Datum
2024-10-30

Diarienummer
SON/2024/0440/739

Upprättad av
Nathalie Eriksson, Tf. Verksamhetsutvecklare

Version
xxx

Kvalitets- och verksamhetsuppföljning, Ankarets hemtjänst i extern 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
- Arbetsmiljö

Uppföljningsunderlag

2024-10-01: 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.
2024-10-20 Stickprov av genomförandeplaner i verksamhetssystem.
2024-10-24: Fysiskt möte i Ankarets hemtjänst lokal i Nynäshamn: Närvarande vid mötet från verksamheten var ägare av ankarets hemtjänst, Mikael Dusanovic och Hanna Grönberg. Från Socialförvaltningen deltog enhetschef Ronja Ask och 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 brukare för Ankarets hemtjänst. I mars låg den beställda tiden på 3 270 timmar per månad, medan den i augusti hade stigit till 5 954 timmar per månad.

Verksamhetsöversikt

Av kvalitets- och verksamhetsuppföljningen framkommer att Ankaret hemtjänst för närvarande har (151) brukare. Ägare och verksamhetsansvariga är Hanna Grönberg och Mikael Dusanovic. Hanna Grönberg är sedan 2020 verksamhetschef för Ankarets hemtjänst. Hon är utbildad undersköterska med drygt 15 års erfarenhet av vård och omsorgsarbete, företagande, personalledning samt arbetsmiljö och kvalitetsarbete inom olika verksamheter. Mikael har en ekonomiutbildning och en mångårig erfarenhet av att arbeta med bolagsutveckling samt seniorkonsult inom upphandling av IT-system och IT-arkitektur.

Av skriftlig inhämtade uppgifter framgår att verksamheten genomgår ett förändringsarbete på grund av ett nytt LOV-avtal som inneburit ett ökat antal brukare och större upptagningsområden. Roller och ansvarsuppdelning i organisationen är under uppbyggnad då verksamheten inte har haft möjlighet att förutse effekter av förändrat LOV-avtal. Rollen som enhetschef kommer att annonseras inom kort.

Vidare består verksamheten av två nya roller, medarbetare som utgör chefsstöd varav den ena ansvarar för stöd vid anställning, medarbetare och kvalitetsarbete. Det andra chefstödet ansvarar digitala system samt debitering av matlådor.

Det finns två samordnare i verksamheten som ansvarar för att ta emot beställningar, planera insatser, hantera bemanning och agera som personalresurs vid frånvaro. Verksamheten har 24 tillsvidareanställda med befattningar så som undersköterska och vårdbiträden. Korttidsfrånvaron i verksamheten för 2024 ligger på 7%, långtidsfrånvaro på 2% och avseende personalomsättning beskrivs att en medarbetare under året har slutat. Av skriftligt inkomna personalscheman för perioden 2024-09-01 till 2024-09-15, kan avläsas att dessa är upprättade men hänsyn till dygns -och veckovila i enlighet med arbetstidslagen.

Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamheten enligt SOSFS 2011:9. I nuläget genomgår verksamheten ett förändringsarbete där tidigare system byts ut till ledningssystem som är bättre lämpat för nuvarande storlek på organisationen. Ledningssystemet är uppbyggt efter SOFS 2014:5 och ISO 9001 med exempelvis ärendehantering, riskbedömning och årshjul. Skriftliga rutiner finns för social dokumentation, kontaktperson, avvikelsehantering, synpunkter och klagomål, riskbedömning, genomförandeplaner. Samtliga rutiner finns tillgängligt för medarbetarna under arbetstid, digitalt och i fysiska pärmar. Rutiner revideras två gånger per år, nya rutiner tillkommer i samband med att förbättringsåtgärder utförs så som vid analys av risker och avvikelser.

Alla brukare har kontaktpersoner och en upprättad genomförandeplan. Vid stickkontroll av genomförandeplaner inför uppföljningsmötet, kan konstateras att genomförandeplanen är delade med myndighet och dess innehåll är beskrivet i enlighet med avtal (SUN 2023–135).

Verksamhetsuppföljning

Under uppföljningsmötet nämner ledningen att det senaste året har varit utmanande, och att verksamheten har behövt öka sin rekrytering och omfattning kraftigt. Det pågår ett förändringsarbete som fokuserar på kvalitet och omstrukturering av roller och ansvar. Verksamhetsansvarig har tagit över ansvaret som både verksamhetschef och enhetschef sedan maj 2024, efter att den tidigare chefen slutade. Ledningen planerar att slutföra förändringsarbetet innan den nya enhetschefen tillträder, för att skapa bättre förutsättningar för tjänsten. De beskriver även att de har infört stödfunktioner som kan utgöra chefstöd, detta med ansvarsområden så som medarbetarsamtal, personalfrågor och personalvård.

Ledningen har uppmärksammat att den nuvarande personalen inte har tillräcklig kompetens för att möta de ställda kraven. Samtliga medarbetare har individuella utvecklingsplaner, ledningen påpekar att dessa behöver ses över, särskilt med tanke på den snabba utökningen av personalstyrkan under våren. Planerna ska justeras för att successivt höja både verksamhetens kompetens och kvalitet. Ledningen hoppas kunna använda statsbidrag för att utbilda den befintliga personalen, så att de kan uppfylla de krav som ställs enligt LOV-avtalet.

