

Ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet 2016

Daglig verksamhet utförarenheten

Vara verksamheter

- Fönstret
- Maskottinen
- Ålgryte
- Milanslingen
- Yrkesgruppen

• Projektarbets nya
verksamheter 2016

Kristi Naskali
Enhetschef

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	3
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	3
God kvalitet inom verksamheter som berörs av Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Socialtjänstlagen (SoL)	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	11
Risikanalys	11
Egenkontroll	14
Utredning av avvikelser	15
Förbättrande åtgärder i verksamheten	16
Förbättring av processerna och rutinerna	17
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	17
Dokumentationsskyldighet	17

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 männi-

skornas 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

Kirsi Naskali

Brukare

Insatsen daglig verksamhet enligt LSS för vuxna riktar sig till personer med funktionsnedsättning enligt personkrets 1 och 2, LSS som är i yrkesverksam ålder och som saknar förvärvsarbete eller inte går på någon utbildning.

Verksamhetsidé och organisation

Beskrivning

Skärholmens stadsdelsförvaltning bedriver i egen regi ett antal dagliga verksamheter med olika inriktningar. Dessa är följande:

- Måsholmen, inriktning autism. Plats för cirka 17 brukare var av för tre brukare kan eget arbetsrum erbjudas.
- Fönstret, inriktning förvärvade hjärnskador. Plats för cirka 12 brukare. Inte tillgång till egna arbetsrum.
- Mälarslingan, inriktning autism med utmanade beteenden och självskadebeteenden. Plats för 5 brukare. Alla har eget arbetsrum.
- Ålgryte, inriktning utvecklingsstörning. Plats för cirka 25 deltagare. Inte tillgång till egna arbetsrum.
- Yrkesgrupper, inriktning högfungerande autism och lindrig utvecklingsstörning. Platser totalt cirka 12. Enheten bedriver verksamhet i Hjälpmedelcentralen Syd, Transport och Servicegrupp på förvaltningshuset i centrala Skärholmen.

Utföraren ansvarar för att verksamheten utförs enligt de lagar, föreskrifter och riktlinjer som följer av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, offentlighets- och sekretesslagen, hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, diskrimineringslagen, arbetsmiljölagstiftning och övriga vid varje tillfälle tillämpliga lagar.

Utföraren iakttar allas likhet inför lagen, saklighet och opartiskhet. Verksamheten bedrivs religiöst och politiskt obundet och uppmärksammar och tillgodoser den enskildes behov av stöd. Daglig verksamhet är utformad efter den enskildes behov och ger personer med funktionsnedsättning möjlighet till en meningsfull sysselsättning. Verksamheten är utformad så att den bidrar till att

öka personens förutsättningar att senare få en anställning i arbetslivet.

Insatsen är utformad så att den enskildes förmåga, resurser och önskemål tas tillvara. Vid insatsernas utförande beaktas den enskildes självbestämmande, integritet och trygghet. Utföraren visar hänsyn till varje unik person utifrån kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder.

Verksamheten bygger på ett förhållningssätt i enlighet med evidensbaserad praktik. Det innebär att insatserna utformas utifrån bästa tillgängliga kunskap, medarbetarnas erfarenheter och den enskildes önskemål och erfarenheter.

Utföraren ansvarar för att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering och hjälpmedel på primärvårdsnivå.

Utföraren ansvarar inte för läkarinsatser.

Personal

I enheten arbetar cirka 24 medarbetare inklusive en enhetschef och koordinator.

Personalen som arbetar inom enheten kallas i huvudsak för Arbetshandledare/vårdare och har vanligtvis utbildning på gymnasial nivå. Några saknar formell utbildning men har lång erfarenhet och ett fåtal har eftergymnasial utbildning så som pedagogisk utbildning och hantverkspedagog. Enheten leds operativt av en enhetschef med eftergymnasial utbildning på högskolenivå.

Verksamheten ingår enheten i avdelningen Omsorg om Äldre och funktionsnedsatta.

