hinder av sekretess, vid behov kan samverka ske med andra namngivna aktörer.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Risakanalys

Risk- och väsentlighetsanalys görs i Verksamhetsberättelsen samt vid förändringar i verksamheten. Detta dokumenteras.

Årlig plan för internkontroll är som bilaga till VP 2015.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Egenkontroll

Medarbetarna har regelbundna möten där frågeställningar kring arbetet tas upp. Eventuella fel och brister uppmärksammas, analyseras och enhetschefen ansvarar för att dessa åtgärdas.

Intern granskning av ärenden görs kontinuerligt genom ärendegenomgång medarbetare emellan. Eventuella felaktigheter noteras och återkopplas till medarbetarna i syfte att undanröja brister och därmed förbättra arbetskvaliteten.

Enheten upprättar en risk- och väsentlighetsanalys samt åtgärdsplan i samband med verksamhetsplanen. Detta sker i det integrerade ledningssystemet WEBB-ILS.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för verksamheten och granskar på förekommen anledning dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Utredning av avvikelser

Enheten använder sig av förvaltningens dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi diskuterar regelbundet åtaganden och arbetssätt på APT och i gruppmöten. Resultat och förbättringar diskuteras på APT och i gruppmöten.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen. Vi skapar mallar och lathundar för att tydliggöra och för att lättare kunna följa upp att rutinerna fungerar. Alla dokument som avser rutiner samlas i enhetens gemensamma mapp som är lätt tillgänglig för alla medarbetare i enheten.

Vid behov reviderar och uppdaterar vi våra rutiner.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschef har ett särskilt ansvar att bevaka lagändringar, riktlinjer och rutiner. Alla medarbetare informeras muntligen på APT och i gruppmöten, minnesanteckningar skrivs vid varje möte och

all information och de dokument som berör alla samlas i enhetens gemensamma mapp. Detta är för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Det är medarbetarna som i sitt dagliga arbete träffar brukare och har den direkta kontakten med dem. De ser och uppfattar brukarnas behov och önskemål och dessa erfarenheter är värdefulla för att utveckla och förbättra vår verksamhet. Vi diskuterar utifrån konkreta perspektiv och utgår ifrån dessa kunskaper när vi utvecklar kvaliteten i vår verksamhet.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Dokumentationsskyldighet

Alla enskilda ärenden dokumenteras i Sociala system.

Alla muntliga eller skriftliga förslag, klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare, invånare och andra myndigheter beaktas. Stadsdelens rutiner kring klagomålshantering följs. Klagomålen och förbättringsförslagen redovisas på APT.

Ansvarig: Sofia Björkvall

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2015**

Socialpsykiatrienheten

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	6
Utredning av avvikelser	7
Förbättrande åtgärder i verksamheten	7
Förbättring av processerna och rutinerna	7
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	7
Dokumentationsskyldighet	8

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 socialtjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Karin Rosenqvist
Storholmsgatan 3
08-50824638

Brukare

Personer mellan 20 – 65 år med psykiatrisk diagnos samt ett långvarigt funktionshinder som ansöker om insatser från socialpsykiatri. Vi har också ett uppsökande ansvar för denna målgrupp.

Verksamhetsidé och organisation

Socialpsykiatrienheten är organiserad inom Socialtjänsten. Den består av en beställarenhet. Utförarenheten ligger under OÄF

Målet med verksamheten är att ge vår målgrupp insatser så att de kan leva ett mer självständigt liv vad beträffar boende, sysselsättning och social samvaro.

Vi arbetar lösningsinriktat och motiverande med respekt för individen samt tar hänsyn till lagstiftningens krav på rättssäker prövning.

Biståndsbedömarna gör utredning och planering tillsammans med sökanden om hur han/hon ska uppnå ett mer självständigt liv. Noggrann uppföljning av planeringen görs regelbundet.

Samverkan sker med psykiatrins olika delar samt andra enheter inom socialtjänsten.

