

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2017**

Socialtjänstens administrativa
enhet

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

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

Maria Thöyrä
Bodholmsplan 2, plan 5
08-508 24 810

Brukare

Socialtjänstens alla enheter och medarbetare.

Verksamhetsidé och organisation

Socialtjänstens administrativa enhet är en stödenhet för Socialtjänstens alla enheter. Vaktmästeriet är ett stöd för hela förvaltningen. Administrationens kärnuppdrag är att med gott bemötande, god tillgänglighet och administrativ kunskap ge stöd och service till chefer och medarbetare. Det stöd som administrativa enheten ger är stödjande, utförande, operativt, strategiskt samt kontrollerande. Samverkan är bred och ser internt och externt. Syftet med en administrativ enhet är att möjliggöra en effektivare och transparentare myndighetsutövning inom socialtjänsten. Den administrativa enheten bevakar hela socialtjänstens uppdrag och kännetecknas av tydlighet i det uppdrag vi har.

Vaktmästeriets kärnuppdrag är att med gott bemötande, god tillgänglighet stödja förvaltningens alla enheter med posthantering med utkörning inom förvaltningen, tryckeri, kopiering, utskick, nämndarbete vid sammanträden, medborgarmöten, fastighetsservice och övrig intern service samt hantverkstjänster.

Enhetens nuvarande organisation och arbetsformer bedöms kunna avlasta förvaltningen och socialtjänsten genom att vissa avseenden förkorta handlägningsprocessen och bidra till en funktionell och korrekt myndighetsutövning.

Ansvarig: Maria Thöyrä

Processer och rutiner

Enheten arbetar i ILS-webben för planering, uppföljning och resultatredovisning. Verksamhetens åtaganden dokumenteras i Verksamhetsplan 2017. Arbetsgruppen deltar i att ta fram åtaganden och arbetssätt på APT i samband med att Verksamhetsplanen skrivs. Uppföljningen av Verksamhetsplanen dokumenteras i Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Maria Thöyrä

Samverkan

Samverkan internt

Enhetschefen ansvarar för att medarbetare har mottagit, förstått och signerat informationen gällande sekretesslagstiftningen och tystnadsplikten. Dokumentet sparas därefter i respektive personakt.

Samverkan externt

Vid samarbete med andra enheter, nämnder och övriga externa samarbetspartners.

Ansvarig: Maria Thöyrä

Risakanalys

Väsentlighets- och riskanalys görs i samband med Verksamhetsplanen 2017 samt görs vid förändringar i verksamheten. Årlig plan för internkontroll bifogas till VP 2017.

Ansvarig: Maria Thöyrä

Egenkontroll

Enheten följer stadens rutiner och riktlinjer när det gäller handläggning och dokumentation. All dokumentation sker i stadens sociala system (paraplyet) och gäller utredningsdokumentation, journalanteckningar, alla beslut som förekommer och uppföljning av insatser gällande Egna medel.

Enheten har APT möten 10 gånger per år där fel och brister i verksamheten tas upp till diskussion.

Samordnare har varannan vecka avstämningsmöte med alla medarbetare.

Ansvarig: Maria Thöyrä

Utredning av avvikelser

Enheten följer förvaltningens dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar.

Ansvarig: Maria Thöyrä

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi diskuterar regelbundet mål och arbetssätt på APT. Resultat och förbättringar diskuteras på APT.

Ansvarig: Maria Thöyrä

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen. Enheten skapar mallar och lathundar för att tydliggöra och för att lättare kunna följa upp att rutinerna fungerar. Alla dokument som avser rutiner finns samlade i enhetens gemensamma mapp på nätet. Vid behov reviderar och uppdateras enhetens rutiner.

Ansvarig: Maria Thöyrä

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschef och samordnare har ett särskilt ansvar att bevaka lagändringar, riktlinjer och rutiner. Information vidarebefordras via mail. Alla medarbetare informeras muntligen på APT och minnesanteckningar skrivs vid varje möte och all information och de dokument som berör alla samlas i enhetens gemensamma mapp. Detta görs för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Medarbetarna har i sitt dagliga arbete kontakt med klienter och medarbetare. De förslag och klagomål som framförs är värdefulla för att utveckla och förbättra vår verksamhet.

Ansvarig: Maria Thöyrä

Dokumentationsskyldighet

Enheten dokumenterar och handlägger enligt det regelverk som finns.

Alla muntliga eller skriftliga förslag, klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare, invånare och andra myndigheter beaktas. Stadsdelens rutiner kring klagomålshantering följs. Klagomålen och förbättringsförslagen redovisas på APT.

Ansvarig: Maria Thöyrä



Stockholms
stad

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2017**

Barn- och ungdomsenheten

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

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 socialtjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Lena Svensson
Bodholmsplan 2
08-50824432

Brukare

Pojkar och flickor 0-18 år, i vissa fall till 21 år, och deras familjer.

Verksamhetsidé och organisation

Barn- och ungdomsenheten är organiserad inom Socialtjänsten.

Enhetens uppdrag är att utreda pojkar och flickor och deras familjer och vid behov bevilja insatser och följa upp dessa.

Vårt verksamhetssystem är BBIC (Barns Behov i Centrum) som styr handläggning och dokumentation och vi använder Signs of Safety som arbetssätt. I utredningar av unga med känt asocialt beteende använder vi SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) som beslutsstöd.

Barns och ungas nätverk kartläggs och tillvaratas i utredningar och insatser.

Beslutade insatser har konkreta mål som kontinuerligt följs upp. Vi utgår från väl grundade bedömningar och väljer insatser som bygger på vetenskaplig kunskap, brukarens erfarenheter, lokala omständigheter och professionell expertis.

Ansvarig: Lena Svensson

Processer och rutiner

Verksamhetens mål dokumenteras i Verksamhetsplan 2017. Mål och arbetssätt tas fram i en process där alla handläggare och chefer är involverade. Uppföljningen dokumenteras i Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen i slutet av året.

Internkontroll och VOR lämnas som bilaga i Verksamhetsplan 2017 och följs upp vid Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Lena Svensson

Samverkan

Samverkan internt

Stadsdelsförvaltningen har strukturerad samverkan för barn och unga där socialtjänst, skola, landsting, polis och fritid representeras.

Samverkan kring den enskilde sker internt mellan stadsdelens olika enheter i de fall pojken/flickan och dennes familj är aktuell vid flera enheter.

Samverkan externt

Den lokala BUS-överenskommelsen för Älvsjö, Hägersten-Liljeholmen avser barn som har behov av särskilt stöd från kommunala verksamheter, enskilda förskolor/skolor och från hälso- och sjukvården. Vård och insatser samordnas så att pojkar och flickor inte riskerar att hamna mellan parternas anvarsområden. Möten för planering av vård och insatser samordnas i en Samordnad individuell plan (SIP).

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan.

Risakanalys

Årlig plan för internkontroll.
Se bilaga.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Se bilaga för Internkontroll

Egenkontroll

Handläggning och processer i enskilda ärenden följs regelbundet upp av biträdande enhetschef. Biträdande enhetschef och enhetschef utför genom stickprov granskning av dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är tillsynsmyndighet för verksamheten och granskar på förekommen anledning dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T2

Enligt plan

Utredning av avvikelser

Dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar.
Se bilaga.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument och styr vår verksamhet.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner arbetas fram i arbetsgruppen. Vi skapar mallar och lathundar för att tydliggöra och för att kunna följa upp att rutinerna fungerar. Alla dokument som avser rutiner samlas i enhetens gemensamma mappar som är lätt tillgängliga för alla medarbetare i enheten.

Vid behov reviderar och uppdaterar vi våra dokument.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschef och biträdande enhetschef har ett särskilt ansvar att bevaka lagändringar, riktlinjer och rutiner. Alla medarbetare informeras på APT och i gruppmöten, minnesanteckningar skrivs vid varje möte och all information och de dokument som berör alla samlas i gruppernas gemensamma mappar. Detta är för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Det är socialsekreterarna som i sitt dagliga arbete träffar brukarna och har den direkta kontakten. De ser och uppfattar brukarnas behov och önskemål och dessa erfarenheter är värdefulla för att utveckla och förbättra vår verksamhet. Vi diskuterar utifrån konkreta perspektiv och utgår från dessa kunskaper när vi utvecklar kvaliteten i vår verksamhet.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan

Dokumentationsskyldighet

Alla enskilda ärenden följs kontinuerligt upp av biträdande enhetschef med stöd av checklista för dokumentation. Åtgärder som behöver vidtas dokumenteras och följs skyndsamt upp.

Klagomål som kommer till stadsdelen och som berör Barn- och ungdomsenheten dokumenteras och besvaras direkt.