Enhetschefens uppdrag är att leda enheten och säkerställa god kvalitet inom fastställd budget. Enhetschefen ansvarar för personalens fysiska och psykiska arbetsmiljö samt utvecklings- och lönesamtal.

Medarbetarnas huvuduppdrag är stödpersonskapet. Uppdraget innebär bland annat huvudansvaret för en eller flera brukare och att insatsen utförs enligt biståndsbeslut. Utöver detta huvuduppdrag sköter medarbetarna dokumentation, elev- och praktikanthandledning samt har ett eller flera speciellt valda ansvarsområden.

Medarbetaren ansvarar för att utföra sitt arbete enligt skrivna riktlinjer för kvalitet och samarbetar och samverkar med interna och externa kontakter. Medarbetaren skall vara lojal inom uppdraget.

Ansvarig: Enhetschef

Processer och rutiner

Utförarprocesser kan beskrivas enligt följande:

Uppstart

Brukare, biståndshandläggare, närstående, god man, samordnarna i särgymnasieskolor m fl. kontaktar verksamhetens Koordinator om plats och/eller planera praktik i den dagliga verksamheten. Koordinator har till uppgift att presentera verksamheterna och anvisa plats till rätt verksamhet samt medverka tillsammans med stödpersonen att brukaren får en trygg start genom att arbeta enligt rutin som finns.

Insatsen daglig verksamhet ska för den enskilde alltid föregås av ett biståndsbeslut enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Beställning

Handläggarenheten ansvarar för att delge beställning till den utförare som den enskilde valt. Utföraren ansvarar för att inom sin verksamhet anvisa lämplig sysselsättning för den enskilde och för att den enskilde introduceras i verksamheten.

Verkställighet

När den enskilde valt utförare och utföraren fått beställningen insatsen planeras individuellt och beslutet verkställas snarast men senast inom en månad.

Förändrade behov

Utföraren meddelar beställaren om den enskildes förändrade behov som kan ställa krav på annan verksamhet, insats eller volym. Förändrade behov dokumenteras och kan innebära reviderat eller nytt beslut från handläggaren.

Stödperson

Den enskilde erbjuds en stödperson i samband med verkställighet. Utföraren har riktlinjer för stödpersonens uppdrag. Utföraren informerar och utbildar stödpersonen om vilka åtaganden och vilket ansvar uppgiften omfattar. Utföraren arbeta för ett gott samarbete/relation med närstående. Den enskilde/närstående informeras alltid om aktuell stödperson och dennes ersättare.

Genomförandeplan

Verksamheten präglas av helhetssyn och kontinuitet och utförs med flexibilitet, hög kvalitet och stor respekt för den enskilde.

Den enskilde har rätt till inflytande, integritet och delaktighet och insatserna utförs i samråd med den enskilde.

En väsentlig del av den enskildes individuella inflytande är genomförandeplanen, där planen alltid utformas tillsammans med den enskilde/företrädare. Om den enskilde inte varit delaktig orsak och hur man arbetat för delaktighet framgår av dokumentationen.

Genomförandeplanen bygger på beslutade insatser och utformas i enlighet med den enskildes behov och önskemål. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur samt målet med aktiviteten. Planen hålls aktuell och användas som ett arbetsredskap i det dagliga utförandet av insatsen.

Utföraren ansvarar för att en individuell genomförandeplan skriftligen upprättas utifrån varje gällande biståndsbeslut. Planen upprättas tillsammans med den enskilde som ges möjlighet att vara delaktig och ha inflytande över planering och genomförande av sina insatser.

När genomförandeplanen är fastställd och underskriven ska godkännande datumet skrivas i ParaSoL systemet.

Planen innehåller konkreta och mätbara mål för den dagliga verksamheten samt en redogörelse för hur detta ska genomföras. Av planen framgår hur ansvaret för olika insatser fördelas.

Den genomförandeplan som upprättas vid insatsens början, senast inom 2 veckor enligt Stockholms stads riktlinjer efter verkställighet, utgör tillsammans med biståndshandläggarens beställning grunden för uppföljning och utvärdering av genomförandeplanen. Planen revideras och följs upp minst en gång om året tillsammans med brukaren, biståndshanläggaren och stödpersonen samt andra personer som brukaren vill ha med i det mötet.

