



VILLA BERGERSKA

Din framtid - Vårt fokus

KVALITETS- OCH LEDNINGSSYSTEM

1	KVALITETSLEDNINGSSYSTEM.....	7
1.1	INLEDNING OCH BAKGRUND	7
1.2	SYFTE OCH MÅL MED LEDNINGSSYSTEMET	7
1.3	DEFINITIONER	7
1.4	DEFINITION AV KVALITET	8
1.5	EGNA KVALITETSMÅL INOM VERKSAMHETEN	8
1.5.1	<i>Kvalitativa metoder.....</i>	<i>8</i>
1.5.2	<i>Hög kompetens skapar hög kvalitet.....</i>	<i>8</i>
1.5.3	<i>Utgångspunkten i vårt arbete.....</i>	<i>8</i>
2	VERKSAMHETENS HUVUDPROCESSER	9
2.1	ÖVERGRIPANDE FÖRUTSÄTTNINGAR OCH INNEHÅLL FÖR VÅRDPROCESSEN	9
2.1.1	<i>Vård enligt SoL eller LVU.....</i>	<i>9</i>
2.1.2	<i>Vård med god kvalitet med hänsyn till den unges behov och rätt till en meningsfull vistelse</i>	<i>9</i>
2.1.3	<i>Vård utifrån den unges rätt till integritet och autonomi.....</i>	<i>10</i>
2.1.4	<i>Vård utifrån den unges behov och den unges bästa.....</i>	<i>10</i>
2.1.5	<i>Vård med hänsyn till den unges delaktighet.....</i>	<i>11</i>
2.1.6	<i>Vård med avvägningar gällande integritet och trygghets/säkerhetsaspekter</i>	<i>11</i>
2.1.7	<i>Lika behandling fri från diskriminering och kränkande behandling.....</i>	<i>12</i>
2.1.8	<i>Avvikelsebehandling</i>	<i>12</i>
2.1.9	<i>Medarbetares anmälningsplikt.....</i>	<i>13</i>
2.1.10	<i>Vård med beaktande av tystnadsplikt.....</i>	<i>13</i>
2.2	VÅRDPROCESSEN	13
2.2.1	<i>Förfrågan</i>	<i>13</i>
2.2.2	<i>Lämplighetsbedömning.....</i>	<i>14</i>
2.2.3	<i>Inskrivningsprocessen</i>	<i>14</i>
2.2.4	<i>Mottagning</i>	<i>14</i>

2.2.5	<i>Dokumentation</i>	15
2.2.6	<i>Våra uppdrag</i>	15
2.2.7	<i>Genomförandeplan</i>	15
2.2.8	<i>Dagliga rutiner</i>	15
2.2.9	<i>Fritidsaktiviteter</i>	15
2.2.10	<i>Utskrivning</i>	16
2.3	PROCESSEN BEHANDLINGSARBETET	16
2.3.1	<i>Uppdrag/frågeställning</i>	16
2.3.2	<i>Behandlingens innehåll och delar</i>	17
2.3.3	<i>Genomförande</i>	17
2.3.3.1	Vårdnadshavarnas delaktighet	17
2.3.3.2	Behandlingsarbetet	17
2.3.3.3	Akutplaceringar	18
2.3.3.4	Utslussning/eftervård	18
2.3.3.5	Uppföljning/utvärdering	18
3	DELPROCESSER	19
3.1	SKOLGÅNG	19
3.2	HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT TANDVÅRD	19
4	STÖDPROCESSER	19
4.1	PERSONAL OCH BEMANNING	20
4.1.1	<i>Bemanning</i>	20
4.1.3	<i>Rekrytering och kompetensutveckling</i>	20
4.1.3.1	Anställningsförfarande	20
4.1.3.2	Introduktion av nyanställda	21
4.1.4	<i>Kompetensutveckling och personalvård</i>	21
4.2	DOKUMENTATION	21

4.2.1	Utarbetande och revidering av styrdokument	21
4.2.2	Löpande Information och informationshantering avs. ungdomarna och den dagliga verksamheten.....	22
4.2.3	Journalföring	22
5	VERKSAMHET OCH STYRNING	22
5.1	LAGAR OCH FÖRESKRIFTER	22
5.2	VERKSAMHETENS MÅL	24
5.3	VÅR STYR- OCH LEDNINGSFILOSOFI	24
5.4	SAMSYN OCH SAMVERKAN	24
5.5	VILLA BERGERSKAS VÄRDEGRUND.....	24
6	ROLLER OCH ANSVAR	24
7	OMFATTNING OCH GRUNDSTRUKTUR.....	25
7.1	LEDNINGSSYSTEMETS GRUNDLÄGGANDE STRUKTUR	25
7.2	PROCESSER OCH AKTIVITETER	26
7.3	RUTINER.....	26
7.4	SAMVERKAN - INTERN OCH EXTERN	26
7.4.1	Intern samverkan	26
7.5	EXTERN SAMVERKAN	27
7.5.1	Socialnämnd och socialtjänst.....	27
7.5.2	Tillsyns- och lagmässigt vägledande myndigheter.....	27
7.5.3	Vårdnadshavare och anhöriga.....	27
7.5.4	Somatisk hälso- och sjukvård.....	27
7.5.5	Psykiatrisk vård (BUP och VPM).....	27
7.5.6	Habiliterings- och LSS-verksamhet.....	27
7.5.7	Tandvård.....	28
7.5.8	Skolor/Sysselsättning	28

7.5.9	Övriga samverkanspartners	28
8	SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE	28
8.1	UTFORMNING	28
8.2	RISKANALYSER	29
8.2.1	<i>Risikanalyser/riskbedömningar.....</i>	<i>29</i>
8.3	KLAGOMÅL OCH AVVIKELSEHANTERING	29
8.3.1	<i>Rapporterings- och anmälningsskyldigheter.....</i>	<i>30</i>
8.3.2	<i>Incident och avvikelserapportering.....</i>	<i>30</i>
8.3.3	<i>Klagomålshantering.....</i>	<i>31</i>
8.4	EGENKONTROLL.....	31
8.4.1	<i>Tillämpning av de verktyg som används i vårt kvalitetsarbete.....</i>	<i>32</i>
8.5	MEDARBETARES DELAKTIGHET I VÅRT SYSTEMATISKA FÖRBÄTTRINGSARBETE.....	33
8.6	SYSTEMATISKT KVALITETS- OCH FÖRBÄTTRINGSARBETET ENLIGT FÖRBÄTTRINGSHJULET.....	33
8.6.1	<i>Mål med förbättringshjulet.....</i>	<i>34</i>
8.6.2	<i>Säkerställa förbättringsarbetet?.....</i>	<i>34</i>
8.6.3	<i>Uppföljning</i>	<i>34</i>
8.6.4	<i>Ansvar</i>	<i>34</i>
8.6.5	<i>Det lilla förbättringshjulet.....</i>	<i>34</i>
8.6.6	<i>Det stora förbättringshjulet</i>	<i>35</i>
9	PLANERING	35
9.1	PLANERING AV VÅRT FÖRBÄTTRINGSARBETE:.....	35
9.2	GENOMFÖRANDE	35
9.3	FÖLJA UPP OCH KONTROLLERA.....	35
9.3.1	<i>Förbättringsarbetet följs upp på följande sätt:.....</i>	<i>35</i>
9.4	FÖRBÄTTRA OCH UTVECKLA	36
9.4.1	<i>Arbetet förbättras och utvecklas genom:</i>	<i>36</i>

9.4.2	<i>Utgångspunkter, underlag och stöd för det systematiska förbättringsarbetet:</i>	36
9.4.3	<i>I det löpande systematiska kvalitetsarbetet används följande IT-systemstöd:.....</i>	36
10	ÅRSPLAN OCH ANSVARSFÖRDELNING FÖR SYSTEMATISKT KVALITETS- OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE....	36
10.1	ÅRSPLAN FÖR SYSTEMATISKT UPPFÖLJNINGS- OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE	37
10.1.1	<i>Januari.....</i>	37
10.1.2	<i>Februari.....</i>	39
10.1.3	<i>Mars.....</i>	39
10.1.4	<i>April.....</i>	39
10.1.5	<i>Maj-Juni.....</i>	39
10.1.6	<i>Juni.....</i>	40
10.1.7	<i>Juli.....</i>	40
10.1.8	<i>Augusti.....</i>	40
10.1.9	<i>September.....</i>	40
10.1.10	<i>Oktober.....</i>	40
10.1.11	<i>November.....</i>	40
10.1.12	<i>December.....</i>	40

1 KVALITETSLEDNINGSSYSTEM

1.1 INLEDNING OCH BAKGRUND

Enskild näringsidkare, t ex HVB-hem, som bedriver socialtjänst i enlighet med 2 kap 1 § SOSFS 2011:9, ska tillämpa föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Villa Bergerskas behandlingshem är ett HVB-hem och omfattas därmed av föreskrifterna. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetssäkringsarbete är utformat i enlighet med föreskrifterna i SOSFS 2011:9 samt anpassat efter verksamheten.

I ledningssystemet beskrivs processer med ingående aktiviteter och rutiner samt utformningen för att tillgodose krav på kvalitet i den löpande verksamheten. De skapar därmed underlag för systematisk genomgång av verksamheten, upprätthållande av kvalitet och behov av förbättringsåtgärder.

Vårdgivaren, vilket avseende Villa Bergerska är föreståndaren för verksamheten, ska enligt SOSFS 2011:9 3 kap 1–3 § ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten, samt att detta används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Föreståndare ska med stöd av ledningssystemet ansvara för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Hur detta utförs och hur uppgifterna är fördelade anges i kvalitetsledningssystemet.

Följande lagstadgade delar ingår i Kvalitetsledningssystemet:

- Riskanalyser
- Klagomåls- och avvikelshantering
- Egenkontroll

Generella dokument-, program- och systemstöd för kvalitetsledningssystemet på Villa Bergerska:

- Verksamheten har ett samlat system för dokumentation, journalföring, avvikelshantering och kvalitetssäkring – Infosoc.
- Lagkravlista
- Deltar i Skandinavisk sjukvårdsupplysnings (SSIL) kvalitetsindex

1.2 SYFTE OCH MÅL MED LEDNINGSSYSTEMET

Ledningssystemet ska användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra

verksamheten. Ledningssystemet säkerställer att rätt saker görs på rätt sätt och vid rätt tillfälle, och skapar ordning så att missförhållanden och andra avvikelser kan förebyggas. Genom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete arbetar verksamheten utifrån ett systemperspektiv som skapar struktur för ledning och styrning där ett kontinuerligt förbättringsarbete bedrivs.

Syftet med ett ledningssystem för kvalitet är att skapa systematik, struktur och samordning med verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling. Ledningssystemet säkerställer att verksamheten tillhandahåller tjänster av god kvalitet, i enlighet med gällande regelverk.

1.3 DEFINITIONER

Villa Bergerska utrednings- och behandlingshem är ett hem för vård och boende (HVB) som bedrivs enligt 7 kap 1 § Socialtjänstlagen (SoL). Målgruppen är ungdomar mellan 15–19 år som placeras på uppdrag av socialtjänsten och placeringar görs med stöd av SoL och LVU. Verksamheten bedriver behandling med fokus på ungdomens behov och framtid. Syfte är att stärka ungdomarna i socialt, psykiskt och fysiskt avseende och att främja deras färdigheter och förmågor för att möjliggöra en utveckla en positiv och långsiktig förändring.

Varje placerad ungdom får individuellt stöd och hjälp utifrån hens egna unika förutsättningar och önskemål för att få ett tryggt, värdigt och hållbart liv. Verksamheten står under tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), arbetsmiljöverket (AV) och Halmstads kommun.

1.4 DEFINITION AV KVALITET

SOSFS 2011:9 innehåller bestämmelser om hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Definitionen av kvalitet utgör både grunden för hur ledningssystemet ska byggas upp samt det som ska uppnås med hjälp av ledningssystemet.

Utifrån gällande föreskrifter, SOSFS 2011:9 2 kap 1 §, innebär kvalitet i vård och omsorg att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt de lagar som reglerar verksamheten och de beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Villa Bergerskas verksamhet bedrivs i stor utsträckning utifrån socialtjänstlagen, men en rad andra lagar, föreskrifter och förordningar styr också verksamheten och de processer som ingår i den.

Att Villa Bergerskas verksamhet ska bedrivas med kvalitet innebär att det finns väl beskrivna processer och rutiner i verksamheten för att vägleda våra medarbetare i, samt kontrollera och utvärdera, att verksamheten följer de lagar, förordningar föreskrifter och beslut den omfattas av. Aktiviteter som ingår i processerna ska beskrivas i den ordning de utförs och möjliggöra uppföljning, kvalitetsgranskning och finnas till grund för våra utvecklings- och förbättringsåtgärder.

1.5 EGNA KVALITETSMÅL INOM VERKSAMHETEN

1.5.1 Kvalitativa metoder

För att kunna bedriva kvalitativ vård och omsorg strävar vi efter att i största utsträckning använda oss av vetenskapligt beprövade metoder i det vardagliga arbetet. Våra externa specialister arbetar utifrån evidensbaserade och mätbara metoder.

1.5.2 Hög kompetens skapar hög kvalitet

Stommen i vår verksamhet är våra medarbetare. Vi försöker möjliggöra så att de får de bästa förutsättningarna att utföra ett tillfredsställande arbete i en trygg och stimulerande arbetsmiljö. Samtliga kompetensutvecklas regelbundet och handleds av legitimerad handledare. Våra medarbetare har många års utbildning och praktisk erfarenhet av behandlingsarbete. Medarbetarnöjdhet mäts med hjälp medarbetarenkäter en gång om året samt medarbetarsamtal.

