

Avtalsuppföljning 2024

Bostäder med särskild service för vuxna enligt 9 § p. 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Cristina Granbom
Kvalitets- och utvecklingsstrateg



Inledning

Kommunens ansvar för uppföljning av verksamheter enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) grundas både på det övergripande ansvaret för att beviljade insatser utförs på ett kvalitativt och rättssäkert sätt samt på skyldigheten att kontrollera och följa upp privata verksamheter utifrån 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725).

Socialnämnden ansvarar för uppföljning av verksamhetsspecifika avtal i enlighet med kommunens antagna riktlinjer för avtalsuppföljning. Avtalen för drift av bostäder med särskild service enligt 9 § p. 9 LSS har klassificerats av socialnämnden som strategiska avtal vilket innebär att de ska följas upp årligen och resultatet ska rapporteras till kommunstyrelsen.

Enligt kommunens program för utförare av kommunal verksamhet ska dessutom all kommunalt finansierad verksamhet som kommunen är huvudman för följas upp oavsett om den drivs i egen eller fristående regi.

I denna rapport presenteras resultatet från uppföljningen av de strategiska avtalen/överenskommelser avseende bostäder med särskild service enligt 9 § p. 9 LSS. Uppföljningen omfattar de LSS bostäder som är geografiskt belägna i Danderyds kommun och som ägs av kommunen. Det handlar totalt om åtta bostäder, varav tre drivs i egen regi och övriga fem drivs av privata entreprenörer på uppdrag av kommunen. Två av bostäderna är utformade som servicebostäder och övriga sex är utformade som gruppboende.

Driften av verksamheterna som drivs av privata entreprenörer har upphandlats enligt lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) och det finns i nuläget tre pågående avtal med olika löptider och olika startdatum som ska följas upp. Verksamheterna i egen regi drivs utifrån kravställning i överenskommelser med socialförvaltningen.

I samtliga avtal och överenskommelser avseende utförandet av LSS insatser sammanställs grundkrav på att verksamheten ska bedrivas i enlighet med intentionerna i LSS samt i övrigt tillämpliga lagar, förordningar och föreskrifter. En verksamhet enligt LSS ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. För att uppnå god kvalitet i verksamheten krävs att vissa grundläggande rättigheter är tillgodosedda, så som rättssäkerhet, en lättillgänglig service samt respekt för den enskildes integritet och rätt till självbestämmande. Personalen som arbetar i verksamheten ska ha lämplig utbildning och erfarenhet för att kunna ge ett gott stöd och en god service och omvårdnad. Andra faktorer som ger förutsättningar för en god kvalitet är bland annat en väl fungerande arbetsledning och att verksamheten använder sig av medvetna och genomtänkta arbetssätt. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Det övergripande syftet med LSS insatser är att personer med omfattande funktionshinder får möjlighet att uppnå full delaktighet i samhället, jämlikhet i levnadsvillkor och att kunna leva som andra.

Sammanfattning

Samtliga granskade LSS verksamheter bedöms uppfylla ställda krav på ekonomiskt och finansiell ställning, kraven på att informera vid eventuellt byte av utförare samt kraven på att skicka in verksamhets- och kvalitetsberättelser, verksamhetsplaneringar samt patientsäkerhetsberättelser.

Samtliga verksamheter bedöms generellt uppnå en bra kvalitet inom granskade kvalitetsområden utifrån lagstadgade krav samt de krav som ställs i enskilda avtal/överenskommelser med ett undantag. När det gäller habiliterande och rehabiliterande insatser framträder mindre brister hos samtliga utförare. Bedömningen är att samtliga verksamheter behöver utveckla sina arbetssätt och ha mer fokus på habiliterande och, när det är möjligt, även på rehabiliterande insatser. Samtliga utförare kommer att ombes inkomma med åtgärdsplaner och en uppföljning av frågan kommer att ske vid nästa avtalsuppföljning.

Samverkan med kommunen uppges fungera bra men det finns uppgifter om att vissa uppföljningar på individnivå inte blir av på grund av tidsbrist hos handläggarna. Återkoppling till LSS-gruppen kommer att ske avseende denna uppgift.

På utvecklingsfrågan om välfärdsteknik har samtliga utförare uppgett att de använder sig av digitala hjälpmedel både för stödet till de boende och för personalens arbetsuppgifter. Digitala lösningar uppges erbjuda möjligheter till ökad delaktighet för de boende, bättre anpassat stöd, och förbättrad dokumentation. För personalens arbete uppges digitala lösningar erbjuda mer flexibilitet, ökat kvalitet, kontroll och struktur.

Enligt utförarna kan tänkbara risker vara att de boende utvecklar ett beroende av tekniken som kan påverka de sociala interaktionerna. I motsats till detta kan det bli så att en del boende saknar förutsättningar för att ha egna smartphones till exempel, något som kan skapa viss ojämlikhet.

En utmaning som beskrivs kan vara att medarbetarna saknar intresse och kompetens för att arbeta med digitala verktyg. Det kan också uppstå vissa säkerhetsrisker, exempelvis att uppgifter hamnar fel eller att systemen ligger nere.

