Datum
2024-10-31

Diarienummer
SON/2024/0440/739

Upprättad av
Nathalie Eriksson, Tf. Verksamhetsutvecklare

Version
xxx

Kvalitets- och verksamhetsuppföljning, Nynäshamns kommunala hemtjänst

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
- Arbetsmiljö

Uppföljningsunderlag

2024-10-07: 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.
2024-10-30: Stickprov av genomförandeplaner i verksamhetssystem.
2024-10-31: Möte i kommunhuset: Närvarande vid mötet från verksamheten var verksamhetschef Marthe Otterström, gruppchef Camilla Yessoufou och samordnare Anne-Marie Larsson. Från Socialförvaltningen deltog tillförordnad verksamhetsutvecklare Nathalie Eriksson.

Förutsättningar för 2024

Under våren 2024 gick ett av de större hemtjänstföretagen i extern regi i konkurs. Detta ledde till en snabb ökning av antalet kunder för den kommunala hemtjänsten. I mars låg den beställda tiden på 4 328 timmar per månad, medan den i augusti hade stigit till 5 389 timmar per månad.

Verksamhetsöversikt

Enhetschefen Marthe har en bakgrund som undersköterska och erfarenhet från olika chefsroller inom hemtjänst, särskilt boende och LSS sedan 2013. Hon har även studerat sociologi och ledarskap. Enhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och leder arbetet för att uppnå strategiska mål, följa upp ekonomi och säkerställa hög kvalitet. Enhetschefen ansvar även för att följa upp samt implementera förändringar och förbättringar. Enhetschefen rapporterar till avdelningschef. Ledningsstrukturen består vidare av två gruppchefer, bägge är utbildade undersköterskor, ena gruppchefen har även genomgått en ledarskapsutbildning och den andra planeras genomgå samma utbildning under kommande vår. Gruppchefer ansvarar för organisatorisk planering, personaladministration och verksamhetsuppföljning

En planerare organiserar och genomför insatser för brukare samt samordnar personalens arbete. Verksamheten har 37 tillsvidareanställda inom hemtjänsten och 8 på nattpatrullen. Befattningar bland medarbetarna är undersköterska och vårdbiträden. Korttidssjukfrånvaro ligger på 7,99%, 4,72% för långtidsfrånvaro (dag 15–59), och 23,65% för långtidsfrånvaro (dag 60+). Personalomsättningen är 13,51%. Av skriftligt inkomna personalscheman mellan 2024-09-01 och 2024-09-15, kan konstateras att dessa är upprättade men hänsyn till dygns -och veckovila i enlighet med arbetstidslagen.

Medarbetarna har tillgång till skriftliga rutiner för social dokumentation, synpunkter och klagomål, avvikelsehantering och genomförandeplaner under arbetstid, både i fysisk och digital form. Rutinerna ändras löpande efter behov, exempelvis efter avvikelse eller nya krav. Verksamheten använder ett digitalt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9.

Alla brukare har en kontaktperson och fast omsorgskontakt. Cirka 90% har idag en aktuell genomförandeplan. Vid stickkontroll av genomförandeplaner kan konstateras att majoriteten av de granskade genomförandeplanerna är uppdaterade efter senaste beslut. Genomförandeplanens innehåll är beskrivet i enlighet med avtal (SUN 2023–135). En större del av brukarnas genomförandeplaner har inte delats med myndighet i enlighet med avtal.

Verksamhetsuppföljning

Under uppföljningsmötet framkommer att det gånga året har varit en utmaning för verksamheten, verkställd tid har mer än dubblerats sedan januari i år. Ledningen berättar att den snabba tillväxten av antal brukare resulterat i att förutsättningarna för kvalitéarbete

inte varit optimala, under vår och sommar har mycket arbete upptagits av att behöva ”släcka bränder”. Ledningen framför dock att de lyckats genomföra egenkontroller och stickprov enligt årshjul med bra resultat samt är medvetna om sina utvecklingsområden. Kvalitetsfrågor diskuteras i ledningsgrupp.

