



Stockholms
stad

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2014

Socialpsykiatri utförarenheten

Våra verksamheter

Träfflokalen Portis

Boendestöd i

- ✓ ordinärt boende
- ✓ särskild boende
- ✓ stödboende

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	7
Risikanalyser	7
Egenkontroll	8
Utredning av avvikelser	9
Förbättrande åtgärder i verksamheten	10
Förbättring av processerna och rutinerna	10
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	11
Dokumentationsskyldighet	11

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

Siv Molin

Brukare

Socialpsykiatriska utförarverksamheten vänder sig till vuxna mellan 20 - 65 år med psykiatriska diagnoser som ger eller förväntas ge en funktionsnedsättning som varar mer än ett år. De personerna (brukare) vi vänder oss till har en återhämtningspotential och kan med rätt stöd och insatser åter klara ett självständigt liv i samhället. Den enskilde brukaren har beviljats bistånd enligt Socialtjänstlagen (Sol).

Verksamhetsidé och organisation

Utförarenheten är en sammanhållande enhet med boendestödjare i såväl ordinärt som särskilt boende samt en träfflokal med tillgång till handledare för de deltagare som kommer dit. Sammanlagt ger utförarenheten stöd, omsorg, omvårdnad och handledning till cirka 150 brukare.

Träfflokalen erbjuder social gemenskap, enklare lunch samt flera olika studiecirklar. Det finns två särskilda boenden varav ett är Frösätra gruppboende, med 7 lägenheter, ett profilboende för de i målgruppen som har stora omsorgs- och omvårdnadsbehov. Det andra är Solholmens gruppboende, med 14 lägenheter. På både Frösätra och Solholmen har brukarna tillgång till personal dygnet runt och tillgång till psykiatrisjuksköterska vid behov. Stödboendet, består av 10 lägenheter, där brukarna har tillgång till personal dagtid vardagar. Biståndsbedömt boendestöd i ordinärt boende sker över hela stadsdelen på dagtid vardagar.

Personal

Inom enheten arbetar runt 30 personer. Med cirka 150 brukare blir antalet årsarbetare per brukare 0.20.

Personalen som arbetar inom enheten kallas i huvudsak för Boendestödjare och inom träfflokalen Handledare och har vanligtvis utbildning på gymnasial nivå. Några saknar formell utbildning men har lång erfarenhet och ett fåtal har eftergymnasial utbildning så som socionom och sjuksköterska. Enheten leds operativt av en enhetschef med eftergymnasial utbildning inom socialt arbete och

pedagogik. Sedan hösten 2013 ingår enheten i avdelningen 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 Kontaktmannaskapet. Uppdraget innebär bland annat huvudansvaret för en eller flera brukares utförarinsatser enligt biståndsbeslut. Utöver detta huvuduppdrag sköter medarbetarna dokumentation, elev- och praktikanthandledning samt ett speciellt valt ansvarsområde.

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

Ansvarig: Enhetschef

Processer och rutiner

Metodiken vi använder inom socialpsykiatrisk utförarenheten för att nå generella och enskilda mål är

Ett självständigt liv (ESL), Motiverande samtal (MI) och Tillämpad beteende analys (TBA).

Vi utgår ifrån perspektivet *återhämtning* och arbetar för att förebygga, utveckla, bibehålla och minimera funktionsnedsättningar orsakade av sjukdom. Begreppen *självständighet, delaktighet, trygghet* och *meningsfullhet* står i fokus under 2014

Utförarprocesser kan beskrivas enligt följande:

Uppstart

I samband med att en brukare aktualiseras hos utförarenheten genom ett biståndsbeslut, träffar Kontaktmannen den enskilde för ett första välkomstsamtal. Kontaktmannen presenterar sitt uppdrag.

