



08

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-08-27

Uppföljning av privata utförare inom hem- tjänst - 1:a hemtjänstkompaniet

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.

Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör

Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla utförare av hemtjänst följs upp årligen. Uppföljningen av privata utförare som har ramavtal med staden utförs av stadsdelsförvaltningarna på uppdrag av äldreutskottet, som ansvarar för avtalen. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av 1:a hemtjänstkompaniet. Verksamheten riktar sig främst till personer boendes i Hässelby/Vällingby. Av deras 65 kunder är 56 boende i Hässelby/Vällingby. Ett visst förbättringsarbete gällande verksamhetens arbete med egenkontroller krävs för att verksamheten ska leva upp till samtliga krav som ställts. På förvaltningens begäran har utföraren lämnat in en åtgärdsplan som beskriver hur bristerna ska avhjälpas. Förvaltningen bedömer att planen är tillräcklig för att säkerställa att bristerna åtgärdas.

Bilagor

1. Mall för uppföljning (arbetsmaterial)
2. Åtgärdsplan

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

Ärendet

Alla verksamheter inom vård- och omsorgsboende, hemtjänst, ledsagning och avlösning som är belägna inom stadsdelsområdet och verksamheter som staden har ramavtal med ska följas upp årligen. Syftet är att få kunskap om enheternas styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden. Uppföljningarna sker utifrån den mall som äldreförvaltningen har tagit fram. Mallen styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över hela staden. Mallen för 2015 är reviderad och högre krav ställs på att verksamheterna kan uppvisa dokumentation på att de arbetar utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

När det gäller privata utförare som staden har ramavtal med är det en avtalsuppföljning, som utförs av stadsdelsförvaltningarna på uppdrag av äldrenämnden. Eftersom äldrenämnden är ansvarig för stadsdelsnämndernas uppföljningar och åtgärdsplaner, är ärendet enbart för kännedom.

Resultatet av alla uppföljningar rapporteras till äldrenämnden och sammanställs i en rapport till kommunfullmäktige vartannat år. Verksamhetsuppföljningarna publiceras även på ”jämför service” på Stockholms stads hemsida.

Förvaltningen genomförde en uppföljning av 1:a hemtjänstkompaniet den 10 juni 2015. Från utföraren deltog verksamhetschef och enhetschef. Uppföljningen genomfördes i form av intervju, observationer samt dokumentgranskning. Verksamheten riktar sig främst till personer boendes i Hässelby/Vällingby. Av deras 65 kunder är 56 boende i Hässelby/Vällingby.

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Rutin för egenkontroll behöver utvecklas genom att tydligare redogöra för vilken egenkontroll som genomförts, hur ofta och i vilken omfattning det har skett samt resultat av den egna kontrollen.

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning
Avdelningen för äldre
och funktionsnedsatta

Hässelby Torg 20-22
Box 3424
165 23 Hässelby
Växel 08-508 04 000
hasselby-vallingby@stockholm.se
stockholm.se

Brister från föregående år:

Föregående års brister gällande ledningssystem och social dokumentation var vid årets uppföljning åtgärdade och en rutin för kontaktmannaskap var upprättad. Verksamheten hade även upprättat rutiner för sina egenkontroller, men det finns fortfarande behov av

utveckling så att det framgår av de egenkontroller som genomförts, hur ofta och i vilken omfattning det har skett samt resultat av den egna kontrollen

Förvaltningen har därför begärt att utföraren utarbetar en åtgärdsplan som visar hur man arbetar för att komma tillrätta med bristerna. En åtgärdsplan har lämnats in i tid. Planen beskriver vad som åtgärdats inom samtliga utvecklingsområden. Uppföljning för att säkerställa att bristerna blivit åtgärdade kommer ske under året.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen föreslår att stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.

Hemtjänstenhet: 1:a Hemtjänstkompaniet AB - Hässelby-Vällingby

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Avtalspart/Nämnd:

1:a Hemtjänstkompaniet

Verksamhetschef/enhetschef:

Hanna Lindgren

Adress:

grimstagatan 217 162 58 Vällingby

Telefon:

08-38 04 90

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

65

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	56
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	9
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte, verksamhetscontroller

Datum för uppföljningen:

Den 10 juni 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Hannah Lindgren verksamhetschef och Pernilla Hellström, verksamhetsledare

Metod för uppföljningen:

Intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal, lagar och föreskrifter. Verksamheten behöver dock utveckla sitt arbete med egenkontroller.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Inom fyra månader: Rutin för egenkontroll behöver utvecklas genom att tydligare redogöra för vilken egenkontroll som genomförts, hur ofta och i vilken omfattning det har skett samt resultat av den egna kontrollen.