Barnperspektivet ska alltid beaktas.

Vi ser till människors möjligheter och förmågor och samarbetar med andra myndigheter och organisationer för erbjuda individuella insatser som kan leda till ett självständigt liv på den nivå som den sökande önskar.

Rätten till bistånd provas enligt Socialtjänstlagen.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Processer och rutiner

Vi använder stadens WEBB ILS-system för planering, uppföljning och resultatredovisning. Verksamhetsplanen är en stor del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Inom valfrihetssystemet tillämpas en särskild modell för kvalitetsuppföljning som även finns i ILS systemet.

Verksamhetens åtaganden dokumenteras i Verksamhetsplan 2014. Arbetsgruppen involveras i åtaganden och arbetssätt på verksamhetsmöten, planeringsdagar samt APT i samband med skapandet av enhetens VP och följs sedan upp kontinuerligt varje kvartal. Uppföljningen dokumenteras i Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen i slutet av året. Enhetens årliga plan för Internkontroll lämnas som bilaga i Verksamhetsplan 2014 och följs upp vid Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Samverkan

Samverkan internt

Enhetschefen ansvarar för att medarbetare har mottagit, förstått och signerat informationen gällande sekretesslagstiftningen och tystnadsplikten. Detta går igenom vid anställningsavtalet som förvaras i personalakten.

Vi samverkar med andra enheter vid trepartsmöten. Resultatet dokumenteras i akten. Vi samverkar även generellt på konferenser m.m

Samverkan externt

Vid samarbete med andra enheter, nämnder och övriga externa samarbetspartners är grundregeln att få sökandens samtycke om överföring av information.

Främst samverkar vi med psykiatrins olika delar efter samtycke med sökanden. Vi inhämtar också samtycke om vi får ha kontakt med anhöriga och i så fall vilka.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Risakanalys

Risk- och väsentlighetsanalys görs i Verksamhetsberättelsen samt vid förändringar i verksamheten. Detta dokumenteras.

Årlig plan för internkontroll är som bilaga till VP 2015

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Egenkontroll

Beställningar görs i alla ärenden och leder till att utförarna gör en genomförandeplan. Uppföljning av beslut görs efter behov med utförarenheter – 3 mån, 6mån eller maximalt ett år. Vid behov följs beslut upp vid större förändringar.

Biståndsbedömare träffar boendestödsenheten samt boenden regelbundet för avstämning och utbyte av information.

Varje vecka går biståndsbedömarna genom sina förslag till beslut för diskussion och genomgång med enhetschefen.

Enheten upprättar en risk- och väsentlighetsanalys samt åtgärdsplan i samband med verksamhetsplanen. Detta sker i det integrerade ledningssystemet WEBB-ILS.

IVO är tillsynsmyndighet för verksamheten och granskar på förekommen anledning dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Utredning av avvikelser

Enheten använder sig av förvaltningens dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi diskuterar regelbundet åtaganden och arbetssätt på APT och i gruppmöten. Resultat och förbättringar diskuteras på APT och i gruppmöten.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen. Vi skapar mallar och lathundar för att tydliggöra och för att lättare kunna följa upp att rutinerna fungerar. Alla dokument som avser rutiner samlas i enhetens gemensamma mapp som är lätt tillgänglig för alla medarbetare i enheten.

Vid behov reviderar och uppdaterar vi våra rutiner.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschef har ett särskilt ansvar att bevaka lagändringar, riktlinjer och rutiner. Alla medarbetare informeras muntligen på APT och på verksamhetsmöten, minnesanteckningar skrivs vid varje möte och all information och de dokument som berör alla samlas i enhetens gemensamma mapp. Detta är för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Det är medarbetarna som i sitt dagliga arbete träffar brukare och har den direkta kontakten med dem. De ser och uppfattar brukarnas behov och önskemål och dessa erfarenheter är värdefulla för

att utveckla och förbättra vår verksamhet. Vi diskuterar utifrån konkreta perspektiv och utgår ifrån dessa kunskaper när vi utvecklar kvaliteten i vår verksamhet.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Dokumentationsskyldighet

Alla enskilda ärenden följs kontinuerligt upp. Enhetschefen följer stickprovsvis att dokumentationen görs.