Syfte med uppföljningen

Uppföljningens syfte har varit att göra en bedömning av hur verksamheterna fullgör de krav som ställs i avtal/överenskommelser gällande åtaganden gentemot de boende, uppmärksamma eventuella brister och bedöma behov av förbättringsområden.

En fullständig granskning av hur utförarna uppfyller kraven på hälso- och sjukvård kommer att göras av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) under våren 2025.

Granskade verksamheter

Granskningen har omfattat de LSS bostäder som är geografiskt belägna i Danderyds kommun och som ägs av kommunen. Totalt är det åtta LSS bostäder varav sex är utformade som gruppboendestäder och två som serviceboendestäder. Driften av fem verksamheter sköts av privata entreprenörer på uppdrag av kommunen och driften av tre verksamheter sköts i egen regi.

Gruppboendestad

Gruppboendestad är ett bostadsalternativ för personer som har ett så omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov att mer eller mindre kontinuerlig närvaro av personal är nödvändig. I gruppboendestaden ska det finnas en fast bemanning som i huvudsak ska täcka de boendes hela stödbehov. Syftet med gruppboendet är att vuxna personer med funktionsnedsättningar som inte klarar eget boende eller boende i serviceboendestad ändå ska ha möjlighet att lämna föräldrahemmet och skapa sig ett eget hem.

Verksamheter som har granskats:

Verksamhet	Antal platser	Tomma platser	Drift	SN nummer Upphandlingsform,	Avtalstid	Avtalsvärde /år
Annebergs gruppboendestad	6	0	Nytida	SN 2021/0031 LOU	2022-11-01 till 2025-10-31 Möjlig förlängning upp till 4 år	5,5 miljoner
Eddavägens gruppboendestad	5	0	Nytida	SN 2021/0197 LOU	2022-11-01 till 2025-10-31 Möjlig förlängning upp till 4 år	6,7 miljoner
Västerängsvägens gruppboendestad	4	0	Nytida	SN 2021/0197 LOU	2023-03-01 till 2025-10-31 Upphör 2032-08-31	6,5 miljoner
Slättervägens gruppboendestad	5	2	Nytida	SN 2023/0064 LOU	2024-09-01 till 2027-08-31 Upphör 2032-08-31	6 miljoner
Santalaravägens gruppboendestad	5	0	Nytida	SN 2023/0064 LOU	2024-09-01 till 2027-08-31	6,4 miljoner
Villa Stinsen	6	0	Egen regi	SN 2021/0110 Intern överenskommelse	2022-04-01 till 2025-03-31	9,7 miljoner

Serviceboendestad:

Lägenheterna är ofta anpassade efter den enskildes behov och ligger ofta samlade i samma hus eller kringliggande hus. Serviceboendestad är en mellanform mellan ett helt självständigt boende i egen lägenhet och en lägenhet i gruppboendestad. En serviceboendestad består av fullvärdiga lägenheter

och det erbjuds dygnet-runt-stöd, utifrån den enskildes behov, i den egna lägenheten av en fast personalgrupp. De boende har även tillgång till en gemensamhetslokal.

Verksamheter som har granskats:

Verksamhet	Antal platser	Tomma platser	Drift	SN nummer Upphandlingsform,	Avtalstid	Avtalsvärde/år
Gärdes Backe servicebostad	11	0	Egen regi	SN 2021/0110 Intern överenskommelse	2022-04-01 till 2025-03-31	6,2 miljoner
Torget servicebostad	11	2	Egen regi	SN 2021/0110 Intern överenskommelse	2022-04-01 till 2025-03-31	7,4 miljoner

Fokus för uppföljningen och metod

Fokus för uppföljningen har varit de områden som utgör kvalitetsmarkörer enligt lagens intentioner och som återfinns i samtliga avtal/överenskommelser. Detta för att skapa enhetlighet och en bättre överblick i hur verksamheterna uppfyller de lagstadgade kvalitetskraven då de enskilda avtalen/överenskommelserna är strukturerade och utformade på något olika sätt.

Utöver de lagstadgade kvalitetsaspekterna som ska uppfyllas vid utförandet av LSS insatser har uppföljningen även omfattat en granskning av kvalificeringsvillkoren avseende företagens ekonomiska och finansiella ställning. Vidare har det gjorts en granskning av hur verksamheterna uppfyller kraven på att skicka in sina verksamhetsplaner och verksamhets- och kvalitetsberättelser till kommunen.

Uppföljningen har gjorts digitalt. Ett formulär med frågor och begäran om att skicka in vissa rutiner har skickats per mejl till samtliga verksamhetschefer och alla frågor har besvarats skriftligt. Bearbetningen av material och bedömningen av inkommen information har genomförts på samma sätt oavsett privat eller kommunal utförare. Inkomna svar har i förekommande fall analyserats i jämförelse med utfallet vid brukarundersökningen som gjordes under hösten 2023.

För varje granskat område har verksamheterna fått besvara flera frågor som har utformats utifrån tidigare avtalsuppföljningar och innehållet och strukturen i nuvarande avtal/överenskommelser. Information och synpunkter från LSS handläggarna har också påverkat utformningen av frågorna på avtalsnivå.