1.5.3 Utgångspunkten i vårt arbete

På Villa Bergerska skapar vi trygg, värdig och ansvarsfull omsorg för våra ungdomar. Inom verksamheten strävar vi efter att bemöta alla utifrån varje individs egenvärde och med respekt inför dennes integritet. Detta perspektiv ska genomsyra bemötande, omsorg och

behandling. För att kunna skapa en god omsorg på alla plan är kvalitetsarbetet av yttersta vikt.

Egna mål i verksamheten är följande:

- Att Villa Bergerska ska göra ett högkvalitativt behandlingsarbete.
- Att våra medarbetare har adekvat utbildning och erfarenhet.
- Att våra medarbetare upplever att det finns en hög transparens, god insyn i verksamheten och att de har inflytande och kan påverka.
- Att våra medarbetare har god kännedom om de regler och rutiner som gäller för verksamheten.
- Att våra medarbetare trivs och känner arbetsglädje på arbetet.
- Att våra medarbetare har förtroende för ledning och ägare.
- Att inskrivna ungdomarna känner sig trygga hos oss på Villa Bergerska.
- Att inskrivna ungdomar känner sig respekterade och väl bemötta av samtliga inom verksamheten.
- Att inskrivna ungdomar upplever att de får adekvat information kring syftet med placeringen
- Att inskrivna ungdomar upplever sin vistelsetid som meningsfull och utvecklande.
- Att placerarna socialtjänst blir nöjda över vårt arbete och dess resultat

2 VERKSAMHETENS HUVUDPROCESSER

2.1 ÖVERGRIPANDE FÖRUTSÄTTNINGAR OCH INNEHÅLL FÖR VÅRDPROCESSEN

2.1.1 Vård enligt SoL eller LVU

Vård kan ges till ungdomar inom den aktuella målgruppen utifrån 6 kap 1 § SoL. Vården ska ske på uppdrag av socialnämnden via socialtjänsten och i nära samråd med ungdomen själv och dennes vårdnadshavare. Insatserna ska så långt det är möjligt göras i samförstånd med den unge och dennes vårdnadshavare, enligt socialtjänstlagen. Insatserna ska präglas av respekt för den unges människovärde och integritet.

2.1.2 Vård med god kvalité med hänsyn till den unges behov och rätt till en meningsfull vistelse

Enligt 3 § kap 3 § SoL ska insatser i socialtjänstverksamhet vara av god kvalité. Personal med uppgifter inom socialtjänsten ska ha lämplig utbildning och erfarenhet. Verksamheten vid HVB-hem ska bygga på förtroende för och samarbete med den unge samt utformas så att vistelsen upplevs som meningsfull. Den unges integritet ska respekteras och insatser som görs ska anpassas till den unges individuella behov och förutsättningar. Den placerade ska göras delaktig i hur vården utformas och genomförs så långt det är möjligt.

I 2 kap 1 § SOSFS framgår det att den person som förestår verksamheten, ska ha tillräcklig kunskap och kompetens för att ansvara för att arbetet organiseras så att inskrivna ungdomar tillförsäkras boende, vård och behandling som är av god kvalité och uppfyller kraven på säkerhet.

Verksamheten ansvarar för att föreståndare uppfyller de kompetenskravs som krävs för att förestå verksamheten på Villa Bergerska. All vård i våra verksamheter ska ske utifrån den unge och hena specifika behov. Hänsyn ska så långt som möjligt tas till särskilda behov hos den unge utifrån ålder, mognad, problematik, fysisk och psykisk hälsa, religion och kultur. Specifika behov hos den unge ska utforskas och efterfrågas vid inskrivning samt löpande i nära dialog med den unge, vårdnadshavare och placerande socialtjänst.

Föreståndare har inskrivnings- och placeringsansvar gällande att inhämta korrekt information gällande att ungdomarnas specifika behov erhålls eller inhämtas.

Den unges specifika behov ska framgå i vårdplan och/eller i placeringsinformationen från socialtjänsten. Dessa dokument ska medfölja ungdomen eller inhämtas snarast. Vid behov ska ytterligare information efterfrågas. Genomförandeplaner ska utgå från vårdplan och utformas efter ungdomens specifika behov och utformas i samarbete med den unge och vårdnadshavare.

Medarbetare ska sträva efter att skapa en meningsfull vardag där både gruppens och den enskildes behov tillgodoses. Ungdomarna görs delaktiga i planeringen. Bemanningen ska

anpassas efter den aktuella gruppens vårdbehov med hänsyn till att individuella behov ska kunna tillgodoses för att vistelsen blir meningsfull och vård som ges av god kvalitet.

Varje söndag är det husmöte där det finns möjlighet för ungdomarna att inkomma med önskemål om olika aktiviteter, vilka dagar de vill laga mat med personal samt veckans meny. Planering och förberedelser av utflykter och aktiviteter görs och anpassas efter ungdomarnas förmåga och behov. Bemanningen ska anpassas efter den aktuella gruppens vårdbehov med hänsyn till att individuella behov ska kunna tillgodoses för att vistelsen blir meningsfull och vård som ges är av god kvalitet.

2.1.3 Vård utifrån den unges rätt till integritet och autonomi

Vården ska ges med hänsyn tagen till den unges grundläggande fri- och rättigheter gällande både opinionsfrihet, kroppslig integritet och rätten att skyddas mot diskriminering, enligt Regeringsformen (1974:152) 2 kap

Socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människans självbestämmande och integritet, 1 kap 1 § SoL. I verksamhet som bedriver hem för vård och boende ska den enskildes integritet respekteras, 3 kap 3 § SFS. Vissa inskränkningar i den unges integritet och självbestämmande kan anses vara befogat. I föräldrabalken klargörs att "den som har vårdnaden om ett barn har ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov av omvårdnad, trygghet och en god fostran tillgodoses. Den unges vårdnadshavare, eller ställföreträdare, svarar även för att den unge får den tillsyn som behövs med hänsyn till ålder, utveckling och omständigheter och ska bevaka att den unge får tillfredsställande försörjning och utbildning", 6 kap 1 och 2 § § FB.

I syfte att hindra att den unge orsakar skada för någon annan ska "vårdnadshavaren eller den som träder in för denne även svara för att den unge står under uppsikt eller att andra lämpliga åtgärder vidtas. Om det finns förutsättningar som förhindrar detta kan åtgärder vidtas." Vårdnadshavare ska informeras om sådana åtgärder och ges möjlighet att påverka och utforma dem så långt det är möjligt om en placering görs med stöd av Socialtjänstlagen. Om förhållandena är sådana att den unge riskerar att skadas i sin hälsa och utveckling skall den personal som uppmärksammar förhållandena, i samråd med föreståndare, anmäla förhållandena till kommunen. Om risken är påtaglig och

Socialtjänstens utredning eller åtgärder inte kan avvaktas skall kommunens Socialjour kontaktas.

Personal får enbart ingripa fysiskt mot ungdom där rätt till nödvärn föreligger, 24 kap 1 § BrB, eller då nöd föreligger 24 kap 4 § 2st BrB.

Föreståndare är ytterst ansvarig för att den unges lagstadgade rätt till integritet och självbestämmande tillgodoses i vårdens utformning. All personal har ansvar för att beakta ungdomarnas rätt till integritet och självbestämmande i vård som ges hos oss på Villa Bergerska.

2.1.4 Vård utifrån den unges behov och den unges bästa

Den unges bästa ska särskilt beaktas vid åtgärder som rör hen. Med unga avses alla upp till 18 år, 1 kap 2 § SoL. De insatser som görs vid ett hem för vård och boende ska anpassas till den enskildes behov och förutsättningar, 3 kap 3 § SoF. Den unge har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran, och ska behandlas med aktning för sin person eller egenart och inte får utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling. Den unges bästa ska vara avgörande för alla beslut om vårdnad, boende och umgänge. Hänsyn ska tas till den unges vilja med beaktande av hens ålder och mognad, 6 kap 1 och 2 § § FB.

Personal ska lägga vikt vid att den unges bästa efterfrågas och beaktas när det gäller t ex umgänge med föräldrar och anhöriga och att vård och umgänge utgår från hens bästa när det ställs mot vuxnas önskningar och behov. Föreståndaren är ytterst ansvarig för att den unges behov och bästa tillgodoses i vårdens utformning. All personal har ansvar för att vården ges utifrån den unges behov och bästa.

2.1.5 Vård med hänsyn till den unges delaktighet

Den unges rätt att vara delaktiga i de beslut som rör dem, med hänsyn till ålder och mognad, regleras bland annat i barnkonventionens 12:e artikel. Även i 1 kap 1 och 2 § § SoL regleras den unges rätt till aktivt deltagande i vården, och att vården ska ske med hänsynstagande till eget ansvar och inriktas på att frigöra egna resurser med respekt för självbestämmande och integritet. I 3 kap 5 § SoL klargörs att socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. I 3 kap 3 § SoF framgår att

verksamheten vid ett HVB-hem ska bygga på förtroende för och samarbete med den unge och att hens integritet ska respekteras. Den unge har rätt att få relevant information om en åtgärd som rör denne och ska även ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör denne, 11 kap 10 § SoL.

För att den unges rätt till självbestämmande ska kunna beaktas krävs att denne är delaktig i planering och genomförande av den vård som ges.

Vården av den unge ska så långt det är möjligt göra den unge delaktig i vårdens innehåll och den planering som görs och de beslut som tas. Den unge har rätt till relevant information om åtgärderna och ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör hen, i enlighet med 11 kap, 10 § SoL.

Behandling görs med utgångspunkt från den unges bästa, den unges behov och rätt till integritet och självbestämmande. Villa Bergerska har skriftliga rutiner för att säkerställa ungdomarnas delaktighet under hela vårdprocessen och vid möten med socialtjänsten samt hur synpunkter som finns på verksamheten ska beaktas och tillvaratas.

Stödjande dokument:

- Inskrivning samt checklista
- Ungdomarnas delaktighet och inflytande
- Besökare
- Meningsfull och strukturerad vardag
- Aktiviteter
- Aktiv fritid
- Husmöte samt dagordning
- Samtal/gruppsamtal
- Riskanalys samt lathund
- Skyddsåtgärder
- Säkerhetsåtgärder

2.1.6 Vård med avvägningar gällande integritet och trygghets/säkerhetsaspekter

Viktigt att beakta när det gäller placerade ungdomars integritet är att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp samt mot kroppsvisitation,

husrannsakan och liknande intrång, samt mot undersökning av brev, försändelser och hemlig avlyssning, upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande. Var och en är också gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, 2 kap 6 § RF.

Vid överväganden om behov av inskränkningar i omständigheter som rör placerad ungdom måste alltid rätten till integritet och självbestämmande vägas mot säkerhetsaspekter samt skydds- och tillsynsansvar för denne.

För att säkra integritet och trygghetsaspekter kommer Villa Bergerska att arbeta med samtycken. Ungdomarna kommer vid inskrivning erbjudas att lämna samtycke till bland annat informationsutbyte med samarbetspartners (t.ex. skola eller hälso- och sjukvård) samt gällande genomgång av det egna rummet vid misstanke om att narkotika, alkohol eller andra farliga föremål finns där, detta för att personalen behöver kunna säkerställa en trygg boendemiljö. Vid varje tillfälle en ungdom ger sitt samtycke ska hen informeras om att samtycket när som helst kan återkallas.

På Villa Bergerska har vi ordningsregler med syfte att upprätthålla den ordning, säkerhet och trygghet som alla ungdomar enligt lag ska kunna garanteras under sin vistelse hos oss. Ordningsreglerna får dock inte innebära allvarliga inskränkningar i den personliga friheten och rätten till integritet. Föreståndare är ytterst ansvarig för att såväl integritets- som trygghets samt säkerhetsaspekter i verksamheten beaktas.

Lokaler och egna rum är utformade med tanke på att tillgodose placerade ungdomars behov av trygghet, integritet och säkerhet.

Stödjande dokument:

- Generell information – ungdomar
- Samtyckesblanketter
- Skyddsåtgärder
- Säkerhetsåtgärder

2.1.7 Lika behandling fri från diskriminering och kränkande behandling

Enligt 2 kap 12 o 13 § RF, får lag eller annan föreskrift inte innebära att någon missgynnas utifrån att denne tillhör en minoritet eller utifrån etniskt ursprung, hudfärg eller liknande, eller sexuell läggning. Ingen får heller i lag eller annan föreskrift missgynnas på grund av kön med särskilda undantag i bestämmelserna. Utifrån värdegrund arbetar vi för att alla ska behandlas likvärdigt.

Stödjande dokument:

- Hot och våld – förebyggande åtgärder
- Hot och våld – handlingsplan
- Kränkande behandling – handlingsplan

2.1.8 Avvikelsebehandling

På Villa Bergerska arbetar vi aktivt med att förebygga handlingar och processer vilka kan innebära någon form av skada eller lidande för den unge. Föreståndare ansvarar för att leda och organisera arbetet så den unge kan tillförsäkras boende som uppfyller kraven på säkerhet och att vård som ges är av god kvalité.

Handlingsplaner finns upprättade som även innefattar hur det förebyggande arbetet ska ske på flera områden där risker kan finnas. Handlingsplaner med förebyggande åtgärder finns upprättade när det gäller mobbing, övergrepp och trakasserier av olika slag, diskriminering, hot och våld. Handlingsplaner finns även för akuta situationer. Handlingsplaner görs kända för personal vid nyanställning, på medarbetardagar och/eller personalkonferenser. De ska förvaras åtkomligt för alla medarbetare samt utvärderas och uppdateras vid behov. En översyn av handlingsplanerna görs årligen enligt aktivitetsplan i kvalitetsledningssystemet. Hur dokumentations- och uppföljningsarbetet med särskilda händelser som inträffat görs framgår i avsnittet Avvikelsehantering.

