

STYRDOKUMENT I BOTKYRKA KOMMUN

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Daglig verksamhet

Strategi
Program
Plan
Policy
Riktlinjer
Regler



Diarienummer: AVUX/2015:44

Dokumentet är beslutat av: Arbetsmarknads- och vuxenutbildningsnämnden

Dokumentet beslutades den: 10 december 2015

Dokumentet gäller för: Arbetsmarknads- och vuxenutbildningsnämnden

Dokumentet gäller till den: 10 december 2020

BOTKYRKA
KOMMUN



Dokumentansvarig är: Verksamhetschef på Daglig verksamhet

För revidering av dokumentet ansvarar: Verksamhetschef på Daglig verksamhet

För uppföljning av dokumentet ansvarar: Verksamhetschef på Daglig verksamhet

Innehållsförteckning

1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4
2. Kvalitet.....	5
Lagar och föreskrifter	5
Övriga styrdokument	5
Kvalitet för daglig verksamhet	6
3. Organisation och styrning.....	7
Styrning.....	7
Organisation.....	8
4. Processer och rutiner	9
Flödesschema.....	10
5. Ansvarsfördelning.....	11
Nämnden	11
Chefen	12
Medarbetare.....	12
6. Samverkan	13
7. Systematiskt förbättringsarbete.....	13
Riskanalyser	13
Egenkontroll.....	13
Avvikelser.....	14
Förbättrande åtgärder	15
8. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....	15
9. Dokumentationsskyldigheten	16

**BOTKYRKA
KOMMUN**



1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Arbetsmarknads- och vuxenutbildningsnämnden i Botkyrka är utförare av daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade på uppdrag av kommunfullmäktige, men där vård- och omsorgsförvaltningen företräder myndighetsutövningen. Utförare har ett eget ansvar att upprätta ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Dessa riktlinjer är framtagna i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 och beskriver daglig verksamhets ledningssystem. Ledningssystemet kommer att uppdateras kontinuerligt, till exempel när lagar, föreskrifter eller verksamheten förändras.

För att säkerställa att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt behövs ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ett ledningssystem hjälper en verksamhet att strukturerat arbeta med att förbättra verksamhetens kvalitet och uppnå de krav och mål som ställs enligt lagar och föreskrifter. Syftet är att förebygga händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser, samt erbjuda medborgare insatser av god kvalitet. Medborgare har rätt att få adekvat stöd och hjälp samt ett gott bemötande.

Med stöd av ledningssystemet kan en verksamhet:

- Planera
- Leda
- Kontrollera
- Följa upp
- Utvärdera
- Förbättra verksamheten

2. Kvalitet

Socialstyrelsen definierar kvalitet på följande sätt:

Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter(2 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

Definitionen av kvalitet utgör grunden för ett ledningssystem. För att en verksamhet ska kunna avgöra om den utför insatser av god kvalitet behövs en kartläggning av verksamheten som bedrivs och de krav och mål som finns i lagar och föreskrifter som reglerar just den verksamheten.

Lagar och föreskrifter

De lagar och föreskrifter som styr daglig verksamhet i Botkyrka kommun är:

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Hälso- och sjukvårdslag (HSL)

Offentlighets- och sekretesslagen (OSL)

Förvaltningslagen (FL)

Personuppgiftslagen (PUL)

SOSFS 2011: 9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

SOSFS 2014: 5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

2011: 5 Lex Sarah

Övriga styrdokument

Övriga styrdokument som är del av verksamhetens ledningssystem:

Botkyrka kommuns flerårsplan

Botkyrka kommuns ettårsplan

Arbetsmarknads- och vuxenutbildningsnämndens ettårsplan

Daglig verksamhets handlingsplan

Delegationsordning

Delegationsförteckning

Verkställighetsförteckning

Internkontrollplan

Kommunens övriga policydokument

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Kvalitet för daglig verksamhet

God kvalitet inom daglig verksamhet kännetecknas av:

- Delaktighet
- Gott bemötande
- Tillgänglighet
- Trygghet
- Meningsfulla aktiviteter som leder mot ett självständigt liv
- Personal har lämplig utbildning och goda arbetsförhållanden
- Säker dokumentation
- Individens behov och integritet tillgodoses
- Gott samarbete
- Systematiskt förbättringsarbete

För att insatser inom daglig verksamhet ska vara av god kvalitet ska de utformas så att den enskildes förmåga, kompetens och önskemål tas tillvara. Den enskilde har rätt till inflytande, integritet och delaktighet och insatserna utförs i samråd med den enskilde. Verksamheten ska ta hänsyn till varje unik person utifrån kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Verksamheten ska bygga på ett förhållningssätt i enlighet med evidensbaserad praktik. Det innebär att insatserna ska utformas i utifrån bästa tillgängliga kunskap, medarbetarnas erfarenheter och den enskildes önskemål och erfarenheter.