Förbättringsområden för verksamheten framförs vara språk, dokumentation och avvikelsehantering. Ledningen beskriver att en utbildning för avvikelsehantering är planerad att genomföras under hösten. Under utbildningen ska personalen få öva på att upprätta avvikelser baserat på fiktiva, men realistiska scenarier. Ledningen har beslutat att skapa en lathund som utifrån de språkliga utmaningar medarbetarna möter, särskilt inom social dokumentation. Lathunden kommer att innehålla exempel på synonymer och ord som är mer lämpliga att använda i dokumentationen.

Det framkommer att nio avvikelser har upprättats under året samt tre klagomål. De avvikelser som har upprättats inom verksamheten är främst relaterade till missförstånd vid bemanning, uteblivna besök, oprofessionellt bemötande från personal och bristande insatser. Dessa har lett till att brukare fått sina besök försenade eller tvingats ta hjälp av anhöriga. Åtgärder som förbättrade rutiner, samtal med berörd personal och brukare samt klargörande om ansvar vid uteblivna insatser har vidtagits för att undvika framtida problem. En incident med en personal som inte utfört insatser enligt planering kunde inte åtgärdas omedelbart eftersom personen var sjukskriven, men är fortfarande under uppföljning

Inkomna synpunkter och klagomål är främst från anhöriga kring missnöje med tidpunkter för besök, utförande av insatser och uteblivna insatser. Åtgärder som samtal med anhöriga, tydliggörande av insatskommentarer, information om händelserna till medarbetare och upprättande av nya genomförandeplaner har vidtagits. Vidare har personalen informerats om vikten av korrekt utförande och bemötande, särskilt vid demenssjukdom. Ledningen framför att det i samtliga fall har hållits dialog med berörda,

åtgärder har genomförts för att förbättra situationen och säkerställa att brukarnas behov och önskemål tas i beaktning på korrekt sätt.

Det framgår att brukarna inte har en specifik kontaktperson, men att brukarna har fått information om möjligheten att vända sig till någon av de personer som ingår i arbetslaget eller till arbetslagets gruppledare. För närvarande finns det en fast omsorgskontakt som är undersköterskor i alla enheter, förutom en. Ledningens förklaring till detta handlar om brukarnas personliga önskemål samt behovet av körkort. En av medarbetarna i den aktuella gruppen utbildar sig till undersköterska parallellt med arbetet, och för tillfället är en omsorgskontakt från en annan arbetsgrupp utsedd att ta ansvar för omsorgen.

Av ledningen framgår att verksamheten har en intern chattgrupp på sina privata telefoner. I denna lyfter medarbetarna eventuella frågor, problemställningar och diskuterar lösningar tillsammans. Nya eller reviderade rutiner förmedlas till medarbetarna via denna chatt. Det framgår att verksamheten för närvarande och sedan våren inte haft några forum för möten, så som APT, med sina anställda. Ledningen beskriver att den typ av mötesforum som för närvarande äger rum, är arbetsgruppernas dagliga överrapportering. Arbetet med att etablera forum för personalgrupper, APT och kvalitetsfrågor pågår. Ledningen framför åter igen att vår och sommar främst handlat om att ”släcka bränder” och hantera att verksamheten löper på så att arbetsmiljön av personal upplevs som bra och brukarna får sitt stöd. Verksamheten saknar separat mötesforum för kvalitet- och utvecklingsfrågor, ledningen framför att en kvalitetsgrupp planeras tas fram för att säkerställa verksamhetens förbättringsarbete.

Samlad bedömning

Socialförvaltningen kan efter genomförd uppföljning konstatera att kvalitetsarbete för verksamheten har fått stå tillbaka till följd av det ökade antalet brukare, resultat är att verksamheten saknat forum och arbetssätt för kvalitetsarbete samt arbetsplatskommunikation, exempelvis APT. Tillsättandet av roller och deras ansvarsområden i verksamheten är under arbete, likaså en inventering av personalens kompetens då ledningen själva bedömer att personalen inte har den kompetens som krävs. Förvaltningen bedömer att ovanstående identifierade brister riskerar att påverka verksamhetens kvalitet samt möjlighet att kontrollera, följa upp och utvärdera denna.

Verksamheten har själva, efter genomförd uppföljning, inkommit med en skrivelse om de åtgärder de planerar vidta under november och december - vilket socialförvaltningen anser positivt. Detta tyder på att verksamheten är medvetna om utvecklingsområden samt har för avsikt att förbättra dessa.

Utifrån de brister som identifierats enligt ovan görs bedömningen att Ankarets hemtjänst inte blir godkända i 2024 års kvalitéts- och verksamhetsuppföljning. Socialförvaltningen ser att verksamheten vidtar följande åtgärder:

- Säkerställa arbetssätt inom verksamheten för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten *(krav).*
- Säkerställa att samtlig personal har erforderlig kompetens (*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 2023–135).