Datum
2024-12-01

Diarienummer
SON/2024/0475/739

Upprättad av
Nathalie Eriksson, Tf. Verksamhetsutvecklare

Version
xxx

Kvalitets- och verksamhetsuppföljning, Daglig verksamhet i intern regi

Inledning

I Socialförvaltningens uppdrag och ansvar ingår uppföljning av de enheter som utför beslutade biståndsinsatser. Uppföljningen genomförs enligt SOSFS 2011:9 ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.”. Dessa föreskrifter ska tillämpas i all verksamhet enligt Socialtjänstlagen (SoL), som avser omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning samt inom verksamheter med särskilda insatser enligt 9 § 2–10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Till grund för uppföljning av verksamheten är 3 kap 3 § Socialtjänstlagen samt 6 § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Kravet på god kvalitet gäller såväl för privat som offentlig verksamhet. När det gäller att fastställa vad ordet kvalitet står för bör brukarens kunskaper om och erfarenheter av verksamhetens kvalitet vara vägledande, men även personalens och ledningens kunskaper och erfarenheter ska vägas in.

Syfte

Systematisk kvalitetsuppföljning har två syften; att säkerställa att stöd, service och omvårdnad som bedrivs inom Socialförvaltningen svarar upp mot fastställda mål och förväntad kvalitet. Det andra är att försäkra sig om att verksamheten följer gällande lagar, förordningar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner. En väsentlig del av den systematiska kvalitetsuppföljningen är att säkerställa allmänhetens insyn vilket sker genom redovisning av resultat på kommunens hemsida. Fokusområden som granskats vid dessa uppföljningar är:

- Personal, ledning och kompetens
- Systematiskt kvalitetsarbete inkl. dokumentation och avvikelsehantering

Uppföljningsunderlag

2024-10-28: Innan uppföljningstillfället har kontakt tagits med ansvarig chef på enheten, ett informationsbrev med önskemål om uppgifter att inkomma med inför fysisk träff skickas ut till chef.

2024-11-28: Stickprov av genomförandeplaner i verksamhetssystem.

2024-11-29: Fysiskt möte kommunens lokal i Nynäshamn: Närvarande vid mötet från verksamheten var enhetschef Birgitta Nyström, gruppchef Anna Hjulström från Horisontens dagliga verksamhet och gruppchef Therese Renholm från Nickstadalens dagliga

verksamhet. Från Socialförvaltningen deltog tillförordnad verksamhetsutvecklare Nathalie Eriksson.

Verksamhetsöversikt

Av kvalitets- och verksamhetsuppföljningen framkommer att kommunens har tre dagliga verksamheter; Horisontens dagliga verksamhet, Nickstadalens dagliga verksamhet och LevUt. Verksamheterna har för närvarande har (130) deltagare totalt.

Ledningsstrukturen består av övergripande enhetschef samt en gruppchef per verksamhet. Enhetschefen Birgitta är utbildad inom omvårdnad, ett program som kan jämföras med dagens socionomutbildning. Hon har även genomgått utbildningar inom ledarskap och LSS. Birgitta har arbetat inom kommunal verksamhet sedan 1988 som både föreståndare för LSS boenden och chef. Enhetschefen har det övergripande ansvaret för samtliga dagliga verksamheter, vilket inkluderar att säkerställa kvalitet, utveckling och måluppfyllelse på ett strategiskt plan. Gruppcheferna är utbildade inom varierande omvårdnadsutbildningar samt arbetsledning, LSS, stödpedagogik samt utbildningar med fokus på arbete inom funktionshinderområdet. Gruppcheferna ansvarar för att upprätthålla kvalitet, driva utvecklingsarbete och leda det operativa arbetet i den dagliga verksamheten. Deras uppdrag innebär att leda, fördela arbetsuppgifter och säkerställa att det dagliga arbetet flyter på effektivt och väl.

Utöver ledning består verksamheterna av 30 tillsvidareanställda och 3 månadsanställda med titel arbetshandledare och stödassistent. Stödassistenter är personal utbildade till undersköterska med inriktning mot funktionshinder. Se nedan tabell innehållandes korttidsfrånvaro, långtidsfrånvaro och personalomsättning för respektive daglig verksamhet under år 2024.

	Horisonten	LevUt	Nickstadalen
Korttidsfrånvaro	3,5 %	2,3 %	2,5 %
Långtidsfrånvaro	11,2%	2,3 %	0 %
Personalomsättning	7,76 %	0 % (utökat med 1 medarbetare)	0%

Av skriftligt inkomna uppgifter inför fysiskt möte framgår att medarbetarna har tillgång till skriftliga rutiner under arbetstid, både i fysisk och digital form. Rutinerna ändras löpande efter behov tillsammans med kvalité och verksamhetsutvecklare för funktionshinderområdet. Verksamheten använder ett digitalt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9. Egenkontroller genomförs tre gånger per år och hanteras via ledningssystemet.