Ansvarig: Lena Svensson

Uppföljning T1

Enligt plan



Stockholms
stad

Ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet 2017

Beställarenheten Omsorg om
äldre och stöd till personer
med funktionsnedsättning

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, verksamhetsidé och organisation	5
Processer och rutiner	6
Samverkan	6
Riskanalys	7
Egenkontroll	7
Utredning av avvikelser	8
Förbättrande åtgärder i verksamheten	9
Förbättring av processerna och rutinerna	9
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	9
Dokumentationsskyldighet	10

Systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

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

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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

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

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

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

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

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

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

Kvalitetsindikatorer

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

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

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

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

Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Ercan Sahin
08-508 24 554
ercan.sahin@stockholm.se
Bodholmsplan 2, Skärholmen

Brukare

Äldre personer över 65 år samt barn, unga och vuxna upp till 65 år med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar, som är folkbokförda eller vistas i Skärholmens stadsdelsområde. Omsorgen om äldre består av ca 116 brukare och stöd till personer med funktionsnedsättning består av ca 526 brukare.

Personerna inom målgrupperna kan ansöka om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Beställarenheten handlägger även riks-
färdtjänst och kommunalt bostadstillägg (KBH).

Verksamhetsidé och organisation

Beställarenheten omsorg om äldre och stöd till personer med funktionsnedsättning tillhör socialtjänsten inom Skärholmens stadsdelsförvaltning.

Enhetens uppdrag är att tillförsäkra brukarna en skälig levnadsnivå och/eller goda levnadsvillkor.¹ Vi tar emot ansökningar om insatser, utreder behov och fattar beslut. Ansökningar kan göras enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), riksfärdtjänst eller kommunalt bostadstillägg (KBH) samt avgifter för beviljade insatser. Beviljade insatser följs upp minst en gång per år.

Brukarna som kommer i kontakt med enheten ska bemötas på ett respektfullt och rättssäkert sätt, där integritet och självbestämmande beaktas. **Brukare och anhörig/god man** ska uppleva att de får korrekt och tydlig information samt en rättssäker handläggning. Brukarna ska uppleva trygghet och medbestämmande.

¹ Skälig levnadsnivå enligt socialtjänstlagen (SoL). Goda levnadsvillkor enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

På beställarenheten arbetar 27 biståndsbedömare, en strateg/avtalsamordnare, en avgiftssamordnare, två ekonomiska administratörer, en enhetschef och två biträdande enhetschefer.

Processer och rutiner

Enheten använder ILS-webb för planering, uppföljning och resultatredovisning. Enhetens mål och uppföljningsmetoder dokumenteras i den årliga verksamhetsplanen. Medarbetarna på enheten är aktiva i att ta fram enhetsmål och uppföljningsmetoder på APT. Uppföljningen av verksamhetsplanen görs tre gånger årligen, vid tertiäl 1, tertiäl 2 och verksamhetsberättelse. Enheten skickar årligen en brukarenkät till samtliga brukare som är aktuella på enheten. Resultaten från enkäten analyseras och ligger till grund för kommande års verksamhetsplanering.

Mål som kan följas upp utifrån lagstiftningen i SoL, LSS men också politiska mål fastställs i verksamhetsplanen. Kvalitetsarbetets inriktning och omfattning är anpassad till vad som krävs för att uppnå verksamhetens mål. Fördelning av ansvar i kvalitetsarbetet fastställs. Enskilda och grupper, såsom rådet för funktionshinderfrågor i stadsdelen, ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten. Medarbetarna görs delaktig i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten på olika sätt såsom arbetsplatsträffar, metodmöten, ärendedragningar och såväl intern som extern samverkan. Kvalitetsarbetet dokumenteras och följs upp kontinuerligt. Det görs genom uppföljning under tertiäl, i verksamhetsberättelser men också genom åktprövisning, ärendedragningar, stickprov och olika former av statistik löpande under året, brukarenkät.

Enheten arbetar för en systematisk, fortlöpande utveckling och säkring av verksamheten och dess kvalitet.

Ansvarig: Ercan Sahin

Samverkan

Intern samverkan

Det råder sekretess och tystnadsplikt mellan verksamheterna inom socialtjänsten och mellan verksamhetsområdena inom enheten. Enhetschefen ansvarar för att medarbetare har förstått och signerat informationen gällande sekretesslagstiftningen och tystnadsplikten.

Enheten samverkar vid behov med socialtjänstens olika verksamhetsområden efter samtycke från brukaren.

Enheten har sekreterarposten i stadsdelsförvaltningens pensionärsråd och rådet för funktionshinderfrågor.

Extern samverkan

Enheten har månatliga samverkansträffar med de tre största hemtjänstaktörerna i stadsdelsområdet.

Brukarna som är aktuella på enheten ger sitt samtycke för att socialtjänsten ska få inhämta de uppgifter som behövs för att utreda behovet av sökta insatser. Det kan t.ex. vara försäkringskassan, landstinget, Reagera och andra stadsdelsförvaltningar. Enheten samverkar med landstinget vid vårdplaneringsmöten på akutsjukhusen samt SIP (samordnad individuell plan).

Enheten bjuder regelbundet in samarbetspartners till möten för information och erfarenhetsutbyte. Under 2017 kommer samverkan att fortsätta för personer med demenssjukdom genom ett projekt.

Ansvarig: Ercan Sahin

Risakanalys

Risk- och väsentlighetsanalys bifogas verksamhetsplanen 2017. Konsekvensanalys görs vid förändringar i verksamheten. Årlig plan för internkontroll bifogas verksamhetsplanen 2017.

Ansvarig: Ercan Sahin

Egenkontroll

Biträdande enhetschef är handledare och är beslutsfattare i ärenden på enheten, enligt delegation. Biståndsbedömarna handleds dagligen i handläggningen av enskilda ärenden, både i grupp och individuellt. Stickprov av utredningar läses av biträdande. Biståndsbedömarna ersätter varandra och tidsberäkningar görs tillsammans vid behov. Årlig granskning av akter görs.

2016 delades äldreomsorgens biståndsbedömare in i två team och den kollegiala granskningen kommer bli ett naturligt inslag i verksamheten.

En gång per år genomförs aktgranskning (genomgång av **aktgranskning** **insatser** samt genomgång av Paraply och Excellistor). Stickprov

av akter. Beställarenheten har APT-möten 10 gånger per år där fel och brister i verksamheten tas upp till diskussion. Fel och brister dokumenteras i APT-protokollet där beslut tas om hur man ska gå tillväga för att rätta till det som är fel. Där ska även dokumenteras det datum när felet/bristen ska vara åtgärdad. Uppföljning ska ske enligt beslut i protokollet.

Enheten har kontinuerligt ärendedragningar samt metodmöten där förbättringsområden diskuteras och åtgärdas. Stickprov av akter, journalanteckningar, beslut, utredningar och genomförandeplaner med mera görs regelbundet. Beställarenheten tar emot revision och åtgärdar sådant som måste förbättras. Beställarenheten genomför brukarenkäter och tar emot kritik och klagomål för att förbättra verksamheten och hålla hög kvalitet.

Ansvarig: Ercan Sahin

Utredning av avvikelser

Enhetens rutinbeskrivning av hur synpunkter och klagomål hanteras:

Enheten arbetar enligt den systematiska klagomålshanteringen och Lex Sarah-rutiner som finns i stadsdelen där inkomna synpunkter, förslag och klagomål registreras och följs upp. Är dessa riktade till beställarenheten ska uppföljningen alltid ske direkt mellan chef och medarbetare. Återkoppling ges alltid till den enskilde.

Brukarundersökning görs årligen.

Utveckla verksamheten:

Vi ska informera brukaren om hans/hennes möjlighet att lämna in synpunkter, förslag och klagomål. Detta för att vi ska förbättra vårt bemötande av våra brukare samt hålla en god kvalitet på vår verksamhet.

**Identifiera nya eller ej tillgodosedda behov/förbygga fel och
biståd**

Den enskildes alla synpunkter, förslag och klagomål ska respekteras och ses som en förbättringsmöjlighet i våra dagliga arbetsrutiner. Synpunkterna ska diskuteras på ärendedragningar, APT eller

metodmöten så att alla nya eller ej tillgodosedda behov blir kända för alla enhetens medarbetare samt hur vi löser dem.

Ansvarig: Ercan Sahin

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Se svar ovan. Alla medarbetare är delaktiga i processen att ta fram verksamhetsplan utefter de mål och åtaganden vi har. **Beställarenheten** utvecklar arbetssätt, följer upp och utvecklar verksamheten kontinuerligt. **Beställarenheten använder de tilldelade resurserna på ett väl genomtänkt sätt.**

Ansvarig: Ercan Sahin

Förbättring av processerna och rutinerna

Se ovan.

Ansvarig: Ercan Sahin

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 **fullgöringsstift** efter brukarnas behov och önskemål.

Medarbetarna ges möjlighet att gå kompetenshöjande utbildningar och kurser. Enhetens biståndsbedömare har gått 7.5 poängs fördjupningsutbildning i LSS 1 och 2 samt andra påbyggnadsutbildningar. Hela arbetsgruppens kompetens tas till vara på ärendedragningarna som äger rum flera gånger i veckan där biståndsbedömarna och enhetschef diskuterar ärenden.