Efter att dokumentet har godkänts i ParaSoL får biståndshandläggaren planen elektroniskt via ParaSoL systemet.

All dokumentation förvaras i låsta, brandsäkra arkivskåp i verksamheten.

Utföraren följer arkivlagen och stadens regler för arkivering och gallring av journaler.

Förändrade behov

Utföraren meddelar beställaren om den enskildes förändrade behov ställer krav på annan verksamhet, insats eller volym. Förändrade behov dokumenteras i ParaSoL. Anmälan om förändrade behov kan innebära reviderat eller nytt beslut från handläggaren.

Arbetsmetoder

Verksamheten betonar det individanpassade arbetssättet. Metoder anpassas till den unika individen. Att arbetsuppgifter och sysselsättning utgår från individens och hans eller hennes färdigheter är en viktig utgångspunkt.

Följande metoder används i verksamheterna:

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handi-capped Children) är ett program som ursprungligen vänder sig till personer med autism och autismsliknande tillstånd.

Följande komponenter ingår i detta sätt att arbeta: organisation av den fysiska miljön, en förutsägbar arbets/aktivitetsordning, visuella scheman, rutiner med flexibilitet, strukturerade arbets- och aktivitetssystem och visuellt strukturerade aktiviteter. Delar av detta syftar till exempel till att förstå vilken arbetsuppgift personen förväntas ägna sig åt, hur länge aktiviteten ska pågå, hur personen ska förstå att arbetet går framåt och när arbetet är färdigt samt vad som händer när arbetsuppgiften är avklarad. Personer med autism får hjälp med att förstå att situationer är meningsfulla och förutsägbara och ingår i ett sammanhang. Genom individanpassning söker man en kommunikationsnivå som är lämplig; från konkreta föremål till skrivna ord.

Tydliggörande pedagogik

Den tydliggörande pedagogiken har till viss del inspirerats av TEACCH. Den tydliggörande pedagogiken användas friare och anpassas efter brukarna och verksamheten.

Syftet med tydliggörande pedagogik är att

- konkretisera det abstrakta
- skapa struktur i en svårbegriplig värld
- skapa lugn

För personer med utvecklingsstörning kan det talade språket kompletteras med skriven text, bilder eller föremål.

Schema

Inom tydliggörande pedagogik spelar schema en viktig roll. För att brukaren ska få överblick över dagens aktiviteter. Schemans innehåll och begriplighet är anpassade till de olika individerna. Schemat kan innehålla uppgifter om när det är dags att utföra en aktivitet. Scheman består av skriven text, pictogram alternativt bilder eller objekt som visar delar av innehållet i dagen, fotografier på den personal som ansvarar för brukaren under arbetsdagen. För de som kan läsa är aktiviteten och namnen uppskrivna. Schemat är helt individanpassat och kan användas på olika sätt. Ambitionen bakom är att dagen ska bli så förutsägbar som möjligt.

Ibland förstärks schema med olika hjälpmedel för att markera tid och hur länge aktiviteter ska pågå. För att tydliggöra när en aktivitet börjar och slutar kan fotografiet/pictogrammet tas bort när aktiviteten är slut. Parallellt kan timers eller timstock användas. Det finns också andra tillvägagångssätt att konkretisera tid och aktivitet.

Vid en daglig verksamhet som riktar sig till personer med grav utvecklingsstörning, där merparten saknar språk, markeras veckodagen och dagens början och slut med speciella ritualer.

För att tydliggöra veckodagen används olika färger.

Bakom schemaläggning av dagen och särskiljande av dagen från de andra veckodagarna ligger tanken om att överskådlighet och kontroll är viktigt för personer med autism och personer med utvecklingsstörning.