Stödjande dokument:

- Handlingsplan vid brand

- Riskanalys samt lathund
- Krissituation – handlingsplan
- Handlingsplan vid akuta händelser
- Hot och våld – förebyggande åtgärder
- Hot och våld – handlingsplan
- Kränkande behandling – handlingsplan
- Avvikning från boendet
- Skyddsåtgärder
- Säkerhetsåtgärder

2.1.9 Medarbetares anmälningsplikt

De som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet och fullgör arbetsuppgifter som berör barn och unga är skyldiga att anmäla till Socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om, eller misstänker att, ett barn far illa.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, lex Sarah, 2 kap 1 § SOSFS 2011:5 har alla som deltar i en verksamhet och arbetar på uppdrag av socialtjänsten skyldighet att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden i enlighet med det som avses i 2 kap 3 § i SOSFS 2011:9.

Stödjande dokument:

- Anmälan enligt SoL 14 kap 1 §
- Lex Sarah

2.1.10 Vård med beaktande av tystnadsplikt

Medarbetare ska ha kännedom om, och beakta, sin tystnadsplikt i enlighet med 15 kap 1 § SoL och tystnadsplikt och sekretess enligt 12–14 § § patientsäkerhetslagen (2010:659). Vid nyrekrytering informeras medarbetare om tystnadsplikt och sekretessavtal skrivs på i anställningsprocessen. Journalföring sker med IT-baserat dokumentationssystem med lösenord och behörigheter. Dokument i pappersform rörande ungdomarna förvaras inlåst i kassaskåpet.

Föreståndaren är ytterst ansvarig för att all personal har kännedom om gällande tystnadsplikt och hur samtliga ska efterleva samt att verksamhetens arbetssätt,

dokumentation och rutiner är utformade för att tillgodose att den efterlevs. Medarbetare som bryter mot tystnadsplikt kan bli föremål för disciplinåtgärder.

2.2 VÅRDPROCESSEN

2.2.1 Förfrågan

Enligt tillståndet för verksamheten får Villa Bergerska bedriva vård enligt 7 kap 1 § SoL. Förfrågningar gällande placeringar kan därmed enbart göras från socialtjänsten. Upptagningsområdet är hela landet, vilket innebär att förfrågningar kan ställas från alla kommuner i Sverige. Förfrågningar om plats skall göras till föreståndaren. Om plats finns för aktuell ungdom samt om uppdraget faller inom ramen för vårt tillstånd och kompetensområde skall vidare dialog ske med föreståndaren som gör bedömning om placering är möjlig utifrån matchning av behov, kompetens i verksamheten, grupp och tillstånd.

Innan beslut om inskrivning av ungdom sker ska föreståndaren göra en risk- och lämplighetsbedömning gällande inskrivna som ska vistas i verksamheten enligt HSLF-FS 2016:55 om inskrivning. Risk- och lämplighetsbedömning ska även utföras av föreståndare innan placering som ett led av det systematiska arbetsmiljöarbetet enligt Föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete, AFS 2001:1.

2.2.2 Lämplighetsbedömning

Innan ett beslut fattas om Villa Bergerska är en lämplig placering för den unge avseende hans behov, ålder, utveckling, personliga förhållanden görs en risk- och lämplighetsbedömning. Ansvarig föreståndare gör en bedömning om den aktuella ungdomen matchar övriga placerade ungdomar.

Risk- och lämplighetsbedömningen sker utifrån följande kriterier:

- Matchning av problematik.

Hänsyn skall tas till ungdomar som har väsentligt skilda grundproblem eller väsentligt olika mognad som regel inte bör vårdas tillsammans och huruvida en placering innebär risker utifrån det kriteriet i enlighet med de allmänna råden för de som vårdas i hem för vård och boende i SOSFS 2003:20.

- Målgruppsöverensstämmighet

Genomgång av om ungdomens som förfrågan gäller, faller inom ramen för målgruppen verksamheten har tillstånd och kompetens för när det gäller kön, ålder, problematik och behov.

- Matchning med verksamheten

Bedömning av om aktuell ungdom kan erbjudas placering utifrån aktuellt gruppstillstånd, aktuella resurser och kompetens. Matchning utförs huruvida verksamheten i nuläget har tillräckligt och avpassade resurser för att möta aktuell ungdoms behov. Bedömning görs om ungdomen i fråga kan ha negativ inverkan på övriga placerade ungdomar eller om gruppen kan ha negativ inverkan på den unge, gruppens aktuella vårdtyngd och dynamik samt hur de kan tillgodoses.

2.2.3 Inskrivningsprocessen

Föreståndare ska efter utförd risk- och lämplighetsbedömning fatta ett formellt beslut om inskrivning på Villa Bergerska.

- Föreståndare ansvarar för att den unge får introduktion och information om grundläggande regler och rutiner i verksamheten.
- Placeringsavtal samt vårdplan ska överlämnas av uppdragsgivare i samband med inskrivning, eller skyndsamt därefter. Vårdplanen ska innehålla frågeställning och beskrivning av det övergripande uppdraget med vården. Samtycke från föräldrarna ska ha skett genom undertecknande av vårdplanen, som sedan utgör grunden för genomförandeplanen, om det är aktuellt.
- Genomförandeplanen är en skriftlig överenskommelse mellan den unge, vårdnadshavare, socialtjänsten och verksamheten gällande hur vården ska ske för att målen med vården ska uppnås. I den mån det är möjligt ska alla parter skriva under planen.

2.2.4 Mottagning

Föreståndare ansvarar för att mottagning sker utifrån gällande rutin så att den unge får en så god start på sin vistelse som möjligt. Vid den unges ankomst hålls ett inskrivningssamtal. Vid placeringar som är akuta kan mötet ske senare än vid ankomsten, dock så snart som möjligt. Den unge ska få en tydlig och utförlig information om verksamheten och vardagen på Villa Bergerska och ges möjlighet att ställa frågor. Vikt

läggs på att säkerställa att den unge fått information om varför hen är placerade hos oss och vad syftet med vården är.

Stödjande dokument:

- Innan placering
- Studiebesök
- Välkomstrutin
- Inskrivning samt checklista
- Generell information – ungdomar

2.2.5 Dokumentation

I samband med inskrivning upprättas en digital journal i Infosoc.

Vården på Villa Bergerska ska ske med utgångspunkt från socialnämndens vårdplan. Vårdplanen ska enligt 4 kap 1 § SOSFS 2003:20 sammanfattas i, eller bifogas till, den unges journal. Vårdplanen begärs in i samband med inskrivning/placering och går igenom vid inskrivningssamtalet.

2.2.6 Våra uppdrag

Uppdrag som utförs på Villa Bergerska sker med utgångspunkt från socialnämndens vårdplan. Vårdplanen ska bifogas i ungdomens journal. Vårdplan ska inhämtas senast vid inskrivning/placering och går igenom vid inskrivningssamtalet eller i nära anslutning i tid av placeringen.

2.2.7 Genomförandeplan

Enligt 5kap 1 §, SOSFS ska det upprättas en vårdplan i samråd med den placerade ungdomen. Genomförandeplanen ska upprättas med utgångspunkt från vårdplanen.

Utifrån uppdraget upprättas en genomförandeplan vilket är ett gemensamt arbetsdokument som upprättas tillsammans med den unge och kontaktperson inom två veckor efter inskrivning och skickas till placeraren. Genomförandeplanen finns sedan att tillgå i InfoSoc inför kommande revideringar.

2.2.8 Dagliga rutiner

På Villa Bergerska upprätthåller vi en strukturerad vardag med återkommande regelbundna göromål parallellt med planering av övriga händelser samt utifrån behov och önskemål. Individuell planering ska utgå ifrån vård- och genomförandeplanen.

Schemalagda rutiner finns rörande måltider, aktiviteter, rumstider, städning, tvätt, mm. Samtal mellan den unge och utsedd kontaktperson förläggs veckovis där det passar den unge och verksamheten.

Stödjande dokument:

- Generell information – ungdomar
- Ungdomarnas delaktighet
- Veckoschema

2.2.9 Fritidsaktiviteter

Den unge som vistas på ett HVB-hem har rätt till insatser, såsom boende, vård, behandling av god kvalitet och en meningsfull vistelse, enligt 3 kap 3 § SoL, 3 kap 3 § SoF och 2 kap 1 § SOSFS 2011:9. Föreståndare ska kunna ansvara för att det erbjuds på HVB-hemmet, i enlighet med 2 kap 1 § SOSFS 2003:20. Att ha möjlighet till genomtänkta individuellt anpassade fritidsaktiviteter måste anses vara en viktig del i att erbjuda vård och vistelse av god kvalitet.

Fritidsaktiviteterna på Villa Bergerska utformas utifrån mål i vård- och genomförandeplanen samt behov samt önskemål och innefattar både inomhus- och utomhusaktiviteter. Ungdomarna kan framföra önskemål vid kontaktmannasamtal eller på husmöten. Det är viktigt att planering sker med hänsyn både till gruppen och enskildas önskemål. Personal ska uppmuntra ungdomarna att komma överens vid valet av fritidssysselsättningar för att så många som möjligt kan medverka.

Ungdomarna ska kunna uttrycka vad de tyckt om genomförda aktiviteter vid husmöten, kontaktmannasamtal och klagomålshantering. Även medarbetares åsikter kring ovanstående är viktiga.

Stödjande dokument:

- Ungdomarnas delaktighet och inflytande
- Aktiv fritid
- Meningsfull och strukturerad vardag
- Husmöten samt dagordning
- Samtal med kontaktperson

2.2.10 Utskrivning

Den formella utskrivningen görs av föreståndare, Socialtjänstförordningen (2001:937) 3 kap 14 el 15 §. Utskrivningen, inkluderande fortsatt planering, vad ungdomen skrivs ut till och hens inställning till utskrivningen.

Inför utskrivning görs ett avslutningsarbete med den unge som ska skrivas ut såsom avslutningsmiddag, packning och flyttstädning. Vid utskrivning uppmanas den unge, vårdnadshavarna och socialtjänsten att fylla i en enkät avseende sin tid på Villa Bergerska.

Stödjande dokument:

- Utskrivning – planerad
- Utskrivning förtida/oplanerad
- Utskrivning – checklista
- Enkäter

2.3 PROCESSEN BEHANDLINGSARBETET

Behandlingsarbetet utgör Villa Bergerskas främsta kärnprocess och görs utifrån uppdrag av socialtjänst och aktuell lagstiftning. Behandlingsarbetet ska ske med ständigt beaktande av ungdomarnas rätt till delaktighet och rätt att lämna sina synpunkter på olika delar. Alla ungdomar ska veta vad som förväntas av dem hos oss och får ansvar efter förmåga. Vi är tydliga i vår kommunikation samt vägleder ungdomarna med klara mål och syften. I behandlingsarbetet pratar vi med varandra, tar ansvar för våra handlingar, samarbetar och hjälps åt.

Vårdnadshavare ska ges möjlighet att få information, ha insyn och lämna sitt samtycke till de åtgärder som görs, i enlighet med tillämpliga lagar (socialtjänstlagen, föräldrabalken, hälso- och sjukvårdslagen, LVU) och så långt som möjligt även vid placering enligt LVU.

2.3.1 Uppdrag/frågeställning

Behandlingen ska göras utifrån uppdragsgivarens frågeställning. Frågeställningen bör så långt som möjligt utarbetas i samråd med placerad ungdom i enlighet med dennes rätt till delaktighet och insyn. Vi vet att förändringsprocesser startar när olika visioner och scenarier skrivs, målas eller uttalas. Vi skapar engagemang och ger ungdomarna insikt i att de är med och formar sin egen framtid i stället för att vänta på att den ska inträffa.

2.3.2 Behandlingens innehåll och delar

I de fall det är påkallat sker samverkan med externa aktörer såsom skola, specialistpsykiatri, sjukvården med flera. På uppdrag av placerande socialtjänst kan neuropsykiatriska utredningsinsatser erbjudas via extern samarbetspartner inom specialistpsykiatri. Efter inskrivning, när uppdraget och frågeställningarna är klarlagda och godkända, inleds behandlingsarbetet. Behandlingen är individuell men består i grunden av:

- Kartläggning av den unges styrkor, resurser och behov för att identifiera lämpliga behandlingsmetoder. I kartläggningen används bland annat skattningsformuläret ADAD. Detta ligger sedan till grund för den individuella genomförandeplanen som skapas utifrån ungdomens vårdplan.
- Måluppföljning och stöd av kontaktpersonen varje vecka.
- Ett närvarande vuxenstöd i en trygg och återhämtande vardagsmiljö.
- Stärka ungdomens identitet med fokus på framtiden med ökad livskunskap, friskfaktorer och copingstrategier både enskilt och i grupp.
- Ansvar efter förmåga där ungdomen gradvis utmanas i sin takt för att uppnå en god funktionsnivå, självständighet och livskvalitet genom att bygga på styrkor och kompensera för svårigheter med hjälp av träning och stöd.
- Att ta kontroll över sin vardag genom en tydlig struktur som skapar förutsägbarhet och balans där skola/praktik, fritid och sociala relationer ingår.
- Främja kontakten med ungdomens nätverk.