Medarbetarna ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov av kunskapsutveckling inom verksamheten genom att biståndsbedömaren ges möjlighet att förutom utbildningar anordnade av staden eller privata anordnare göra fältstudier, studiebesök och observationer i andra verksamheter för lärande av andras erfarenheter. Gruppen diskuterar arbetsmetoder, verksamhetsuppföljning och ekonomi kontinuerligt för att säkra en god kvalitet i verksamheten.

Medarbetarenkät (intern) görs årligen.

Ansvarig: Ercan Sahin

Dokumentationsskyldighet

Enhetens rutinbeskrivning av hur dokumentation – informationsöverföring – uppföljning av beslutad insats hanteras:

Handläggning och dokumentation av ett ärende

Anmälan eller ansökan

Förhandsbedömning

Vid anmälan; samtycke till utredning

Inleda utredning

Genomföra utredning

Sammanställa utredningsmaterialet

Kommunicera utredning

Fatta beslut

Kommunicera beslut och vid avslag bifoga besvärshänvisning.

Se till att beslutet verkställs t ex genom beställning

Följa upp beslut (utförarplaner samt egen uppföljning)

Överklagan

Inkommit inom laga tid

Eventuell omprövning

Till domstol för prövning

Dokumentation av genomförande av beslutad insats

Finns tydlig akt ordning för fysiska akter som förvaras i aktskåp

Journal (Sociala system)

Utredning, beslut samt beställning (fysisk och Sociala system)

Genomförandeplan (Sociala system/Parasolsystemet)

Målen formuleras utefter den enskildes behov och önskningar samt efter de mål som återfinns i bla. lagrum, förarbeten och riktlinjer. Utöver detta finns ingen rutin på enheten för hur målen skall formuleras i genomförandeplan.

Hantering av uppgifter mellan olika ansvariga

Hantering av uppgifter mellan olika ansvariga hämtas från

Webcare, genom telefonkontakt, fax, mail samt brev. Uppgifter

som rör den enskilda dokumenteras i utredning och beslut. Be-

ställningar skickas genom Paraplysystemet eller faxas till ansva-

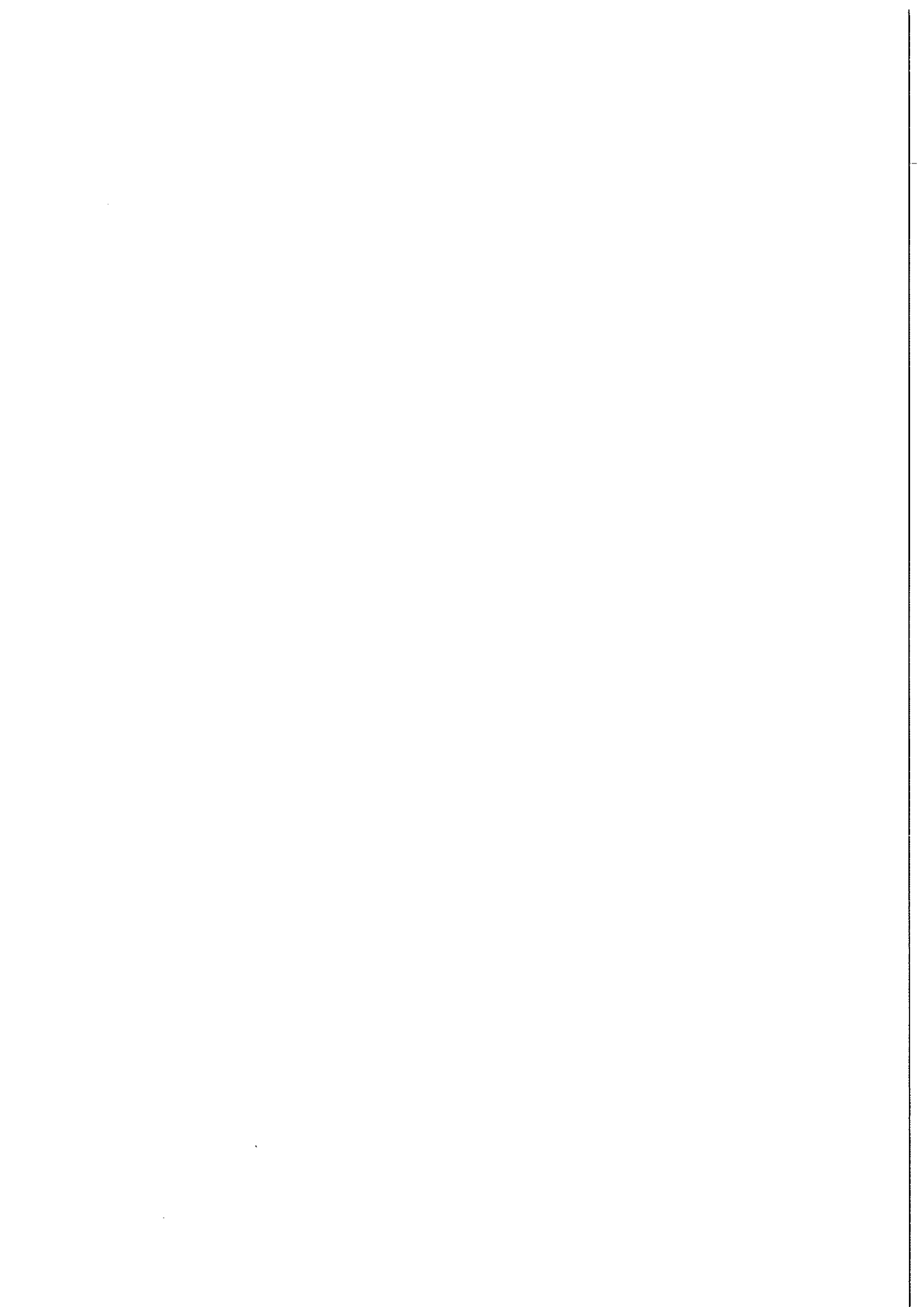
riga. Uppgifter av betydelse förs in som journalanteckning. Kla-

gomål hanteras efter de rutiner som finns.

Uppföljning och utvärdering av beslutad insats

När beslutet går ut kontaktas den enskilde av biståndsbedömaren. Den enskilde kan även själv ta kontakt med biståndsbedömaren. Ett möte bokas för uppföljning och utvärdering av beslutet. Andra ansvariga såsom utförare kan delta vid uppföljningen. Insatser/insatserna kan även följas upp och utvärderas vid individuell plan. Besluten ska följas upp minst en gång per år eller efter individuellt behov.

Ansvarig: Ercan Sahin





Stockholms
stad

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2017**

Ekonomiskt bistånd och
arbetsmarknadsinsatser

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

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

Therése Grahn
Bodholmsplan 2
08-508 24 816

Brukare

Vuxna från 18 år som bor och vistas i stadsdelen och som ansöker om ekonomiskt bistånd samt feriejobb för unga mellan 16-19 år.

Verksamhetsidé och organisation

Enheten för ekonomiskt bistånd och arbetsmarknadsinsatser är organiserad inom Socialtjänsten.

Enhetens huvudsakliga uppgift är att bidra till att hitta lösningar och vägar till självförsörjning för de som ansöker om ekonomiskt bistånd. I utredningsarbetet inom ekonomiskt bistånd ingår både en ekonomisk utredning och en utredning av hela livssituationen. Gällande lagstiftning följs, Stockholm stads riktlinjer och Socialstyrelsens handbok är vägledande vid bedömning. Enhetens insatser är av god kvalitet och uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten i enlighet med de lagar och föreskrifter som styr verksamheten. Enheten vann Stockholm stads Kvalitetsutmärkelse 2015.

Enheten arbetar för att korta vägen till egen försörjning och att invånarnas behov av ekonomiskt bistånd minskar. Enheten arbetar aktivt för att minska långvarigt beroende av ekonomiskt bistånd. Forskning visar på att barn i familjer med yrkesarbetande föräldrar har bättre förutsättningar i sina liv än barn i biståndsmottagande familjer. Utifrån barnperspektivet är det extra viktigt att arbeta med att minska långvarigt bidragsberoende. Enheten arbetar aktivt för att frigöra och utveckla den enskildes egna resurser och med att klienterna i första hand har ett eget ansvar för sitt liv. Detta innebär att utnyttja alla de möjligheter som finns för att klara sin försörjning innan rätten till bistånd träder in.

Från och med 2016 ingick även arbetsmarknadsinsatser i enhetens uppdrag. I arbetsmarknadsinsatser ingår OSA (offentligt skyddade anställningar), Stockholmsjobb, feriejobb för ungdomar, arbetsutbildning och coachning. Från och med 2017 ingår också boendet för bostadslösa barnfamiljer på Sättagårdsvägen 8 i enhetens uppdrag. Samverkan sker med andra enheter inom socialtjänsten samt med andra myndigheter och organisationer.