Kontaktmannen initierar en genomförandeplanering, med av brukaren godkända parter om så önskas. Brukaren och kontaktmannen kommer via dialog överens om utformningen och genomförandet av (operativiseringen) av biståndsbeslutet. Det överenskomna dokumenteras i Brukarens Genomförandeplan. Genomförandeplanen skall ses som ett pågående kontrakt som visar hur parterna gemensamt enats om hur biståndsmålen skall uppfyllas.

Genomförandeplanen godkänns och skrivs under av brukaren och ett exemplar förvaras i brukarens akt och det andra hemma hos brukaren.

Arbetsmetoder

Enheten arbetar efter modellen.

Modellen ESL kan i korthet beskrivas som en modell där tonvikten läggs vid deltagarnas egen aktivitet och färdighetsträning. Syftet med ESL- modellen är att underlätta för klienten att klara ett dagligt liv med hög livskvalité.

MI är en empowerment- metod som överlåter klienten att ta makten över sitt eget liv för att åstadkomma ett mer meningsfullt liv. MI metodiken kan användas i alla sammanhang då kontaktmannen strävar efter att finna motivation hos den enskilde för betydningsfull förändring. Grundsynen för metoden är att individer som står inför en svårighet har en inre skicklighet att finna lösningar.

Brukaren och kontaktmannen går igenom, prövar och samtalar om vad som behöver stödjas, hur stödet bäst utformas och hjälper, samt hur resultatet skall kunna följas upp och mätas. Tillsammans försöker de ta reda på vad brukaren klarar själv och utgår ifrån det. Det den enskilde behöver stöd och stöttning med kommer att ligga till grund för vardagsträningen. Det är viktigt att den enskilde fortsätter att utföra sådant som hon/han kan själv för att inte förlora funktionsförmåga.

Kontaktmannen kontaktperson har ansvar för att i samråd med brukaren uppdatera Genomförandeplanen så att den alltid är aktuell och ändamålsenlig. En gång var tredje månad kan en sammanfattning av läget göras och överföras till den sociala journalen.

Ansvarig: Enhetschef

Samverkan

För att nå resultat och kvalitet behöver enheten samverka och samarbeta med andra aktörer exempel närstående, god man, psykiatri, etc.

De viktigaste professionella samarbetspartnerna för socialpsykiatri är, landstingets psykiatriska öppenvård, kommunens biståndshandläggare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, intresse- och brukarföreningar. Kontakten med landstingets psykiatriska öppenvård gäller främst klienterna. De psykiatriska öppenvårdsmottagningarna svarar för klienternas medicinska problematik. Kommunens biståndshandläggare står för den beställning som praktikplatsen arbetar utifrån.

Ansvarig: Enhetschef

Riskanalys

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

Vid inflytningen på något av våra särskilda boenden genomförs en arbetsmiljöriskanalys inom 14 dagar. Riskbedömningen utförs av medarbetare och chef i samverkan. I de fall det bedöms finns en risk för arbetsmiljöproblem, tas varje enskilt fall upp i lokal samverkansgrupp. Skyddsombuden, när en sådan finns, deltar i arbetet med riskbedömningen då det krävs.

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 (gäller endast särskildboende)

Ansvarig: Enhetschef

Egenkontroll

Information om hur den enskilde upplever sitt stöd och sin delaktighet får enheten genom kontaktmannasystemet. Resultatet av uppföljningssamtalen mellan kontaktman och den enskilde granskas av en kollega och enhetschef för att säkerställa att vi når resultaten i genomförandeplanen.

Brukar och deltagarmöten hålls varje månad och minnesanteckningar förs och följs upp på kommande möte.

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

Medarbetarna på enheten har olika ansvarområden så som dokumentation, brandsäkerhet och arbetsmiljösäkerhet. Områdesansvariga och enhetschefen träffas var tredje månad för avstämning och vidare planering. Minnesanteckningar förs. Verksamheten som helhet följs upp årligen genom centrala medarbetar- och brukarundersökningar.