Alla brukare har en kontaktperson. Se nedan tabell för aktuella genomförandeplaner för brukare per daglig verksamhet.

Horisonten	LevUt	Nickstadalen
75,86%	48,61%	78,05%

Vid stickkontroll av genomförandeplaner inför uppföljningsmötet kan konstateras att av genomförandeplanens innehåll är i enlighet med avtal (SUN 2021–68). Vissa genomförandeplaner har inte delats myndigheten, planerade uppföljningsdatumen har inte alltid följts.

Verksamhetsuppföljning

Under uppföljningsmötet framkommer av ledningen att de upplever att samtliga medarbetare har erforderlig kompetens för sitt arbete. Det framgår att kompetenskraven i samband med anställning kan variera utefter verksamhetens behov, exempelvis erfarenhet kring någon av aktiviteter som erbjuds deltagarna på verksamheterna. Alla medarbetarna erbjuds individuell kompetensutvecklingsplan med grund i medarbetarsamtal. Under året har några medarbetarna inom en verksamhet genomgått utbildning inom motiverande samtal. Ett par medarbetarna från respektive verksamhet har även utbildats till handledare för våldsförebyggande arbete som sedan erbjuds deltagarna att ta del av.

Det framgår att samtliga verksamheter utifrån utförda egenkontroller, har social dokumentation och uppföljning av genomförandeplaner enligt individens behov i centrum (IBIC) som utvecklingsområde. För att tillmötesgå innan stående utvecklingsbehov har verksamheterna under hösten haft processledare för IBIC ute i verksamheterna för att utbilda och stötta medarbetarna avseende dokumentationen. Ledningen framför även att arbetet inom daglig verksamhet är mycket praktiskt och att många medarbetare inte är helt bekväma med att sitta bakom datorer, vilket även detta lett till att dokumentationen har blivit något eftersatt.

Avseende antalet aktuella genomförandeplaner för deltagarna, beskriver ledningen att den procentandel som visas för aktuella genomförandeplaner inte riktigt stämmer. Den verkliga procentandelen är högre, och informationen i planerna är fortfarande aktuell för deltagaren. Problemet är att vissa uppföljningar inte har gjorts vid planerad tidpunkt vilket gör att procentandelen blir lägre än den borde vara.

Ledningen upplever att följsamheten till rutiner hos medarbetarna som god. Kvalitefrågor hanteras i ledningsgrupp, gruppchefsträffar samt tillsammans med medarbetarna i samband med APT.

Under 2024 har verksamheterna upprättat av totalt 26 avvikelser, se antal upprättade avvikelser per verksamhet nedan.

Horisonten	LevUt	Nickstadalen
10	9	7

De upprättade avvikelserna har främst rört inställda aktiviteter på grund av personalbrist, konflikter mellan deltagare och att en deltagare ensam återvände till verksamheten under en utflykt. Åtgärder från verksamheternas sida har varit förändrade arbetssätt -och rutiner samt justeringar avseende deltagares miljö för att förebygga bråk eller missförstånd.

En brevlåda för synpunkter och klagomål finns på respektive verksamhet med, möjlighet finns att även lämna synpunkt och klagomål digitalt samt anonymt. Varje år skickas även synpunkt och klagomålsblankett hem eventuella närstående eller ställföreträdare, för att desto mer informera möjligheten att inkomma med synpunkter. De synpunkter och klagomål som under året har inkommit är från brevlådorna ute på verksamheterna, ledningen förklarar att dessa varit väldigt verksamhetsnära och från deltagarna. Synpunkterna har främst avsett förslag på val av musik eller synpunkter på ljudnivå av musik vid vissa aktiviteter. Eventuella synpunkter har hanterats tillsammans med deltagarna.

Samlad bedömning

Socialförvaltningen anser att verksamheten har rutiner och arbetssätt som uppfyller kvalitetskraven. Verksamheten är medveten om utvecklingsområden så som social dokumentation och uppföljning av genomförandeplaner, verksamheten har en plan för kontinuerligt arbete med innan stående. Verksamheten har inkommit med önskat skriftligt underlag enligt tidsangivelse i enlighet med avtal, vissa undantag och kompletteringar har skett i samråd med kvalité och verksamhetutvecklare. Socialförvaltningen ser att verksamheten vidtar följande åtgärder:

- Säkerställa följsamhet till rutin om att dela genomförandeplaner med myndighet (*krav*).
- Säkerställa uppföljning av genomförandeplan (*krav*)

Utifrån ovanstående görs bedömningen att kommunens dagliga verksamheter blir godkända i 2024 års kvalitets -och verksamhetsuppföljning.