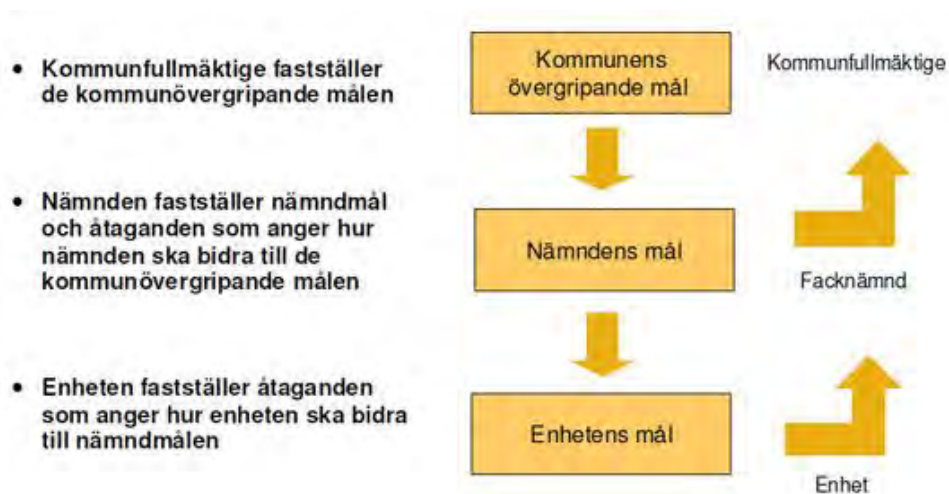
3. Organisation och styrning

Daglig verksamhets organisation och styrning är integrerat i kommun- och förvaltningsövergripande styrsystemet. För att tydliggöra hur styrsystemen är sammalänkade presenteras nedan en översikt.

Styrning

Kommunfullmäktige beslutar om de övergripande målen för kommunens verksamhet. Dessa presenteras i en flerårsplan som styr kommunens arbete de kommande fyra åren. I flerårsplanen beskrivs den politiska visionen, vilka mål som ska uppnås och vilken ekonomi respektive nämnd har till förfogande. Nämnderna tar sedan fram en ettårsplan varje år för att precisera hur de bidrar till kommunens övergripande mål.

Arbetsmarknads- och vuxenutbildningsnämndens ettårsplan är styrsignal till daglig verksamhet. Nämndmålen anger prioriteringar och vad nämnden önskar uppnå. Ettårsplanen följs sedan upp tre gånger per år, i två delårsrapporter och i en årsredovisning. Uppföljningen omfattar mål, åtagande och ekonomi. Utifrån ettårsplanen tar sedan daglig verksamhet fram en årlig handlingsplan som anger vad verksamheten vill uppnå under året. Även den följs upp kontinuerligt under året.



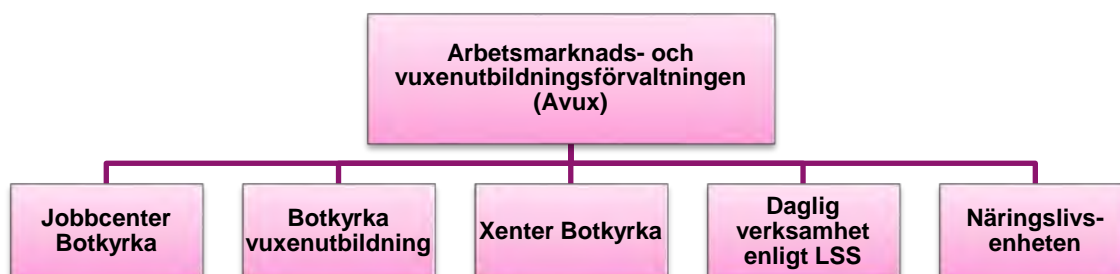
Organisation

Arbetsmarknads- och vuxenutbildningsnämnden är huvudman för vuxenutbildningen inkluderande svenska för invandrare, samt yrkeshögskoleutbildningar, kvalificerade yrkesutbildningar och annan eftergymnasial utbildning. Huvudmannskapet innefattar även ansvar för studie- och yrkesvägledning för vuxna. I uppdraget ligger också att vara huvudansvariga för kommunens arbetsmarknadsåtgärder och för att samordna sådana åtgärder.