Enheten genomför brandskyddsronde och fysisk skyddsronde under första tertial varje år. Psykosocial skyddsronde 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

Verksamheten ansvarar för att

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

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

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 Sarah tas upp i APT/planeringsdag minst en gång per år och vid introduktionsutbildning för sommarvikarier.

Lex Maria

Personal som arbetar på våra särskilda boenden har skyldighet att rapportera till sjuksköterskan om patient 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.

Ansvarig: Enhetschef

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Höja medarbetarnas kompetens kring resultatstyrning.
Förbättra samarbetet inom hela enheten för att nyttja resurserna på bästa sätt och för att främja en god arbetsmiljö.

Ansvarig: Enhetschef

Förbättring av processerna och rutinerna

Fortsätta ansträngningar för att implementera arbetsmetoderna ESL, MI och BTA inom hela enheten.

Ansvarig: Enhetschef

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra enhetens kvalitetsarbete.

Alla medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med de lokala rutiner och riktlinjer för god kvalitet som finns.

Kvalitetsarbetet tas upp på APT för lärande och diskussion.

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

Ansvarig: Enhetschef

Dokumentationsskyldighet

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

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

Dokumentationen ska säkerställa att brukaren får en trygg, delaktig, meningsfull och individuellt anpassat stöd.

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. Se under rubriken Arbetsmetoder.

Dokumentation enligt HSL

Dokumentation av den enskildes hälso- och sjukvårdsinsatser görs i Landstingets system som också omfattar avvikelserapportering och delegering. Dokumentationen görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

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

Ansvarig: Enhetschef



Stockholms
stad

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

Sätra Grön samt Huntington

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
Riskanalys	6
Egenkontroll	7
Utredning av avvikelser	7
Förbättrande åtgärder i verksamheten	8
Förbättring av processerna och rutinerna	9
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	9
Dokumentationsskyldighet	9

Systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

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

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

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

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

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

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

Kvalitetsindikatorer

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

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

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

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

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Yvonne Esgård 08-508 24 531
Frösätrabacken 7c
127 37 Skärholmen
08-508 24 875

Brukare

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

Verksamhetsidé och organisation

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

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

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

Ansvarig: Enhetschef

Processer och rutiner

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

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

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

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

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

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

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

ROV görs en gång per år och revideras kontinuerligt.

Ansvarig: Enhetschef

Samverkan

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

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

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

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

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

Riskanalys

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

Bilaga: Enhetens årliga plan för internkontroll.

Ansvarig: Enhetschef och HSL-ansvarig.

Egenkontroll

Egenkontrollen innefattar

Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355).

Jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter.

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

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

Granskning av journaler, akter och annan dokumentation sker kontinuerligt.

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

Ansvarig: Enhetschef, HSL-ansvarig.

Utredning av avvikelser

Enheten följer stadsdelens policy för synpunkter och klagomålshantering.

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

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

Vid skriftliga klagomål besvaras dessa alltid enligt stadsdelens policy.

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

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

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

Ansvarig: Enhetschef samt HSL-ansvarig

Förbättrande åtgärder i verksamheten

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

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

Ansvarig: Enhetschef samt HSL-ansvarig.

Förbättring av processerna och rutinerna

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

Ansvarig: Enhetschef och HSL-ansvarig.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

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

Ansvarig: Enhetschef och HSL-ansvarig.

Dokumentationsskyldighet

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

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

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

Enheten arbetar enligt riktlinjerna för Hälso- och sjukvård framtagna av MAS:arna inom stadsdelsförvaltningarna i Stockholm stad då det gäller avvikelser gällande Hälso- och sjukvård detta sker i datasystemet Vodok. Vid misstanke m Lex Maria anmäls detta till stadsdelens MAS som i sin tur gör en bedömning om en sådan Lex Maria anmälan skall göras till socialstyrelsen. Om enheten har en Lex Sarah eller en Lex Maria dokumenteras detta i ILS med eventuella åtgärder samt en redovisning till nämnden.