Rutiner

Fasta rutiner ses i likhet med schemat som ett sätt att göra dagen förutsägbar. Rutinerna beskriver hur man gör för att genomföra till exempel en måltidssituation så att vissa moment är desamma varje gång. Rutiner kan ses som moment eller situationer som återkommer, där de berörda redan vet vad de ska göra och hur, eftersom det alltid upprepas. Saker och ting händer också i en viss ordning. Rutinerna blir något att hålla sig till som ger säkerhet.

Sociala berättelser

Sociala berättelser är en metod för personer inom autismspektrumtillståndet som används som hjälp vid sociala situationer och socialt samspel. Metoden passar bäst för dem som har intakta grundläggande språkliga förutsättningar som personer med högfungerande autism eller lindring utvecklingsstörning.

I samband med sociala berättelser används ibland också seriesamtal. Då beskrivs sociala situationer i form av en tecknad serieberättelse.

Överenskommelser, kontrakt, avtal

Syftet med kontrakt är att förändra brukarens beteende men också att få brukaren att fundera och gå in i en inre dialog med sig själv. Personer med lindrig utvecklingsstörning respektive högfungerande autism skriver skriftliga kontrakt med verksamheten. Överenskommelsen kan till exempel avse att bete sig på visst sätt i en viss situation. Överenskommelsen undertecknas av brukaren.

Teckenekonomi

För att uppmuntra och förstärka ett bra beteende använder man sig ibland av s.k. teckenekonomi. Det är ett system som bygger på en belöning som är individuellt anpassad när vissa uppgifter är utförda. Uppgiften som ska utföras och belöningen måste därför vara väl avvägda, så att de verkligen stimulerar brukaren till att utföra uppgiften.

Sinnesstimulering

Sinnesstimulerande aktivering. I en avskalad miljö, oftast ett vitt rum, utlöser man ljus-, ljud-, smak- eller musikimpulser. Genom anpassade aktiviteter försöker man nå fram till den utvecklingsstördes sinnen. Dessa upplevelser ska ge individen ökade förutsättningar till kommunikation och utveckling.

Grepp om livet

Grepp om livet –en vägledningsmaterial till begåvningsstöd är en metod för att ta reda på vilka svårigheter vuxna personer med utvecklingsstörning har i sin vardag, och analysera vilken typ av stöd de behöver för att få ett mera självständigt liv.

Skapande aktiviteter

Skapande är en metod som används inom en verksamhet för personer med betydande och bestående begåvningsmässig funktionsnedsättning efter hjärnskada i vuxen ålder men också i alla verksamheter med personer som har en utvecklingsstörning. Här vill vi att brukarna genom träning ska behålla sina funktioner så långt det går.

Skapande aktiviteter består av datoranvändning, fysisk träning, hantverk, köksträning, musikterapi, sällskapsspel, social samvaro och taktik stimulering. De anställda arbetar oftast med en till två personer i taget.

Taktil stimulering

Taktil stimulering är ett strukturerat sätt att röra en människa, en medveten och strukturerad beröring som aktiverar huden.

RGRM

Öva minnet med hjälp av musik och färger. Speciellt anpassad för personer med förvärvade hjärnskador.

Ansvarig: Enhetschef

Samverkan

Utföraren samverkar med brukaren, dennes närstående/legal företrädare (god man, förvaltare) och för den enskilde andra viktiga personer i den utsträckning som den enskilde medger. Alla led i planering kring den enskilde ska föregås av denna samverkan. Vi bedriver samverkan med:

Brukarinflytande

Verksamheten präglas av helhetssyn och kontinuitet och utförs med flexibilitet, hög kvalitet och stor respekt för den enskilde. Den enskilde har rätt till inflytande, integritet och delaktighet och insatserna utförs i samråd med den enskilde.

En väsentlig del av den enskildes individuella inflytande är genomförandeplanen, där planen alltid utformas tillsammans med den enskilde/företrädare. Om den enskilde inte varit delaktig, orsaken och hur man arbetat för delaktighet framgå av dokumentationen.

Genomförandeplanen bygger på beslutade insatser och utformas i enlighet med den enskildes behov och önskemål. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur och de individuella målen med aktiviteter.