Ansvarig: Therése Grahn

Processer och rutiner

Enheten arbetar i ILS-webben för planering, uppföljning och resultatredovisning. Verksamhetens åtaganden dokumenteras i Verksamhetsplan 2017. Arbetsgruppen deltar i att ta fram åtaganden och arbetssätt på APT i samband med att Verksamhetsplanen skrivs. Uppföljningen av Verksamhetsplanen dokumenteras i Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Enhetens årliga plan för Internkontroll och ROV lämnas som bilaga i Verksamhetsplan 2017 och följs upp vid Tertial 1 och Tertial 2 samt i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Therése Grahn

Samverkan

Samverkan internt

Enhetschefen ansvarar för att medarbetare har mottagit, förstått och signerat informationen gällande sekretesslagstiftningen och tystnadsplikten. Dokumentet sparas därefter i respektive personakt.

Samverkan externt

Vid samarbete med andra enheter, nämnder och övriga externa samarbetspartners är grundregeln att ha sökandens samtycke till att överföra information.

Den som ansöker om ekonomiskt bistånd ger sitt medgivande till socialtjänst att inhämta de uppgifter som behövs hos Arbetsförmedlingen, Arbetslöshetskassa, Centrala studiestödsnämnden, Fordonsregistret, Företagsregistret, Försäkringskassan, Jobbtorget, Kronofogdemyndigheten, Lantmäteriet, Migrationsverket, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och vid behov socialtjänst i annan stadsdel/kommun.

Ansvarig: Therése Grahn

Riskanalys

Risk- och väsentlighetsanalys bifogas Verksamhetsplanen 2017 samt görs vid förändringar i verksamheten.

Årlig plan för internkontroll bifogas till VP 2017.

Ansvarig: Therése Grahn

Egenkontroll

Handläggning och processer i enskilda ärenden följs regelbundet upp av biträdande enhetschef. Då medarbetare blir undrande över annans beslut/handläggning i ett ärende tas detta upp på arbetsmötet och/eller med biträdande enhetschef. Biträdande enhetschef gör fördjupad uppföljning av alla ärenden tillsammans med socialsekreterare två gånger om året. Rutiner finns för anmälan av felaktiga utbetalningar till FUT-utredare som utreder och polis-anmäler bidragsfusk. Vi följer upp att vi håller handläggningstid från första kontakt till första beslut.

Ansvarig: Therése Grahn

Utredning av avvikelser

Enheten följer förvaltningens dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar.

Ansvarig: Therése Grahn

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi diskuterar regelbundet åtaganden och arbetssätt på APT och i gruppmöten. Resultat och förbättringar diskuteras på APT och i gruppmöten.

Ansvarig: Therése Grahn

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen. Enheten skapar mallar och lathundar för att tydliggöra och för att lättare kunna följa upp att rutinerna fungerar. Alla dokument som avser rutiner finns samlade i enhetens gemensamma mapp på nätet. Vid behov reviderar och uppdateras enhetens rutiner.

Ansvarig: Therése Grahn

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschef, biträdande enhetschef och metodutvecklare har ett särskilt ansvar att bevaka lagändringar, riktlinjer och rutiner. Information vidarebefordras via mail. Alla medarbetare informeras muntligen på APT och i gruppmöten, minnesanteckningar skrivs vid varje möte och all information och de dokument som berör alla samlas i enhetens gemensamma mapp. Detta görs för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Medarbetarna har i sitt dagliga arbete kontakt med klienter. Medarbetarna uppmärksammar klienternas behov och önskemål. De förslag och klagomål som framförs är värdefulla för att utveckla och förbättra vår verksamhet.

Ansvarig: Therése Grahn

Dokumentationsskyldighet

Enheten dokumenterar och handlägger enligt det regelverk som finns. Alla enskilda ärenden följs kontinuerligt upp av biträdande enhetschef med stöd av checklista för dokumentation. De åtgärder som behöver vidtas dokumenteras och följs skyndsamt upp.

Alla muntliga eller skriftliga förslag, klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare, invånare och andra myndigheter beaktas. Stadsdelens rutiner kring klagomålshantering följs. Klagomålen och förbättringsförslagen redovisas på APT.

Ansvarig: Therése Grahn



Stockholms
stad

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2017**

Mottagningsenheten inkl.
ensamkommande

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

Systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

1. 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. 16 § tandvårdslagen (1985:125),
3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och

4. 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

2 § Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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

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

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

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

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

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

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

Kvalitetsindikatorer

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

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

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

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

Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Susana Lamartine, enhetschef
Bodholmsplan 2, 08-508 24096

Brukare

Mottagningsenheten inkl. ensamkommande är en serviceinriktad och effektiv ingång till stadsdelens socialtjänst med hög tillgänglighet. Alla boende i Skärholmen ska kunna kontakta Mottagningsgruppen för råd och stöd. När man vänder sig till oss ska man bli respektfullt bemött och få tydliga besked om huruvida man är berättigad till hjälp eller inte, samt få ett formellt beslut om så önskas. Är sökande berättigad ska man snarast få kontakt med rätt instans. Är man inte berättigad till hjälp från socialtjänsten ska man få vägledning om vart man kan vända sig. Mottagningsenheten värnar om att socialsekreterare och chefer ska vara tillgängliga och tydliga i all kommunikation med brukaren. Hyresrådgivningen skall arbeta vräkningsförebyggande med ett tydligt barnperspektiv. Gruppen som handlägger ensamkommande barn likaså.

Verksamhetsidé och organisation

Mottagningsenheten inkl. ensamkommande är organiserad inom Socialtjänsten och består av 20 medarbetare, en enhetschef, en biträdande enhetschef för mottagningsgruppen och en biträdande enhetschef för gruppen ensamkommande flyktingbarn. Enheten är alltså indelad i två olika grupper: Mottagningsgruppen och gruppen för ensamkommande som utreder och följer upp dessa.

Verksamheten styrs ytterst av Socialtjänstlagen, Förvaltningslagen och Offentlighets- och sekretesslagen. Barn- och ungdomsfrågor, ekonomiskt bistånd, vuxna med missbruksproblematik eller i utanförskap samt vräkningsförebyggande arbete är prioriterade områden för vår verksamhet. Rättssäkerhet, barnperspektiv, delaktighet och stöd till egna resurser är vägledande i vårt arbete.

Mottagningsgruppen tar emot anmälningar och ansökningar som kommer till stadsdelen gällande barn, unga och vuxna, handlägger LOB-anmälningar, hyresskulder samt gör hembesök för att fast-

ställa boendet vid andrahandskontrakt som inte blivit godkända av hyresvärden samt alla inneboendekontrakt. Handläggarna gör förhandsbedömningar i vuxen- och barnärenden och tar beslut om utredning ska inledas eller inte. Om utredning inleds remitteras ärendet vidare till berörd enhet.

Alla förhandsbedömningar gällande barn och ungdomar genomförs enligt BBIC - Barns Behov i Centrum. BBIC utgår från en helhetssyn av barnet/ungdomen, och risk- och säkerhetsfaktorer sätts i relation till föräldrarnas förmåga samt faktorer i familj och miljö. Vid akuta behov görs nödprovningar och fattas beslut om akuta insatser som verkställs av handläggarna. Verksamheten erbjuder sig även att delta vid anmälningmöten till förskolor och skolor vid orosanmälan. Mottagningsgruppen gör noggranna bedömningar av de anmälningar och ansökningar som inkommer till stadsdelen som rör både vuxen-ärenden, barn och ungdomsfrågor samt försörjningsstöd. Många samtal och kontakter rör också rådgivning och hänvisning till andra stadsdelar/kommuner och myndigheter.

Syftet med *hyresrådgivning* är att förhindra att barnfamiljer och ensamstående vuxna ska bli vräktas samt att se till att individers behov av insatser från socialtjänsten ska kunna tillgodoses i ett så tidigt skede som möjligt. Hyresrådgivaren är sammankallande och håller i Bosamverkansgruppen där representanter från alla enheter träffas varannan vecka för att gå igenom alla inkomna ärenden som riskerar avhysning. På så sätt kan vi med gemensamma resurser förhindra avhysning samt samverka och erbjuda individanpassade insatser för de personer som riskerar att förlora sitt boende. Vid avhysning av barnfamiljer ska en konsekvensanalys med barnperspektivet alltid göras i Bosamverkansgruppen. Hyresrådgivaren kommer under 2017 att utveckla arbetet genom att i större omfattning göra hembesök till de som har hyresskulder i syfte att skapa kontakt i ett tidigt skede och på det sättet i ännu högre grad förebygga vräkning med hemlöshet som följd.

Gruppen för ensamkommande utreder och följer upp insatser för alla ensamkommandebarn och ungdomar som anvisas till Skärholmens stadsdelsförvaltning. Inom gruppen finns familjevårdsinspektörer som rekryterar, utreder, handleder och följer upp familjehem samt har ett nära samarbete med handläggarna. Handläggningen skall genomsyras av tät kontakt med de ensamkommande barnen och dess nätverk. Fokus skall ligga på en god hälsa, en stabil boendesituation och en fungerande skolgång.