Ansvarig:

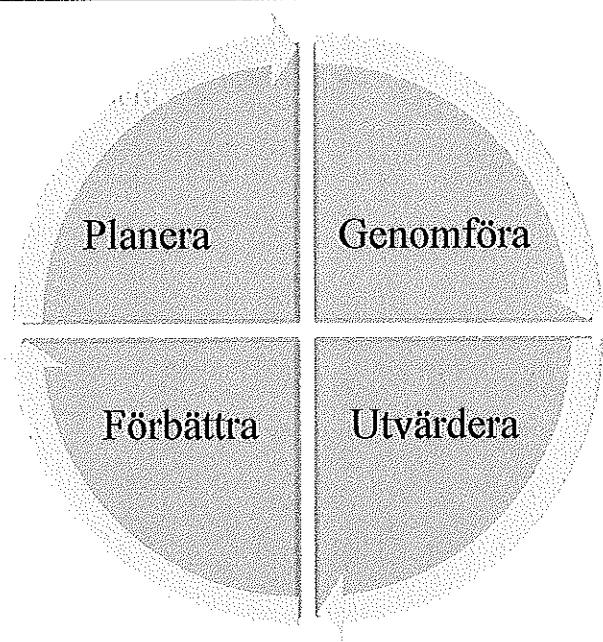
All personal är skyldig att ta emot synpunkter och klagomål och vidarebefordra dessa till ansvarig chef.

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



Stockholms
stad

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2014



Enhetens namn
LSS bostäderna Bredäng,
Tempelriddaren 63,
Tempelriddaren 65

Innehåll

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

Systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

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

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

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

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

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

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

Kvalitetsindikatorer

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

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

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

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

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Dagmar Stenman
Ålgrytevägen 89
127 32 Skärholmen
08-508 24 352
dagmar.stenman@stockholm.se

Brukare

Vi vänder oss till personer med utvecklingsstörning, autism och Asperger syndrom som beviljats insats enligt LSS.

Enheten innefattar tre LSS bostäder, Bredäng, Tempelriddaren 63 & 65. Dessa LSS bostäder har 17 platser.

Verksamhetsidé och organisation

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

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

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

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

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

Personal

Inom LSS bostaden arbetar 23 medarbetare inklusive en enhetschef och en administratör.

Enhetschef ansvarar för att

- Verksamheten håller en god kvalitet
- Följa stadens integrerade ledningssystem och stadsdelsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- Enheten har arbetssätt och rutiner för att säkerställa att verksamheten bedriver systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete.

Personalen ska medverka i enhetens systematiska kvalitetsarbete genom att

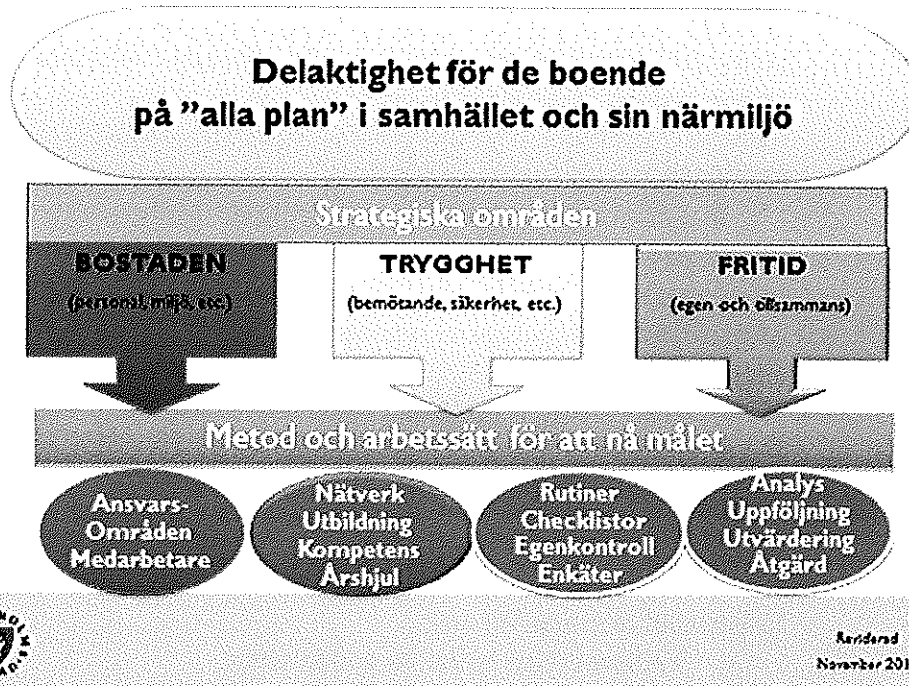
- Delta i enhetens planerings-, utvecklings- och kvalitetsarbete
- Följa åtaganden, arbetssätt och rutiner
- Delta i enhetens arbete med riskanalys
- Följa sin kompetensutvecklingsplan.