Planen hålls aktuell genom uppföljningar 1-2 gånger om året och oftare vid behov och används som ett arbetsredskap i det dagliga utförandet av insatsen.

Närstående till brukaren

Anhöriga bemöts med respekt och vid behov stöd ges även till anhöriga. Personalen informerar anhöriga om vilka stödformer som kan erbjudas. Detta ställer krav på att samtliga i personalgruppen har tillgång till information om vilka stödformer som anhöriga/närstående kan erbjudas, ex vis anhörrådgivare som finns i Skärholmens stadsdelsförvaltning.

Studieförbund

Samarbete med studieförbund eftersträvs i syfte att tillgodose den enskildes sociala, kulturella och individuella behov. Studieförbund anlitas att bedriva studiecirklar där brukare får stimulans och personlig utveckling.

God man/förvaltare

Utföraren är ansvarig för att skapa goda kontakter och kontinuerligt ha en dialog med den enskilde och dennes legala företrädare om verksamhet och om brukarens personliga förhållanden om brukaren har gett sitt tillstånd till det.. Stödpersonerna är ålagda att först och främst sköta den kontakten.

Myndigheter

Utföraren samverkar med de förvaltningar och myndigheter som är av betydelse för den enskildes vård och omsorg och livsföring i övrigt ex vis Arbetsmarknadsförvaltningen, Idrottsförvaltningen, Habilitering, Autismcentrum, Hjärnkraft mm.

Daglig verksamhet strävar efter att de enskilda, där det framgår av genomförandeplanen att målet är att få en anställning, har bästa möjliga förutsättningar för att träda in på eller återinträda på arbetsmarknaden. Det förutsätter att det finns ett samarbete och dia-

log mellan daglig verksamhet och arbetsförmedling, vuxenutbildning, företag och organisationer.

Beställaren

Utföraren samverkar med beställarorganisationen och deltar i uppföljningsmöten och annan planering ex vis kring brukarens Individuella plan. Utföraren lämnar statistik och uppgifter som efterfrågas av nationella myndigheter, andra organisationer och beställaren.

Beställaren och/eller avdelningen omsorg och äldre och funktionsnedsatta samt de administrativa avdelningar gör uppföljningar av verksamheten utifrån de krav som ställs, uppföljningen är såväl generell som riktad även MAS följer upp verksamheten ur hälso- och sjukvårds synpunkt. Oanmällda besök kan ske i verksamheterna.

Utföraren medverkar vid uppföljning eller bistå med underlag för att genomföra uppföljningen.

Utföraren deltar i interna utbildningar och informationsträffar som anordnas av socialförvaltningen.

Nämnden

Verksamheten upprättar varje år en verksamhetsplan som följs upp via tertialer 2 gånger om året samt ett bokslut. Verksamheter skriver kvalitetsgarantier och riskanalyser för verksamheten. Kvalitetsgarantierna följs upp i samband med tertial och bokslutsarbetet.

Hälso- och sjukvård

Utföraren samverkar med LSS hälsan sedan den 1/10 2015.

Denna aktör hjälper verksamheten att bedriva säker medicinsk vård. Det är speciellt viktigt i gränssnittet mellan olika ansvarsområden. För att den enskilde ska kunna känna sig trygg och få bästa möjliga vård och omsorg måste det finnas en god kommunikation och samsyn.

De viktigaste professionella samarbetspartnerna är LSS hälsan landstingets psykiatriska öppenvård, kommunens biståndshandläggare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, intresse- och brukarföreningar, habiliteringen, autismcentrum,

Ansvarig: Enhetschef

Risikanalys

Vid större förändringar av verksamheten görs en riskanalys för att säkerställa en god arbetsmiljö för medarbetarna och brukarna. Diskussion förs med berörda parter som t.ex. fackliga organisationer.

Riskbedömningar utförs av medarbetare och chef i samverkan. I de fall det bedöms finnas en risk för arbetsmiljöproblem, tas varje enskilt fall upp i lokal samverkansgrupp. Skyddsombudet deltar i arbetet med riskbedömningen då det krävs.