Processer och rutiner

Enhetens mål dokumenteras i Verksamhetsplan 2017 som är en stor del av det systematiska kvalitetsarbetet. Arbetsgruppen har involverats i att ta fram målen och arbetssätt under enhets- och tavelmöten samt planeringsdagar. Dessa mål följs sedan upp kontinuerligt varje vecka på vårt tavelmöte. Uppföljningen dokumenteras även i Tertial 1 och Tertial 2 samt i Verksamhetsberättelsen i slutet av året.

Internkontrollplan lämnas som bilaga i Verksamhetsplan 2017 och följs upp vid Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Susana Lamartine

Samverkan

Samverkan internt

Enhetens olika verksamheter samverkar i enskilda ärenden vid behov. Enhetschef och biträdande enhetschefer samt grupprepresentanter deltar i samverkansmöten eller samverkansgrupper med andra enheter.

Samverkan externt

Varje verksamhet inom enheten samverkar med andra relevanta myndigheter t.ex. skola, förskola, polis, BUP, Överförmyndarnämnden, m fl. Kontaktpersoner finns för olika grupper. Enhetschef deltar i övergripande samverkansforum. Till exempel är enhetschefen sammankallande för samverkansmöte med stadsdelens skolor två gånger per termin.

Ansvarig: Susana Lamartine

Risakanalys

Risk- och väsentlighetsanalys bifogas Verksamhetsplanen 2017 samt görs vid förändringar i verksamheten.

Ansvarig: Susana Lamartine

Egenkontroll

Mottagningsgruppen och gruppen för ensamkommande har regelbundna ärendedragningar både i grupp och enskilt.

Mottagningsgruppen träffas varje morgon för att gå igenom alla inkomna ärenden, handläggning och arbetsätt. Mappning används som metod för att visualisera risk och skyddsfaktorer.

Biträdande enhetschef i mottagningsgruppen går igenom alla barn- och ungdomsärenden där vi inte inleder utredning för att bland annat se att utredningstid hålls, att samtal har förts med barnen och att handläggningen är av god kvalitet så att vi kan fortsätta förbättra verksamheten. Avvikelse tas upp i grupp i utbildningssyfte då vi är en lärande organisation.

I gruppen för ensamkommande har biträdande enhetschef ärendegenomgång med sina handläggare varannan vecka samt ärendedragning i grupp och även enskilt om det behövs. Biträdande enhetschef ser till och följer upp att handläggningen är av god kvalitet.

Workshops anordnas en gång per termin för kollegial granskning och för att ta fram avvikelser som kan hjälpa oss att förbättra arbetssättet. Planeringsdagar bokas under våren och hösten.

Handläggarna har tillgängliga chefer och får det stöd de behöver. Handläggarna tar även hjälp av extern handledning.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för verksamheten och granskar på förekommen anledning dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Ansvarig: Susana Lamartine

Utredning av avvikelser

Dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar finns.

Alla synpunkter och klagomål förs in i förteckningen för synpunkter, beröm och klagomål. Alla klagomål eller negativ feedback åtgärdas och återkoppling ges till den berörde om så önskas.

Avvikelser och förbättringsområden i verksamheten uppdagas regelbundet av chefer och medarbetarna och hamnar på målstyrningstavlan. Vi arbetar ständigt med dem som aktiviteter för att förbättra verksamheten.

Ansvarig: Susana Lamartine

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi följer upp och diskuterar regelbundet våra mål och avvikelser på våra veckovisa tavelmöten. Utifrån avvikelser och/eller förslag/nya idéer arbetar gruppen med aktiviteter som blir ständiga förbättringar. Dessa följs upp och redovisas på tavelmötena varje vecka.

Hela enheten kommer att utbildas i Lean under 2017 för att effektivisera vårt arbetssätt och ta bort "slöserier".

Ansvarig: Susana Lamartine

Förbättring av processerna och rutinerna

Enheten fångar upp avvikelser och synpunkter från våra brukare, medborgare och andra instanser som kan hjälpa oss att förbättra verksamheten.

Vi arbetar i övrigt med standardisering och skapar rutiner, mallar och lathundar för att tydliggöra och för att lättare kunna följa upp att arbetet utförs korrekt och rättsäkert. Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen samt med andra enheter. Alla dokument som avser rutiner finns samlade i enhetens digitala gemensamma mapp. Vid behov reviderar och uppdaterar vi våra rutiner.

Ansvarig: Susana Lamartine

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetarna både utför och utvecklar sitt arbete efter brukarnas behov och med befintliga resurser. Hela enheten är aktiv och ar-

betar med ständiga förbättringar. Vi har tavelmöten varje vecka där vi går igenom våra mål och hur vi ligger till i processen. Avvikelse uppmärksammas och leder till aktiviteter eller förbättringsområden som gruppen arbetar med.

Vi bevakar lagändringar, riktlinjer och rutiner. Information vidarebefordras via mail och går igenom på tavelmöten eller enhetsmöten. Vi visualiserar arbetet genom att använda tavlor och stor skärm. Alla rutiner och viktiga dokument samlas i enhetens gemensamma mapp. Detta görs för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Medarbetarna har i sitt dagliga arbete kontakt med brukare eller invånare i behov av stöd. Medarbetarna uppmärksammar individernas behov och önskemål. De förslag och klagomål som framförs är värdefulla för att utveckla och förbättra vår verksamhet. De tas upp på tavelmötet och förs in i förteckningen av synpunkter, beröm och klagomål med vilka åtgärder som vidtagits. Återkoppling lämnas alltid om så önskas.

Ansvarig: Susana Lamartine

Dokumentationsskyldighet

Vi handlägger och dokumenterar enligt det regelverk som finns. Enskilda ärenden följs kontinuerligt upp av biträdande enhetschefer med stöd av checklista för dokumentation. Vi följer och utvecklar varje verksamhets rutiner.

Alla muntliga eller skriftliga förslag, klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare, invånare och andra myndigheter beaktas och förs in i förteckningen samt tas upp med hela gruppen. Stadsdelens rutiner kring klagomålshantering följs.

Rutiner finns för lex Sarah.

Rapport och uppföljningar görs i ILS-systemet vid varje tertial.

Ansvarig: Susana Lamartine



Stockholms
stad

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2017**

Enheten för Vuxen, Unga
vuxna, Socialpsykiatri och
Relationsvåld

Innehåll

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

Systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

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

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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

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

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

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

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

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

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

Kvalitetsindikatorer

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

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

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

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

Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Sirpa Tamminen
Storholmsgatan 3
08-50824638

Brukare

Vår målgrupp är unga vuxna med eller utan missbruk, vuxna med missbruk eller psykosocial problematik, socialpsykiatri där de har psykisk ohälsa, psykiska diagnoser och eller neuropsykiatriska diagnoser. Vi vänder oss också till både våldsutsatta och våldsutövare.

Enheten har sänkt åldersgränsen till 18 år både inom socialpsykiatri och vuxen. Relationsvåld har sedan tidigare åldergräns vid 18 år. Inför bildandet av unga vuxna anställdes två socialsekreterare som riktar sig mot vuxengruppens målgrupp med missbruk och psykosocial problematik som inte tillhör socialpsykiatrins målgrupp. En biståndsbedömare anställdes riktat mot socialpsykiatrins målgrupp. Unga vuxna inom både vuxen och socialpsykiatri riktar sig mot unga vuxna 18-25 år.

Verksamhetsidé och organisation

Att utifrån givna resurser tillsammans med klienter och samarbetspartners ge insatser som leder till drogfrihet eller minskat beroende. Vi utreder, bedömer och beviljar insatser samt bedriver ett uppsökande arbete bland missbrukare. Vi använder utredningsverktyg såsom ASI för att mäta beroendegraden och dess konsekvenser för att utifrån det ge rätt avpassade insatser som leder till en skälig levnadsnivå. Vi är samlokaliserade och har avtal med beroendecentrum Sydväst.

Vuxenenheten har ett brett samarbete både inom och utom stadsdelen, med såväl professionella som frivilliga aktörer.

Enheten använder evidensbaserade behandlingsmetoder och i första hand prövas stadsdelens öppenvård om inte missbrukets art kräver andra insatser.

Socialpsykiatrienheten är organiserad inom Socialtjänsten. Den består av en beställarenhet. Utförarenheten ligger under OÄF

Målet med verksamheten är att ge vår målgrupp insatser så att de kan leva ett mer självständigt liv vad beträffar boende, sysselsättning och social samvaro.

Vi arbetar lösningsinriktat och motiverande med respekt för individen samt tar hänsyn till lagstiftningens krav på rättssäker prövning.

Biståndsbedömarna gör utredning och planering tillsammans med sökanden om hur han/hon ska uppnå ett mer självständigt liv. Noggrann uppföljning av planeringen görs regelbundet.

Samverkan sker med psykiatrins olika delar samt andra enheter inom socialtjänsten.