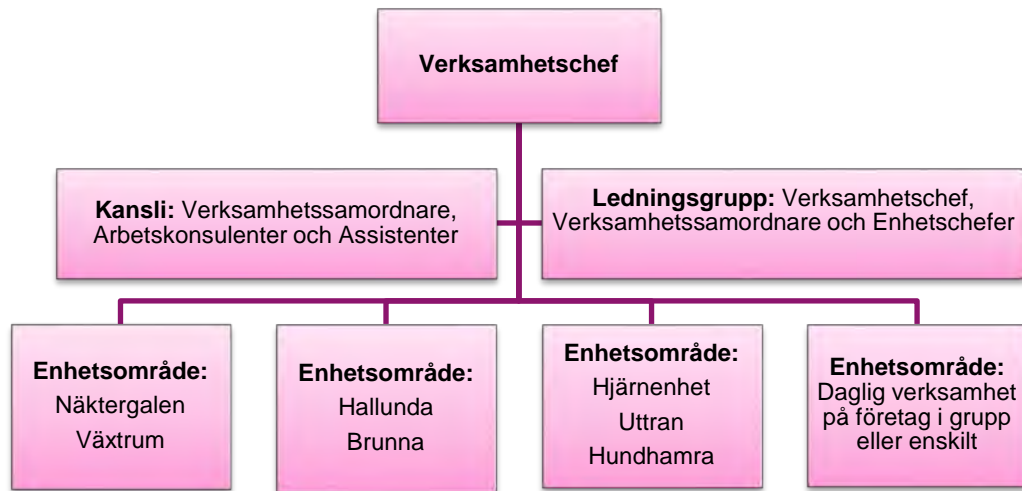
Dessutom är förvaltningen utförare av daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättning på uppdrag av kommunfullmäktige, men där vård- och omsorgsförvaltningen företräder myndighetsutövningen.

Arbetsmarknads- och vuxenutbildningsförvaltningen består av fyra verksamheter och en stab samt en förvaltningschef som leder förvaltningen.

Organisationskarta för arbetsmarknads- och vuxenutbildningsförvaltningen från och med 1 januari 2016



Organisationskarta för Daglig Verksamhet



4. Processer och rutiner

Processer och rutiner är del av daglig verksamhets kvalitetsarbete och arbetet pågår fortlöpande med att identifiera nya och uppdatera gamla. Processbeskrivningar innehåller de aktiviteter som ingår i en viss process och en rutinbeskrivning beskriver tillvägagångssättet för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Utöver processer och rutiner för samverkan, riskanalyser, avvikelser, synpunktshantering och egenkontroll (som behandlas längre fram i dokumentet) har följande processer och rutiner identifierats inom daglig verksamhet:

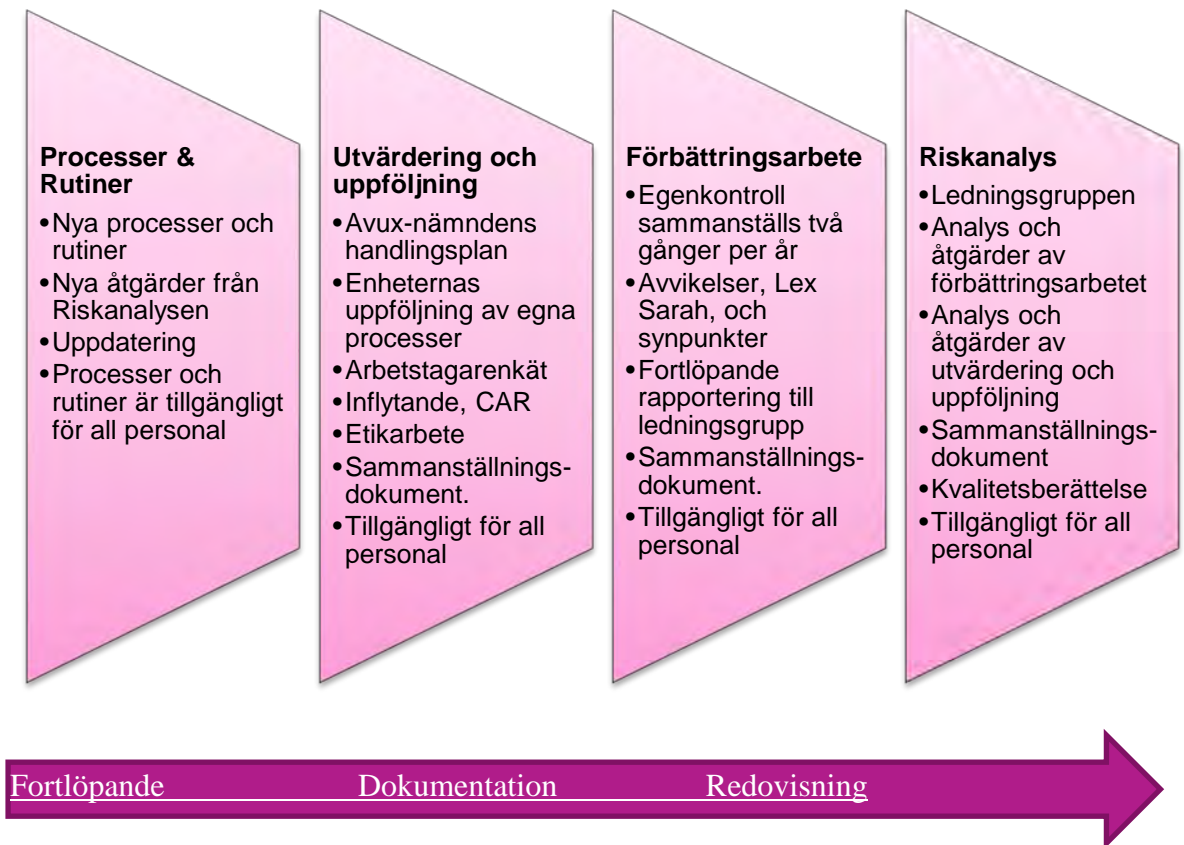
1. Placeringar
2. Insatsmätning
3. Köpta platser
4. Enkäter
5. Inflytande
6. Etik
7. Handlingsplan daglig verksamhet
8. Enheternas arbetsprocesser/manualer
9. Statistik
10. Hjälpmedel
11. Procapita (Administration)

