

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2015

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	4
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	4
Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	5
Ansvarig chef	5
Brukare	5
Verksamhetsidé och organisation	5
Personal	5
Processer och rutiner	6
Samverkan	7
Riskanalys	8
Egenkontroll	8
Utredning av avvikelser	9
Förbättrande åtgärder i verksamheten	10
Förbättring av processerna och rutinerna	10
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	10
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
08-508 24 639
Siv.molin@stockholm.se

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 personer (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 (Portis) erbjuder social gemenskap, enklare lunch samt flera olika studiecirkel. Det finns två särskilda boenden varav ett är Frösätra gruppboende ett profilboende med sju (7) lägenheter 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 28 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. Verksamheten ingår som en del i avdelningen för 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 medarbetar- och lönesamtal.

Medarbetarnas huvuduppdrag är Kontaktmannaskapet. Uppdraget innebär bland annat att ha 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 Skärholmens värdegrund och skrivna riktlinjer för kvalitet och resultat. Kontaktmannen har även ett flertal interna och externa samarbetspartner att samarbeta och samverka med.

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 beteendeanalys (TBA). Resultatbaserad styrning (RBS)

Vi utgår ifrån perspektivet *återhämtning* och arbetar för att förebygga, utveckla, bibehålla och minimera funktionsnedsättningar orsakade av sjukdom. Begreppen *självständighet, delaktighet, jämlikhet, trygghet* och *meningsfullhet* står i fokus under 2015

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

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 självständigt dagligt liv med hög livskvalité.

MI är en empowerment- metod som överlåter åt 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 beteendeförändring. 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 stödjäs, 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 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 landstingets 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 klienternas medicinska problematik. Kommunens biståndshandläggare står för den beställning som utförarverksamheten arbetar utifrån.

Ansvarig: Enhetschef

Risakanalys

Vid större förändringar av verksamheten görs en risk- och konsekvensanalys 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 arbetsmiljörisakanalys inom 14 dagar. Riskbedömningen utförs av medarbetare och chef i samverkan. I de fall det bedöms finnas en risk för arbetsmiljöproblem, tas varje enskilt fall upp i lokal samverkansgrupp. 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 (APT) för granskning, analys 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 och 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 brukarna 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 tertiärrapporter och i verksamhetsberättelsen.

Lex Sarah

Alla anställda, praktikanter eller motsvarande ingår under skyldigheten 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 skyndsamt kunna 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 enheten.

Öka frisknärvaron

Utveckla bemötandekompetensen

Ansvarig: Enhetschef

Förbättring av processerna och rutinerna

Fortsätta ansträngningar för att implementera resultatbaserad styrning, utveckla 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. Enhetens personal är hela tiden involverad i samtal kring kvalitetsarbetet.

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, utifrån sitt biståndsbeslut, får ett stöd som leder till en trygg, delaktig och meningsfull vardag.

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).

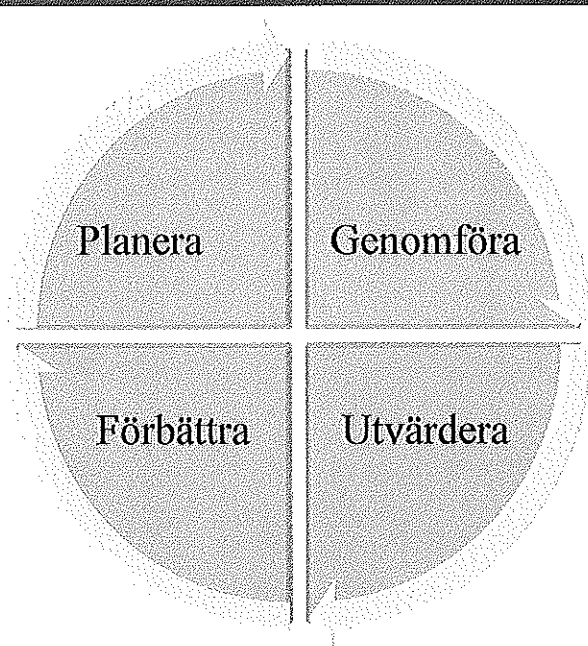
Den enskildes utförardokumentation finns i dennes Genomförandeplan. Se under rubriken Arbetsmetoder.

Dokumentation enligt HSL

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

Ansvarig: Enhetschef

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet (SOSFS) 2015



Enhetens namn
Daglig verksamhet i
Skärholmen

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	3
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	3
God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	3
Kvalitetsindikatorer	4
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	4
Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	5
Ansvarig chef	5
Brukare	5
Verksamhetsidé och organisation	5
Personal	6
Processer och rutiner	6
Samverkan	8
Riskanalys	8
Egenkontroll	9
Utredning av avvikelser	9
Förbättring av processerna och rutinerna	11
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 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

Kirsi Naskali
08-508 24 930
kirsi.naskali@stockholm.se

Brukare

Vi vänder oss till personer med utvecklingsstörning och autism som har beviljats insats enligt LSS.