Som tillägg till uppföljningen och som en led inför framtida utveckling har verksamheterna även tillfrågats om sina erfarenheter av samt vilka risker och möjligheter de ser i användningen av digital teknik i LSS verksamheter.

Granskade områden

Nedan redovisas samtliga granskade områden med en kort sammanställning av samtliga verksamheters svar inom varje granskat område.

Bedömningen redovisas med följande färgmarkeringar:

Nivå som uppfyller ställda krav	Acceptabel nivå där mindre brister förekommer	Allvarliga brister förekommer	Alarmerande brister
---------------------------------	---	-------------------------------	---------------------

Företagens ekonomiska och finansiella ställning

Kontrollen har gjorts med hjälp av upphandlingsavdelningen och avser enbart Nytida AB med organisationsnummer 5564711901.

Företaget bedöms uppfylla de krav som ställs enligt avtal.

Kvalitets- och verksamhetsberättelser samt verksamhetsplaner

I samtliga upphandlingsunderlag ställs krav på att utföraren ska lämna in:

- Verksamhetsplan senast den 31/12 för kommande år
- Verksamhets- och kvalitetsberättelse senast den 31/3 för innevarande år

Samtliga verksamheter har inlämnat efterfrågade dokument i tid och bedöms uppfylla kraven.

Notering angående verksamheterna Annebergs gruppbostad och Eddavägens gruppbostad.

Verksamhetsplaneringen för 2024 avser båda bostäderna fast de hör inte till samma avtal.

Baserat på omständigheterna, det vill säga att Nytida driver samtliga verksamheter, ses detta inte som en direkt brist men det är av största vikt att planering och redogörelser för verksamheterna lämnas i enlighet med avtal framöver. Utföraren är informerad och åtgärder kommer att vidtas inför nästa inlämning.

Frågor som har ställts till utförarna

1. Underleverantörer

Vid avtalstecknandet har eventuella underleverantörer godkänts av kommunen.

Utföraren äger inte rätt att anlita eller byta underleverantör för utförandet av uppdraget utan kommunens skriftliga godkännande.

Frågor:

- 1.1. Har det skett några förändringar avseende underleverantörer? Om så är fallet när och är dessa underleverantörer godkända av kommunen?*

Sammanställning av svar och bedömning:

Samtliga utförare uppger att de har samma underleverantörer och att inga ändringar har skett. Bedömningen är att samtliga utförare uppfyller kravet.

2. Personalens kompetens

Personalens kompetens och hur personalen kan tillgodose den enskildes behov av stöd, service och omvårdnad är avgörande för kvaliteten i samtliga LSS-insatser. Det finns en

allmän skyldighet att ha den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges. Det innebär att personalen ska ha den utbildning och erfarenhet som kan krävas för varje specifik arbetsuppgift.

Som minst ska personalen ha den utbildning som beskrivs i senaste versionen av SOSFS 2014:2, Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning.

Frågor:

2.1. Hur säkerställer ni att personalen som ger direkt stöd i vardagen till de enskilda uppfyller som minst utbildningskraven i enlighet med SOSFS 2014:2?

2.2. Hur många procent av personalen uppfyller utbildningskraven enligt ovan? Om inte 100% vad beror det på?

Sammanställning av svar och bedömning:

Samtliga utförare uppger att hänsyn tas till formell utbildning vid nyanställningar men att det kan bli problematiskt vid verksamhetsövergångar då befintliga medarbetare kanske inte har en utbildning som helt motsvarar utbildningskraven som krävs enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:2). De flesta av medarbetarna i de verksamheter som drivs på entreprenad har dock mångårig erfarenhet av arbete i LSS verksamheter och detta anses ge trygghet och kontinuitet.

Alla utförare erbjuder interna utbildningar som ska säkerställa att medarbetarna får den kompetens de behöver. Kunskaper förvärvade genom interna utbildningar anses ge medarbetarna en kompetensnivå som är likvärdig med kraven i SOSFS 2014:2.

Utförarnas egna bedömningar av hur många procent av medarbetarna som uppfyller utbildningskraven enligt SOSFS 2014:2 varierar kraftigt. På Slättervägen uppskattas att cirka 20 % uppfyller utbildningskraven, på Santararavägen 28 %, på Västerängsvägen 50 %. Torget och Gärdes Backe uppger 100 %. Övriga verksamheter uppger att personalen uppnår utbildningskraven genom intern fortbildning.

En sammanvägning av samtliga svar visar att det finns svårigheter med att säkerställa att personalens utbildning uppfyller kraven i SOSFS 2014:2 då efterfrågade kunskaper och förmågor kan erhållas på olika sätt. Detta blir särskilt komplicerat i de fall en ny utförare tar över driften av en pågående verksamhet och detta har varit fallet för samtliga verksamheter som drivs i privat regi. Under de senaste tre åren har samtliga bytt utförare. Den förvärvade kompetensen hos personalen som följer med vid verksamhetsövergångar kan därför vara svår att värdera.