- 12. Procapita (Dokumentation)
- 13. Procapita (Ersättnings- och bedömningsmoduler)
- 14. ICF

Ovan processer och rutiner finns tillgängliga för medarbetare på verksamhetens gemensamma digitala mapp (G:)

Flödesschema

Kvalitetsarbetets flöde kan beskrivas enligt nedanstående schema:



5. Ansvarsfördelning

För att daglig verksamhet ska kunna arbeta systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten krävs en tydlig ansvarsfördelning.

Nämnden

Vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för att daglig verksamhet bedrivs enligt LSS. Nämnden är myndighet för all LSS-verksamhet i kommunen och fattar beslut om insatserna. Insatsen daglig verksamhet utförs av arbetsmarknads- och vuxenutbildningsförvaltningens LSS-enheten genom en beställning. Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig för uppföljning av insatsen.

Arbetsmarknads- och vuxenutbildningsnämnden ansvarar för att det ska finnas ett kvalitetsledningssystem i verksamheten enligt SOSFS: 2011:9.

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

Nämnden ska:

- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.
- Anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.
- Ska besluta om mål, indikatorer, resurser och omfattningen av verksamheten.

Chefen

Ansvar för kvalitetsarbetet inom arbetsmarknads- och vuxenutbildningsförvaltningen är fördelat enligt nedan:

Förvaltningschef

- Förvaltningschefen har det övergripande ansvaret för att leda, planera, kontrollera, följa upp kvalitetsarbetet inom förvaltningens samtliga verksamheter.

Administrativ chef

- Ansvarar för utformning av ettårsplaner samt uppföljning av delårsrapporter och årsredovisning.
- Ansvarar även för Lex Sarah hanteringen.

Verksamhetschef

- Har det operativa ansvaret för att leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera kvalitetsarbetet inom samtliga enhetsområden.

Enhetschef

- Ansvarar för och utvecklar verksamheten inom sitt enhetsområde.
- Ansvarar för att personal är delaktiga i, har kunskap om och följer kvalitetsledningssystemet.

Medarbetare

Som medarbetare på daglig verksamhet förväntas en:

- Arbeta enligt fastställda processer och rutiner.
- Medverka i verksamhetens aktiviteter i kvalitetsarbetet.
- Löpande dokumentera, följa upp och utvärdera sitt arbete.
- Löpande rapportera avvikelser och brister enligt Lex Sarah.
- I övrigt följa de riktlinjer som finns.

6. Samverkan

Daglig verksamhet ingår skriftliga avtal om samarbete med de företag som tar emot enskilda placeringar. All annan samverkan som sker finns beskriven i processer och rutiner för samverkan som finns tillgängliga för medarbetare på verksamhetens gemensamma digitala mapp (G:).