Barnperspektivet ska alltid beaktas.

Vi ser till människors möjligheter och förmågor och samarbetar med andra myndigheter och organisationer för erbjuda individuella insatser som kan leda till ett självständigt liv på den nivå som den sökande önskar.

Rätten till bistånd provas enligt Socialtjänstlagen.

Relationsvåldsteamet är könsneutralt och erbjuder stöd till både våldsutsatta män och kvinnor och våldsutövande män och kvinnor över 18 år. Viktigt att belysa att det finns kompetens som byggt på i gruppen gällande våld mot äldre och funktionshindrade. Relationsvåldsteamet startade i augusti 2012 och har utvecklat arbetet med att våldsutövare skall hitta alternativa lösningar till våld och ge våldsutsatta stöd att hitta praktiska lösningar i sin situation och bearbeta våldet som de utsatts för. Våldsutövarna får behandling/stöd i att hitta alternativa lösningar till våld genom strukturerade arbetsmetoder (ATV). RVT kommer under 2017 att fortsätta utveckla stödet/behandling till våldsutövare genom metodutveckling. Givet är också den fortsatta metodutvecklingen till de våldsutsatta. Samverkansavtal är gjort med polisen och Relationsvåldsteamet. Riktlinjerna kring våld i nära relation från kommunfullmäktige kommer att fortsätta implementeras under 2017 i alla enheter med hjälp av Relationsvåldsteamet och ligger också som grund för en gemensam handlingsplan för arbetet med relationsvåld i Stockholms stad.

Ansvarig: Sirpa Tamminen

Processer och rutiner

Vi använder stadens WEBB ILS-system för planering, uppföljning och resultatredovisning. Verksamhetsplanen är en stor del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Inom valfrihetssystemet tillämpas en särskild modell för kvalitetsuppföljning som även finns i ILS systemet.

Verksamhetens åtaganden dokumenteras i Verksamhetsplan 2017. Arbetsgruppen involveras i åtaganden och arbetssätt på verksam-

hetsmöten, planeringsdagar samt APT i samband med skapandet av enhetens VP och följs sedan upp kontinuerligt varje kvartal. Uppföljningen dokumenteras i Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen i slutet av året.

Enhetens årliga plan för Internkontroll lämnas som bilaga i Verksamhetsplan 2017 och följs upp vid Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Sirpa Tamminen

Samverkan

Samverkan internt

Enhetschefen ansvarar för att medarbetare har mottagit, förstått och signerat informationen gällande sekretesslagstiftningen och tystnadsplikten. Detta går igenom vid anställningsavtalet som förvaras i personalakten.

Vi samverkar med andra enheter vid trepartsmöten. Resultatet dokumenteras i akten. Vi samverkar även generellt på konferenser m.m.

Samverkan externt

Vid samarbete med andra enheter, nämnder och övriga externa samarbetspartners är grundregeln att få sökandens samtycke om överföring av information.

Främst samverkar vi med psykiatrins olika delar efter samtycke med sökanden. Vi inhämtar också samtycke om vi får ha kontakt med anhöriga och i så fall vilka.

Ansvarig: Sirpa Tamminen

Risakanalys

Risk- och väsentlighetsanalys görs i Verksamhetsberättelsen samt vid förändringar i verksamheten. Detta dokumenteras.

Årlig plan för internkontroll är som bilaga till VP 2017

Ansvarig: Sirpa Tamminen

Egenkontroll

Beställningar görs i alla ärenden och leder till att utförarna gör en genomförandeplan. Uppföljning av beslut görs efter behov med utförarenheter – 3 mån, 6mån eller maximalt ett år. Vid behov följs beslut upp vid större förändringar.

Biståndsbedömare träffar boendestödsenheten samt boenden regelbundet för avstämning och utbyte av information.

Varje vecka går biståndsbedömarna genom sina förslag till beslut för diskussion och genomgång med biträdande enhetschef.

Enheten upprättar en risk- och väsentlighetsanalys samt åtgärdsplan i samband med verksamhetsplanen. Detta sker i det integrerade ledningssystemet WEBB-ILS.

IVO är tillsynsmyndighet för verksamheten och granskar på förekommen anledning dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Vuxenenhetens egenkontroll omfattar:

- Jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter.
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.
- Regelbunden granskning av journaler, akter och annan dokumentation.
- Undersökning av förhållningssätt och attityder bland personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- Inhämtande av synpunkter från revisorer, intressenter samt medarbetarenkäter.

Ansvarig: Sirpa Tamminen

Utredning av avvikelser

Enheten använder sig av förvaltningens dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar.

Ansvarig: Sirpa Tamminen

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi diskuterar regelbundet mål och arbetssätt på APT och i gruppmöten. Resultat och förbättringar diskuteras på APT och i gruppmöten.

Ansvarig: Sirpa Tamminen

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen. Vi skapar mallar och lathundar för att tydliggöra och för att lättare kunna följa upp att rutinerna fungerar. Alla dokument som avser rutiner samlas i enhetens gemensamma mapp som är lätt tillgänglig för alla medarbetare i enheten.

Vid behov reviderar och uppdaterar vi våra rutiner.

Ansvarig: Sirpa Tamminen

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschef har ett särskilt ansvar att bevaka lagändringar, riktlinjer och rutiner. Alla medarbetare informeras muntligen på APT och på verksamhetsmöten, minnesanteckningar skrivs vid varje möte och all information och de dokument som berör alla samlas i enhetens gemensamma mapp. Detta är för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Det är medarbetarna som i sitt dagliga arbete träffar brukare och har den direkta kontakten med dem. De ser och uppfattar brukarnas behov och önskemål och dessa erfarenheter är värdefulla för att utveckla och förbättra vår verksamhet. Vi diskuterar utifrån konkreta perspektiv och utgår ifrån dessa kunskaper när vi utvecklar kvaliteten i vår verksamhet.

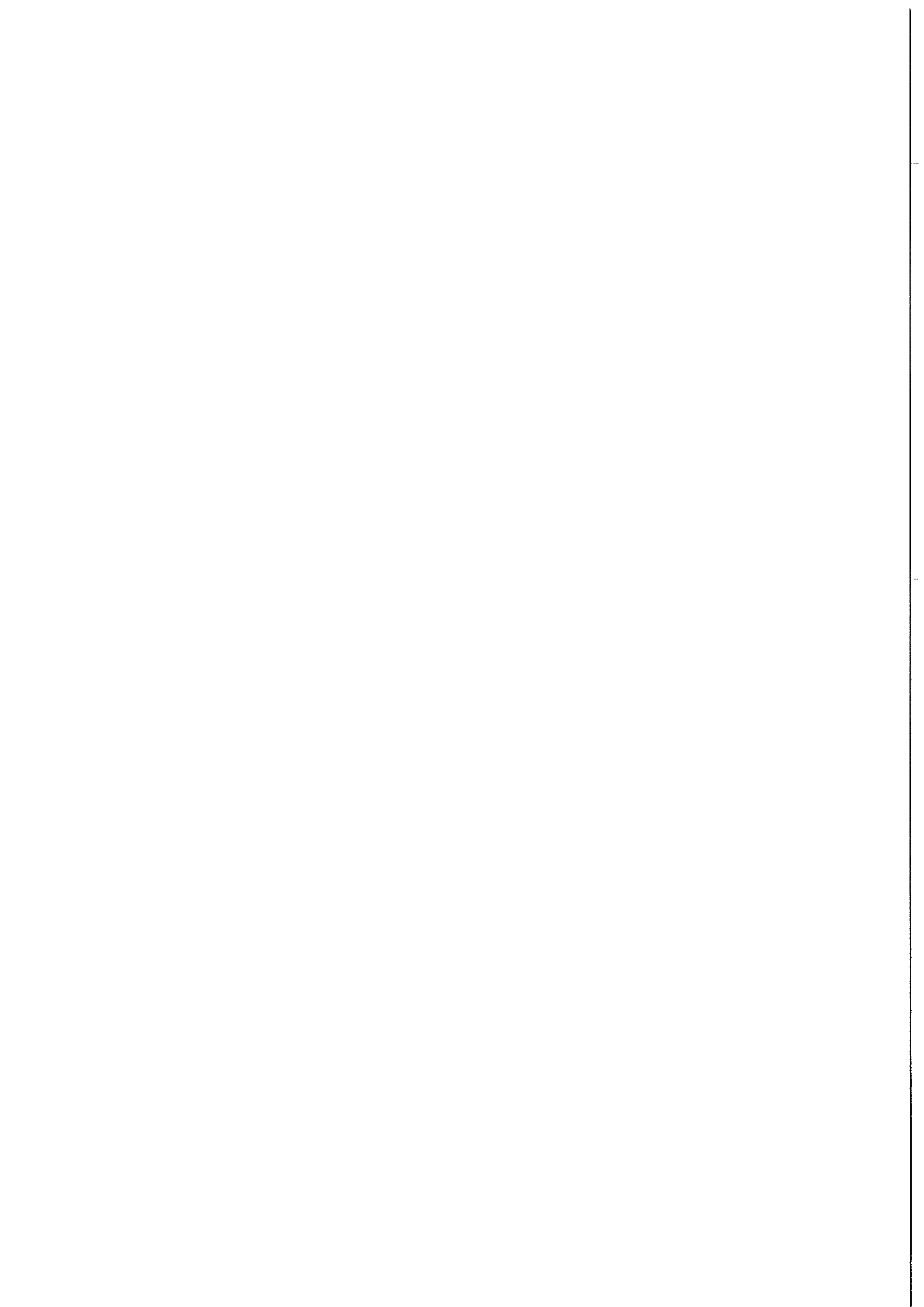
Ansvarig: Sirpa Tamminen

Dokumentationsskyldighet

Alla enskilda ärenden följs kontinuerligt upp. Enhetschefen följer stickprovsvis att dokumentationen görs.