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

LSS bostäderna arbetar med strategiska områden:

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

LSS bostäders vision och inriktning 2014



Processer och rutiner

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

ILS och verktyget ILS-webben används för att planera, följa upp, utveckla och förbättra stadens och stadsdelsnämndernas verksamheter från kommunfullmäktige till verksamhetsnivå/enhetsnivå.

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

Stadsdelsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar följande delar eller processer.

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

För LSS bostaden upprättas varje år en verksamhetsplan.

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

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

Verksamhetsplanens inriktning och omfattning är anpassad till vad som krävs för att uppnå verksamhetens mål. Ansvarsfördelning av kvalitetsarbetet är fastställt i kvalitetsdokumentet.

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

Kvalitetsarbetet dokumenteras och följs upp kontinuerligt.

LSS bostaden lyder också under socialtjänst- och förvaltningslagen. Övriga styrdokument för enheten är t.ex. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och ett Handikappolitiskt program för Stockholms stad. Den årliga verksamhetsplanen och detta kvalitetsdokument utgör dokumentation av LSS bostadens ledningssystem.

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

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

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

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

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

Ansvarig: Enhetschef

Samverkan

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

Verksamheten ansvarar för att

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

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

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

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

Ansvarig: Enhetschef

Riskanalys

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

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

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

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

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

Ansvarig: Enhetschef

Egenkontroll

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

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

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

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

Aktiviteter inom området följs upp i tertial och i verksamhetsberättelsen.

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

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

Verksamheten följs upp genom medarbetar- och brukarundersökningar årligen.

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

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

Ansvarig: Enhetschef

Utredning av avvikelser

Synpunkter och klagomål

Verksamheten ansvarar för att

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

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

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

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

Rapportering och utredning av avvikelser

Avvikelse i SoL och LSS verksamhet

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

Lex Sarah

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

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

Lex Maria

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

Anmälningar enligt Lex Maria hanteras i samråd med MAS.

Ansvarig: Enhetschef

Förbättring av processerna och rutinerna

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

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

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

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

Ansvarig: Enhetschef och medarbetare

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

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

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

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

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

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

För att säkerställa medarbetarnas delaktighet i LSS bostadens kvalitetsarbete har vi

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

Ansvarig: Enhetschef

Dokumentationsskyldighet

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

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

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

Verksamheten ansvarar för att

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

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

Dokumentation enligt SoL och LSS

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

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

Dokumentation enligt HSL

Dokumentation av den enskildes hälso- och sjukvårdsinsatser görs i Landstingets system som också omfattar avvikelserapportering och delegering. Dokumentationen görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