2.3.3 Genomförande

2.3.3.1 Vårdnadshavarnas delaktighet

Vårdnadshavares delaktighet där de ger sin syn på sitt barns fungerande och behov är en viktig del i att säkra deras delaktighet i processen och för att få en så fullständig anamnes och bild av den unge och dennes behov. Informationen från samtalen med vårdnadshavarna sammanställs som utgör en grund i behandlingsarbetet. Samtal erbjuds också varje vecka med ungdomens kontaktperson för att vårdnadshavare ska göras delaktiga i vården och planeringen av hembesök m.m.

2.3.3.2 Behandlingsarbetet

Föreståndaren är ansvarig för behandlingen i sin helhet utifrån ett tydligt uppdrag från socialtjänsten. Behandlingsarbetet har sin grund i den miljöterapeutiska vardagstrukturen i den dagliga verksamheten och utgår från det systemteoretiska perspektivet. Ungdomen är delaktig i behandlingsplanen som utformas i en genomförandeplan enligt BBIC. Genomförandeplanen revideras var sjätte månad och i samband med det skall den sändas till ansvarig socialsekreterare som även får ta del av kontinuerlig uppföljning av ungdomens placering och måluppfyllelse.

I vårt behandlingsarbete fokuserar vi på den unges behov och det finns även möjlighet till extern kontakt med exempelvis psykolog, terapeut mm. Om det bedöms finnas behov av fördjupad utredning, som inte kan göras inom verksamheten, ska placerande socialtjänst kontaktas för bedömning kring frågeställningen.

Vårdnadshavare ska alltid ges löpande information och bjudas in till dialog så långt det är möjligt, även om den unge vårdas enligt LVU. För att säkerställa den unges och vårdnadshavarens inflytande och delaktighet genomförs regelbundna gemensamma avstämningar. Den unge erbjuds att medverka för att framföra sina åsikter och synpunkter.

Barnkonventionen, säger att "barn som är i stånd att bilda egna åsikter ska tillförsäkras rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet, varvid barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad."

Möten, synpunkter och beslut som sker inom ramen för behandlingsuppdraget dokumenteras i den unges journal.

2.3.3.3 Akutplaceringar

Enligt rutin skall ett studiebesök erbjudas för den unge, dennes vårdnadshavare och placerande socialtjänst genomföras innan placering. Ibland medför dock rådande situation att studiebesök inte är möjligt. Den unge kan behöva bryta negativa kontakter och geografiskt omplaceras från olämplig livsmiljö skyndsamt. När den akuta situationen är löst sker den unges individuella behandlingsplanering i enlighet med aktuellt uppdrag. Ansvarig socialtjänst besöker ungdomen kort tid efter att hen fått möjlighet att anpassa sig till sitt nya boende och livssituation.

2.3.3.4 Utslussning

Om möjligt ser vi att utslussning från verksamheten sker i den takt som passar ungdomens behov. Personalen stödjer den unge i att organisera en vardag som ska fungera efter utskrivning. För att möjliggöra ett upprätthållande, planeras detta i god tid före utskrivning tillsammans med den unge, vårdnadshavare och placerande socialtjänst.

2.3.3.5 Uppföljning/utvärdering

Det sker kontinuerlig och löpande utvärdering av insatsernas effekt på individnivå genom exempelvis behandlingskonferenser, nätverksmöten och uppföljningsmöten.

Uppföljning efter avslutad behandling sker på uppdrag av placerande socialtjänst. Efter insatsen är avslutad ombedes den unge, vårdnadshavare och placerande socialtjänst att genomföra en utvärdering vilken dokumenteras och är ett underlag i kvalitets- och utvecklingsarbetet av insatsen och placeringen.

Uppföljning sker även vid sammanbrott i placeringarna vilka sker både i kontakt med placerade socialtjänst och genom kontakt med den unge i den mån som det är möjligt och respekt till hens egen vilja till fortsatt kontakt. Orsakerna till sammanbrotten i placeringarna dokumenteras och utvärderas utifrån varje enskilt sammanbrott. Detta för att uppföljningen ska ske utifrån så goda förutsättningar som möjligt.

Metoder som används i det vardagliga arbetet är:

- ADL
- BBIC
- KASAM
- KBT
- TMO
- Lågaaffektivt bemötande
- Lösningfokuserat förhållningssätt
- Miljöterapeutiskt behandlingsarbete
- Motiverande samtal
- Salutogent perspektiv
- Social färdighetsträning

Stödjande dokument:

- Kontakt med vårdnadshavare
- Ungdomarnas delaktighet och inflytande
- Samarbete med uppdragsgivare
- Enkäter

3 DELPROCESSER

Vid sidan av verksamhetens kärnprocesser pågår parallellt följande två viktiga processer vilka följer placerade ungdomar:

- Skolgång/daglig sysselsättning
- Hälso- och sjukvård

Skolgång eller sysselsättning utgör en daglig bas i verksamheten och utformas utifrån uppdrag från socialtjänsten. Uppmärksamhet på ev. behov av hälso- och sjukvård hos placerade ungdomar ska ske löpande.

3.1 SKOLGÅNG

För de placerade ungdomarna som har skolplikt är det deras ordinarie skola som ansvarar för att skolgång kan genomföras. Det kan antingen ske via distansundervisning eller

ansöka om tillfällig skolgång inom Halmstad kommun. Tillfällig skolgång berättigar inte till skolskjuts.

3.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT TANDVÅRD

När barn och unga är placerade utanför hemmet ska socialnämnden verka för att den unge får den hälso- och sjukvård samt tandvård de behöver enligt 6 kap 7 § SoL. All hälso- och sjukvård gällande placerad unga ska ske i samråd med de unga själv, vårdnadshavare och socialtjänsten i enlighet med 5 kap 1 § SoL.

Stödjande dokument:

- Skolplikt
- Samarbete med externa parter

4 STÖDPROCESSER

Stödprocesser, dvs de processer som möjliggör kärn- och delprocesser vilka verkar likt ramar och förutsättningar för Villa Bergerskas verksamhet, indelas i följande områden:

- Personal och bemanning
- Dokumentation/Journalföring
- Samverkan
- Arbetsmiljö
- Miljö och säkerhetsaspekter
- Kvalitetsledningssystemet

4.1 PERSONAL OCH BEMANNING

Enligt 3 § kap 3 § SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalité, och verksamheter med uppgifter inom socialtjänsten ska ha personal med lämplig utbildning och erfarenhet i enlighet med 3 kap 3 § SoL, 3kap 5 § SoF, 2kap 2 och 3 § § SOSFS 2003:20.

Våra medarbetare utgör Villa Bergerskas viktigaste resurs i verksamheten. Rekrytering, anställningsförfaranden och kompetensutveckling utgör därmed viktiga hörnstenar i verksamheten. Att säkerställa att verksamheten har en adekvat personalförsörjning och kompetensutveckling sker enligt följande:

4.1.1 Bemanning

Behovet av bemanning på Villa Bergerska bedöms kontinuerligt och bemanningsgrad samt sammansättningen av personal avgörs utifrån aktuellt behov. Det finns alltid personal dygnet runt, i enlighet med föreskrifterna i SOSFS 2003:20. Bedömning av ev. risker med hänsyn till personalens arbetssituation utifrån arbetsmiljölagen görs löpande av ledningen i samarbete med personal i tjänst. Vid ensamarbete ska särskilt noggrann bedömning av aktuell situation och eventuella risker göras. Det finnas alltid en person i ledningsfunktion i beredskap för den som är i tjänst. Bemanning avgörs av situation och aktuella behov på individ- och gruppnivå. Den kan variera även vid samma antal placerade ungdomar.

För att möjliggöra en flexibel personalstyrka utifrån de växlande behov som finns inom verksamheten har Villa Bergerska välutbildade och kontinuerligt återkommande vikarier. Våra vikarier har adekvat utbildning.

4.1.2. Kompetenskrav

Föreståndare ska minst ha den utbildning och erfarenhet som krävs enligt föreskrifterna i SOSFS 2003:20 och andra gällande lagar.

Våra medarbetare som rekryteras, oavsett tillsvidareanställd eller andra tidsbegränsade anställningar, ska ha adekvat utbildning och erfarenhet gällande liknande verksamheter, dess metoder och uppdrag. Våra medarbetare ska ha adekvat grundutbildning och helst adekvat vidareutbildning. Vid något enstaka fall kan medarbetare utan högskoleutbildning rekryteras. Som lägst har man två års eftergymnasial utbildning inom adekvat område för att bli en del av Villa Bergerska arbetsgemenskap.

4.1.3.Rekrytering och kompetensutveckling

Rekrytering görs vid avgångar eller vid behov av fler medarbetare. Ny medarbetare som rekryteras ska så långt som möjligt matcha de behov verksamheten har samt ha reell

kompetens för verksamhetens inriktning gällande målgrupp och arbetsmetoder etc. Föreståndaren ansvarar för rekryteringsprocesser i verksamheten.

4.1.3.1 Anställningsförfarande

Vid anställning, oavsett form eller befattning, ska personer i verksamheten lämna ett utdrag ur kriminalregistret för HVB-hem, till föreståndaren före påbörjad tjänst, även före introduktionspass. Utdraget får vara högst sex månader gammalt, enligt samma lag. Föreståndaren ansvarar för att sådant underlag inhämtas.

För medarbetare i verksamheten begärs nya registerutdrag ut var 6:e månad vilket hanteras av föreståndaren.

Om personen befunnits lämplig och möjlig att anställa, i enlighet med 2 kap 2 § SOSFS 2009:11, och inga hinder för anställning föreligger inhämtas referenser. Detta är särskilt viktigt om personen i fråga inte är känd sedan tidigare av föreståndaren eller personal. Intervju/er, referenser, arbetserfarenhet, arbetsbetyg samt matchning av behov och kompetens avgör om man går vidare i rekryteringsprocessen.

Vid timanställning erbjuds ett eller två introduktionspass för att personen ska kunna få introduktion och djupare förståelse av verksamheten samt för att vi ska kunna bilda oss en uppfattning om personens lämplighet. Vid tillsvidareanställning tillämpas provanställning. Vid fast anställning ges den introduktion som krävs utifrån befattning.

4.1.3.2. Introduktion av nyanställda

Till stöd för introduktionen finns en checklista för den medarbetare som introducerar ny kollega. Det finns också informationsmaterial samt en checklista kring vad den nyanställda förväntas ta del av gällande rutiner, metoder mm som utgör ett stöd för den nyanställda

Föreståndaren ansvarar ytterst för bedömningen av om, när och hur en anställning ska göras och att anställningen motsvarar föreskrifter och lagkrav. Uppgifter kan delegeras till ordinarie medarbetare.

Stödjande dokument:

- Introduktion av nyanställd personal
- Personal – rutiner Verksamheten – rutiner
- Personalhandbok
- Checklista – personal

4.1.4 Kompetensutveckling och personalvård

Våra medarbetares kompetensnivå samt behov av utveckling/utbildning bedöms löpande. En samlad översyn av behov kompetensutveckling i verksamheten görs vid den årliga och mer genomgripande kvalitetsöversynen av verksamheten.

Medarbetare på Villa Bergerska utgör den viktigaste resursen i arbetet med ungdomarna. Personalvård i form av friskvårdsbidrag utgår. Kompetensutveckling sker löpande för att ge våra medarbetare stöd och verktyg i att utföra sitt arbete med ungdomarna på en hög kvalitativ nivå.

4.2 DOKUMENTATION

En viktig del av verksamheten är att skapa goda rutiner för dokumentations- och informationshantering i verksamheten. Dokumentation runt den enskilde ungdomen sker i enlighet med 11 kap 5 §, 7 kap 3 § första stycket i SoL samt enligt SOSFS 2014:5 (S).

Dokumentationen ska både göras enligt lagstiftning för ungdomens säkerhet och myndigheters krav, samt för att utgöra ett underlag för informations-, utvecklings och kvalitetssäkringsarbete. En stor del av dokumentations- och avvikelshanteringsarbetet görs i ett samlat dokumentationssystem i flera delar – Infosoc program för journalföring, avvikelshantering och kvalitetssäkring. Detta för att underlätta statistik, sammanställning, analys, uppföljning och förbättringsåtgärder.

4.2.1 Utarbetande och revidering av styrdokument

Med styrdokument avses skriftliga rutiner, handlingsplaner och andra dokument som är styrande och vägledande i arbetet på Villa Bergerska. Utarbetande av styrdokument sker vid behov, såsom vid lagändringar eller vid utvecklingsarbete och förbättringsåtgärder i verksamheten. Styrdokument revideras även kontinuerligt, enligt årsplanen i

kvalitetsledningssystemet. I styrdokumenten ska följande framgå: datum för färdigställande, version, ansvarig för utarbetandet av dokumentet, giltighetstid samt när och var beslut om att dokumentet ska gälla.

4.2.2 Löpande Information och informationshantering avs. ungdomarna och den dagliga verksamheten.

Tillgång till och överföring av information utgör en viktig del för att säkra verksamhetens kvalitet och att god vård och en meningsfull vistelse ges placerade ungdomar. Information och informationshantering sker såväl muntligt som skriftligt i den löpande verksamheten.

Rutiner, handlingsplaner och övriga styrdokument för verksamheten finns tillgänglig för alla medarbetare på bestämd plats. Alla dokument finns digitalt och vissa dokument i namngivna pärmar. Alla medarbetare ska ha kännedom om var dokument finns samt hur man söker information. Informationen ges vid introduktion där avstämning med nyanställda samt påminnelser ges vid behov vid samtal med personal och överlämningar.

Överlämning mellan personal görs alltid på morgonen och på kvällen.

Viktig information finns även i placerade ungdomars daganteckningar resp. journal, samt i kalender. Personal som träder i tjänst ska ta del av aktuella daganteckningar samt alltid av kalender rörande planering och kommande viktiga händelser.

