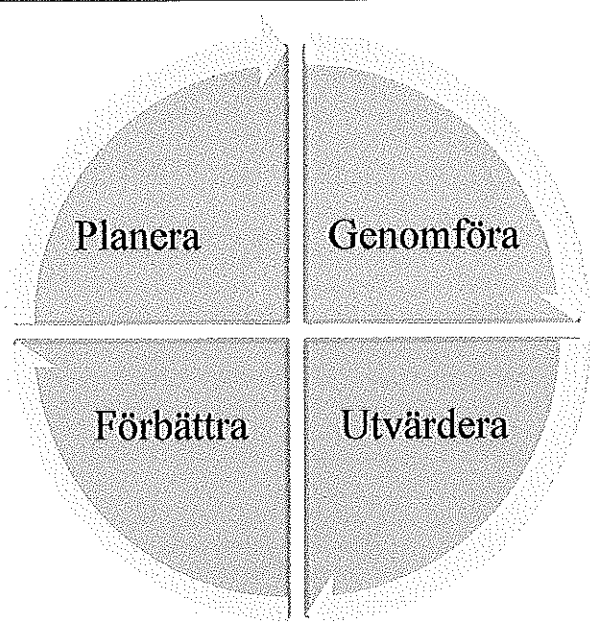


**Ledningssystem för
det systematiska
Kvalitetsarbetet
2016**



Enhetens namn
LSS bostäderna Bogsätra,
Djursätra, Kungssätra

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete Fel! Bokmärket är inte definierat.
Ansvar för och användning av ett ledningssystem Fel! Bokmärket
är inte definierat.

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	3
Kvalitetsindikatorer	4
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	4
Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	4
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

Ledningssystem inom LSS gruppbofäder Bogsätra, Djursätra och Kungssätra:

Socialstyrelsens föreskrifter i SOSFS 2006:11 (S) ska tillämpas inom verksamhet som bedrivs enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Enligt föreskriften ska verksamheten identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Ledningens engagemang och medarbetarnas delaktighet är hörnstenar i alla ledningssystem. Att kvalitetsarbetet ska vara systematiskt är lagstadgat och kräver målmedvetenhet och långsiktighet i implementering och uppföljning.

Viktiga områden i det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsen är:

- kvalitetssäkring av sociala tjänster
- samverkan
- förbättringsarbete – riskanalys, egenkontroll, synpunkter och klagomål
- medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Detta dokument beskriver hur kvalitetssäkringen praktiskt fungerar utifrån SOSFS 2006:11 (S) med hänvisningar till kapitel och paragrafer i föreskriften.

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
Enhetschef

Brukare

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

Enheten innefattar LSS bostäder Djursätra, Bogsätra, Kungsätra. Enheten omfattar 22 boendeplatser.

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 21 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

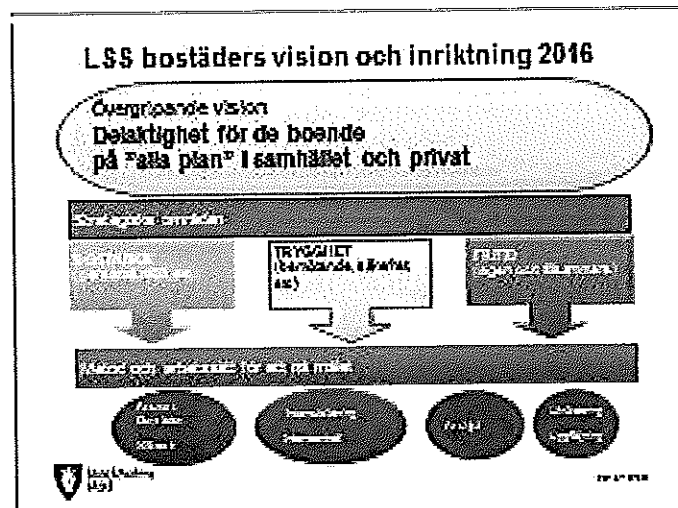
Delta i enhetens planerings-, utvecklings- och kvalitetsarbete

- 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



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

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.

Medarbetarna är delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten.

Kvalitetsarbetet dokumenteras och följs upp kontinuerligt.