Utvecklingsområden som framförs är avseende genomförandeplaner, dessa har behövt skapas från grunden för våren och sommarens många och nya brukare. Verksamheten jobbar fortfarande med att komma ikapp efter stor ökning av nya brukare på kort tid. En plan har upprättats för att säkerställa att alla brukare har en genomförandeplan, arbetet planeras så att medarbetarna kan slutföra dem. Ledningen framför att tidsfristen om två veckor för att upprätta genomförandeplaner inte har hållits, att denna snarare varit på ungefär en månad. Efter sommaren har detta utvecklingsområde börjat förbättrats. Verksamhetens egna stickprov av genomförandeplaner tidigare under året har visat att befintliga genomförandeplaner är uppdaterade. Kvarstående utvecklingsområde är även att göra genomförandeplaner delbara med myndighet i verksamhetssystemet.

Verksamheten arbetar aktivt för att öka brukarnas delaktighet i utformningen av genomförandeplaner, detta eftersom ledningen vid en stickkontroll av dessa planer har noterat att medarbetare i vissa fall har angett att "brukaren inte har varit delaktig". Tillsammans med medarbetarna planeras ett arbete hållas kring hur delaktigheten för brukaren kan höjas, exempelvis hur personer med demenssjukdom kan involveras på ett bättre sätt i processen.

Verksamheten har månatliga arbetsplatsträffar tillsammans med medarbetarna, medarbetarna har även teammöten varje månad och nattpatrullen varannan månad. Medarbetarna har nyligen genomgått en utbildning i social dokumentation, ledningen framför att även om detta kvarstår som fortsatt utvecklingsområde så upplever de kompetensen kring dokumentationen som god. Möjlighet finns numera att dokumentera via arbetstelefonerna, vilket de upplever att medarbetarna uppskattar. Avseende kompetensutveckling framgår att det finns ett behov bland personalen att förbättra sina kunskaper inom teknikhantering. Personalen är vana med att dokumentera i telefonerna, dock behöver kunskaper höjas gällande att läsa e-post och logga in i verksamhetssystemet via dator. Flera vårdbiträden studerar för närvarande till undersköterskor, vilket kommer att öka antalet utbildade undersköterskor inom hemtjänsten.

Den kommunala hemtjänsten har under året upprättat 28 avvikelser, två avvikelser har upprättats av medarbetare på nattpatrullen. Ledningen framför att kompetensen avseende avvikelsehantering är bättre i jämförelse med tidigare år, de anser dock ännu att det är få avvikelser som skrivs. Ledningen tillsammans med medarbetarna, arbetar ständigt med att få medarbetarna att våga upprätta avvikelser samt att betona betydelsen av dessa och vad en upprättat avvikelse kan resultera i. Rutinen för avvikelsehantering har satts upp mer synligt i lokalen. Det framgår att de upprättade avvikelserna avser att brukare blivit utan insatser med allt från matlådor till dusch, att brukare inte fått hela sin beviljade tid utförd samt att det förekommit personalbrist. Inkommen synpunkt har avsett att hantering av

tvätt och att medarbetare kört bil för fort. Samtliga avvikelser har utretts och hanterats av gruppchef enligt rutin.

Under vår och sommar har verksamheten tagit mycket stöd av månadsvikarier, ledningen beskriver att de utifrån den tillväxt som skett och ovanstående avvikelser, har påbörjat en rekryteringsprocess för att utöka personalstyrkan. De framför att de är måna om att få in fler undersköterskor, exempelvis då enbart dessa får utgöra fast omsorgskontakt åt brukare. De uppger att de befintliga undersköterskorna kan ha upp till tio brukare att ansvara för.

Samlad bedömning

Socialförvaltningen anser att verksamheten har rutiner och arbetssätt som uppfyller kvalitetskraven. Verksamheten är medveten om utvecklingsområden så som dokumentation, avvikelsehantering, utökning av personalstyrka samt uppföljning, delning och delaktighet vid upprättande av genomförandeplaner. Verksamheten har för avsikt att förbättra samtliga områden. Verksamheten har inkommit med önskat skriftligt underlag enligt tidsangivelse i enlighet med avtal, vissa undantag och kompletteringar har skett i samråd med verksamhetutvecklare.

Utifrån ovanstående görs bedömningen att Nynäshamns kommunala hemtjänst blir godkända i 2024 års kvalitets -och verksamhetsuppföljning. Beställaren ser att verksamheten vidtar följande åtgärder.

- Säkerställa att samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan inom tre veckor från verkställande av insats (*krav*).
- Säkerställa följsamhet till rutin om att dela genomförandeplaner med myndighet (*krav*).