4.2.3 Journalföring

Journal ska föras och förvaras säkert för varje placerad i enlighet med 4 kap 1 § SOSFS och 11 kap 5 § SoL. Journalen ska innehålla uppgifter som är av betydelse för att tillgodose den unges rätt till en insats som är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet, rätten till insyn i vården. För att möjliggöra uppföljning, utvärdering och tillsyn ska journal föras för var och en som får vård och behandling i ett HVB-hem. Journalen ska innehålla samtliga uppgifter som krävs, inkluderande anteckningar om beslut och åtgärder som rör den unge, 4 kap SOSFS 2003:20.

Journalanteckningar förs på daglig basis utifrån faktiska händelser och omständigheter av betydelse enligt krav ovan. Uppgifter av betydelse i journal ska vara införd så snart det är möjligt men senast inom 48 timmar efter händelse/beslut. Journalanteckningar ska på

begäran lämnas ut till socialtjänst. Journal ska även lämnas ut till själv, utifrån menprövning och i samråd med socialtjänsten, 7 kap 4 § SoL, om tystnadsplikt inte föreligger enligt 15 kap 1 § SoL.

Stödjande dokument:

- Journalsystem i Infosoc
- Personal – rutiner
- Verksamheten – rutiner

5 VERKSAMHET OCH STYRNING

5.1 LAGAR OCH FÖRESKRIFTER

Lagar och föreskrifter inom vårt verksamhetsområde:

- Socialtjänstlag (2001:453), SoL
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU
- Lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (SFS 2001:466)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS
- Skollagen (2010:800)
- Diskrimineringslagen (2008:567)
- Lag (2007) om registerkontroll av personal vid sådana hem för vård och boende som tar emot barn
- Lag om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård (1996:981)
- Brottsbalken (1962:700) [Nödvärn, nöd]
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten
- Barnkonventionen (ang. barns rätt till delaktighet) artikel 12
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Förordningar inom vårt verksamhetsområde:

- Socialtjänstförordning (2001:937), SoF

- Förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2010:184)
- Skolförordningen (SFS 2011:185)

Föreskrifter inom vårt verksamhetsområde:

- HSLF-FS 2016:55 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård och boende. Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa med mera (ersätter SOSFS 2003:20 Hem för vård eller boende, utom några och undantag HSLF-FS 2015:34)
- SOSFS 2006–5 Handläggning
- SOSFS 2006–11 Ledningssystem för kvalitet inom SoL m.fl.
- SOSFS 2006–12 Handläggning och dokumentation runt barn o unga
- SOSFS 2009:6 Bedömning om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (ny vers) (gäller främst vårdgivaren inom hälso- och sjukvården, men bra att känna till)
- SOSFS 2011:5 Lex Sarah
- SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetssäkringsarbete
- SOSFS 2014:5 (S) Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- HSLF-FS 2016:55 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Hem för vård och boende
- HSLF-FS 2017:12 Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Meddelandeblad:

- December/2007 Egenkontroll inom hälsoskyddsarbetet
- Februari/2009 Registerkontroll av personal vid sådana hem för vård och boende (HVB) som tar emot barn
- Nr 1/2010 Överenskommelser om samarbete
- Mars/2010 Information till barn och unga som stadigvarande vistas i familjehem, i hem för vård och boende eller i sådana hem som avses i & kap 3 § i socialtjänstlagen

- Nr 3/2021 Ökade förutsättningar för kontinuitet och trygghet för placerade barn och unga.
- Nr 2/2012 Socialnämnders respektive ideella föreningars ansvar för god kvalitet mm vid utförandet av insatser enligt socialtjänstlagen.
- Nr 6/2013 Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård
- Nr 1/2015 Lex Sarah

Beslut:

- Samtliga tillsynsbeslut från Socialstyrelsens/IVO:s tillsyn av verksamheten

5.2 VERKSAMHETENS MÅL

Verksamhetens mål utgår från:

- Gällande lagar och föreskrifter
- Villa Bergerskas styr och ledningsfilosofi
- Villa Bergerskas vision och värdegrund

5.3 VÅR STYR- OCH LEDNINGSFILOSOFI

Vi samverkar för långsiktiga effekter utifrån våra ungdomars behov. Det är av vikt med gemensamma utgångspunkter för vårt dagliga arbete, det uttrycks bland annat i vår värdegrund. Vår genuina målsättning är att alla våra ungdomar ska känna att de befinner sig i ett positivt sammanhang hos oss, där de blir bekräftade och inkluderade. Genom att vara närvarande visar vi att ungdomen vi möter är betydelsefull vilket i förlängningen skapar tillit och en grogrund för en positiv utveckling.

5.4 SAMSYN OCH SAMVERKAN

Vi på Villa Bergerska arbetar med relationer i alla led såsom mellan olika verksamheter och personer vi möter för att säkerställa att de fungerar tillsammans för att uppfylla ungdomarnas behov. Vi eftersträvar att alla som möter oss på Villa Bergerska ska känna igen sig, att mötas av värdighet, vänlighet och öppenhet. Vi levererar kvalitet och vi skapar kvalitet. Tonvikten ska läggas på vad som är värdeskapande för våra ungdomar, vårdnadshavare och våra uppdragsgivare.

5.5 VILLA BERGERSKAS VÄRDEGRUND

Vår omsorg på Villa Bergerska grundas i en ödmjukhet inför alla människors sårbarhet, värdighet samt integritet vilket vi tror kan bidra till minskat lidande och möjlighet till positiv utveckling. Integritet, delaktighet, självbestämmande samt ett gott bemötande är vår utgångspunkt i vår värdegrund och bygger på allas rätt till att leva ett värdigt, tryggt och ansvarsfullt liv.

VÄRDIGHET

Vi anser att värdighet är en mänsklig kvalitet som möjliggör att människor kan förändra sitt liv av egen fri vilja. Att respektera en människas värdighet handlar om att bemöta alla med full respekt för dess egenvärde. Denna rättighet är ömsesidig, vilket innebär att min rätt att bli bekräftad för den jag är även innebär att jag har en skyldighet att ge andra människor samma rätt.

TRYGGHET

Varje individ har rätt att ha sin enskilda åsikt utan att bli utsatt för hot, våld eller på något annat sätt bli ovärdigt och nedvärderande behandlad. Varje form av diskriminering är oacceptabel. Villa Bergerska är en plats där varje ungdom ska ges möjlighet att bygga trygga relationer och utvecklas som människa med respekt för sin integritet. Alla ungdomar ska känna sig trygga hos oss.

ÅTAGANDE

Vi tar ansvar för människor, deras egenansvar, samhälle och miljö samt motiverar våra ungdomar att göra detsamma. Den som tar ansvar kan påverka och vi vill vara med och påverka positivt, skapa hållbarhet och godhet i det vi företar oss.

TYDLIGHET

Alla ungdomar ska veta vad som förväntas av dem hos oss. Vi är tydliga i vår kommunikation samt vägleder våra ungdomar med klara mål och syften. Vi pratar med varandra, tar ansvar för våra handlingar, samarbetar och hjälps åt. Vi tar avstånd från

diskriminering och kränkning i alla dess former, ingen form av rasism eller förtryck är tillåtet hos oss. Ingen brottslig verksamhet accepteras, det innefattar även att uttrycka extremistiska åsikter, förtrycka eller diskriminera någon vilket innebär ett brott mot svensk lag, något som kommer att polisanmälas.

6 ROLLER OCH ANSVAR

Föreståndaren ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av verksamheten och beslutar om ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta innebär att:

- Fastställa mål för kvalitetsarbetet, samt följa upp och utvärdera dessa mål.
- Se till att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måluppfyllelse, i alla de mål som finns för verksamheten.
- Anmäla ny verksamhet, förändringar i verksamhet eller flytt av verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

7 OMFATTNING OCH GRUNDSTRUKTUR

Kvalitetsledningssystemet omfattar hela verksamheten och alla nivåer inom Villa Bergerskas verksamhet.

7.1 LEDNINGSSYSTEMETS GRUNDLÄGGANDE STRUKTUR

Verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra kvaliteten. Kartläggningen görs på olika nivåer beroende på verksamhetens omfattning och struktur där varje verksamhet identifierar och kartlägger "sina" processer och aktiviteter med tillhörande riktlinjer/rutiner för att säkra kvaliteten. Processkartorna är underlag för såväl uppföljning som utveckling av verksamhetens arbete.

Definition process:

En serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat

Definition rutin:

Rutin ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat.

Genom att kartlägga en process och se hur aktiviteterna hänger ihop med varandra skapas en gemensam bild av hur vi verkar, en processkarta. En rad fördelar uppnås genom att man arbetar med processkartläggning:

- Helhetssyn och överblickbarhet över verksamheten
- Identifiering av flaskhalsar och onödiga arbetsmoment
- Synliggöra aktiviteter och samverkan mellan olika parter
- Ökad förståelse för varför förändring är nödvändig
- Bättre resursanvändande och högre effektivitet.
- Högre kvalitet och färre fel
- Högre individfokus
- Lägre stress och ökad arbetsglädje

I korthet kan man säga att processkartläggning går ut på:

- 1 Fastställa vad som ger värde för ungdomarna, vårdnadshavare, medarbetare, samverkanspartners och uppdragsgivare.
- 2 Identifiera alla moment i processen. Ta bort eller reducera de moment som inte skapar värde. Förenkla.
- 3 Sätta samman återstående momenten i en väl integrerad process för att skapa flöde med så få stopp som möjligt.
- 4 Att processen genererar det ungdomarna och övriga parter behöver.
- 5 Sträva efter ständiga förbättringar.

7.2 PROCESSER OCH AKTIVITETER

Ansvarig föreståndare ska identifiera, beskriva och fastställa processer som behövs för att säkra kvalitén i verksamheten. Därefter ska föreståndaren bestämma vilka aktiviteter som ingår i processerna. Föreståndaren ska ha en sammanställning av de processer och aktiviteter som finns inom verksamheten som denna ansvarar för.

7.3 RUTINER

För varje aktivitet som identifierats enligt ovan ska riktlinjer/rutiner tas fram som beskriver hur aktiviteten utförs och hur ansvaret för utförandet är fördelat. Föreståndaren ansvarar för att det finns rutiner för de aktiviteter som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten.

Föreståndaren ansvarar även för att ändra på processerna och rutinerna/riktlinjerna om någon form av avvikelse (klagomål, avvikelse, missförhållande, etc.) visar att det finns brister i dessa. Föreståndaren ska ha en uppdaterad och lättillgänglig sammanställning av de riktlinjer/rutiner som gäller i verksamheten inom sitt ansvarsområde. Föreståndaren ansvarar för att identifiera behov av verksamhetsövergripande rutiner och utarbeta förslag till nya och korrigerade rutiner. Föreståndaren rapporterar behov till ledningsgruppen om denna har ansvar för att fatta beslut. Ledning har motsvarande ansvar för fastställande av verksamhetsövergripande rutiner.

7.4 SAMVERKAN - INTERN OCH EXTERN

Den som bedriver socialtjänst ska, i enlighet med, 4kap 5 § SOSFS 2011:9 identifiera de processer enligt 2 §, där samverkan behövs för att säkra kvalitén på de insatser som ges i verksamheten. För att säkerställa kvalitén i verksamheten krävs samverkan med olika parter runt placerade ungdomar. Samarbete gällande vården ska ske med den unge i enlighet med 3 kap 3 och 7 § § SoF. Villa Bergerska samverkan sker såväl intern som extern enligt följande:

7.4.1 Intern samverkan

Samverkan internt sker genom följande aktiviteter och arbetssätt:

- Regelbundna personalkonferenser hålls varannan vecka. På personalkonferens avhandlas föregående protokoll med uppföljning av de beslut om åtgärder som togs vid föregående möte, medarbetarnas arbetssituation och aktuella behov, arbetsmiljö- och medarbetarfrågor, allmän information, behov av förbättringsarbete med fokus på tillämpningen av rutiner och regler samt miljöfrågor och övriga frågor. Viktig information, synpunkter och beslut dokumenteras i ett mötesprotokoll och förvaras i en pärm på kontoret.

- Behandlingskonferenser avseende behandlingsprocesser samt placerade ungdomarnas aktuella situation, mående och behov och planering, genomgång och uppföljning av genomförandeplan mm.
- Dagliga strukturerade överlämningar mellan kollegor som går av respektive går på sin tjänst.
- Planeringsdagar med syfte att planera utveckla, och förbättra verksamheten – där även utbildningsinslag kan förekomma.

7.5 EXTERN SAMVERKAN

7.5.1 Socialnämnd och socialtjänst

Villa Bergerska arbetar på uppdrag av socialnämnden via socialtjänsten. Socialtjänsten är därför vår främsta samarbetspartner och därav vikt med en tät samverkan.

Samverkan med socialtjänsten sker tätt runt placering och in- och utskrivning av ungdomar och angående behandlingsprocesser. Regelbunden information till samt kontakt med socialtjänst sker löpande och är betydelsefull. Socialtjänst informeras om betydelsefulla händelser och utveckling avseende aktuell ungdom och får kontinuerlig information om den unges mående samt hur behandlingsprocessen framskrider.

7.5.2 Tillsyns- och lagmässigt vägledande myndigheter

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) utövar tillsyn av verksamheten en gång per år och/eller på förekommen anledning. Personal samt inskrivna ungdomar erbjuds att delta vid inspektionstillfällena. Vi samverkar även med IVO genom dialog samt rådgivning vid olika frågeställningar kring tolkning och tillämpning av rådande lagstiftning.

Socialstyrelsen ansvarar för att upprätta föreskrifter och handböcker utifrån aktuell lagstiftning på området. Föreståndaren ansvarar för att regelbundet och inför ledningsgrupper inhämta aktuell och uppdaterad information från Socialstyrelsen och IVO.