Alla muntliga eller skriftliga förslag, klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare, invånare och andra myndigheter beaktas. Stadsdelens rutiner kring klagomålshantering följs. Klagomålen och förbättringsförslagen redovisas på APT.

Ansvarig: Sirpa Tamminen





Stockholms
stad

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2017**

Socialtjänsten

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

Systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Föreskriften måste tillämpas i verksamheter som omfattas av:

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

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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

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

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

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

God kvalitet inom verksamheter som berörs av SoL och LSS

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

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

Kvalitetsindikatorer

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

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

Skärholmens stadsdelsnämnds värdegrund

Alla verksamhet i Skärholmens stadsdelsförvaltning utgår från den gemensamma värdegrunden.

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

Ledningssystem inom socialtjänstens verksamheter

Ansvarig chef

Anna Mattsson, avdelningschef
Bodholmsplan 2, plan 8
Box 503
127 26 Skärholmen

Brukare

Barn och familjer som bor och vistas i stadsdelen och som ansöker om stöd eller då barn är föremål för utredning med anledning av anmälan enligt 14 kap 1 § socialtjänstlagen.

Ungdomar 12-18 år och deras familjer.

Vuxnenheten vänder sig till vuxna från 18 år som missbrukar beroendeframkallande substanser och/eller har andra svårigheter som hindrar dem att leva självständigt, till exempel hot- och våldsutsatta kvinnor och män.

Vuxna som bor och vistas i stadsdelen och som ansöker om ekonomiskt bistånd i form av försörjningsstöd. Vuxna som bor och vistas i stadsdelen som själva ansöker eller av annan person eller av myndighet anmäls vara i behov av stöd av socialtjänsten av andra skäl än ekonomiska.

Beställarenheten Funktionsnedsatta arbetar med utredningar och beslut samt uppföljning av ärenden som berör personer under 65 år med behov av stöd/bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) samt ärenden som rör personer i alla åldrar med behov av stöd/bistånd enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Beställarenheten Äldre arbetar med inkomna ansökningar, utredningar, beslut och uppföljning av beslut för målgruppen över 65 år som är i behov av hjälp och stöd enligt socialtjänstlagen och LSS. Vuxna och ungdomar som bor och vistas i stadsdelen och som ansöker om bistånd i form av boendestöd, arbetsträning, KBT, familjebehandling, CRA, OSA och fått bistånd beviljat av Socialsekreterare eller biståndsbedömare.

Personer mellan 18 – 65 år med psykiatrisk diagnos samt ett långvarigt funktionshinder som ansöker om insatser från socialpsykiatrin. Vi har också ett uppsökande ansvar för denna målgrupp.

Verksamhetsidé och organisation

Socialtjänsten består av mottagningsenhet, barn- och ungdomsenhet, vuxenenhet, enhet för ekonomiskt bistånd, beställarenhet, socialpsykiatri och resursenheten.

Socialtjänsten arbetar utifrån gällande lagstiftning och riktlinjer. Mottagningsenheten ska vara en serviceinriktad och effektiv ingång till stadsdelens socialtjänst med hög tillgänglighet.

Alla enheter inom socialtjänsten arbetar lösningsinriktat med respekt för individen samt tar hänsyn till lagstiftningens krav på rättssäker prövning. Barnperspektivet beaktas alltid.

Processer och rutiner

Vi använder stadens WEBB ILS-system för planering, uppföljning och resultatredovisning.

Verksamhetsplanen är en stor del av det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetsplan, Tertiärrapport 1, Tertiärrapport 2 och verksamhetsberättelsen tas upp på enheternas APT där medarbetarna lämnar förbättringsförslag, klagomål och synpunkter. Vid alla APT förs det minnesanteckningar.

Ansvarig: Enhetschefer

Samverkan

Varje nyanställd informeras om sekretessbestämmelserna. I själva anställningsgrunden i stadsdelen för socialsekreterare/biståndsbedömare med myndighetsutövning som hanterar socialregisteruppgifter om den enskilde, gäller sekretess och tystnadsplikt om den enskilde.

Vid samarbete med andra enheter, nämnder och övriga externa samarbetspartners är grundregeln att få den enskildes samtycke om överföring av information. Fullmakt tecknas för att få överlämna information i de fall där det är nödvändigt.

I samverkansmöten mellan enheterna planeras gemensamma insatser för exempelvis barn och unga, skyddat boende för våldsutsatta och/eller extern missbruksvård.

Vi informerar och deltar i stadsdelens nämnd och Handikappråd och Pensionärsråd, samverkansgrupp med mera.

Samverkansdokument finns.

Samverkan internt:

Enhetschefer är representant i styrgruppen för föräldrastöd i stadsdelen tillsammans med representanter för förskolan och preventionssamordnaren.

Samverkan externt:

Enhetschefer är representant i den lokala BUS-gruppen för samverkan mellan socialtjänst, förskola/skola, BUP och barnhabilitering. Grundförutsättningen för denna samverkan är att barn med behov av särskilt stöd ska få det genom samarbete på basnivån.

Enhetschefer deltar i övergripande samverkansforum på område Bredäng, Sättra och Skärholmen/Vårberg med representanter för socialtjänsten, skolan, förskolan, polisen, BUP, mödra- och barnhälsovården. Socialsekreterare från Barmenheten deltar i samverkansforum på tjänstemannanivå.

Enhetschef är representant i samverkan med polis och andra stadsdelar när det gäller våld mot barn.

Ansvarig: Enhetschefer

Risakanalys

Risk- och väsentlighetsanalys görs i verksamhetsberättelsen samt vid förändringar i verksamheten. Detta dokumenteras.

Alla enheter har en årlig plan för internkontroll.

Ansvarig: Enhetschefer

Egenkontroll

Enhetschef och biträdande enhetschef granskar tio slumpmässigt valda utredningar enligt Länsstyrelsens mall för granskning av barnavårdsutredningar.

Intern granskning av ärenden görs kontinuerligt genom ärendegenomgång medarbetare emellan. Eventuella felaktigheter noteras och återkopplas till medarbetarna i syfte att undanröja brister och därmed förbättra arbets kvaliteten.

Brukarundersökning genomförs minst en gång per år.

Enheterna följer stadens rutiner och riktlinjer när det gäller handläggning och dokumentation. All dokumentation sker i stadens sociala system (paraplyet) och gäller utredningsdokumentation, journalanteckningar, alla beslut som förekommer och uppföljning av insatser. Varje insats styrs av en genomförandeplan som granskas och följs upp under insatsens gång.

Enheterna har APT möten 10 gånger per år där fel och brister i verksamheten tas upp till diskussion.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för verksamheten och granskar på förekommen anledning dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Ansvarig: Enhetschefer

Utredning av avvikelser

Enheterna upprättar en risk- och väsentlighetsanalys samt åtgärdsplan i samband med verksamhetsplanen. Detta sker i det integrerade ledningssystemet WEBB-ILS.

Anmälningar ska göras enligt Lex Sarah. Enhetschefer har utbildat sig i hantering i Lex Sarah. Socialtjänsten/förvaltningen har tre ansvariga personer för hantering av Lex Sarah. Dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar finns.

Klagomål avseende landstinget görs genom skriftliga och muntliga avvikelserrapporter.

En sammanställning av enheternas synpunkter och klagomål, avvikelser, anmälningar enligt Lex Sarah görs i verksamhetsberättelsen.

Vi ska på ett positivt sätt informera brukaren om hans/hennes möjlighet att lämna in synpunkter, förslag och klagomål. Detta för att vi ska förbättra vårt bemötande av våra brukare samt hålla en god kvalitet på vår verksamhet.

Den enskildes alla synpunkter, förslag och klagomål ska respekteras. Synpunkterna ska diskuteras på ärendedragningar, APT eller metodmöten så att alla nya eller inte tillgodosedda behov blir kända för alla enhetens medarbetare samt hur vi löser dem.

Biträdande enhetschefer går igenom alla ärenden en gång per månad med handläggarna varvid avstämning av mål, resultat och kostnader för insatser samt deadline för utredningar görs.