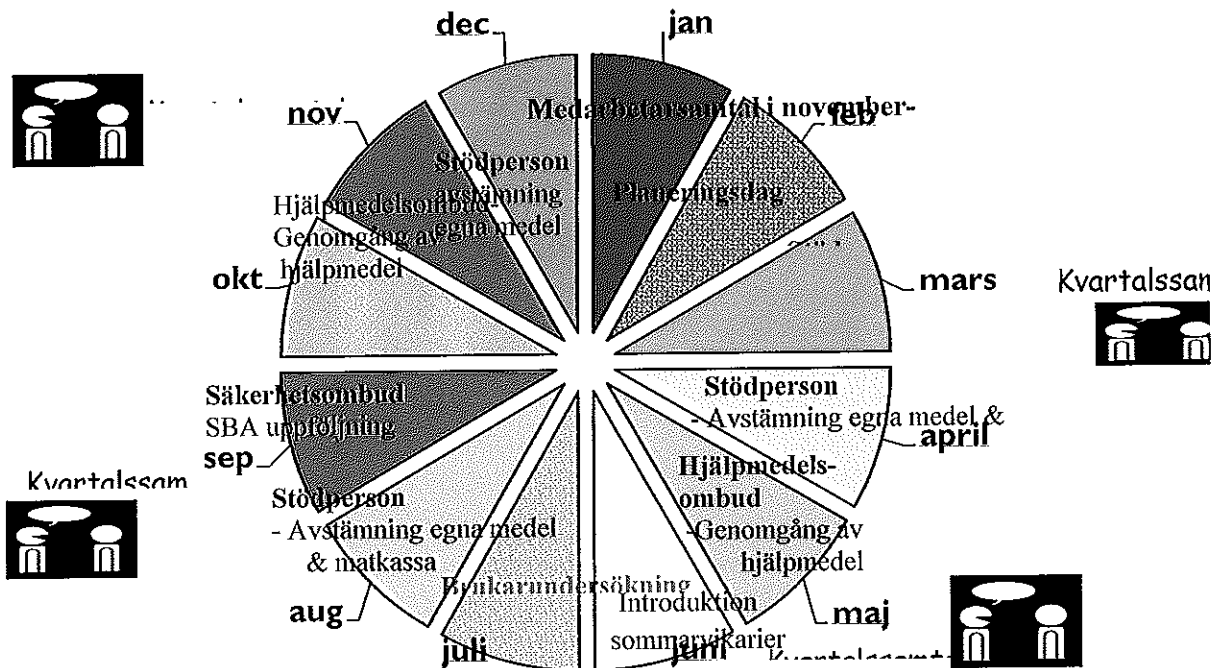
LSS bostaden följer socialtjänst- och förvaltningslagen. Övriga styrdokument för enheten är t.ex. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och ett Handikappolitiskt program för Stockholms stad.

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.



Arshjul för arbetsplatsträffar i SkS bostadsförvaltning

Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni
Prövning - presentation Aplan	Präsentation SBA och nya regler om jämställdhet, målbild och delaktighet och säkerhetsutvärdering	Dokumentation av fysiska skyddsåtgärder som ska vara klara till 2014	Säkerhetsutvärdering	Genomgång av Riskbedömning	
Genomgång av Aplan till den ansvariga	Bedömande dagar				
Genomgång av Aplan till den ansvariga	Samrådsplanering	Månadsrapport Februari	Månadsrapport Mars	Veckorapport I	Månadsrapport Maj
Genomgång av Aplan till den ansvariga	Genomgång av budget och verksamhetsberättelse		Information om förändringar i budget till 2014		
Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
	Präsentation av Aplan till medarbetarna som kommer i september	Genomgång av rapport till medarbetarna		Uppföljning av APT	Faktorerna till Aplan medarbetarsamtal och RGA upp handlingsplanen
	Bedömande dagar	Bedömande dagar för juli/sep	Bedömande dagar för juli/sep	Värksamhetsberättelse Genomgång och arbete med nya Aplan	Värksamhetsberättelse Genomgång och arbete med nya Aplan. Berörda medarbetarna ska vara införskaffade och utvärderade i samband med resultatet i spring
	Månadsrapport Juli	Veckorapport I	Månadsrapport September	Månadsrapport Oktober	Månadsrapport November

- Enheten har två planeringsdagar per år.
- LSS bostaden garanterar den bemanning som behövs för att klara uppdraget genom att utgå ifrån biståndsbedöma-

rens 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 med-

arbetare 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 enhetschefens 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 sex 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 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