Enheten innefattar flera inriktningar:

Slingans dagliga verksamhet för personer med autism och beteendeproblematik.

Ålgryte dagliga verksamhet för personer med autism och utvecklingsstörning

Måsholmens dagliga verksamhet för personer med autism och utvecklingsstörning.

Fönstrets dagliga verksamhet för personer med autism och utvecklingsstörning

Utflyttad verksamhet för personer med lindrig utvecklingsstörning.

Verksamhetsidé och organisation

Daglig verksamhet erbjuder sysselsättning för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och som inte utbildar sig enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 9 § 10 p).

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.

Daglig verksamhet 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 daglig verksamhet arbetar 25 ordinarie medarbetare inklusive en enhetschef och 1 administratör/samordnare.

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.

Ansvarig: Enhetschef

Processer och rutiner

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

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

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

Stadsdelsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar följande delar eller processer.

- ansvarsfördelning

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

Daglig verksamhet garanterar en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamheten och dess kvalitet på följande sätt:

- Varje arbetstagare har en stödperson.
- En genomförandeplan upprättas för varje arbetstagare som ett svar på biståndsbedömarens beställning av insatsen. Genomförandeplanen följs upp och utvärderas minst en gång per vilket är stödpersonens ansvar.
- Individuell dokumentation förs av personal på enheten kring arbetstagaren, enligt lagens intentioner (LSS 21 a §, 21 b §). Dokumentationen är för vissa arbetstagare ett stöd i kommunikationen. Den individuella dokumentationen kontrolleras en gång per år. Resultatet följs upp och analyseras enligt rutin.
- Daglig verksamhet 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.
- Daglig verksamhet använder sig av stadens IT-system för social dokumentation (ParaSoL).
- 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.
- Daglig verksamhet 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 extern samverkan med olika samarbetspartners. Intern samverkan kan vara mellan olika enheter, beställare och utförare. Externt samverkan kan vara med verksamheter inom landstinget t.ex. vårdcentraler och akutsjukhusen samt andra vårdgivare.

Verksamheten ansvarar för att

- Det finns interna rutiner för samverkan, 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 boendet, med biståndsbedömare, sjukvård, habilitering och andra i team kring de boende.

Ansvarig: Enhetschef

Risakanalys

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

När enheten tar emot ny brukare, genomförs en arbetsmiljörisikanalys. 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 brukare, 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 daglig verksamhet 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.

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

Resultatet sammanställs och analyseras tillsammans inom avdelningen ÄOF och delges medarbetare och förvaltningen nämnd. Verksamheten följs upp genom medarbetar- och brukarundersökningar årligen.

Daglig verksamhet genomför brandskyddsronnd och fysisk skyddsronnd i mars – april. Psykosocial skyddsronnd 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 brukaren och deras närstående att framföra sina synpunkter och klagomål.

Daglig verksamhet har rutin för synpunkter - klagomål och för avvikelshantering som finns och används inom stadsdelen.

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 under utbildning samt deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program är skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Lex Sarahansvarig kontaktas omgående.

t. 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 daglig verksamhet. 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, möjligt.

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.

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.

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.

Dokumentation enligt SoL och LSS

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

En genomförandeplan upprättas utifrån biståndsbeslutet. Brukaren och/eller dennes anhörig är delaktig i upprättandet av planen. 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.

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

ASSISTANSENHETEN

Innehåll

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

Systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

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

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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

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

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

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

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

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

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

Kvalitetsindikatorer

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

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

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

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

Ledningssystem inom social- tjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Kent Jansson tfn: 08-508 24 619

Anneli Martensen tfn: 08-508 24 827

Besöksadress: Bodholmsplan 2, 7tr

127 26 Skärholmen

Brukare

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

Verksamhetsidé och organisation

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

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

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

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

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

Verksamheten utvecklas både av brukare, medarbetare och chefer tillsammans.

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

Assistansenheten ingår i avdelningen omsorg om äldre och funktionsnedsatta.

Avdelningschef är Andreas Thorstensson

Ansvariga: Enhetschefer.

Processer och rutiner

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

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

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

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

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

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

Ansvariga: Enhetschefer.

Samverkan

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

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

Ansvariga:

Riskanalys

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

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

- God redovisningssed
- Rutinpärmar hos brukarna

Ansvariga: Enhetschefer.

Egenkontroll

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

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

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

Ansvariga: Enhetschefer

Utredning av avvikelser

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

Redovisning av synpunkter och klagomål sker i tertialrapporter och bokslut.

Ansvariga: Enhetschefer.

Förbättrande åtgärder i verksamheten

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

Bemötande

Trygghet

Om brukaren kan påverka sin assistans, ledsagning eller avlösning

Tillgänglighet

Information

Övriga synpunkter

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

Ansvariga: Enhetschefer

Förbättring av processerna och rutinerna

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

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

Ansvariga: Enhetschefer

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

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

Enheten arbetar utifrån Skärholmens värdegrund.

Ansvariga: Enhetschefer

Dokumentationsskyldighet

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

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

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

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

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

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

Ansvariga: Enhetschefer.