Ansvarig: Enhetschef

Egenkontroll

Verksamheten bedriver egenkontroll, d.v.s. systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Information om hur den enskilde upplever sitt stöd och sin delaktighet får enheten genom stödpersonerna och god man/närstående.

Enheten upprättar årligen en internkontrollplan för identifiering av risker och problem i verksamheten. Planen innehåller följande indikatorer:

- Sjukfrånvaro/frisknärvaro
- Avvikelser och synpunkter
- Genomförandeplaner
- Nyckelhantering på enheterna
- Läkemedelshantering

I de verksamheter där brukarmöten är aktuellt hålls möten varje månad och minnesanteckningar förs och följs upp på kommande möte. I de verksamheter där det inte är aktuellt med brukarmöten bedrivs observationer och annan typ av utvärdering för att få uppfattning om brukarnas nöjdhet i verksamhetens aktiviteter.

Resultat från den årliga brukarundersökningen tas upp på Arbetsplatsträffar för granskning och åtgärder.

Medarbetarna på enheten har olika ombudsområden så som personal, deltagare, dokumentation, brandsäkerhet och arbetsmiljö-säkerhet. Ombuden och enhetschefen träffas var tredje månad för avstämning och vidare planering. Minnesanteckningar förs. Verk-

samheten som helhet följs upp årligen genom centrala medarbetar- och brukarundersökningar.

Enheten genomför brand- och fysisk skydds rond under den första tertial varje år. Psykosocial skydds rond ingår i den årliga medarbetarundersökningen under tredje tertialen. Enheten deltar i stadens och stadsdelens revisioner och resultat redovisas i tertial och i bokslut. Uppföljning sker vid avdelningens ledningsgruppsmöten, Arbetsplatsträffar (APT), verksamhetsmöten.

Ansvarig: Enhetschef

Utredning av avvikelser

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål från den enskilde och dennes företrädare/närstående är en viktig informationskälla för att åtgärda brister och för att identifiera områden som behöver förbättras och utvecklas. Synpunkter och klagomål tas på allvar och betraktas som en möjlighet att förbättra och utveckla verksamheten. Det är enkelt för brukarna och deras närstående att framföra sina synpunkter och klagomål.

Verksamheten ansvarar för att

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

Enheten har rutiner 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 tertialrapporter och i verksamhetsberättelsen.

Lex Sarah

Alla anställda, praktikanter eller motsvarande ingår under skyldigheter att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Lex Sarahansvarig kontaktas omgående. Enheten följer de riktlinjer kring Lex Sarah som gäller. 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 Maria

Personal har skyldighet att rapportera till sjuksköterskan vid LSS hälsan och enhetschefen om brukare drabbats eller utsatts för risk för att drabbas av allvarlig skada i samband med vård, behandling eller undersökning. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) utreder och bedömer hur ärendet ska hanteras och om ärendet ska anmälas till Socialstyrelsen, enligt lex Maria.

Medarbetarna får information om innehållet i båda Lexorna och om avvikelshantering samt om rutiner för anmälan minst en gång om året på en arbetsplatsträff (APT) och/eller via utbildningstillfälle.

Ansvarig: Enhetschef

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetens risk- och sårbarhetsanalyser, fysiska- och psykiska skyddsronder, brukarundersökningar, internkontroller, synpunkter och klagomåls hantering ligger till grund för att förbättra verksamhet. Medarbetarsamtalen och kompetensplaner samt APT med medarbetarna, enhetschefens deltagande i ledningsgrupps- och samverkansmöten är en led i den processen. Även brukarmöten och enskilda samtal med brukare och deras representanter genererar till åtgärder som förbättrar verksamhet.

Målet med förbättringsarbetet är att öka medarbetarnas kunskaper så att de arbetar på rätt sätt med brukarna och att vi garanterar bra arbetsmiljö för medarbetarna.

Ansvarig: Enhetschef

Förbättring av processerna och rutinerna

Staden genomför brukarundersökning årligen samt internkontroller som genomförs centralt och av avdelningen men även den egna verksamheten. Dessa ligger till grund för förbättringsarbete av den egna verksamheten.