Alla muntliga eller skriftliga förslag, klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare, invånare och andra myndigheter beaktas. Stadsdelens rutiner kring klagomålshantering följs. Klagomålen och förbättringsförslagen redovisas på APT.

Ansvarig: Karin Rosenqvist

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2015

Mottagningsenheten

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	7
Risikanalys	7
Egenkontroll	8
Utredning av avvikelser	9
Förbättrande åtgärder i verksamheten	9
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 socialtjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Fredrik Skoglund, enhetschef
Box 503, 127 26 Skärholmen

Brukare

Mottagningsenheten ska vara en serviceinriktad och effektiv ingång till stadsdelens socialtjänst med hög tillgänglighet. Alla boende i Skärholmen ska kunna kontakta Mottagningsgruppen och Relationsvårdsteamet för råd och stöd. När man vänder sig till oss ska man bli respektfullt bemött och få tydliga besked om huruvida man är berättigad till hjälp eller inte, samt få ett formellt beslut. Är sökande berättigad ska man snarast få kontakt med rätt instans. Är man inte berättigad till hjälp från socialtjänsten ska man få vägledning om vart man kan vända sig. Mottagningsenheten värnar om att socialsekreterare och chefer ska vara tillgängliga och tydliga i all kommunikation med brukaren. Relationsvårdsteamets arbete inriktar sig på att hjälpa och stödja våldsutsatta och våldsutövare. Socialtjänstens administration skall ge service in i verksamheten. Hyresrådgivningen skall arbeta vräkningsförebyggande med ett tydligt barnperspektiv.

Verksamhetsidé och organisation

Mottagningsenheten består av 24 medarbetare, en enhetschef, en samordnare 50 % för socialtjänstens administration. Enheten är indelad i tre olika grupper: Mottagningsgruppen, Relationsvårdsteamet och Socialtjänstens administration. Verksamheten styrs ytterst av Socialtjänstlagen, Förvaltningslagen och Offentlighets- och sekretesslagen. Kvinnofrids- och barnfridsfrågor, ekonomiskt bistånd, vuxna med missbruksproblematik och vräkningsförebyggande arbete är prioriterade områden för vår verksamhet. Rättssäkerhet, barnperspektiv, delaktighet och stöd till egna resurser är vägledande i vårt arbete.

Mottagningsgruppen tar emot anmälningar och ansökningar som kommer till stadsdelen gällande barn, unga och vuxna, handlägger LOB-anmälningar, hyres- och elskulder samt gör hembesök för att fastställa boendet vid andrahandskontrakt som inte blivit godkända av hyresvärden samt alla inneboendekontrakt. Handläggarna gör förhandsbedömningar i vuxen- och barnärenden och tar beslut om utredning ska inledas eller ställningstagande att ej in-

leda utredning och remitterar vidare till berörd enhet. Alla förhandsbedömningar gällande barn och ungdomar genomförs enligt BBIC - Barns Behov i Centrum. BBIC utgår från en helhetssyn av barnet/ungdomen, och risk- och säkerhetsfaktorer sätts i relation till föräldrarnas förmåga och faktorer i familj och miljö. Vid akuta behov görs nödprövningar och fattas beslut om akuta insatser som verkställs av handläggarna. Verksamheten erbjuder sig även att delta vid anmälningssmöten till förskolor och skolor vid orosanmälan. Mottagningsgruppen gör noggranna bedömningar av de anmälningar och ansökningar som inkommer till stadsdelen som rör både vuxna, barn, ungdom samt försörjningsstöd. Vid anmälan om förstagångsbrott gällande barn ska kontakt tas inom 48 timmar. Bedömningssamtal sker med polis. Föräldrasamtal ska hållas senast efter 48 timmar när en minderårig påträffats av polis eller socialtjänst och det gäller misstanke om brott eller droger. Många samtal och kontakter rör också rådgivning och hänvisning till andra stadsdelar/kommuner och myndigheter.