Kraven på personalens grundläggande kompetens vid nyanställningar bedöms dock vara uppfyllda. Avtalskravet på att de anställdas utbildning ska motsvara kraven i SOSFS 2014:2 gäller vid nyanställning. Det innebär att personal som har följt med vid verksamhetsövergången kan ha annan utbildning. Samtliga utförare uppger att de är noga med att erbjuda kompetensutveckling för alla i personalen för att säkerställa att redan anställd personal höjer sin kompetens till en godkänd nivå.

En slutsats utifrån ovanstående kan vara att det behövs en samstämmighet mellan kommunen och utförarna kring hur bedömningen av medarbetarnas kompetens ska göras. En fördjupning i frågan kan med fördel göras inför nästa upphandling för bostad med särskild service LSS.

3. Personalens kompetensutveckling

Syftet med samtliga LSS-insatser är att den enskilde ska få möjlighet att leva som andra och själv få bestämma hur han eller hon vill leva sitt liv. Stödet ska planeras och ges utifrån den enskildes önskemål, samlade behov och hela livssituation.

Personalens roll är att ge individuellt anpassat stöd och det är viktigt att värna om den enskildes rätt till självbestämmande och integritet i det egna hemmet.

För att kunna utforma ett personcentrerat stöd behövs det kunskap om de olika funktionsnedsättningar som kan vara aktuella men framför allt om vad respektive funktionsnedsättningar innebär för individen själv i sin vardag och de aktiviteter hen deltar i. Det gör att personalen kan behöva utöka och anpassa sin kompetens så att de kan ge stöd, service och omsorg utifrån de enskildas olika förutsättningar och skiftande behov.

Utföraren ansvarar för att personalen ges kontinuerlig fortbildning och handledning.

Frågor:

- 3.1. Hur säkerställer ni att er personal har nödvändiga kunskaper för att kunna tillgodose de enskildas individuella och specifika behov av bemötande, stöd, service och omvårdnad?*
- 3.2. Hur många procent av personalen har en egen kompetensutvecklingsplan? Om inte 100% varför inte?*
- 3.3. Vilka utmaningar kan ni identifiera i arbetet med att anpassa personalens kompetens till de enskildas individuella behov och hur arbetar ni med att lösa dessa? Ge gärna några konkreta exempel.*

Sammanställning av svar och bedömning:

Samtliga utförare uppger att de satsar på kontinuerlig utbildning och kompetensutveckling för medarbetarna.

De privata utförarna uppger att behoven av kompetensutveckling identifieras vid målsamtal där kompetensbehov identifieras och åtgärder sätts upp och följs. Kompetensen hos medarbetarna kartläggs regelbundet och vid behov erbjuds utbildning internt eller externt. Vidare deltar medarbetarna i regelbundna team-möten och handledning där de får möjlighet att diskutera och lösa problem.

Utförarna i egen regi nämner arbetsplatsmöten, pedagogiska möten, att verksamhetschef är närvarande i verksamheten, tydliga och utvecklade rutiner, genomgång av genomförandeplaner

och den sociala dokumentationen. För Gärdes Backe nämns att ansvarig sjuksköterska är tillgänglig och deltar på boendemöten regelbundet.

All personal uppges ha en egen kompetensutvecklingsplan på Västerängsvägen, Slåttervägen, Santararavägen och Villa Stinsen. För Torget uppges att all fast personal har kompetensutvecklingsplaner och att mål sätts vid medarbetarsamtal varje år.

På Gärdes Backe uppges 80 % av personalen ha en egen kompetensutvecklingsplan och att en uppdatering kommer att ske under december 2024. Uppgift om exakt procent saknas för övriga verksamheter men det framkommer uppgifter om att särskilda utbildningsinsatser sätts in vid behov av fortbildning.

De privata utförarna uppger att det är en stor utmaning att rekrytera personal med rätt utbildning och erfarenhet. Språkförbistring uppges vara en utmaning på Santararavägen och där diskuteras mycket kring samsyn och att förstå varandra. Extern handledning nyttjas vid behov.

En annan utmaning uppges vara att få personalen att tänka utanför de invanda ramarna, särskilt i de fall då personalen har arbetat i många år på samma ställe. Ett exempel på påbörjat arbete med att utveckla och förändra gamla arbetsätt är arbetet med styrdokument och riktlinjer för begränsningsåtgärder.

Villa Stinsen uppger att en stor utmaning är att få medarbetarna att skilja på de personliga värderingarna och att arbeta lika för boendens bästa. Även vikarier inkluderas och bjuds in till vissa möten. Det erbjuds handläggningstillfällen under hösten för att förstärka samarbetet och kommunikationen sinsemellan. Personalen har också påbörjat utbildningen Yrkesresan, en nationell satsning på att öka kunskaperna hos personalen. På Torget är utmaningarna likartade och planeringsdagar har skett med temat "brukarfokus". Även här har personalen påbörjat utbildningen Yrkesresan.

För Gärdes Backe uppges den största utmaningen vara att se över utbildningsbehovet och hitta rätt utbildningar för vissa diagnoser.

Samtliga utförare uppger att personalen erbjuds kontinuerlig kompetensutveckling i form av olika utbildningssatsningar, internt och externt. Det finns svårigheter med att anpassa personalens kompetens till de enskildas specifika behov men det framgår också att det finns en medvetenhet om och en vilja för att utveckla personalens kompetens så att de kan möta varje person utifrån de enskilda förutsättningarna och behoven.