Målet med förbättringsarbetet är att garantera brukarna trygghet, självbestämmande och möjlighet till individuell påverkan och utveckling samt meningsfull dag i den dagliga verksamheten.

Ansvarig: Enhetschef

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra enhetens kvalitetsarbete. Medarbetarna är ansvariga att rapportera missförhållande eller andra problem som kan uppstå till enhetschefen.

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, i ombudsmöten intern och externt och i möten som uppstår efter behov. Dessa möten och träffar gynnar lärande inom organisationen..

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

Ansvarig: Enhetschef

Dokumentationsskyldighet

Dokumentation av insatser enligt LSS görs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd. Dokumentation vid Handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:5) samt Socialstyrelsens handbok: Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Utföraren har rutiner utifrån särskilda bestämmelser som enligt lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoL PuL) och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoL PuLF).

Dokumentation av hälso- och sjukvård sker enligt patientdatalagen SFS 2008:355 och SOSFS 2008 :14 och Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

Journalhandlingar förvaras så att obehöriga inte kan få tillgång till dem. Endast de som är engagerade i omsorgen av den enskilde har rätt att ta del av journalen.

Utföraren använder dokumentationssystem ParaSoL. Stödpersonerna är skyldiga att kontrollera dokumentationens väsentlighet 2 gånger om året enligt årshjulet.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras i form protokoll och minnesanteckningar. Vissa dokument sparas enligt arkivlagen.

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 trygg, delaktig, meningsfull och individuellt anpassat stöd men att även avvikelser dokumenteras och följs upp.

Enheten ansvarar för att

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

Dokumentation enligt gällande lagstiftning

Dokumentation inom enheten genomförs i stadens gemensamma IT-system för social dokumentation (ParaSoL).

Den enskildes utförardokumentation finns i dennes genomförandeplan och i ParaSoL. Se under rubriken Arbetsmetoder.

Dokumentation enligt HSL

Dokumentationen görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Dokumentation av synpunkter och klagomål

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.

Ansvarig: Enhetschef

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2016

Sätra vob samt profilboende
Socilapsykiatri/ boende och
Daverksamhet

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
Yvonne Esgård 08-508 24 531

Ulla Ståhl 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, demensdagvård och boende för personer med socialpsykiatrisk diagnos

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 gör egna brukarundersökningar för att komplettera de brukarundersökningar som görs av staden.

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. Enheten har även andra råd i syfte att föra ut aktuell information och få en samsyn på uppdraget.

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. Enheten har en utbildningsplan, kommunikationsplan och uppföljningsplan för hela året som anslås till alla medarbetare samt finns på enhetens intranät

Internkontrollplanen görs årligen och revideras vid tertialuppföljningarna och bokslutet.

VOR 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 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 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.

Riskanalys

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

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.

Enheten gör egen 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 medicinhantering 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 klagomåls-
hantering.

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, övriga råd, 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.

Enheten har en kommunikationsplan, utbildningsplan samt uppföljningsplan som finns för hela året så att alla medarbetare har kännedom om möten, utbildningar och uppföljningar under året.

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 minst en gång per år till all personal. 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.

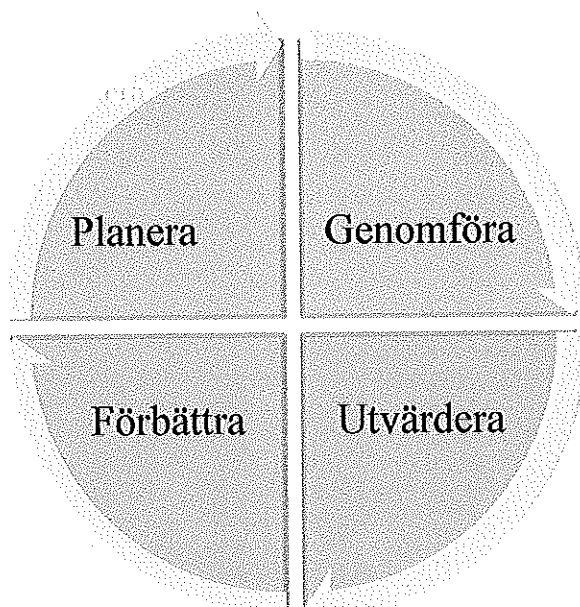
Om enheten har en Lex Sarah eller en Lex Maria dokumenteras detta i ILS med eventuella åtgärder samt en redovisning till nämnden.