Relationsvåldsteamet är könsneutralt och erbjuder stöd till både våldsutsatta män och kvinnor och våldsutövande män och kvinnor över 18 år. Viktigt att belysa att det finns kompetens som byggt på i gruppen gällande våld mot äldre och funktionshindrade. Relationsvåldsteamet startade i augusti 2012 och har utvecklat arbetet med att våldsutövare skall hitta alternativa lösningar till våld och ge våldsutsatta stöd att hitta praktiska lösningar i sin situation och bearbeta våldet som de utsatts för. Våldsutövarna får behandling/stöd i att hitta alternativa lösningar till våld genom strukturerade arbetsmetoder (ATV). RVT kommer under 2015 att fortsätta utveckla stödet/behandling till våldsutövare genom metodutveckling. Givet är också den fortsatta metodutvecklingen till de våldsutsatta. Samverkansavtal är gjort med polisen och Relationsvåldsteamet. Riktlinjerna kring våld i nära relation från kommunfullmäktige kommer att fortsätta implementeras under 2015 i alla enheter med hjälp av Relationsvåldsteamet och ligger också som grund för en gemensam handlingsplan för arbetet med relationsvåld i Stockholms stad.

Socialtjänstens administration administrerar egna medel, gör postgirotbetalningar, daglig avstämning av försörjningsstöd och skickar ut avslagsbeslut. Posthantering och diarieföring av anmälningar/ansökningar som kommer till socialtjänsten görs på akt och register. Byråassistenterna lägger upp akter för hela individ- och familj och sköter gallring av akter. Administrationen hanterar fakturor och ger service in i förvaltningen. Under 2015 kommer arbetet med rutiner att prioriteras samt 4 nya medarbetare tillkommer.

Ett mål 2015 är att se över vilka administrativa uppgifter som kan övertas för att underlätta för andra enheter.

Hyresrådgivarens främsta syfte är att arbeta vräkningsförebyggande och motverka hemlöshet. Prioriterat arbete i det vräkningsförebyggande arbetet under 2015 kommer arbetet med Stockholms stads hemlöshetsstrategi att vara. I strategin slås det fast tre viktiga utgångspunkter, förebyggande insatser, att möta den akuta hemlösheten och steget vidare till eget boende och sysselsättning. Det vräkningsförebyggande arbetet med barnfamiljer har hyresrådgivarna fokus på. Hyresrådgivaren har kontakt med kommunala och privata värdar för att få ett gott samarbete och tidiga kontakter när personer får hyresskulder. Hyresrådgivaren gör hembesök i alla ärenden som söker ekonomiskt bistånd för att fastställa boende och vistelse. Hyresrådgivaren kommer fortsätta att samarbeta med budget- och skuldrådgivare. Under 2014 kommer det vräkningsförebyggande arbetet fortsätta fokusera på barnfamiljer och barnperspektivet med Stockholms stads hemlöshetsstrategi i fokus.

Processer och rutiner

Verksamhetens åtaganden dokumenteras i Verksamhetsplan 2015. Arbetsgruppen involveras i åtaganden och arbetssätt på APT i början av året och följs sedan upp kontinuerligt varje kvartal. Uppföljningen dokumenteras i Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen i slutet av året.

Internkontrollplan lämnas som bilaga i Verksamhetsplan 2015 och följs upp vid Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Fredrik Skoglund

Samverkan

Samverkan internt

Enhetens olika verksamheter samverkar in enskilda ärenden vid behov. Enhetschef deltar i samverkansmöten med biträdande enhetschefer varannan vecka.