Kraven på personalens kompetensutveckling i syfte att kunna ge de enskilda rätt stöd utifrån deras olika förutsättningar och behov bedöms vara uppfyllda på en godkänd nivå vid denna avtalsuppföljning.

Av utförarnas redogörelser framgår att det arbetas på flera fronter med personalens kompetensutveckling och bedömningen är att frågan får följas upp vid nästa års avtalsuppföljning.

4. Introduktion av nyanställda

I samtliga avtal och överenskommelser ställer kommunen krav på introduktion av nyanställda i en omfattning av minst 3 dagars introduktion på enheten (för egen regi 5 dagar). Den nyanställde förväntas delta i alla förekommande arbetsuppgifter men inte ingå i ordinarie bemanning under introduktionstiden.

Frågor:

4.1. Får samtliga nyanställda introduktion på enheten i enlighet med respektive avtal/överenskommelse? Om inte samtliga, varför inte?

OBS! Bifoga era rutiner/checklistor för introduktion av nyanställda.

Sammanställning av svar och bedömning

Samtliga utförare uppger att de genomför introduktionen av nyanställda utifrån checklistor och att introduktionen sker i enlighet med avtal. Introduktionen för nyanställda beskrivs omfatta både teoretisk och praktisk introduktion. De nyanställda får information om styrdokument, verksamhetsrutiner, social journal, genomförandeplaner, mm och får sedan delta i alla förekommande arbetsuppgifter som är relevanta men ingår inte i ordinarie bemanning under introduktionstiden.

Granskade inkomna rutiner visar på att samtliga utförare har en omfattande och heltäckande introduktion för nyanställda.

Bedömningen är att samtliga utförare uppfyller kraven vid introduktion av nyanställda.

5. Bemanning och kontinuitet

Bemanningen ska alltid vara tillräcklig för de boendes stöd och service, fritid, kultur och semester/rekreation. Utföraren har skyldighet att bemanna efter behov och i enlighet med vad som krävs för att uppfylla innehållet i genomförandeplanerna.

Utföraren ska också säkerställa att stödet ges med samma kvalitet oavsett vem i personalen som ger stödet och sträva efter att stödet till en enskild ska utföras av så få personer som möjligt.

Frågor:

5.1. Hur säkerställer ni kontinuitet i stödet till en enskild vid ordinarie personals frånvaro pga sjukdom, semester eller liknande?

5.2. Får den enskilde alltid information om vem som kommer att ge stödet vid förändringar? Om inte alltid, vad beror det på och hur ni arbetar med att lösa det?

Sammanställning av svar och bedömning:

De privata utförarna beskriver att bemanningen planeras noga och samtliga utförare har en struktur för att förmedla information om de boendes behov vid ordinarie personals frånvaro. Samtliga utförare uppger dessutom att de strävar efter att använda sig av erfarna vikarier som känner de boende väl för att säkerställa trygghet och stabilitet. Information om vilka som arbetar finns uppsatt på anslagstavlan med namn och på vissa ställen med bild på personalen.

På Villa Stinsen och Torget finns bemanningssamordnare som sköter korttidsfrånvaron och övrig personal är väl insatt i hur bemanningen fungerar vid sjukdom. De boende informeras om behov finns.

På Gärdes Backe finns enligt uppgift endast två vikarier som känner de boende väl och har arbetat på boendet i flera år. De boende informeras om vem som kommer att ge stödet vid förändringar.

Bedömningen är att samtliga utförare uppfyller de formellt ställda kraven på att säkerställa kontinuitet i stödet samt informera de boende vid förändringar.

6. Stödperson

Alla boende ska ha en utsedd stödperson som ska ansvara för planering, dokumentation och samordning av den enskildes angelägenheter. Stödpersonen ett särskilt ansvar för upprättande av genomförandeplan tillsammans med den enskilde, samt att se till att planeringen följs inom alla områden. Stödpersonen ska ha en kontinuerlig dialog med den enskilde så att denne får möjlighet att ge sina synpunkter och önskemål på stöd och omsorg samt övriga frågor som är relevanta för den enskilde. Planeringen tillsammans med den enskilde ska kännetecknas av lyhördhet för dennes önskemål och behov. En ersättare ska finnas när ordinarie stödperson är frånvarande. Den enskilde ska ges möjlighet att byta stödperson om denne så önskar.

Frågor:

6.1. Hur säkerställer ni att samtliga boende är informerade om och medvetna om möjligheterna att byta stödperson? Får alla boende information i förväg om vem som ersätter stödpersonen vid dennes frånvaro?

OBS! Bifoga er rutin för stödpersonens roll i relation till den enskilde och dennes ställföreträdare.

Sammanställning av svar och bedömning:

Utförarna beskriver att samtliga boende informeras vid varje revidering av genomförandeplanen om möjligheten att byta stödperson. De boende uppmuntras att uttrycka sina önskemål. I de fall de boende inte har förmågan att uttrycka sin åsikt får tolkningen av nöjdheten med stödpersonen göras utifrån den boendes signaler och mående.