Vi undersöker i vilken utsträckning utredningstiden 4 månader hålls.

Tillsynsmyndigheter granskar vår handläggning i de fall klienten klagat hos tillsynsmyndigheten.

Ansvarig: Enhetschefer

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Enheten använder stadens WEBB-ILS för sitt systematiska kvalitetsarbete. Uppföljning och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling redovisas i verksamhetsplan, tertialrapport 1 och 2 samt i verksamhetsberättelse.

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi diskuterar regelbundet åtaganden och arbetssätt på APT och i gruppmöten. Vi genomför årligen en brukarundersökning och brukarenkäten arbetas fram och utvecklas av arbetsgruppen. Resultat och förbättringar diskuteras på APT och i gruppmöten.

Ansvarig: Enhetschefer

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen. Vi skapar mallar och lathundar för att tydliggöra och för att lättare kunna följa upp att rutinerna fungerar. Alla dokument som avser rutiner samlas i enhetens gemensamma mapp som är lätt tillgänglig för alla medarbetare i enheten.

Vid behov reviderar och uppdaterar vi våra rutiner.

Enhetens medarbetare görs medvetna om och delaktiga i nämndens uppdrag.

Ansvarig: Enhetschefer

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschef är ytterst ansvarig för att planera och genomföra kvalitetsarbetet.

Enheternas medarbetare görs medvetna om och delaktiga i nämndens uppdrag.

Enhetschefer och biträdande enhetschefer har ett särskilt ansvar att bevaka lagändringar, riktlinjer och rutiner. Alla medarbetare informeras muntligen på APT och i gruppmöten, minnesanteckningar skrivs vid varje möte och all information och de dokument som berör alla samlas i enheternas gemensamma mappar. Detta är för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Det är socialsekreterarna/biståndsbedömarna som i sitt dagliga arbete träffar brukare och har den direkta kontakten med dem. De ser och uppfattar brukarnas behov och önskemål och dessa erfarenheter är värdefulla för att utveckla och förbättra vår verksamhet. Vi diskuterar utifrån konkreta perspektiv och utgår ifrån dessa kunskaper när vi utvecklar kvaliteten i vår verksamhet.

Ansvarig: Enhetschefer

Dokumentationsskyldighet

Enheten följer stadens rutiner och riktlinjer när det gäller handläggning och dokumentation. All dokumentation sker i stadens sociala system (paraplyet) och gäller utredningsdokumentation, journalanteckningar, alla beslut som förekommer och uppföljning av insatser. Varje insats styrs av en genomförandeplan som granskas och följs upp under insatsens gång.

Alla enskilda ärenden följs kontinuerligt upp av biträdande enhetschefer med stöd av checklista för dokumentation. Ev. åtgärder som behöver vidtas dokumenteras och följs skyndsamt upp.

Ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet
10 (10)

Stadsdelens rutiner kring klagomålshantering följs. Klagomål som kommer till stadsdelen och som berör socialtjänsten dokumenteras och besvaras direkt.

Klagomålen och förbättringsförslagen redovisas på APT.

Ansvarig: Enhetschefer



Stockholms
stad

**Ledningssystem
för det systema-
tiska kvalitetsar-
betet
2017**

Resursenheten

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

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

Sofia Björkvall
08-508 24 324

Brukare

Ungdomar i åldern 12-22 år kan vända sig till Ungdomsmottagningen.

Fältverksamheten arbetar gentemot stadsdelens barn och ungdomar i åldern 12-18 år.

Vuxna, barn och ungdomar som bor i stadsdelen och som genom biståndsbeslut beviljats insats i form av boendestöd, KBT, CRA eller familjebehandling.

Verksamhetsidé och organisation

Resursenheten är organiserad inom Socialtjänsten.

Syftet/Målet med verksamheten är att erbjuda insatser som stärker den enskildes resurser att leva ett självständigt liv.

Vi arbetar lösningsinriktat med respekt för individen samt tar hänsyn till lagstiftningens krav på rättssäker prövning.

Barnperspektivet ska alltid beaktas.

Vi erbjuder insatser till personer som beviljats bistånd av olika enheter inom socialtjänsten och samverkan sker med andra enheter inom socialtjänsten.

Utifrån socialsekreterarnas uppdrag gör Resursenhetens medarbetare i samarbete med den enskilde en planering för om hur hen ska nå målet om ett självständigt liv. Planeringen dokumenteras i en genomförandeplan. Noggrann uppföljning av planeringen görs regelbundet.

Vi ser till människors möjligheter och förmågor och samarbetar med andra myndigheter och organisationer för erbjuda individuella insatser som kan leda till ett självständigt liv.

Förebyggande arbete utförs av fältverksamheten och Ungdomsmottagning.

Processer och rutiner

Vi använder stadens WEBB ILS-system för planering, uppföljning och resultatredovisning. Verksamhetsplanen är en stor del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetens åtaganden dokumenteras i Verksamhetsplan 2017. Arbetsgruppen involveras i åtaganden och arbets sätt på APT i samband med skapandet av enhetens VP och följs sedan upp kontinuerligt varje tertial. Uppföljningen dokumenteras i Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen i slutet av året.

Enhetens årliga plan för Internkontroll lämnas som bilaga i Verksamhetsplan 2017 och följs upp vid Tertial 1 och Tertial 2 och i Verksamhetsberättelsen.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Samverkan

Samverkan internt

Enhetschefen ansvarar för att medarbetare har mottagit, förstått och signerat informationen gällande sekretesslagstiftningen och tystnadsplikten. Dokumentet sparas därefter i respektive personakt.

Datasystemet Sociala system gör det möjligt för behandlare inom enheten att ta del av vuxen enhetens och barn- och ungdoms dokumentation i gemensamma ärenden.

Samverkan sker med olika aktörer inom den egna förvaltningen.

Samverkan externt

Vid samarbete med andra enheter, nämnder och övriga externa samarbetspartners är grundregeln att få sökandens samtycke om överföring av information.

När man skriver handlings/genomförandeplaner lämnar man sitt medgivande att behandlaren, utan hinder av sekretess, vid behov kan samverka ske med andra namngivna aktörer.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Risakanalys

Risk- och väsentlighetsanalys görs i Verksamhetsberättelsen samt vid förändringar i verksamheten. Detta dokumenteras.

Årlig plan för internkontroll är som bilaga till VP 2016.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Egenkontroll

Medarbetarna har regelbundna möten där frågeställningar kring arbetet tas upp. Eventuella fel och brister uppmärksammas, analyseras och enhetschefen ansvarar för att dessa åtgärdas.

Intern granskning av ärenden görs kontinuerligt genom ärendegenomgång medarbetare emellan. Eventuella felaktigheter noteras och återkopplas till medarbetarna i syfte att undanröja brister och därmed förbättra arbets kvaliteten.

Enheten upprättar en risk- och väsentlighetsanalys samt åtgärdsplan i samband med verksamhetsplanen. Detta sker i det integrerade ledningssystemet WEBB-ILS.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för verksamheten och granskar på förekommen anledning dokumentation och handläggning i enskilda ärenden.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Utredning av avvikelser

Enheten använder sig av förvaltningens dokumenterade rutiner för Lex Sarah anmälningar.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Verksamhetsplanen används som ett levande dokument som ska styra vår verksamhet. Vi diskuterar regelbundet enhetens mål och arbetssätt på APT och i gruppmöten. Resultat och förbättringar diskuteras på APT och i gruppmöten.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Förbättring av processerna och rutinerna

Rutiner diskuteras och arbetas fram i arbetsgruppen. Vi skapar mallar och lathundar för att tydliggöra och för att lättare kunna följa upp att rutinerna fungerar. Alla dokument som avser rutiner samlas i enhetens gemensamma mapp som är lätt tillgänglig för alla medarbetare i enheten.

Vid behov reviderar och uppdaterar vi våra rutiner.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Enhetschef har ett särskilt ansvar att bevaka lagändringar, riktlinjer och rutiner. Alla medarbetare informeras muntligen på APT och i gruppmöten, minnesanteckningar skrivs vid varje möte och

all information och de dokument som berör alla samlas i enhetens gemensamma mapp. Detta är för att säkerställa att information är tillgänglig och når alla.

Det är medarbetarna som i sitt dagliga arbete träffar brukare och har den direkta kontakten med dem. De ser och uppfattar brukarnas behov och önskemål och dessa erfarenheter är värdefulla för att utveckla och förbättra vår verksamhet. Vi diskuterar utifrån konkreta perspektiv och utgår ifrån dessa kunskaper när vi utvecklar kvaliteten i vår verksamhet.

Ansvarig: Sofia Björkvall

Dokumentationsskyldighet

Alla enskilda ärenden dokumenteras i Sociala system.

Alla muntliga eller skriftliga förslag, klagomål och synpunkter från brukare, medarbetare, invånare och andra myndigheter beaktas. Stadsdelens rutiner kring klagomålshantering följs. Klagomålen och förbättringsförslagen redovisas på APT.

Ansvarig: Sofia Björkvall