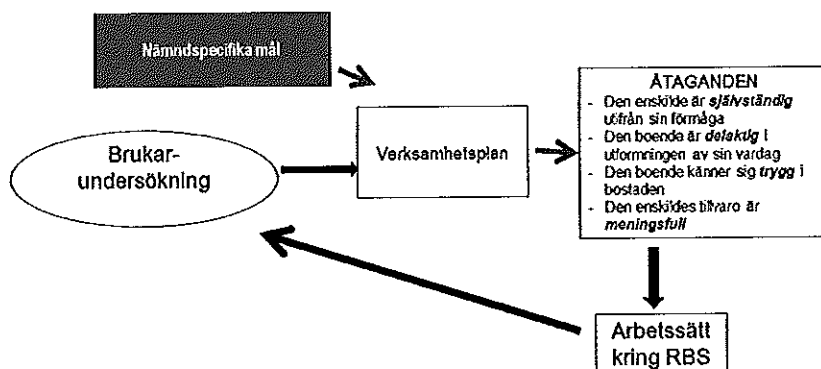
Enhetschefen är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

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.

Flöde kring Verksamhetsplanering med stor brukarfokus



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 11 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 tryggt 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.

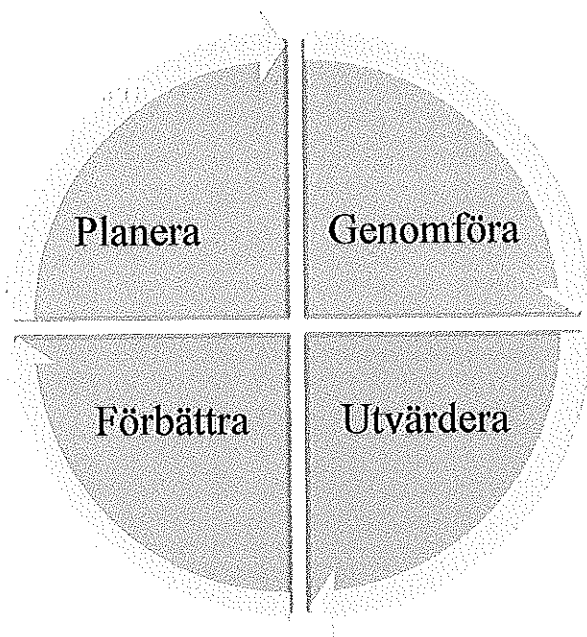
Vid anställning används en checklista för introduktion där information om sekretess i yrket ges. Enheten får besök även av andra personer som elever, praktikanter mm. Även dessa personer skriver under avtal om tystnadsplikt.

Resultat av uppföljningar gällande avvikelser och missförhållanden redovisas i

- Tertialuppföljning 1
- Tertialuppföljning 2
- Verksamhetsberättelse/bokslut.

Ansvarig: Enhetschef
Liuva D' Ciofalo Rojas

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet (SOSFS) 2016



Enhetens namn
LSS bostäderna Bysätra och
Högsätra

Dnr: 1.2.1./839-2015

Ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet

2 (16)

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	4
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	4
God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	4
Kvalitetsindikatorer	5
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	5
Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	6
Ansvarig chef	6
Brukare	6
Verksamhetsidé och organisation	6
Personal	6
Processer och rutiner	8
Samverkan	10
Riskanalys	10
Egenkontroll	11
Utredning av avvikelser	12
Förbättring av processerna och rutinerna	13
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	14
Dokumentationsskyldighet	15
Sekretess	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 social- tjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Kristina Andersson
08-508 24 624
kristina.e.andersson@stockholm.se

Brukare

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

Enheten innefattar två LSS bostäder, Bysätra och Högsätra, sammanlagt erbjuder enheterna 12 personer boende.

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, economicontroller och administratörer.