Arbetsmiljöverket (AV) utövar tillsyn av verksamheten vilket kan innebära inspektioner gällande det systematiska arbetsmiljöarbetet på Villa Bergerska. Samverkan och dialog med arbetsmiljöverket sker vid behov kring frågor som rör arbetsmiljöfrågor.

Datainspektionen kan göra tillsyn gällande datalagringsfrågor och IT-system.

7.5.3 Vårdnadshavare och anhöriga

Enligt 6 kap 1 § ska vården utformas så att den främjar ungdomens samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön. Insatser inom socialtjänsten för ungdomen ska så långt det är möjligt göras i samförstånd med den unge och dennes föräldrar, enligt socialtjänstlagen.

Villa Bergerska samverkar med vårdnadshavare, eller annan anhöriga, om det framgår att det är för den unges bästa enligt den vård- och genomförandeplan som framtagits.

7.5.4 Somatisk hälso- och sjukvård

Villa Bergerska vänder sig till främst till Hallands läns landsting när det gäller placerade ungdomarnas behov av såväl akut som icke-akut vård.

7.5.5 Psykiatrisk vård (BUP och VPM)

På uppdrag av socialtjänsten kan Villa Bergerska initiera en kontakt med BUP (Barn och ungdomspsykiatri) till och med 17 år eller VPM (vuxenpsykiatri) från och med 18 år eller följa upp en redan etablerad sådan för planering och samordning av insatser kring den unges behov av vård. Alla kontakter, om inget motsäger detta, (t ex i vissa fall vid LVU enligt 2 §) ska tas i samråd med den unges vårdnadshavare.

7.5.6 Habiliterings- och LSS-verksamhet

På uppdrag av socialtjänsten kan Villa Bergerska initiera en kontakt med habiliteringen och/eller LSS-handläggare eller följa upp en redan etablerad sådan för planering och samordning av insatser kring den unges behov av vård. Alla kontakter, om inget motsäger detta, (t ex i vissa fall vid LVU enligt 2 §) ska tas i samråd med den unges vårdnadshavare.

7.5.7 Tandvård

Vid behov av tandvård vänder sig verksamheten till folktandvården i Oskarström.

7.5.8 Skolor/Sysselsättning

För de placerade ungdomarna som har skolplikt där distansundervisning inte är aktuell har Villa Bergerska samarbete med Halmstads kommun avseende placering på lämplig skolan.

7.5.9 Övriga samverkanspartners

Detta kan tex vara polis, rättsväsende och juridiska ombud mm och dessa kontakter sker i samråd med eller på uppdrag av placerande socialtjänst.

Stödjande dokument:

- Egenkontroll
- Kontakt med vårdnadshavare
- Skolplikt
- Samarbete med externa parter

8 SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE

8.1 UTFORMNING

Ledningssystemet omfattar dels processer och rutiner, analyser och genomgångar i den löpande verksamheten, dels en årlig systematisk genomgång. Vid behov görs även genomgångar av delar av verksamheten med tätare intervall eller vid behov av omedelbar analys och åtgärd.

Löpande och övergripande planering av verksamheten görs utifrån socialtjänstens uppdrag och vårdplaner/genomförandeplaner vid regelbundna personalmöten/APT (varannan vecka) och ledningsmöten. Föreståndaren ansvarar för rapportering till ledning.

Ägare och föreståndaren har ett delat ansvar för styrnings- och kvalitetssäkringsarbete. Utvecklingsarbetet i verksamheten beaktas och behandlas kontinuerligt vid ledningsgrupper, personalkonferenser och personaldagar.

En årlig systematisk genomgång och utvärdering görs efter sammanställning av bl.a. avvikelser, incidenter, klagomål och resultat från enkäter och utvärderingar som gjorts.

Löpande och kontinuerlig samt mer övergripande uppföljning, utvärdering och förbättringsåtgärder utgör kärnan i det systematiska förbättringsarbetet som innehåller följande delar:

- Riskanalyser
- Klagomåls- och avvikelshantering
- Egenkontroll

8.2 RISKANALYSER

8.2.1 Riskanalyser/riskbedömningar

Riskbedömningar ska göras i verksamheten i enlighet med 1 kap SOSFS 2003:20, 3 kap 11 § i SoF (2001:937) och 5 kap 1 § SOSFS 2011:9. Riskbedömningar på Villa Bergerska görs inför och i samband med inskrivning av en ungdom. Riskbedömningar görs löpande i verksamheten när situationer uppstår som kan innebära risk för fara eller fara för ungdomar eller medarbetare i enlighet med uppdraget att erbjuda inskrivna ungdomar en trygg och skyddad miljö, enligt SoL, samt skydd av personal enligt arbetsmiljölagen 3 kap 2 § (1977:1160). Analys och inventering görs även årligen av möjliga risker som inte på annat sätt uppmärksammas i den årliga översynen.

Föreståndaren är ytterst ansvarig för att riskanalyser och riskbedömningar görs när det är befogat och i enlighet med de lagkrav som finns gällande placerade ungdomar, personal och verksamhet. Föreståndaren ansvarar även för uppföljningar av riskbedömningar. Riskbedömningen ska innefatta identifiering av risk, sannolikheten att risken förverkligas, bedömning av riskens art och grad samt ev. behov av åtgärder eller insatser för att minimera eller undanröja risken.

Vid incidenter/avvikelser ska även en bedömning göras av allvarlighetsgrad och sannolikheten att incidenten/avvikelsen inträffar igen. Risken dokumenteras i Infosoc avvikelshanteringssystem.

Ev. åtgärder som behöver vidtas dokumenteras och ansvarig för åtgärderna utses vilket föreståndaren ansvarar för. Riskbedömningar och behov av specifika åtgärder utifrån dessa i samband med inskrivning av en ungdom av föreståndare dokumenteras i deras journal. Föreståndaren är ytterst ansvarig för att riskanalyser och riskbedömningar görs

där det är befogat och i enlighet med de lagkrav som finns gällande placerade ungdomar, personal och verksamhet.

Vid den årliga översynen skall även en analys av möjliga framtida risker göras. En åtgärdsplan upprättas gällande förebyggande insatser. Av åtgärdsplanen ska det framgå vem som är ansvarig för genomförandet av respektive åtgärd.

Stödjande dokument:

- Avvikelsehantering – Infosoc
- Journalsystem – Infosoc
- Riskanalys samt checklista
- Kvalitetskontroll

8.3 KLAGOMÅL OCH AVVIKELSEHANTERING

Avvikelse avser såväl händelser där rutiner, processer, uppdrag och beslut inte följs som klagomål och synpunkter i enlighet med 5 kap 3 § i SOSFS 2011:9 och rapporter enligt 1 § SOSFS 2011:5 Lex Sarah. Med avvikelser innefattas även händelser eller situationer vilka kan utgöra, eller utgör risk för faktisk skada eller negativ konsekvens för person. Exempel på avvikelser är allvarliga hot, våld mot person, olyckor eller skadegörelse. Det avser händelser incidenter och tillbud som avviker från vardagen och kan kräva att ytterligare åtgärder vidtas.

Enligt 7 kap 1 § SOSFS 2011:9 omfattas verksamheten vid ett HVB-hem av skyldigheten att fastställa rutiner för hur skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden och risker för missförhållanden ska avhjälpas. Rutiner ska fastställas för hur skyldigheten att anmäla allvarliga missförhållanden och risk för sådana ska fullgöras. Rutiner ska dokumenteras.

8.3.1 Rapporterings- och anmälningsskyldigheter

All personal som finns i verksamheten är i enlighet med 2 kap 1 § i SOSFS 2011:5 (S) skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden i verksamheten till föreståndaren.

Föreståndaren har ansvar och skyldighet att förebygga, rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden och risker för missförhållanden i enlighet med 7 kap 6 § och 14 kap 3–6 §§ SoL. Vid allvarliga missförhållanden eller risker för allvarliga missförhållanden enligt 14 kap 7 § SoL är föreståndaren skyldig att anmäla detta till IVO. Gällande allvarliga risker eller händelser i arbetsmiljöhänseende gör föreståndaren en anmälan till Arbetsmiljöverket. Rapporter enligt Lex Sarah behandlas under – 6.3.2 Incident och avvikelsehantering. När särskilda händelser, avvikelser och klagomål inträffar eller lämnas ska dessa hanteras och dokumenteras och följas upp enligt gällande rutiner såväl akut som mer långsiktigt.

8.3.2 Incident och avvikelserapportering

Enligt 5 kap 3 § i SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, myndigheter och föreningar, andra organisationer och intressenter. Tillsynsbeslut från IVO kan t.ex. anses som synpunkter eller klagomål från myndighet.

När en rapport inkommit enligt lex Sarah skall föreståndaren i enlighet med 3 kap 1 § SOSFS 2011:5 och 14 kap 3 § andra stycket SoL vidta de nödvändiga åtgärder som situationen kräver och rapportera allvarliga misshållanden vidare till IVO i enlighet med 6 kap 1 och 2 §§ i SOSFS 2011:9 samt informera berörd nämnd som har beslutat om insats för enskild som berörs enligt 6 kap 3 § SOSFS 2011:9.

Genomgång av inkomna incident- och avvikelserapporter görs kontinuerligt av föreståndaren. En analys av händelse och behov av förändringar i arbetsrutiner görs och ansvarig för eventuella åtgärder utses. Rapporter lyfts vid behov vidare för hantering och åtgärder på ledningsnivå. Enskilda beslutade åtgärder följs upp löpande och mer övergripande åtgärder vid den årliga översynen.

Verktyg för uppföljnings-, utvärderings- och förbättringsarbete:

- Frågeställning: Verkar Villa Bergerska i enlighet utifrån tillståndet för verksamheten? Genomgång av placeringar under året och överensstämmelse med tillståndet avseende ålder, målgrupp, placeringstid och personals kompetens.
- Frågeställning: Har ev. mer varaktiga åtgärder som identifierats i löpande incident- och avvikelshantering vidtagits och upprätthållits? Analys och utvärdering av övergripande och varaktiga åtgärder och förbättringar initierade utifrån löpande incident- och avvikelshantering.
- Frågeställning: Har de lagstadgade målen och kvalitetsmålen för verksamheten uppnåtts? Finns brister och systematiska brister i verksamheten som behöver åtgärdas. Vilka behov av förbättringsåtgärder finns? Systematisk genomgång, sammanställning och analys av följande:

- 1 avvikelser
- 2 incidenter
- 3 klagomål och enkäter

Stödjande dokument:

- Egenkontroll
- Avvikelsehantering
- Kvalitetskontroll
- Rutin för incidentrapportering samt blankett

8.3.3 Klagomålshantering

I all verksamhet som bedrivs utifrån socialtjänst skall klagomål och synpunkter på verksamheten från vilken part som helst (såväl internt som externt) tas emot, analyseras och åtgärdas vid behov, i enlighet med 1 kap 1 och 2 § §, 3 kap 3 och 5 § § och 11 kap 10 § SoL, 3 kap 3 § SoF, 3 kap 1–3 § §, 4 kap 1–5 § §, 5 kap 3–8 § § och 7 kap 1 § SOSFS 2011:9

Klagomålshantering görs enligt skriftliga rutiner inom verksamheten som är utformade i enlighet med de krav som ställs. Vem som helst, internt eller externt kan lämna klagomål på verksamheten antingen via utformad blankett eller via hemsidan. Klagomålet lämnas till föreståndaren. Om klagomålet involverar föreståndaren ska missförhållandet lämnas in till styrelsen. Föreståndaren får då inte delta i utredningen då det finns risk för jäv. Klagomålet dokumenteras skriftligt, oavsett i vilken form de inkommit, och gås igenom av ledningen kontinuerligt. En analys av orsaker till klagomål och behov av förändringar i arbetsrutiner görs. Ansvarig för åtgärder utses. Beslutade åtgärder följs upp och återkopplas på det sätt som anges tills ärendet kan avslutas. Ansvarig för klagomålshanteringen är föreståndaren, vilken också ansvarar för att uppgiftslämnare får en återkoppling gällande bedömning av klagomålet och ev. åtgärder som vidtas. Inkomna klagomål sammanställs och analyseras systematiskt vid den årliga översynen och utgör en grund för ev. behov av förbättringsåtgärder samt för uppföljning av om vidtagna åtgärder haft avsedd effekt.

Föreståndaren ansvarar för att de anmälningar som lagar och föreskrifter kräver görs till berörda instanser såsom till socialtjänst, nämnd, IVO, arbetsmiljöverket eller kommun.

Stödjande dokument:

- Klagomålshantering samt checklista
- Egenkontroll
- Kvalitetskontroll

8.4 EGENKONTROLL

Verksamheter såsom HVB-hem ska ansvara för att verksamheten och behandling planeras, utvecklas och utvärderas, i enlighet med 2 kap 1 § i SOSFS. För att säkra kvalitén i verksamheten skall egenkontroll utövas, i enlighet med 5 kap 2 § i SOSFS 2011:9.