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

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

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

Sekretess

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

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

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

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

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

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

Resultat av uppföljningar gällande avvikelser och missförhållanden redovisas i

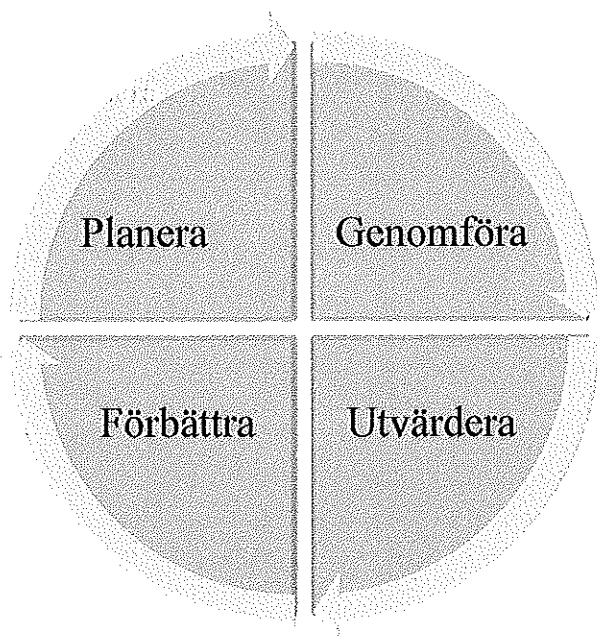
- Tertialuppföljning 1
- Tertialuppföljning 2
- Verksamhetsberättelse/bokslut.

Ansvarig: Enhetschef



Stockholms
stad

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2014



Enhetens namn
LSS bostäderna Bogsätra,
Djursätra, Kungsätra

Innehåll

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

Systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

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

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

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

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

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

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

Kvalitetsindikatorer

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

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Är tillgängliga och 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

Liuva D`Ciofalo Rojas
Kungsåtravägen 13
127 37 Skärholmen
08-508 24 954
Liuva.dciofalo.rojas@stockholm.se

Brukare

Vi vänder oss till personer med utvecklingsstörning, autism och Asperger syndrom som beviljats insats enligt LSS.

Enheten innefattar tre LSS bostäder, Bogsätra, Djursätra, och Kungsätra. Dessa LSS bostäder har 21 platser.

Verksamhetsidé och organisation

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

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

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

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

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

Personal

Inom LSS bostaden arbetar 23 medarbetare inklusive en enhetschef och en administratör.

Enhetschef ansvarar för att

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

Personalen ska medverka i enhetens systematiska kvalitetsarbete genom att

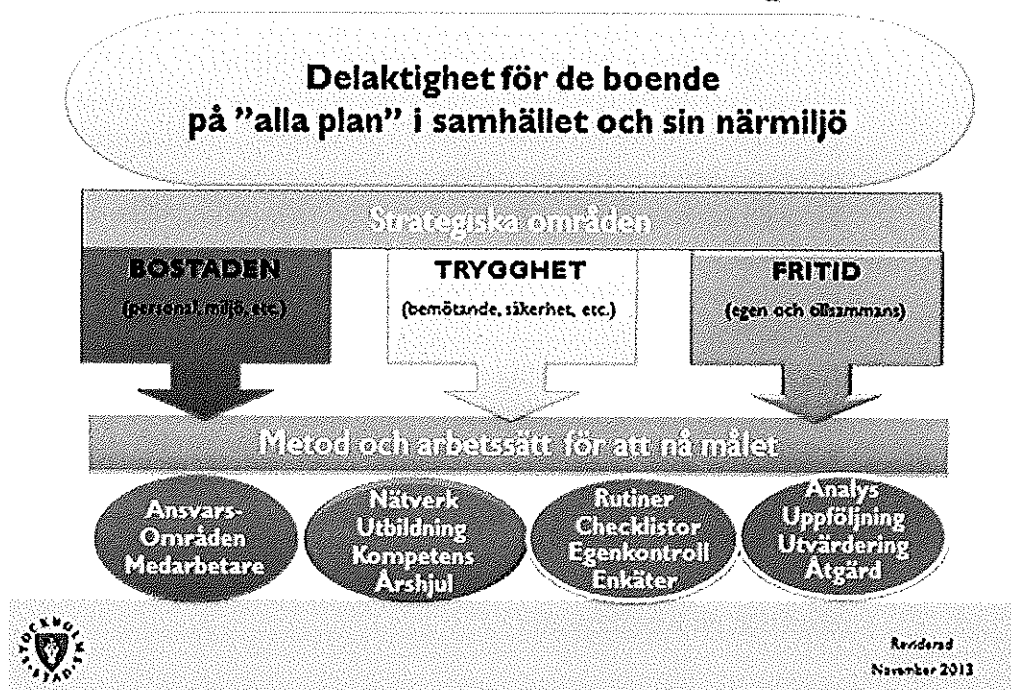
- Delta i enhetens planerings-, utvecklings- och kvalitetsarbete
- Följa åtaganden, arbetssätt och rutiner
- Delta i enhetens arbete med riskanalys
- Följa sin kompetensutvecklingsplan.

