Datum
2024-11-20

Diarienummer
SON/2024/0476/739

Upprättad av
Nathalie Eriksson, Tf. Verksamhetsutvecklare

Version
xxx

Kvalité och verksamhetsuppföljning, Omsorgshuset, personlig assistans enligt LOU.

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

2024-11-06: 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.

2024-12-19: Granskning av genomförandeplan.

2024-11-20: Digitalt möte: Närvarande vid mötet från verksamheten var Operativ chef Toma Carvajal och kundansvarig Johanna Brinkhäll. Från Socialförvaltningen deltog enhetschef Ronja Ask och tillförordnad verksamhetsutvecklare Nathalie Eriksson.

Verksamhetsöversikt

Av kvalitets- och verksamhetsuppföljningen framkommer att omsorgshuset totalt har 180 kunder varav två är brukare från Nynäshamns kommun. Organisationens ledningsstruktur består av ägare och styrelseledamöter, operativ chef, enhetschefer samt servicegarant/kundansvarig.

Tomas tillträdde sin roll som operativ chef i november 2024, innan dess var han enhetschef för omsorgshuset under ett år. Han har tidigare arbetat som operativ chef inom andra företag samt som kundansvarig och ute på fält som personlig assistent.

Verksamhetens ledningsgrupp med operativ chef, enhetschef, servicegarant och kundansvarig ansvarar för att leda och utveckla verksamheten enligt strategi, med fokus på affärsutveckling, lönsamhet och tillväxt. Det innefattar även att säkerställa att verkställande sker enligt beslut, hantera budget och kvalitetsarbete samt följa relevanta dokumentationskrav. Vidare ansvar avser att ekonomiska mål ska uppnås samt att scheman, avvikelser och tidrapporter ska hanteras och godkännas. Ledningsgruppens personalansvar inkluderar sjukskrivningar, arbetsmiljö, personalvård och samverkan med fackliga organisationer. Dessutom ingår arbetsledning av assistenter, bemanning, sjukanmälningar, samarbete med vårdpersonal och ansvar för förbrukningsmaterial, personalmöten och riskrapportering.

Utöver ledning består verksamheten av 10 personliga assistenter med varierande utbildningsnivåer. Korttidsfrånvaron under år 2024 ligger på 34,73%, långtidsfrånvaron på 5% och personalomsättning på 20,27%.

Av skriftligt inkomna uppgifter inför fysiskt möte framgår att medarbetarna har tillgång till skriftliga rutiner för introduktion, social dokumentation, synpunkter och klagomål, avvikelsehantering och genomförandeplaner under arbetstid, både i fysisk och digital form. Rutinerna ändras löpande efter behov. Verksamheten använder ett digitalt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9.

Alla kunder från Nynäshamn har en kontaktperson och 50% har en aktuell genomförandeplan. Genomförandeplan har inte delats med myndighet enligt avtal (SUN 2022–149). Vid granskning av genomförandeplan efter uppföljningsmötet kan avläsas att innehållet är enligt avtal.

Verksamhetsuppföljning

Under uppföljningsmötet framkommer att ingen kompetensutveckling har erbjudits medarbetarna under år 2024, ledningen uttrycker att de anser att medarbetarna för närvarande har tillräckligt med kompetens för att kunna utföra sitt uppdrag. Ledningen beskriver däremot att en inventering ska göras avseende medarbetarnas kompetens, en individuell utvecklingsplan för respektive medarbetare planeras tas fram för år 2025 för två år framåt. De framför att medarbetare utbildas i samband med introduktion beroende på hur kundens behov av stöd ser ut. Introduktionen består av en teoretisk introduktion på kontoret samt en praktisk introduktion hos kund med en erfaren assistent, checklista följs vid introduktionen. Ledningen framför att de vid rekrytering inte ställer några högre krav

på kompetens utan att mycket baseras på personkemi, att kundens personkrav stämmer överens med det som framkommer i samband med anställningsintervju. Introduktionen följs upp av kundansvarig, med både kund och medarbete, direkt efter att den genomförts.

Den sociala dokumentationen kontrolleras månatligen av kundansvarig. Vid diskussion kring antal aktuella genomförandeplaner framgår av ledningen att en kund har nekat upprättande av detta samt att social dokumentation förs. Kännedom om och följsamhet till skriftliga rutiner hos medarbetarna upplevs av ledningen som god. Egenkontroll genomförs enligt årshjul och inkluderar bland annat medarbetarenkät, brukarenkät och egenkontroller. Av underlag inkomna till socialförvaltningen kan gott resultat avläsas från ovanstående undersökning, med nöjda medarbetare och kunder. Egenkontroll av social dokumentation har varit god, men det har konstaterats att uppföljningar av genomförandeplaner behöver göras för vissa brukare där det har gått mer än ett år. För kommande år har verksamheten mål att fortsatt säkerställa kunders inflytande i utformningen av sin assistans, erbjuda bättre kompetensutveckling för medarbetare, minska sjukfrånvaron och fortsätta arbetet med att digitalisera och effektivisera alla arbetsmoment.

Under 2024 inkom två synpunkter. Den första gällde en personal med bristande språkkunskaper och en önskan om förbättrat motivationsarbete från assistenterna avseende kunds utevistelser. Åtgärd från verksamheten var att prioritera språkkunskaper vid rekrytering och fokusera på motiverande arbete, motivationsarbete är numera en stående punkt på APT-möten. Den andra synpunkten rörde svårigheter för brukaren att få kontakt och svar på frågor kring geografiskt tillhörighetsområde. Lösningen var att närmre beläget kontor tog över ansvaret och genomförde fler kundbesök, vilket resulterade i kundens nöjdhet. Ledningen framför att ett ytterligare framfört missnöje kring brist på assistenter borde ha rapporterats som klagomål. De framför att denna rutin ska ses över och behandlas tillsammans med medarbetare framöver.

En avvikelse har upprättats under år 2024. Avvikelsen avser utebliven insats hos kund, medarbetaren svarade vid tillfället ej vid försök till kontakt, det visades efter helgen att medarbetaren blivit inlagd på sjukhus. Avvikelsen hanterades enligt rutin och åtgärd som vidtogs var att revidera rutinen kring sjukfall/frånvaro. Återkoppling kring avvikelser sker per telefon och eventuellt upprättade avvikelser är även en stående punkt på APT. Utöver APT en gång per månad har verksamheten även kundmöten vid behov.

Samlad bedömning

Verksamheten är medveten om utvecklingsområden så som kompetensutveckling hos medarbetare och uppföljning av genomförandeplaner samt har för avsikt att förbättra dessa. 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.

Utifrån de brister som identifierats vid uppföljningen görs bedömningen att omsorgshusets personliga assistans inte blir godkända i 2024 års kvalitets- och verksamhetsuppföljning. Socialförvaltningen ser att verksamheten vidtar följande åtgärder:

- Säkerställa att social dokumentation och genomförandeplan tas fram för brukare som saknar detta (*krav*)
- Säkerställa uppföljning av genomförandeplaner (*krav*)
- Säkerställa följsamhet till rutin om att dela genomförandeplaner med myndighet (*krav*).
- Revidera rutin för att säkerställa hanteringen av synpunkter och klagomål. *(rekommendation)*
- Säkerställa upprättandet av individuell kompetensutvecklingsplan (krav)

Åtgärderna kommer att följas upp under ett uppföljande möte inom tre (3) månader initierad av socialförvaltningen. Krav om åtgärdsplan har skickats ut avseende brister i efterlevnad av krav och villkor för avtal med ref nr SUN 2022–149.