De privata utförarna arbetar också med en förste och en vice stödperson för att säkerställa kontinuitet i ansvaret vid eventuell frånvaro.

Även utförarna i egen regi uppger att de boende är alltid informerade om att de kan byta stödperson. På Villa Stinsen och Torget har det skett byte av stödpersoner under året.

Samtliga inkomna rutiner för stödpersonens roll är omfattande och täcker hela ansvarsområdet för en stödperson. Den sammanvägda bedömningen är att utförarna uppfyller de formellt ställda kraven i avtal och överenskommelser.

7. Individuella aktiviteter

I insatsen boende med särskild service enligt LSS ingår även fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter både i och utanför boendet. Dimensioneringen av personal måste därför anpassas så att det finns möjlighet att ge det stöd som behövs utifrån de behov som finns.

Den enskilde ska få fysisk, psykisk, social, kulturell och andlig stimulans utifrån sina önskemål, förmågor och personliga behov. Den enskildes förmåga och vilja till aktivitet ska upprätthållas och tas tillvara. Det är inte självklart att personer som bor i samma gruppboende har likartade intressen eller önskemål för sin fritid och därför är det inte lämpligt att fritiden planeras kollektivt om inte detta är ett uttryckt önskemål från de enskilda som bor i gruppboendet.

Frågor:

7.1. Får samtliga boende möjlighet till och stöd för att genomföra individuella fritids- och kulturaktiviteter i och utanför bostaden i önskad omfattning och i enlighet med de egna önskemålen? Om inte 100 % varför inte?

7.2. Hur många procent av de planerade individuella aktiviteterna genomförs enligt planering? Vilka hinder kan uppstå vid genomförandet och hur hanterar ni dessa?

Sammanställning av svar och bedömning:

Samtliga utförare uppger att de erbjuder både enskilda och gemensamma aktiviteter och att alla aktiviteter planeras utifrån de boendes individuella intressen, önskemål och behov. Aktiviteter erbjuds både i och utanför hemmet. De privata utförarna uppger de enskilda aktiviteterna planeras tillsammans med stödperson och de gemensamma aktiviteterna planeras tillsammans med övriga boende på husmöten.

De flesta uppger att det är svårt att fastställa en procentsats men att de flesta aktiviteter utförs enligt planering. De hinder som kan uppstå uppges vara relaterade huvudsakligen till de boendes mående för dagen, att de blir sjuka, inte orkar eller inte vill genomföra den planerade aktiviteten. I dessa fall uppges att de boende erbjuds alternativa aktiviteter.

Andra hinder som kan uppstå är relaterade till personalen och schemalaggningen. Det kan vara svårt att hitta lämpliga ersättare vid frånvaro med kort varsel och då erbjuds de boende att planera om aktiviteten eller genomföra en annan aktivitet.

Bedömningen är att samtliga utförare uppfyller kraven i avtal/överenskommelser eftersom samtliga boende erbjuds aktiviteter i och utanför hemmet i enlighet med sina personliga intressen, önskemål och behov.

8. Genomförandeplaner

Upprättandet av en genomförandeplan ska stärka den enskildes reella inflytande och delaktighet och utformas i dialog med honom eller henne. Innehållet i genomförandeplanen ska utgå från beviljade insatser och de mål som anges för insatsen i individuppdraget och den enskilde ska vara delaktig i utformandet av mål och hur stödet ska ges.

Genomförandeplanen ska alltid spegla nuläget samt ge en komplett bild av vad den enskilde behöver för stöd och service, när och hur stödet ska ges.

Genomförandeplanen ska upprättas och dokumenteras i enlighet med Socialstyrelsens senaste version av föreskriften SOSFS 2014:5 ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS”.

Genomförandeplanen ska följas upp minst 2 gånger per år och oftare vid behov. En genomförandeplan ska upprättas senast 1 månad (i vissa överenskommelser 2 månader) efter inflytt och alltid vara uppdaterad.

Frågor:

- 8.1. Hur många procent av genomförandeplanerna är aktuella och uppdaterade minst 2 gånger per år och i enlighet med avtal/överenskommelse? Om inte 100% varför inte?*
- 8.2. Hur många procent av genomförandeplanerna är upprättade i enlighet med SOSFS 2014:5? Om inte 100% varför inte?*
- 8.3. Vilka utmaningar har ni identifierat vid upprättandet av genomförandeplaner och hur arbetar ni med att lösa dessa? Ge gärna konkreta exempel?*

Sammanställning av svar och bedömning:

Privata utförare uppger att samtliga genomförandeplaner är upprättade i enlighet med SOSFS 2014:5 samt är aktuella och uppdaterade minst 2 gånger per år. Checklistor finns för att säkerställa att all nödvändig information är med.

De utmaningar som beskrivs är kopplade till de boendes kognitiva förmågor, att innehållet i en genomförandeplan är för abstrakt trots långtgående anpassningar, t ex bildstöd, anpassad kommunikation mm. Andra utmaningar uppges vara att, i förekommande fall, involvera anhöriga/ställföreträdare för att kunna få tillgång till information om den boendes behov och önskemål. Det pågår ett arbete med att förbättra kommunikationen och samarbetet med boende och anhöriga genom regelbundna möten och samtal.

