

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

Sätra vob samt profilboende

Innehåll

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

Systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

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

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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

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

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

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

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

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

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

Kvalitetsindikatorer

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

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

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

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

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvariga chefer

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

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

Ann Nugiesks 08-508 24674
Avdelningarna 2A, 2B, 3B, 4B, 4D

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

Brukare

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

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

Verksamhetsidé och organisation

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

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

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

Ansvarig: Enhetens chefer

Processer och rutiner

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

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

Enheten tar del av de brukarundersökningar som genomförs av staden, dessa analyseras och används som underlag för förbättringar, förändringar och korrigeringar av verksamheten. Enheten 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. Enheten har en ledningsgrupp som diskuterar utvecklingsfrågor som rör hela Sätra vård och omsorgsboende. 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.

ROV görs en gång per år och revideras kontinuerligt.

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

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

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

Bilaga: Enhetens årliga plan för internkontroll.

Ansvarig: Enhetschefer och HSL-ansvarig.

Egenkontroll

Egenkontrollen innefattar

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

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

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

Enheten gör egen undersökning gällande boendes upplevelse av nöjdhet gällande måltiden och aktiviteter, görs årligen och resulta-

tet 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 förbättrings förslag 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 diskuss-

ion. 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.

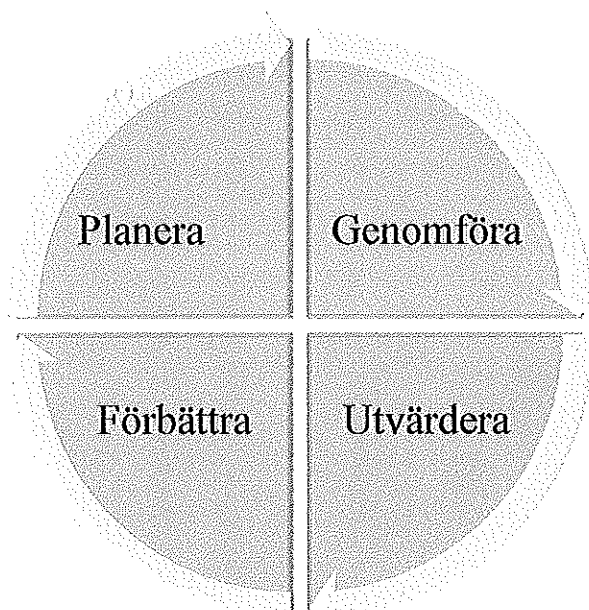
Om enheten har en Lex Sarah eller en Lex Maria dokumenteras detta i ILS med eventuella åtgärder samt en redovisning till nämnden.

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) 2015



Hemtjänst
Marja-Leena Revholm

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
Dokumentationskyldighet	10

Systematiskt kvalitetsarbete

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

Föreskriften SOSFS 2011:9 (M och S) ska hjälpa enheterna att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet samt tydliggöra enhetens ledningssystem. Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av;

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

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet

enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet

enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet

enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

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

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

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

Kvalitetsindikatorer

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

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

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden;

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

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvarig chef

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

Brukare

Samtliga brukare till Skärholmen Hemtjänst bor i Bredäng, Sätra, 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

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

genomförandeplane 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 böljande sätt:

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

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

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

Ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet

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

Ansvarig; Marja-Leena Revholm

Samverkan

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

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

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

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 kvaliteten i verksamheten.

Klagomål hanteras på följande sätt:

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

Lokal rutin bifogas.

Anmälan enligt Lex Sarah görs på följande sätt:

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

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

Lokal rutin bifogas.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Förbättrande åtgärder i verksamheten

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

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

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

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

På utvecklingssamtal tas medarbetarens utvecklingsbehov upp. Medarbetaren kan då önska utbildning eller föreläsning inom 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. Arbetsam 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 Arbetsam. Hemtjänst i Skärholmen har i dagsläge åtta (8) personer som deltar i Arbetsams utbildningsinsatser.

Ansvarig: Marja-Leena Revholm

Dokumentationsskyldighet

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

Enhetens verksamhetsplan och tertiäl rapporter dokumenteras i stadens ILS system enligt gällande mall. I ILS dokumenteras dels

det enheten åtar sig att genomföra under kommande åren men även de avvikelser och åtgärder vid tertial 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