Egenkontrollen bör i enlighet med de Allmänna råden i 5 kap 2 § i SOSFS 2011:9, 2 kap 4 § i HSLF-FS 2016:55, HSLF-FS 2017:12 omfatta en analys av följande omständigheter, och med hjälp av de instrument som anges:

- Om placerade ungdomarna tillhör den målgrupp som verksamheten är avsedd för.
Instrument: årlig målgruppsanalys.
- Om de arbetssätt och metoder som används i verksamheten är evidens och kunskapsbaserade.
Instrument: årlig inventering och analys av utbildning och kompetens i arbetsgruppen i förhållande till behov och uppdrag, sammanställt i en kompetens- och utbildningsplan.
- Om metoderna tillämpas på ett korrekt och säkert sätt.
Instrument: Görs löpande i form av falldragningar, praktik-teorigenomgångar knutna till placerade ungdomar.
- I vilken utsträckning de mål som framgår av socialnämndens uppdrag till verksamheten har uppnåtts
Instrument: Socialtjänstens enkätutvärdering av placeringar, årlig analys av förtida/oplanerade utskrivningar.
- Hur ofta förtida/oplanerade utskrivningar förekommer i verksamheten samt orsaker till detta.
Instrument: årlig analys av förtida/oplanerade utskrivningar.
- Hur placerade ungdomar getts möjlighet till delaktighet gällande planering av sin vård.
Instrument: görs löpande i samtal med kontaktperson, förberedelse inför möten med socialtjänst där vårdplanering och utvärdering görs, samt under möten. Detta utvärderas av placerade ungdomar i enkäten i samband med utskrivning.
- Hur placerade ungdomarnas erfarenheter av vården har hämtats in och beaktats.
Instrument: enkät till placerade ungdomar i samband med utskrivning.

Ansvariga för arbetet och genomförandet är föreståndaren samt ledning. Ytterst ansvarig för det systematiska förbättringsarbetet och egenkontrollen är föreståndaren.

8.4.1 Tillämpning av de verktyg som används i vårt kvalitetsarbete

Följande instrument utgör hörnstenen i ovan beskrivna egenkontroll och allmän utvärdering av kvalitetsaspekter i verksamheten:

- Enkät till medarbetare avseende arbetsmiljö. All ordinarie personal skall enskilt och anonymt fylla i standardiserad enkät rörande arbetsmiljö "Enkät om vår arbetsmiljö" en gång per år.
- Föreståndaren eller kvalitetssäkringsansvariga går igenom dessa, analyserar svaren, dokumenterar behoven av förbättringar och gör en skriftlig plan för åtgärder på de områden som skall förbättras. Ansvarig för åtgärderna utses. Åtgärderna följs upp vid den årliga översynen av kvalitetsfaktorer.
- Enkät till placerade ungdomar avseende omständigheter vid och under placering. Samtliga ungdomar som varit placerade två veckor eller längre skall tillfrågas om att fylla i en enkät i samband med att placeringen avslutas eller kort tid efter utskrivning. Enkäten innefattar frågor gällande exempelvis, information, personal, bemötande och handläggarkontakt under placeringstiden. Enkäten görs anonymt om så önskas. Enkäterna sammanställs årligen vid den årliga översynen och frågor med låga omdömen används som utgångspunkt till förbättringsåtgärder.
- Enkät till ansvarig socialsekreterare avseende utvärdering av behandlingsarbetet efter avslutad placering. Enkäten efterfrågar synpunkter på innehåll och kvalité om behandlingsarbetet i sin helhet.
- Checklista gällande arbetstrivsel och arbetsklimat. Arbetsgivare, föreståndare och ordinarie personal fyller gemensamt i och diskuterar "Checklista om trivsel och arbetsklimat" på personaldag eller vid APT en gång per år. Föreståndaren eller kvalitetssäkringsansvariga går igenom svaren, dokumenterar behoven av förbättringar och gör en skriftlig plan för åtgärder på de områden som skall förbättras. Där skall även ansvarig för åtgärderna utses. Områden som skattas att de bör eller måste förbättras utgör underlag för förbättringsåtgärder.
- Placeringsuppföljning genom Skandinavisk sjukvårdupplysnings kvalitetsindex, (SSIL). Via SSIL utförs uppföljningar av placerade familjer via intervjuer med placerande socialsekreterare där resultaten sedan återförs till verksamheten. Dessa analyseras och utvärderas vid den årliga översynen och negativa värderingar eller skattningar ligger till grund för åtgärder och förbättringar.

8.5 MEDARBETARES DELAKTIGHET I VÅRT SYSTEMATISKA FÖRBÄTTRINGSARBETE

Våra medarbetare är delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet genom en rad uppgifter och forum, i enlighet med 6 kap 1 § i SOSFS 2011:9. Alla medarbetare är enligt 4 kap 2 § i SOSFS 2011:9 rapporteringsskyldiga gällande missförhållanden eller misstankar om missförhållanden samt skyldiga att skriftligt rapportera incidenter och avvikelser samt att dokumentera eller hänvisa vidare gällande klagomål som tas emot i verksamheten. Samtliga medarbetare ska ha kännedom om rutiner kring avvikelshantering, eget ansvar i det, samt vem som har det yttersta ansvaret i avvikelshanteringen.

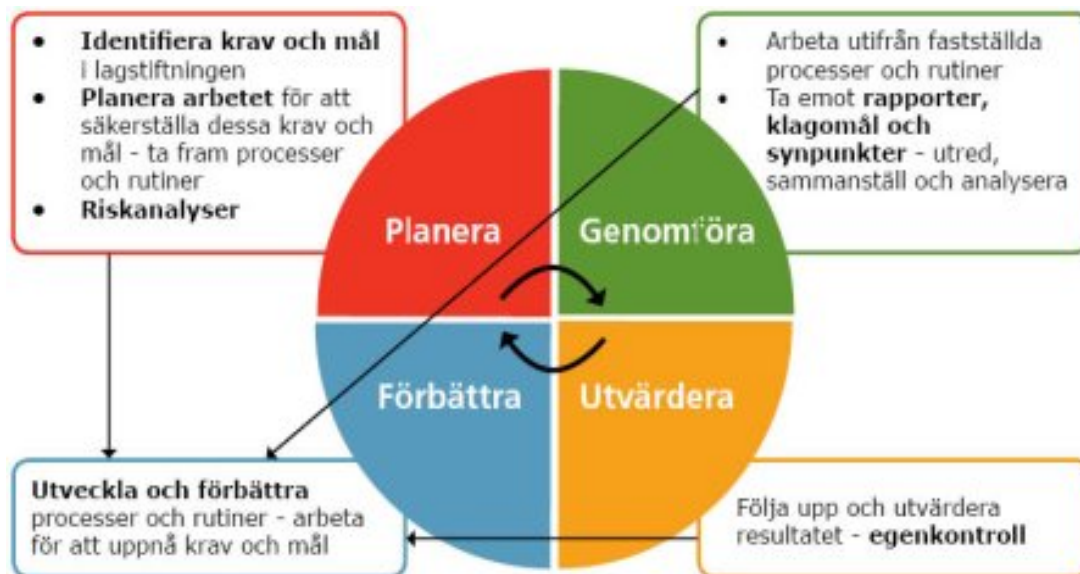
Medarbetare deltar i riskbedömningar som utförs löpande, samt tar del av riskbedömningar som görs vid inskrivning. Vid personalkonferenser, följs incidenter/avvikelser och incidentrapporter eller avvikelshantering upp och analys, feedback samt uppföljning och eventuella åtgärder görs vid dessa tillfällen. Vid eventuella förändringar av rutiner eller arbetssätt som analys och åtgärder lett fram till blir medarbetarna informerade. Föreståndaren ansvarar för att dokumentation av information upprättas. Medarbetare som inte närvarar kan ta del av informationen genom att läsa mötesprotokoll tillgänglig för all personal. Vid särskilt viktig information skickas information ut till all personal via mejl. Akut information som ej kan dröja, ansvarar föreståndaren för att ta personlig kontakt med var och en via telefon.

Personal deltar i egenkontrollarbetet genom att fylla i medarbetarenkäter samt medverkar i checklistor angående trivsel och arbetsmiljö. De medverkar i att enkäter ges till ungdomarna inför utskrivning, tar aktiv del i resultat från arbetet gällande egenkontroll samt görs delaktiga i uppföljning och åtgärder som dessa resulterar i vid personalkonferenser och planeringsdagar.

8.6 SYSTEMATISKT KVALITETS- OCH FÖRBÄTTRINGSARBETET ENLIGT FÖRBÄTTRINGSHJULET

Kvalitetssäkringsarbetet bedrivs löpande i form av mindre (tids- och innehållsmässigt mer avgränsade) och större (mer utsträckta över tid och omfattning) uppföljnings- och

förbättringscirklar eller hjul. I ett förbättringshjul enligt PDCA/PGSA ingår följande aktiviteter:



Bilden visar grunden i upprättande av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma direkt under varje fas.

8.6.1 Mål med förbättringshjulet

Att den enskilda verksamheten ska försöka lösa problem när de uppstår samt att på ett effektivt sätt upptäcka, åtgärda avvikelser samt använda kunskapen för utveckling i verksamheten.

8.6.2 Säkerställa förbättringsarbetet?

Genom att identifiera och ta fram processer, metoder och rutiner som säkerställer till exempel att:

- Det finns rutiner för avvikelse-, synpunkt- och klagomålshantering.
- Synpunkter från medarbetare, årlig kvalitetsgenomgång och tillsynsbeslut tas till vara i kvalitetsarbetet.
- Det finns rutiner för anmälan av allvarliga missförhållanden.

- Det finns rutiner för att identifiera, dokumentera, analysera, åtgärda samt följa upp avvikelser i verksamheten.

8.6.3 Uppföljning

Uppföljning ska ske för att säkerställa att rutiner finns och hur de följs av medarbetare i verksamheten samt vilka förbättringsåtgärder som vidtagits. Ansvarig funktion och person för varje rutin ska utses. I ansvaret ligger att regelbundet, minst en gång/år, följa upp, revidera och uppdatera rutinerna.

Uppföljning sker inom ramen för årlig kvalitetsgenomgång och egenkontroll. Det görs då en årlig översyn och sammanställning av synpunkter och klagomål och annat material som beskrivits. Detta utgör ett viktigt underlag för den årliga kvalitetsrapport som sammanställs.

8.6.4 Ansvar

Föreståndaren ansvarar för att alla medarbetare har kunskap om avvikelse- och klagomålshantering och att synpunkter på verksamheten tas emot och används som ett kvalitetsverktyg.

8.6.5 Det lilla förbättringshjulet

Med det lilla förbättringshjulet avses kontinuerligt arbete vilket sker i liten skala och gällande frågor av lägre dignitet eller där mer omfattande planering och analys på ledningsnivå inte krävs. Det lilla förbättringshjulet utgår från APT. På APT finns flera punkter där synpunkter, och behov av förbättringsåtgärder kan tas upp. Gällande mindre omfattande brister rörande medarbetar- och arbetsmiljöfrågor samt frågor som rör efterlevande av struktur, regler, rutiner samt miljöaspekter, diskuteras förslag på åtgärder fram. Åtgärder som ska genomföras, samt vem som ansvar för dem utarbetas. Beslut tas om möjligt. Beslut och ansvarig för åtgärderna dokumenteras i konferensprotokoll som finns tillgänglig för all personal.

Vid överlämningar kan åtgärder följas upp för att sedan utvärderas vid nästkommande personalkonferens. Är åtgärder inte genomförda eller rutiner förbättrade kvarstår frågan för vidare uppföljning och påminnelser till ansvarig till dess att det som avsetts åtgärdats eller en rutin fungerar. Mer omfattande brister eller behov som kräver beslut på

ledningsnivå noteras för att lyftas på nästa ledningsgrupp – och blir därmed del av det större förbättringshjulet.

8.6.6 Det stora förbättringshjulet

Med det större förbättringshjulet avses det mer övergripande systematiska förbättringsarbetet. Det löper parallellt med det lilla förbättringshjulet men omfattar frågor av mer dignitet och större analys och planering krävs.

Stödjande dokument:

- Klagomålshantering samt checklista
- Egenkontroll
- Kvalitetskontroll
- Avvikelsehantering
- Enkäter

9 PLANERING

9.1 PLANERING AV VÅRT FÖRBÄTTRINGSARBETE:

- Övergripande planering på ledningsnivå efter systematisk analys i februari varje år i en aktivitetsplan.
- Ledningsgrupper där regelbundna genomgångar av incidenter, avvikelser samt risker analyseras och planering av omedelbara förbättringsåtgärder görs vid behov. Behov av eventuella omedelbara åtgärder, analyseras, beslutas och åtgärdsplan görs.
- Vid planeringsdagar där medarbetare informeras om eller görs delaktiga i planeringsarbete runt förbättringsåtgärder.

- Vid personalkonferenser enligt det lilla förbättringshjulet och enligt det större – ett forum där medarbetare görs delaktig i planering och hur förbättringsarbetet ska planeras, genomföras och organiseras.
- Vid överlämningar – där information om planering från ledningsnivå görs och synpunkter på planering samt förslag på genomförande kan lämnas av medarbetare i tjänst.

9.2 GENOMFÖRANDE

- Hur förbättringsåtgärder ska genomföras ska framgå av aktivitetsplanen, ledningsbeslut, konferensbeslut eller beslut om åtgärder samt ansvar för dessa i incident- och avvikelserapporter. Det kan även finnas i separata dokument som hantering av ett ärende utifrån handlingsplaner.
- Ansvarar för att information och kunskap om förbättringsåtgärder och hur de ska genomföras når samtliga medarbetare samt att de genomförs som planerat.

9.3 FÖLJA UPP OCH KONTROLLERA

9.3.1 Förbättringsarbetet följs upp på följande sätt:

- Föreståndaren och ledning följer upp och kontrollerar att förbättringsåtgärder genomförs som planerat i dialog med medarbetare i tjänst vid överlämningar och i daglig kontakt med medarbetare.
- Föreståndare ingår i ledningsgrupp och deltar i det dagliga vårdarbetet. Denne utgör en länk mellan ledning och medarbetare. Det för att utgöra en kontrollfunktion att åtgärder utförs enligt planering samt att alla medarbetare upplever en transparens gällande planering och åtgärder.
- Föreståndaren kan vid behov gå ut med samlad eller förnyad information till kollegor samt fånga upp behov av förbättringar i verksamheten till ledning. Föreståndaren utarbetar nya rutiner eller reviderar befintliga utifrån behov och/eller nya lagkrav.