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 (SOSFS) 2016



Hemtjänst
Marja-Leena Revholm
Amanda Farhadian

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	3
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	3
God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	4
Kvalitetsindikatorer	4
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	4
 Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	 5
Ansvarig chef	5
Brukare	5
Verksamhetsidé och organisation	5
Processer och rutiner	5
Samverkan	7
Risikanalys	7
Egenkontroll	7
Utredning av avvikelser	8
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

Skärholmen och Vårberg
Marja-Leena Revholm
08- 508 24 544
Marja-leena.revholm@stockholm.se

Bredäng och Sättra
Amanda Farhadian
08-508 24 568
Amanda.farhadian@stockholm.se

Brukare

Samtliga brukare till Skärholmen Hemtjänst bor i Bredäng, Sättra, Skärholmen och 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, Amanda Farhadian

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 löpande sätt:

- Stadens tertiäluppföljning 1,
- Stadens tertiäluppföljning 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 enligt de lokala rutiner och riktlinjer för hög kvalitet.
- Kvalitetsarbete tas upp på APT-möten (arbetsplatsträff) för lärande och diskussion.

Ansvarig; Marja-Leena Revholm, Amanda Farhadian

Samverkan

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

Internt

För att stödja kunders delaktighet görs alla genomförandeplaner tillsammans med kunden eller närstående. Genomförandeplanen är det dokument som styr och när den enskilde skall ha sin insats utförd.

För att säkerställa att medarbetarens delaktighet har Hemtjänsten regelbundna arbetsplatsträffar (APT), enhetsmöten och planeringsdagar för verksamhetens kvalitet och utveckling diskuteras. AAPT och personalmöten dokumenteras.

Enhetschef deltar månadsvis på Avdelningen för äldre- och funktionsnedsattas månadsmöten.

Extern

Enheter lyder under samverkansöverenskommelse mellan Skärholmens stadsdelsförvaltning, primärvården och Reagerakliniken i Skärholmen stadsdelsområde. Kontakt med utförarenheten tas vid respektive ärendet när behov uppstår. Kontakt kan initieras både av beställare samt utförare. I samverkan mellan biståndshandläggare har den enskilde givits samtycke till att information får lämnas.

Kontakt med respektive bårdcentral tas vid behov och kan initieras både pater. Lokal rutin finns.

Ansvarig : Marja-Leena Revholm

Risakanalys

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

Bilaga om internkontroll bifogas.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm, Amanda Farhadian

Egenkontroll

Egenkontroll utförs av 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, Amanda Farhadian

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 muntliga 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 kvalitet 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 kvalitén 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, Amanda Farhadian

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 verksam-

hetens kontroller diskuterad 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, Amanda Farhadian

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 yrket. 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. Hemtjänsten i Skärholmen deltar för tredje (3:e) termin för Arbetsam projektet. Arbetsam är ett projekt initierad av Stockholms stad och har vänt sig tidigare främst till personer som har svenska som andra språk. Syftet har varit och är att höja språkkunskaper framförallt i vårdsvenska. Arbetssam vänder sig, från och med i år, även till dem som har svenska som modersmål och är i behov av stöd och utbildningsinsatser som kan ges inom ramen av Arbetssam. Hemtjänst i Skärholmen har i dagsläge åtta (8) personer som deltar i Arbetsams utbildningsinsatser.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm, Amanda Farhadian

Dokumentationsskyldighet

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

Enhetens verksamhetsplan och tertial 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 tertiär 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, Amanda Farhadian