7. Systematiskt förbättringsarbete

Risikanalyser

Daglig verksamhet ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa, som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

För varje sådan händelse ska verksamheten:

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Risikanalys innebär ett framåtblickande och ett förbyggande arbete. Riskanalysen omfattar verksamhetens alla delar. Identifikation av händelser som skulle kunna inträffa, som gör att kvaliteten inte kan upprätthållas. En uppskattning av sannolikheten för sådana händelser och en bedömning av konsekvenserna. Riskanalyser ska göras fortlöpande. Exempelvis vid förändringar av delar eller hela verksamheten, vid ändringar av personalsammansättning, nya arbets sätt/metoder etc.

Ledningsgruppen har riskanalys på sin dagordning en gång i månaden. Det innebär kontroll av förändringar och annat som skulle kunna hända. Därutöver hålls extra möten vid kända förändringar som är på gång i verksamheten. På dagordning vid dessa tillfällen står *tänkbar eller känd händelse – Sannolikheten för olika risker med händelsen – Vilka konsekvenser kan det få – Vad ska göras*. Riskanalysen sammanställs och dokumenteras.

Egenkontroll

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Den som bedriver verksamhet enligt LSS ska utöva egen-

kontroll och det ska utföras med den frekvens och omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen hos daglig verksamhet har en egen process- och rutinbeskrivning och finns tillgängliga för medarbetare på verksamhetens gemensamma digitala mapp (G:).

Avvikelser

Alla avvikelser som upptäcks inom verksamheten eller klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet som inkommer från andra till exempel anhöriga, andra vårdgivare eller myndigheter, ska sammanställas och utredas. Vid analys ska beslut fattas om eventuella åtgärder. Om möjligt ska även återkoppling till den som rapporterat avvikelsen göras.

Daglig verksamhet har en process- och rutinbeskrivning för hantering av avvikelser som finns tillgängliga för medarbetare på verksamhetens gemensamma digitala mapp (G:).

Rapporteringsskyldighet

Att rapportera vårdskador, risker för vårdskador, missförhållanden eller allvarliga risker för missförhållanden är en lagsreglerad skyldighet. Var och en som fullgör uppgifter inom daglig verksamhet är skyldig att rapportera om hon eller han uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande, eller en påtaglig risk för missförhållanden, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Daglig verksamhet har en process- och rutinbeskrivning för hantering av anmälan enligt Lex Sarah som finns tillgängliga för medarbetare på verksamhetens gemensamma digitala mapp (G:).

Klagomål och synpunkter

Synpunktshantering finns beskriven som process- och rutinbeskrivning och finns tillgängliga för medarbetare på verksamhetens gemensamma digitala mapp (G:).

Sammanställning och analyser

Klagomål och synpunkter samt avvikelser i verksamheten hanteras dels fortlöpande på varje enhet enligt enhetens egna rutiner, dels så sammanställs de till-

sammans med Lex Sara rapporter vid årets slut (i oktober) av verksamhets-
samordnare för analys och eventuella åtgärder av ledningsgruppen. Resultatet
sammanfattas sedan i kvalitetsberättelsen.

Förbättrande åtgärder

Direkta och nödvändiga åtgärder vidtas alltid av enheterna/administrationen
när händelser har inträffat. Två gånger per år sammanställer verksamhets-
ordnare händelser av betydelse från riskanalys, avvikelser (riskprio), syn-
punktshantering, Lex Sarah samt egenkontroll, och föredrar i ledningsgrupp.
Ledningsgruppen analyserar och försöker upptäcka mönster. Det kan resultera
i nya processer och rutiner eller att gamla uppdateras. Nya åtgärder kan även
vidtas i förkommande fall.

8. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Var och en som fullgör uppgifter inom verksamhet enligt LSS är skyldig att
medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Medarbetarna på enheterna ska:

- Upprätta och följa upp genomförandeplaner för deltagarna i daglig
verksamhet.
- De ska följa upp resultatet från arbetstagarenkäter.
- Delta i inflytandearbetet i arbetstagarråden och CAR.
- Genomföra och följa upp åtgärder från riskanalysen och förbättrings-
arbetet.

Arbetsplatsträffar och planeringsdagar är forum för planering och utvärdering
av det arbetet.

Övrig personal i administrationen deltar aktivt i ovanstående kvalitetsarbetet.
Verksamhetsmöten, arbetsplatsträffar och planeringsdagar är forum för plane-
ring och utvärdering av det arbetet.

9. Dokumentationsskyldigheten

All dokumentation rörande den enskilde sker i procapita verksamhetssystem. Dokumentation av riskanalys och förbättringsarbete sker fortlöpande på sammanställningsblad och i slutet av året skrivs en kvalitetsberättelse som svarar mot de allmänna råden i SOSFS 2011:9.

Socialstyrelsens allmänna råd

Den som bedriver verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.