9.4 FÖRBÄTTRA OCH UTVECKLA

9.4.1 Arbetet förbättras och utvecklas genom:

- Att det finns tydliga processer och rutiner för avvikelshantering, riskanalys och egenkontroll samt uppföljning och förbättringsarbete utifrån dessa.
- Att processerna enligt ovan ständigt och cirkulärt sker löpande i verksamheten.
- Att övergripande information om relevanta delar i verksamheten analyseras årligen. Att förbättringsåtgärderna från föregående år och tidigare följs upp och behov av nya övergripande förbättringsåtgärder identifieras. En åtgärdsplan för dessa konkretiseras i form av en aktivitetsplan.
- Att mål och åtgärder revideras årligen.
- Att ett kontinuerligt arbete enligt fastställd årsplan sker gällande genomgångar av kvalitetsaspekter, genomgång och revidering av dokument vid sidan av direkt påkallade och tydliga behov av ändringar som genomförs kontinuerligt.
- Att det finns en tydlig ansvarsfördelning i olika arbetsuppgifter som är känd av alla medarbetare.
- Att det finns en organisationsuppbyggnad som är utformad för att information och kontrollfunktioner ska nå alla nivåer i verksamheten och forum finns för kommunikation av dessa.

9.4.2 Utgångspunkter, underlag och stöd för det systematiska förbättringsarbetet:

- SOSFS 2011:9 – Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen
- Utbildning i systematiskt kvalitetsarbete.
- Uppföljningsguiden – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SKL.
- Bedömningskriterier ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, IVO.

9.4.3 I det löpande systematiska kvalitetsarbetet används följande IT-systemstöd:

- Infosoc journalföringssystem.
- Infosoc kvalitetsmätningssystem.

- Infosoc avvikelshanteringssystem.

10 ÅRSPLAN OCH ANSVARSFÖRDELNING FÖR SYSTEMATISKT KVALITETS- OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Vid sidan av det löpande kvalitetsarbetet, som görs i form av riskbedömningar, avvikelshantering och insamlande av underlag för egenkontroll, innefattar kvalitetsarbetet även en mer systematisk genomgång av verksamheten avseende dokumentation, processer och aktiviteter. Den ska tillförsäkra kvalitet i verksamheten, sker enligt en fastställd årsplan och utifrån följande delar:

- Riskanalyser
- Klagomåls- och avvikelshantering
- Egenkontroll

Ytterst ansvarig för kvalitetssäkringsarbetet och upprättande av en årlig verksamhets- och kvalitetsrapport är föreståndaren. Föreståndaren rapporterar till ledningsgrupp efter varje månad enligt årsplanen.

10.1 ÅRSPLAN FÖR SYSTEMATISKT UPPFÖLJNINGSG- OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

10.1.1 Januari

Sammanställning av och övergripande genomgång av kvalitetsaspekter. Analys och identifiering av förbättringsåtgärder.

Del 1. Riskanalyser

Har analys av om riskbedömningar gjorts där det är påkallat och har ev. åtgärder vidtagits och gett önskat resultat? Systematisk genomgång av riskbedömningar gjorda under det gångna året.

Frågeställningar:

- Har riskbedömningar gjorts och dokumenterats i journal vid inskrivningar?

- Har adekvata löpande riskbedömningar gjorts och åtgärderna vidtagits och haft önskad effekt?
- Om man funnit att riskbedömningar inte gjorts där det varit befogat enligt punkten ovan – varför har de inte gjorts?
- Finns behov av förbättringsåtgärder?
- Finns risker i verksamheten som inte identifierats i ovanstående analyser som kräver förebyggande åtgärder? Analys/Inventering av möjliga framtida risker och ev. behov av åtgärder för att minska/eliminera ev. risker görs.

En åtgärdsplan gällande förebyggande insatser utifrån identifierade risker utformas och ansvariga för åtgärderna utses.

Ansvarig: Föreståndaren.

Del 2. Klagomåls- och avvikelshantering

Systematisk genomgång, sammanställning och analys av avvikelser, incidenter och klagomål.

I januari varje år ska vi genomföra årlig uppföljning av vår klagomåls- och avvikelshantering. Den årliga uppföljningen ska minst granska och säkerhetsställa att vi har och gör följande delar i det systematiska klagomålsarbetet:

- Rutiner för klagomålsarbetet.
- Samverkan mellan den placerade ungdomen och boendet.
- Fördelning av förbättringsuppgifter och utredningar.
- Rapportering och utredning av inkomna klagomål.
- Säkerställer att genomförda åtgärder får effekt.
- Säkerställer att relevant dokumentation är känd och aktuell.
- Ungdomarnas rättigheter är kända.
- Finns brister och mönster som kräver insatser och åtgärder.
- Har riskbedömningar gjorts där det varit befogat?
- Finns incidenter/avvikelser som kunnat förebyggas om en riskbedömning gjorts?

- Har mer varaktiga åtgärder som identifierats i löpande incident- och avvikelsehantering vidtagits och upprätthållits?
- Analys och utvärdering av övergripande och varaktiga åtgärder och förbättringar initierade utifrån löpande incident- och avvikelsehantering.

Utöver detta ska vi i samband med den årliga uppföljningen också kontrollera att vi har anmält allvarliga brister till IVO och att förteckningen över den lagstiftning och de föreskrifter vi omfattas av kring vårt klagomålsarbete är aktuell.

Ansvarig för att genomföra den årliga uppföljningen är föreståndaren.

Om den årliga uppföljningen visar att det finns brister ska dessa åtgärdas. Resultatet av den årliga uppföljningen ska dokumenteras i och läggas in i Infosoc under klagomålshantering.

Del 3. Egenkontroll:

Analys av om tidigare förbättringsåtgärder avseende arbetsmiljön påbörjats/utförts samt haft önskad effekt?

Finns behov av vidare åtgärder avseende arbetsmiljön? Utgå från personalenkät samt genomgång i formuläret "arbetsmiljö" (som gjorts i augusti). Identifiering av fortsatta eller nya åtgärder.

Ansvarig: föreståndaren.

Analys av om de egna verksamhetsmålen uppnåtts under året som gått?

Analys om de egna målen för verksamheten uppnåtts genom genomgång/analys av relevant underlag:

Enkät svar från ungdomar, vårdnadshavare och socialtjänst och medarbetare. Identifiering av ev. brister och förbättringsområden.

Ansvarig: föreståndaren.

Analys gällande hur verksamheten verkar i enlighet med sitt tillstånd för verksamheten?

Genomgång av placeringar under året och överensstämmelse med tillståndet avseende ålder, målgrupp, placeringens längd och uppdrag/behov.

Ansvarig: föreståndaren.

Har förändringar och förbättringar genomförts utifrån tillsynsbeslut från IVO under året?
Genomgång av dokumentation och andra källor avseende hur aktuella tillsynsbeslut åtgärdats och hur de efterlevs.

Ansvarig: Föreståndaren.

Uppföljning av implementeringen och kontinuerlig revidering av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsledningsarbete.

Ansvarig: föreståndaren.

Analys av om nya lagkrav och ev. tillsynsbeslut identifierats och beaktats i verksamheten?
Inventering av nya lagkrav, tillståndsbeslut, föreskrifter etc. som medför behov av förändringar som inte redan genomförts, i förhållande till dokumentation och aktiviteter i verksamheten.

Ansvarig: föreståndaren.

Analys av om förbättringsåtgärderna som identifierats i föregående års översyn verkställts och haft önskad effekt? Analys av att åtgärderna i föregående års aktivitetsplan genomförts samt analys av resultatet av dem utifrån all ovanstående information och analyser.

Ansvarig: föreståndaren.

Analys av om verksamheten har/upprätthåller god kvalitet avseende vård- och behandlingsarbete, daglig verksamhet, personal, arbetsmiljö och ekonomi?

En plan för åtgärder/förbättringar i de områden som inte fungerar tillfredsställande upprättas. Ansvarig för åtgärderna utses. Åtgärderna utvärderas vid den övergripande årliga översynen och kvalitetsgenomgången.

Ansvarig: föreståndaren.

Genomgång och analys av sammanbrott som ägt rum under året. Sammanbrott, eller så kallad leveransavvikelse, innebär förtidig/oplanerad utskrivning av placerad. Det kan vara på socialtjänstens, vårdnadshavare eller Villa Bergerskas begäran. Vid den årliga analysen tittar vi på anledningen till sammanbrottet och hur vi kunnat arbeta annorlunda för att undvika det. Upptäcker vi brister och därmed är i behov av förbättringar dokumenteras det för att kunna utföras och utvärderas till kommande år.

Ansvarig: föreståndaren.

10.1.2 Februari

Risikanalyser, Avvikelsehantering, Egenkontroll

Utformande av en verksamhets- och kvalitetsrapport för föregående år. Görs utifrån mall för detta samt underlag från sammanställningen av den övergripande översynen av kvalitetsaspekter. Klart senast samma månad.

Planering av aktuellt förbättringsarbete utifrån de förbättringsbehov som identifierats vid årliga översynen. Utarbetande av aktivitetsplan där ansvariga för åtgärderna utses.

Ansvarig: föreståndaren.

10.1.3 Mars

Egenkontroll:

Genomgång och revidering av informationsmaterial. Genomgång av hemsida, broschyrer och information om verksamheten till utomstående. Klart senast samma månad.

Ansvarig: föreståndaren.

Dela ut arbetsmiljöenkät till medarbetare.

Egenkontroll:

Genomgång av personalens misstanke och belastningsregister och säkerställa att de inte är äldre än 6 månader. Ansvarig: föreståndaren.

10.1.4 April

Genomgång av aktuella styrdokument. Genomgång av rutiner (handlingsplaner vid behov) inför medarbetardag. Identifiering av behov av gemensam revision eller uppdatering, utarbetande eller uppfriskning. Inventering av hur uppdaterad medarbetare är gällande dokument, rutiner och arbetssätt samt planering för deras uppdatering och delaktighet i revideringar.

Ansvarig: föreståndaren.

Inventering av ev. behov av nya styrdokument. Finns behov av att upprätta nya rutiner eller handlingsplaner som inte tidigare uppmärksammats?

Ansvariga: föreståndaren.

10.1.5 Maj-Juni

Egenkontroll:

Utvecklings- och planeringsarbete med ordinarie personal. Planeringsdag med all fast anställd personal med följande innehåll: Enkät till medarbetare angående arbetsmiljö och checklista angående trivsel och arbetsklimat görs gemensamt på planeringsdagen. Uppföljnings- och utvecklingsarbete- och förbättringsplaneringsarbete enligt behov konstaterade vid den årliga översynen och andra kvalitetsgenomgångar.

Eventuell gemensam revision av styrdokument. Planering av sommar för att säkerställa att god kvalitet i arbetet upprätthålls under semesterperioderna.

Återgivning av arbetsmiljöenkäten till medarbetare

Återgivning av Verksamhetsberättelse föregående år till medarbetare.

Ansvarig: föreståndaren.

10.1.6 Juni

Egenkontroll:

Sammanställning av placeringar föregående år inskickas till Skandinavisk sjukvårdupplysnings (SIL) kvalitetsindex. Pågående och avslutade placeringar som varat minst tre månader under föregående år omfattas. Uppgifter om placerande kommun och enhet, namn på handläggare, ska skickas in. SIL insamlar sedan via intervjuer synpunkter på placeringen från placerande kommun avseende om t.ex placeringen motsvarade förväntningarna och andra synpunkter som återkopplas till verksamheten.

Ansvarig: föreståndaren.

10.1.7 Juli

-

10.1.8 Augusti

Egenkontroll:

Sammanställning av medarbetarenkäter rörande arbetsmiljö, trivsel och arbetsklimat. Analys, planering och påbörjat genomförande av ev. förbättringsåtgärder avseende arbetsmiljö.

Ansvarig: föreståndaren.

Löne- och medarbetarsamtal inleds.

Ansvariga: föreståndaren.

10.1.9 September

Egenkontroll:

Genomgång av personalens misstanke och belastningsregister och säkerställa att de inte är äldre än 6 månader.

Ansvarig: föreståndaren.

10.1.10 Oktober

Egenkontroll:

Årlig genomgång av befintliga handlingsplaner, ev. revidering utifrån behov och ev. ny lagstiftning, påbud eller beslut. Är vi som verksamhet uppdaterade?

Ansvariga: föreståndaren.

10.1.11 November

Egenkontroll:

Planeringsdag för personal, uppföljnings- och planeringsarbete avseende förbättringsåtgärder generellt och rörande arbetsmiljö, ev. synpunkter på förbättringsåtgärder inför årlig övergripande översyn.

Ansvarig: föreståndaren.

10.1.12 December

Riskanalyser, avvikelshantering, egenkontroll.

Inledande arbete med sammanställning av riskanalyser, avvikelser, incidenter, klagomål och material från kvalitetsarbete inom ramen för egenkontroll inför kommande årlig revision i januari.

Ansvarig: Föreståndaren.

Årsplanen upprepas cykliskt enligt förbättringshjulet så att förbättringsarbetet hela tiden löper på cirkulärt och systematiskt verksamheten. Delar av arbetet lyfts även in i det löpande förbättringsarbetet i det lilla förbättringshjulet med APT som bas. På så sätt görs även våra medarbetare delaktiga i det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet.