Enheten deltar i olika samverkansgrupper.

Samverkan externt

Varje verksamhet inom enheten samverkar med andra relevanta myndigheter t.ex. skola, förskola, polis, BUP, m fl.

Kontaktpersoner finns för kris och stödgrupp, psykiskskörda mammor, samverkan skola förskola 0-11 samt ungdom 12-19 år skola. Enhetschef deltar i övergripande samverkansforum.

Ansvarig: Fredrik Skoglund

Riskanalys

-Risken att korttidsfrånvaron ökar. Det är vanligt att korttidsfrånvaron ökar när långtidssjukfrånvaron minskar. Riskanalys och förbättringsåtgärder är: Möjligheter till friskvård erbjuds medarbetare. På olika sätt arbetar vi för en god hälsa i Skärholmens stadsdelsförvaltning. Vi dokumenterar bland annat aktiviteter i ett "Friskvårdsprogram". Vi har också tagit fram en handlingsplan för hur hälsan kan öka och sjukfrånvaron minska. Friskvårdscoacher stödjer och uppmuntrar personalen till friskvård. Vi främjar delaktighet och ökad hälsa. Det är angeläget att ett hälsofrämjande förhållningssätt präglar verksamheten.

-Underlag för representation skall inte bli felaktiga och kommunens medel används felaktigt. Det finns rutiner för hur representation ska bokföras och vilka underlag som ska finnas med för att säkerställa att medel inte används till privata ändamål. Socialtjänstens administration har kontroll över hur upphandling och representationskvitton skall redovisas korrekt. Finns i årlig plan för internkontroll.

Ansvarig: Fredrik Skoglund

Egenkontroll

I Relationsvårdsteamet och Mottagningsgruppen görs regelbundna genomgångar av ärendena både i grupp och enskilt av enhetschef. Detta för att kontrollera att handläggningstid hålls samt att det är en jämn ärendefördelning. Samordnare och enhetschef går igenom alla ärenden på relationsvårdsteamet för att se att utredningstid hålls samt för att se insatser och placeringstid.

I övriga verksamheter rådgör man med kollegor i utredningar och tar hjälp av extern handledning. Enhetschef läser och granskar utredningar. Enhetschef och samordnare har regelbundna möten med de olika grupperna där man går igenom ärenden vid behov.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för verksamheten och granskar på förekommen anledning dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Ansvarig: Fredrik Skoglund

Utredning av avvikelser

Dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar finns.

Ansvarig: Fredrik Skoglund

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi diskuterar regelbundet åtaganden och förbättringar på gruppmöten och APT.

Ansvarig: Fredrik Skoglund

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen samt med andra enheter. Vid behov reviderar och uppdaterar vi våra rutiner. Alla rutiner har samlats i en rutinpärm. Relationsvårdsteamet har utarbetade rutiner kring handläggning, dokumentation, uppföljning, samverkan samt statistikföring. Skriftliga rutiner i Socialtjänstens administration är skapade.

Ansvarig: Fredrik Skoglund, biträdande enhetschef och samordnare.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enheten arbetar ständigt med att förbättra och utveckla sina tjänster efter brukarnas behov och önskemål utifrån de förutsättningar som finns. Arbeta med att utveckla och förbättra rutiner och effektivisera samarbetet har skett under hösten och kommer fortsätta under verksamhetsåret 2015. Nya brukarmål är framtagna för 2015. Detta diskuteras på gruppmöten och planeringsdagar.

Ansvarig: Fredrik Skoglund

Dokumentationsskyldighet

Vi dokumenterar enligt riktlinjer och följer och utvecklar varje verksamhets rutiner.

Rapport och uppföljningar görs i ILS-systemet vid varje tertiäl.

Rutiner finns för lex Sarah. Klagomål tas emot och hanteras skriftligt.

Ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet
10 (10)

Ansvarig: Fredrik Skoglund