Personal

Inom LSS bostaden arbetar 18 medarbetare inklusive en enhetschef och 0,5 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

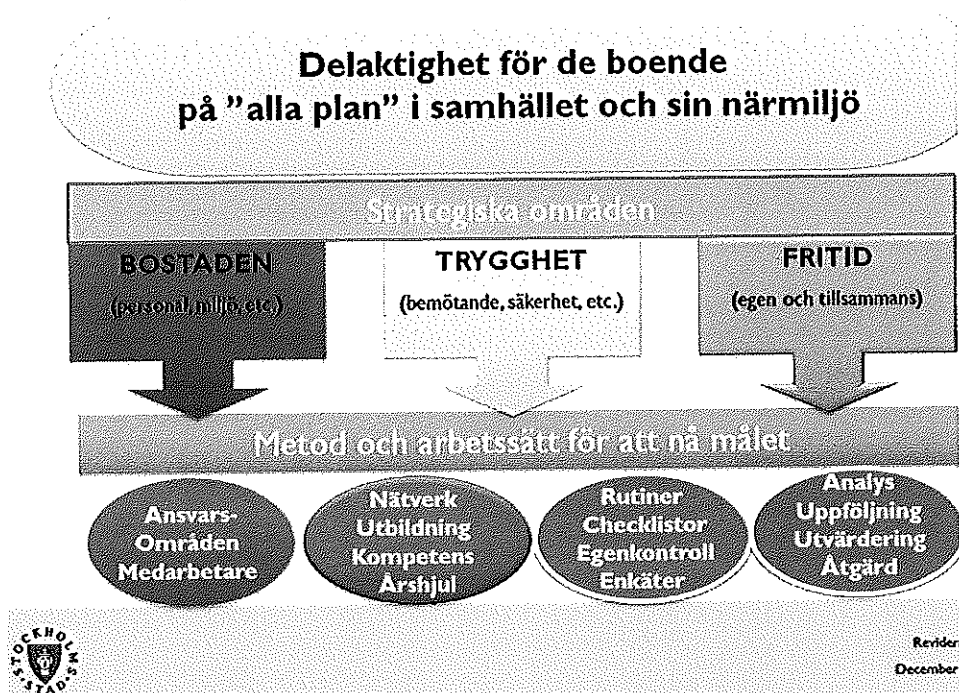
- Delta i enhetens planerings-, utvecklings- och kvalitetsarbete
- Följa åtaganden, arbetssätt och rutiner
- Delta i enhetens arbete med riskanalys
- Följa sin kompetensutvecklingsplan.

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 2015



Ansvarig: Enhetschef

Processer och rutiner

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att fort- löpande 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, funktionshinderrådet, 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 en gång per år. Resultatet följs upp och analyseras enligt rutin.
- LSS bostaden följer en årsplanering.
- 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 godemän 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, godman 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 utvecklingsamtal. Flertalet möten har en dagordning och personalen på boendet är ansvariga för planering av mötet.

Ansvarig: Enhetschef och medarbetarna

Risakanalys

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 arbetsmiljörisikanalys 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.

För att säkerställa kvalitet inom LSS bostaden fastställs de strategiska områden i årsplanering som sedan följs upp 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. 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 tertiäl och i bokslut. Uppföljning sker vid avdelningens ledningsgruppsmöten, APT, personalmöten samt enhetschefens 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

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 tertiälrapporter 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 sex 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. Vissa av ombuden arbe-

tar 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 arsplanering 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 tillsvidareanställning 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

- Reglbundna 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 ha 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.

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.

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 2016

Socialpsykiatri utförarenheten

Våra verksamheter

Boendestöd i

- ✓ ordinärt boende
- ✓ stödboende

Aktivitetshuset Portis

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	8
Riskanalys	8
Egenkontroll	9
Utredning av avvikelser	9
Förbättrande åtgärder i verksamheten	10
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

Sari Hägglund Boendestöd
Kirsi Naskali Portis

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 ordinärt boende och boendestöd samt en träfflokal med tillgång till handledare för de deltagare som kommer dit. Sammanlagt ger utförarenheten för boendestöd, boendestöd och handledning till cirka 95 brukare. På Portis brukar ca 90 personer delta, av dessa deltagare deltar både brukare som mottar boendestöd men även andra besökare.

Träfflokalen erbjuder social gemenskap, enklare lunch samt flera olika studiecirklar. 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 boendestöd, stödboende och Portis arbetar runt 13 personer med olika tjänstgöringsgrader. 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 budget. Enhetschefen ansvarar för personalens fysiska och psykiska arbetsmiljö samt utvecklings- och lönesamtal. Medarbetarnas huvuduppdrag inom boendestöd 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. Portis som är öppen verksamhet som innebär att vem som kan besöka verksamheten. Detta innebär att brukaren inte behöver ett biståndsbeslut för deltagandet och därmed har inte medarbetarna dokumentationsansvar enligt SoL.

