

Kvalitetsledningssystem Noorgården Stöd och konsult AB

Den första januari 2012 trädde SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Föreskriften reglerar hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten av verksamheter som omfattas av 31 § hälso- och sjukvårdslagen(1982:763), 16 § tandvårdslagen (1985:125), 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade(1993:125) och 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Av föreskrifterna framgår att nämnd och verksamhet som ansvarar för beställningar av och utförande av tjänster som omfattas av SoL skall ha rutiner för att säkerställa god kvalitet.

Noorgården stöd och konsult AB arbetar för att säkerställa att verksamheten håller god kvalitet genom att ständigt hålla våra rutiner aktuella och jämföra verksamheten med likvärdiga utförare.

För att säkerställa kvaliteten i verksamheten utarbetar företaget grundläggande rutiner. Först och främst har vi fastställt rutiner för vad som är det viktigaste när det gäller rekrytering av ny personal. Under anställningsprocessen säkerställs att personalen har erforderlig kompetens. Den som anställs får säkerställd information som undertecknas, om dennes skyldigheter när det gäller missförhållanden, eller risk för missförhållanden i vården/omsorgen om den enskilde. Verksamheten följer lagen om GDPR samt följer sekretesslagen.

I rutinerna kring anställning/uppdraget framgår att denna skyldighet gäller all personal som arbetar i företaget med den enskilde. Dessutom framgår i introduktionsrutinerna att särskilda villkor gäller för medarbetare/uppdragstagare som skall arbeta med minderåriga, där framgår bland annat att utdrag ur misstanke- och belastningsregistret skall inhämtas innan anställning, och att ett villkor för fortsatt anställning är att utdrag lämnas till arbetsgivaren på uppmaning av denne. Noorgården stöd och Konsult AB inhämtar utdrag från misstanke och belastningsregistret enligt rutin 6e månad men minst 1 gång om året.

För att upprätthålla god kvalitet i den dagliga verksamheten finns det upprättade arbetsmiljörutiner. Dessa är en naturlig del i företagskulturen och är föremål för kontinuerliga diskussioner tillsammans med personalen vid de regelbundna arbetsplatsträffarna. Företagets ledord när det gäller arbetsmiljön är främjande/förebyggande, det vill säga att företaget har som ambition att genom samtal och dialog med medarbetaren och den enskilde kartlägga eventuella problem med den anställdes arbetsmiljö, oavsett om den är i jourhemmet eller någon annanstans. Det andra är att företaget försöker vara proaktiv och ger råd för att lösa situationer som kan uppstå. Slutligen är det viktigt för företaget att agera om något mot all förmodan skulle ske och då är det viktigt att man agerar utifrån företagets rutin för riskbedömning. Alla händelser rapporteras och dokumenteras av företaget centralt i syfte att systematiskt kunna följa upp hur arbetsmiljön ser ut.

Genomförandeplanen är uppbyggd enligt BBIC. Mallen för genomförandeplanen används i tillämpliga delar, i samtliga uppdrag som företaget åtar sig. Detta gör att vi dels kan säkerställa att företaget följer de mål som uppdragsgivaren ger oss. Det ger oss även möjlighet och underlag i eventuella utredningar och utvecklingsarbeten av våra fastslagna rutiner avseende uppdragsbeskrivningar och Lex Sara. Genomförandeplanerna undertecknas av företagets representant, den unge samt berörda myndigheter. Detta säkerställer att samtliga inblandade i insatsen har tagit del av genomförandeplanens mål för insatsen. Genomförandeplanen följs upp minst

en gång per år. Om den enskilde är minderårig görs uppföljning av genomförandeplanen minst en gång var sjätte månad. Genomförandeplanen är justerbar under vårdtiden.

All personal samverkar med myndigheter, men även andra kontakter som den enskilde har. Företagets verksamhetschef har huvudansvaret för kontakt med myndigheter som socialtjänsten, försäkringskassan, polismyndigheten, migrationsverket men kan delegera till konsulent.

Verksamhetschefen har ansvaret att för varje arbetsplats följa upp kvalitetsarbetet årligen. Verk. Detta görs genom att denne tillsammans med aktuell personal gör en kvalitetsberättelse samt verksamhetsberättelse,

APT är det forum där arbetsledningen och personalen har möjlighet att tala om arbetsplatsens arbetsmiljö. Där ges även möjlighet att diskutera om kvalitetsarbetet, etik, moral och andra frågor som är av vikt för att säkerställa en god vård/omsorg. Om det under arbetet framkommer att det finns rutiner eller arbetsprocesser som inte fungerar skall dessa diskuteras på APT och i samverkan med personalen skall dessa förändras så att förväntat resultat uppnås. Ansvaret kring detta är fördelat bland företagets samtliga personal. Verksamhetschefen är ansvarig för att detta arbete sker.

Arbetsmiljö

En viktig aspekt för att få en bra arbetsmiljö för medarbetaren är att denne informeras så snart som möjligt av uppdragets innehåll. För att göra det så har företaget en uppdragsrutin som innebär att vid uppdragstart träffas den ansvarige chefen den enskilde och uppdragsgivaren för att gå igenom uppdraget. Under det mötet går man genom vilka särskilda villkor och rutiner som ska gälla för jour-familjehemmet. Personens psykiska och somatiska hälsa är också av stor vikt för att bedöma risker. Under uppstartsmötet går man tillsammans med uppdragsgivaren genom dennes behov och vilken påverkan den kan ha på tillvaron och då påtalas eventuella risker i den befintliga miljön. Om den enskilde har daglig sysselsättning eller rutinmässiga åtaganden utanför hemmet kontrolleras även dessa med uppdragsgivaren.

Under detta möte informeras vikten av samråd och kommunikation med den enskilde och vårdnadshavaren eller god man. Företaget informerar även om rutinerna för klagomål. Klagomål eller synpunkter på kvaliteten i omsorgen hanteras direkt av verksamhetschef som i sin tur informerar om ärendet i ledningsgruppen för företaget. Verksamhetschefen utreder och vidtar åtgärder i kommunikation tillsammans med den klagande för att åtgärda bristerna i verksamheten skyndsamt. Dokumentation om klagomål ska samlas i företagets huvudkontor och en sammanställning av incidenter, brister i kvalitet eller klagomål skall presenteras för ledningsgruppen regelbundet, minst en gång per år. Ansvaret för detta ligger på verksamhetschef. I samband med årsbokslutet skall en rapport om kvalitetsarbetet framläggas för ägarna och bifogas årsbokslutet. VD och styrelse och verksamhetschef har ansvar för att kontinuerligt följa upp och vidta nödvändiga åtgärder i syfte att förbättra kvaliteten i vården/omsorgen som företaget tillhandahåller.

Om det under uppdraget framkommer synpunkter i kvaliteten från den enskilde om jourhemmet och hen inte vill vända sig direkt till företaget uppmanas den enskilde eller dennes ställföreträdare att kontakta socialtjänsten.