Utförarna i egen regi uppger också att samtliga genomförandeplaner följer SOSFS 2014:5 men att arbete pågår med att uppdatera genomförandeplanerna så att alla är aktuella. En stor utmaning uppges vara att de flesta individuppdrag från kommunen är flera år gamla och det försvårar arbetet med genomförandeplaner. Andra utmaningar uppges vara att de boende inte medverkar fullt ut och har svårt att se de egna behoven på grund av sina funktionsnedsättningar.

Bedömningen är att samtliga utförare uppfyller de formella kraven som ställs i avtal/överenskommelser på en godkänd nivå.

9. Samverkan med kommunen

Kommunen har en skyldighet att en gång per år göra en uppföljning med den enskilde för att säkerställa att insatsen ges i enlighet med uppdraget samt att den enskilde är tillförsäkrad goda levnadsvillkor.

Uppföljning av en enskilds insats kan också göras oftare om behov finns och en kontinuerlig dialog ska finnas mellan utföraren och kommunen.

Frågor:

9.1. Har ni haft uppföljningsmöten med den enskildes handläggare minst en gång per år för alla boende? Om inte, varför?

9.2. Finns det några utmaningar som ni har identifierat i samarbetet med kommunen? Beskriv gärna konkret och föreslå möjliga förbättringsåtgärder för att hantera dessa utmaningar.

Sammanställning av svar och bedömning:

För Santararavägen och Slättervägen uppges att det har genomförts uppföljningsmöten för samtliga boende. Likaså för samtliga bostäder som drivs i egen regi. Däremot har Västerängsvägen, Eddavägen, Annebergs gruppboende inte haft uppföljningsmöten för samtliga boende. Orsaken uppges vara LSS handläggarnas arbetsbelastning och tidsbrist.

Samtliga utförare uppger att samarbetet med kommunen fungerar bra, med god kommunikation och samarbete.

Bedömningen är att samtliga utförare uppfyller kraven som ställs i avtal/överenskommelser. Återkoppling till LSS-gruppen kommer att ske avseende uppgiften om uppföljningar som inte blivit av på grund av tidsbrist hos handläggarna.

10. Habiliterande och rehabiliterande insatser

Syftet med habiliterande och rehabiliterande insatser är att förbättra den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga med målsättningen att återvinna eller bibehålla bästa

möjliga funktion och ge tidiga insatser vid försämring av funktionstillstånd. Därtill skapa goda villkor för ett självständigt liv med aktivt deltagande i samhällslivet.

En första bedömning av den enskildes behov av habilitering/rehabilitering ska alltid göras inom en vecka in samband med inflytt, därefter minst två gånger per år samt vid behov.

Utföraren ansvarar för att tvärprofessionell samverkan sker regelbundet samt att detta dokumenteras. Arbetsterapeut och fysioterapeut ska identifiera och bedöma vilka insatser den enskilde är i behov av på boendet och vid vistelse i daglig verksamhet samt handleda och utbilda personalen.

Vid föregående avtalsuppföljning har det framkommit viss osäkerhet och oklarheter i hur omsorgspersonalen samverkar med paramedicinsk personal, dvs arbetsterapeut och fysioterapeut.

Frågor:

10.1. Görs en första bedömning av den enskildes behov av habilitering/rehabilitering inom en vecka i samband med inflytt? Om inte, varför?

10.2. Sker samverkan och görs bedömningarna av den enskildes behov av habilitering/rehabilitering i övrigt i enlighet med avtalskraven?

OBS! Bifoga er rutin för hur omsorgspersonal och HSL personal samarbetar.

Sammanställning av svar och bedömning:

Vid genomgång av inkomna svar och efter granskning av inkomna rutiner framkommer att det finns fortsatta oklarheter avseende rollen för den paramedicinska personalen. Rutinerna för sjuksköterskans ansvar och hur och när samarbetet med omsorgspersonalen ska ske är kompletta men besvarar inte frågan avseende habiliterings- och rehabiliteringsansvaret.

De flesta utförare anger att en första bedömning av de boendes behov görs en vecka efter inflyttning men vissa tillägger att om inte så skulle ske görs bedömningen så snart som möjligt. För Gärdes Backe uppges att bedömningen görs inom en månad efter inflyttning.

Av inskickade dokument framkommer ingen information om den paramedicinska personalens ansvar att göra bedömningar av de boendes funktionsnivå och eventuella behov av habilitering och rehabilitering inom en vecka efter inflyttning och därefter minst två gånger per år. Däremot framkommer det generella uppgifter om att omsorgspersonalen ska kontakta paramedicinsk personal vid behov. Detta bedöms dock inte fylla den funktion som är tänkt för den paramedicinska personalen, det vill säga förebyggande och som stöd i att kunna leva ett så självständigt liv som möjligt.