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

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

Ett självständigt liv (ESL), Motiverande samtal (MI)

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 2016

Utförarprocesser kan beskrivas enligt följande:

Uppstart inom Boendestödet

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.

Inom Portis tas brukaren emot och introduceras till verksamheten tillsammans med andra brukare. Verksamheten har viss förhållningsregler och dessa går genom av medarbetarna på plats. En gång i månaden hålls ett brukarmöte där man tar upp frågor och fattar beslut om verksamhet.

Arbetsmetoder

Enheten arbetar efter två modeller.

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.

Medarbetarna på Portis har utbildats i dessa metoder för att bättre kunna stödja brukarna i deras vardag.

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, psykiatrin, etc.

De viktigaste professionella samarbetspartnerna för socialpsykiatrin 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.

Portis medarbetare samarbetar med brukaren. I enskilda fall om brukaren ber så tar medarbetarna kontakt med andra intressenter som ex vis boendestöd, primärvård, biståndshandläggare mm.

Ansvarig: Enhetschef

Risakanalys

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 behov som är klientrelaterade genomförs riskbedömning som 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.

Enhetschefen 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

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 eventuella 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.

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

Fortsatta ansträngningar för att implementera arbetsmetoderna ESL och MI.

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.

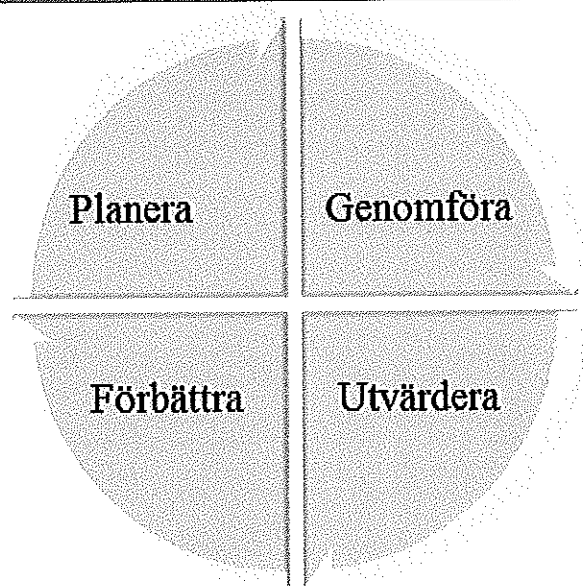
**Dokumentation enligt gällande lagstiftning inom Boendestö-
det**

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

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

Ansvarig: Enhetschef

Ledningssystem för det systema- tiska kvalitetsar- betet 2016



ASSISTANSENHETEN

Dnr: 1.2.1./839-2015
Ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet
2 (11)

Innehåll

Systematiskt kvalitetsarbete	4
Ansvar för och användning av ett ledningssystem	4
God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS	5
Kvalitetsindikatorer	5
Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund	5
Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter	6
Ansvarig chef	6
Brukare	6
Verksamhetsidé och organisation	6
Processer och rutiner	7
Samverkan	8
Risikanalys	8
Egenkontroll	9
Utredning av avvikelser	9
Förbättrande åtgärder i verksamheten	9
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 jämnt fördelade
- Är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamheter 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

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 155 brukare knutna till verksamheten och ca 170 medarbetare samt 60 arvoderade 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: Enhetschef.

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.

Ansvarig: Enhetschef.

Samverkan

- Assistansenheten har kontinuerliga och vid behov, möten med brukarna.
- Medarbetarna deltar regelbundet i arbetsplatsträffar (APT), 10 möten per år.
- Enhetschef 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.
- Enhetschef deltar i olika träffar och möten som finns inom verksamhetsområdet, t ex ledningsgrupps möten, APT och nätverk.
- Enhetschef deltar i stadsdelens råd för personer med funktionsnedsättningar vid behov.
- Enhetschef och kontaktsekreteraren har minst en planeringsdag per år för att kvalitetssäkra enhetens arbetssätt och rutiner.
- Enhetschef 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.

Ansvarig: Enhetschef.

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 enheten.
- 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.

Brucarundersökningen 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.