Datum
2024-10-21

Diarienummer
SON/2024/0440/739

Upprättad av
Nathalie Eriksson, Tf. Verksamhetsutvecklare

Version
xxx

Kvalitets- och verksamhetsuppföljning, CL service, 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

2024-09-24: 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.

2024-10-18: Stickprov av genomförandeplaner i verksamhetssystem.

2024-10-21: Fysiskt möte i CL services kontor i Nynäshamn: Närvarande vid mötet från verksamheten var ägare och verksamhetschef Charlotta Lindgren, gruppchef Therese Häll och samordnarna Andreas Thorsson och Minna Mattila. 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 brukare för CL service. I mars låg den beställda tiden på 3 743 timmar per månad, medan den i augusti hade stigit till 6 188 timmar per månad.

Verksamhetsöversikt

Av kvalitets- och verksamhetsuppföljningen framkommer CL service för närvarande har 160 brukare. Ägare och verksamhetschef Charlotta Lindgren är utbildad undersköterska och har även genomgått en nationell ledarskapsutbildning samt utbildning i sociologi. Verksamhetschefen ansvarar för arbetsmiljö, personalfrågor, samverkan med olika aktörer och kvalitetssäkring enligt gällande lagar och regler. Verksamheten har även en gruppchef och två samordnare.

Vidare består arbetsgruppen av 25 tillsvidareanställda, majoriteten av dessa är undersköterskor, andra befattningar är vårdbiträden och servicearbetare. Vid rekrytering söks i första hand undersköterskor, verksamheten tar även hänsyn till personliga egenskaper och erfarenhet. Samtlig personal upplevs av ledning ha tillräckligt med kompetens för arbetet.

Korttidsfrånvaro bland personal ligger på 4,65% och långtidsfrånvaro 1%. Personalomsättningen har varit hög då personalstyrkan behövt utökas med 100% från februari i år, under 2024 har två medarbetare slutat. Verksamheten har rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete och riskbedömningar. Av skriftligt inkomna personalscheman mellan 2024-09-01 och 2024-09-15, kan brister konstateras i enstaka arbetsscheman, bristerna avser bland annat schemaläggning med för kort dygns- eller veckovila.

Av skriftligt inhämtade uppgifter inför mötet framkommer att verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamheten enligt SOSFS 2011:9. Skriftliga rutiner finns för social dokumentation, kontaktperson, avvikelsehantering, synpunkter och klagomål, genomförandeplaner samt egenkontroll. Samtliga rutiner finns tillgängligt för medarbetarna under arbetstid, digitalt och i fysiska pärmar. Rutiner revideras löpande.

Aktuella genomförandeplaner är för närvarande på ca 85 % men beräknas nå 100% till kommande vecka. Detta bekräftas via stickkontroll i verksamhetssystem, majoriteten av genomförandeplanerna är delade med myndighet och uppdaterade efter senaste beslut. Genomförandeplanens innehåll är beskrivet i enlighet med avtal (SUN 2023–135).

Majoriteten av brukarna har en kontaktperson, vissa enstaka brukare med serviceinsatser kvarstår att få detta. Alla brukare har en fast omsorgskontakt, men inte alla av dessa är utbildade undersköterskor.

Verksamhetsuppföljning

Under uppföljningsmötet framkommer det från ledningen att våren och sommaren har varit utmanande. Från och med februari 2024 har ett stort behov av rekrytering uppstått på

grund av den snabba ökningen av antalet brukare. Ledningen berättar att de själva tidvis behövt arbetat direkt med brukarna tills rekryteringen var genomförd. Ledningen framhåller en stolthet över både verksamheten och de engagerade medarbetarna, som har lärt sig mycket under året och tagit sig igenom årets utmaningar utan större avvikelser. Verksamheten har nu efter sommaren stabiliserats och ledningen ser fram emot att arbeta mer med kvalitetsarbetet, som fått vänta under vår och sommar. Verksamheten har en årsplan för kvalitetsarbete, efter sommaren har mycket arbete lagts på genomförandeplaner, att uppdatera och dela dessa med myndighet.

Social dokumentation och avvikelsehantering framförs vara ett ständigt utvecklingsområde. De beskriver avseende avvikelser att frågor från medarbetarna är väldigt varierade och handlar både om ”vad en avvikelse är samt varför och hur dessa ska skrivas”. Ledningen framför även att de ständigt behöver förmedla till medarbetarna att upprättandet av avvikelser inte nödvändigtvis handlar om att de själva har gjort fel, utan att det kan bero på brister relaterade till exempelvis verksamheten, arbetsbelastning eller liknande faktorer. Under kommande APT ska ny genomgång kring avvikelsehantering och hur dessa, enligt ny rutin, upprättas via Lifecares avvikelsemodul. En länk direkt till Lifecares avvikelsemodul har lagts in i alla arbetstelefoner.

Under året har fem stycken avvikelser upprättats och en synpunkt inkommit. Ledningen framför att majoriteten av avvikelserna initialt är upprättade av trygghetslarmet, dessa avser att trygghetslarmet behövt åka till brukare trots att personal från verksamheten varit hos brukarna. Avvikelserna är hanterade efter rutin. Utifrån inkommen synpunkt kring tillgänglighet, finns ett pågående arbete med att effektivisera kontaktvägarna för brukare och anhöriga att nå sin kontaktperson.

Ledningen upplever att verksamheten har en god möteskultur. Arbetsplatsträffarna, som äger rum gång i månaden, fokuserar på klagomål och synpunkter, avvikelsehantering och upprättade avvikelser, handlingsplaner samt eventuella revideringar i rutiner. Dessutom har personalen månatliga kundmöten för respektive geografiskt arbetsområden, stad och land, där de tar upp mer kundrelaterade ärenden, social dokumentation och går igenom eventuellt upprättade avvikelser. Årsplan och resultat från egenkontroller behandlas tillsammans med anställda under planeringsdag en gång per år.

Samlad bedömning

Socialförvaltningen anser att verksamheten är medveten om utvecklingsområden så som tillgänglighet till kontaktperson, kontaktperson till samtliga brukare, social dokumentation och avvikelsehantering 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 verksamhetutvecklare.

Följdfrågor har ställts till verksamheten kring inkomna personalscheman och följsamhet till arbetstidslagen, en fråga har inte besvarats trots påminnelse från socialförvaltningen. Frågetecken kvarstår kring varför inte lagen följts.

Utifrån de brister som identifierats under uppföljningen görs bedömningen att CL service inte blir godkända i 2024 års kvalitets- och verksamhetsuppföljning. Socialförvaltningen ser att verksamheten vidtar följande åtgärder:

- Säkerställa följsamhet till arbetstidslagen (*Krav*)
- Säkerställa att samtliga fasta omsorgskontakter är undersköterskor (*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).