Bedömningen är därför att varken de privata utförarna eller utförarna i egen regi uppfyller helt kraven i avtal/överenskommelser avseende ansvaret för habiliterande och rehabiliterande insatser. Samtliga verksamheter behöver utveckla sina arbetssätt till att bli mer proaktiva och ha mer fokus på habiliterande och, när det är möjligt, även på rehabiliterande insatser. Utförarna

kommer därför att få i uppdrag att fokusera på området habilitering/rehabilitering under kommande år och frågan kommer att följas upp vid nästa avtalsuppföljning.

11. Verksamhetsplaner

Samtliga verksamheter förväntas lämna in en verksamhetsplan för kommande år senast den 31 december där det ska framgå (bland annat):

- Information om större aktiviteter, projekt och mål för kommande år
- Plan för egen undersökning av hur nöjda kunder och närstående är med verksamheten

Frågor:

11.1. Har planerade aktiviteter, projekt och mål fram till hösten 2024 genomförts enligt plan? Beskriv eventuella avvikelser och vad det beror på.

11.2. Hur inhämtar ni information om hur nöjda kunder och närstående är med verksamheten och hur har ni arbetat med inkomna synpunkter och klagomål under året? Ge gärna några konkreta exempel.

Sammanställning av svar och bedömning:

Samtliga utförare uppger att planerade aktiviteter och projekt genomförs och fortsätter genomföras enligt planering men att vissa avvikelser har skett på grund av att personal har slutat eller på grund av oplanerad personalfrånvaro.

Information om hur nöjda kunder och närstående är inhämtas från resultaten från de nationella brukarundersökningarna i de fall resultat är möjliga att få på verksamhetsnivå. I övrigt uppger samtliga utförare att de håller en nära kontakt med närstående och gode män samt att synpunkter och klagomål registreras, åtgärdas och följs upp. Extra arbete med utbildning av personalen i vad det innebär att skriva avvikelser pågår på Torgets servicebostad.

För Anneberg, Västerängsvägen och Eddavägen uppges att inkomna synpunkter visade på att de boende önskade sig flera sociala aktiviteter och då har verksamheterna utökat sitt aktivitetsutbud.

Utifrån inlämnade uppgifter är bedömningen att samtliga utförare uppfyller kraven avseende verksamhetsplanering och arbete med synpunkter och klagomål.

12. Välfärdsteknik och digitalisering

Välfärdsteknik definieras som digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning.

Meningen är att välfärdsteknik och digitalisering ska göra skillnad för brukare och patienter så att de kan delta i samhället, vara självständiga, känna sig trygga och ha psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande.

Användning av välfärdsteknik och digitalisering finns inte uttryckt som ett konkret krav i avtal/överenskommelse men ingår indirekt som en framtida utveckling i vården och omsorgen för personer med funktionsnedsättning.

Denna fråga är en utvecklingsfråga för kommunen och kommer inte att ligga till grund för får bedömning av hur ni följer upp avtalskraven.

Frågor:

12.1. Använder ni er av välfärdsteknik och digitalisering i er verksamhet? Beskriv gärna i vilka situationer och hur?

12.2. Vilka möjligheter anser ni kan skapas och vilka risker kan ni identifiera?

Sammanställning av svar och bedömning:

Samtliga utförare använder sig av digitala hjälpmedel både för stödet till de boende och för personalens arbetsuppgifter. De privata utförarna beskriver också att de har eller kommer att införa en roll som teknikombud som är med i olika forum för att dela goda exempel och få inspiration.

Digitala hjälpmedel kan exempelvis användas för förberedelser inför vissa situationer, stöd till exempelvis matlagning, spela spel, se på filmer, lyssna på musik. Finns möjlighet att arbeta med sinnesstimulering, rörelse, tydliggörande pedagogik. Digitala hjälpmedel används också för att stödja de boende i att hålla kontakt med anhöriga.

De flesta verksamheter beskriver att de har fått Smartboards som är via stimulansmedel och att de kommer att utforska hur dessa kan användas i verksamheten. En Smartboard är en interaktiv och tryckkänslig skärm som ska ge en dynamisk och engagerande upplevelse. Det går att skriva, rita och markera direkt på skärmen, på samma sätt som man gör på en whiteboard.

Digitala lösningar uppges erbjuda möjligheter till ökad delaktighet för de boende, bättre anpassat stöd, och förbättrad dokumentation.

Digitala lösningar används av personalen för signering av medicin, dokumentation, schemasystem, fakturor, beställningar av exempelvis matvaror med mera. För personalens arbete uppges digitala lösningar erbjuda mer flexibilitet, utökat kvalitet, kontroll och struktur.

Tänkbara risker kan vara att de boende utvecklar ett beroende av tekniken och kan påverka de sociala interaktionerna, de boende får svårt att vara närvarande/delta i sin vardag och/eller genomföra sina aktiviteter. I motsats till detta kan det bli så att en del boende saknar förutsättningar för att ha egna smartphones till exempel, något som kan skapa viss ojämlikhet.

En utmaning kan vara att medarbetarna saknar intresse och kompetens för att arbeta med digitala verktyg, arbete med välfärdsteknik och digitalisering kräver att medarbetarna är aktiva för att hålla arbetet levande.

Det kan också uppstå vissa säkerhetsrisker, exempelvis att uppgifter hamnar fel eller att systemen ligger nere.