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

LSS bostäderna arbetar med strategiska områden:

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

LSS bostäders vision och inriktning 2014



Ansvarig: Enhetschef

Processer och rutiner

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

ILS och verktyget ILS-webben används för att planera, följa upp, utveckla och förbättra stadens och stadsdelsnämndernas verksamheter från kommunfullmäktige till verksamhetsnivå/enhetsnivå.

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

Stadsdelsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar följande delar eller processer.

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

För LSS bostaden upprättas varje år en verksamhetsplan.

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

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

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

Ansvarsfördelning av kvalitetsarbetet är fastställt i kvalitetsdokumentet.

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

Kvalitetsarbetet dokumenteras och följs upp kontinuerligt.

LSS bostaden lyder också under socialtjänst- och förvaltningslagen. Övriga styrdokument för enheten är t.ex. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och ett Handikappolitiskt program för Stockholms stad. Den årliga verksamhetsplanen och detta kvalitetsdokument utgör dokumentation av LSS bostadens ledningssystem.

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

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

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

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

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

Ansvarig: Enhetschef

Samverkan

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

Verksamheten ansvarar för att

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

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

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

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

Ansvarig: Enhetschef

Riskanalys

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

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

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

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

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

Ansvarig: Enhetschef

Egenkontroll

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

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

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

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

Aktiviteter inom området följs upp i tertial och i verksamhetsberättelsen.

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

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

Verksamheten följs upp genom medarbetar- och brukarundersökningar årligen.

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

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

Ansvarig: Enhetschef

Utredning av avvikelser

Synpunkter och klagomål

Verksamheten ansvarar för att

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

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

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

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

Rapportering och utredning av avvikelser

Avvikelse i SoL och LSS verksamhet

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

Lex Sarah

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

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

Lex Maria

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

Anmälningar enligt Lex Maria hanteras i samråd med MAS.

Ansvarig: Enhetschef

Förbättring av processerna och rutinerna

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

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

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

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

Ansvarig: Enhetschef och medarbetare

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

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

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

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

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

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

För att säkerställa medarbetarnas delaktighet i LSS bostadens kvalitetsarbete har vi

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

Ansvarig: Enhetschef

Dokumentationsskyldighet

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

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

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

Verksamheten ansvarar för att

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

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

Dokumentation enligt SoL och LSS

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

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

Dokumentation enligt HSL

Dokumentation av den enskildes hälso- och sjukvårdsinsatser görs i Landstingets system som också omfattar avvikelserapportering och delegering. Dokumentationen görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

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

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

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

Sekretess

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

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

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

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

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

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

Resultat av uppföljningar gällande avvikelser och missförhållanden redovisas i

- Tertialuppföljning 1
- Tertialuppföljning 2
- Verksamhetsberättelse/bokslut.

Ansvarig: Enhetschef