Återkoppling föregående års uppföljning:**Återkoppling av föregående års uppföljning.****Sammanfattning:**

Föregående års brister gällande ledningssystem och social dokumentation var vid årets uppföljning åtgärdade och en rutin för kontaktmannaskap var upprättad. Verksamheten hade även upprättat rutiner för sina egenkontroller, men det finns fortfarande behov av utveckling så att det framgår av de egenkontroller som genomförts, hur ofta och i vilken omfattning det har skett samt resultat av den egna kontrollen

Ekonomi och administration:

☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov

☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:**Ledning:****Ansvarig daglig drift:**

☒ Ansvarig för den dagliga driften överensstämmer med aktuellt tillstånd (avser endast verksamhet i privat regi)

Samtlig personal:**Svenska språket:**

- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i skrift, enligt utföraren

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- ☒ Dennes (personalens) namn och foto
- ☒ Utförarens namn

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler):

13,6

Andel timanställd omsorgspersonal, enligt utföraren, angivet i procent (inga decimaler):

16

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform) enligt utföraren:

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 70 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 60 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

☐ Minst 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

☐ Under 50 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalkontinuitet:

Antal omsorgspersonal som arbetat hos ett urval av kunder/brukare enligt föregående månads tidrapport:

Beviljat antal timmar:

1-9 h

1

10-25 h

12

26-49 h

18

50-80 h

10

81-119 h

19

120-199 h

30

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Ovanstående uppgifter exklusive personalkontinuitet, är inhämtade muntligen från verksamhetschef

Processer och förankring:

	Finns (3p)	Finns, men behöver utvecklas (2p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
Verksamhetens väsentliga processer är identifierade	☒	☐	☐	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☐	☒	☐	☐	☐
Ledningssystemet är känt hos personalen	☐	☒	☐	☐	☐

Eventuell kommentar avseende ledningssystem

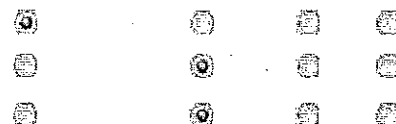
Samverkan:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Interna samverkanspartners är identifierade	☒	☐	☐	☐
Externa samverkanspartners är identifierade	☐	☐	☐	☐

Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas

inom den egna verksamheten (internt)

Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)



Samverkan har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende samverkan

Risikanalys:

	<i>Finns, men utvecklas</i> (3 p)	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (0 p)
Verksamhetens riskområden är identifierade	☐	☐	☐	☐
Rutiner för riskanalys är utarbetade	☐	☐	☐	☐
I riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens	☐	☐	☐	☐
Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras	☐	☐	☐	☐

Risikanalys har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Avvikelsehantering:

*Finns, men
behöver*

	<i>Finns (3 p)</i>	<i>utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>
Rutiner för anmälan av Lex Sarah finns	☒		☐	☐
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒		☐	☐
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	☒		☐	☐
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	☒		☐	☐

Avvikelsehantering har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende avvikelsehantering**Egenkontroll:**

	<i>Finns, men Finnsbehöver utvecklas (3 p)</i>	<i>(2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>
Rutiner för egenkontroll finns	☒		☐	☐
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	☒		☐	☐
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	☒		☐	☐

Egenkontroll har redovisat:

☒ **Godkänd nivå**, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende egenkontroll

Rutin för egenkontroll behöver utvecklas genom att tydligare redogöra för vilken egenkontroll som genomförts, hur ofta och i vilken omfattning det har skett samt resultat av den egna kontrollen.

Rutiner/dokument finns för:

*Finns, men
behöver*

Godkänd nivå,
dvs minst 2 poäng

	Finns (3 p)	utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐	☐	☐
Personalens kompetensutveckling	☐	☒	☐	☐	☐
Introduktion för nyanställd personal	☒	☐	☐	☐	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐	☐	☐
Hantering av nycklar/motsvarande till den boendes egen dörr	☒	☐	☐	☐	☐
Uppföljning av underleverantörer	☐	☐	☐	☒	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☐	☐	☒	☐	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐	☐	☐
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☒	☐	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

Uppföljning enligt Egenkontrollen:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, <u>enligt egenkontrollen</u>	☐	☐	☐	☐

Dokumentationsförvaring:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☐	☐	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats (ej obligatoriskt):

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav	☐	☐	☐	☐
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	☐	☐	☐	☐

Dokumentation har redovisat:☒ Godkänd dokumentation och förvaring, SoL**Andel brukare/kunder som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (*inga decimaler*):**

16

Brukare/kunder från Stockholms stad:☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället**Eventuell kommentar avseende dokumentation:****Övergripande kvalitetssäkring:**☒ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns**Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:**

2015-06-29

Åtgärdsplan

Verksamhetsuppföljning Hässelby-Vällingby STDF

Hemtjänst-
kompaniet

Inledning: Hässelby/Vällingby stadsdelsförvaltning genomförde den 10e juni verksamhetsuppföljning hos oss på Hemtjänstkompaniet. Vid uppföljningen konstaterades att vi avviker från gällande lagar och föreskrifter vad gäller våra egenkontroller. "Rutin för egenkontroll behöver utvecklas genom att tydligare redogöra för vilken egenkontroll som genomförts, hur och i vilken omfattning det har skett samt resultat av den egna egenkontrollen." Med anledning av ovanstående begär förvaltningen in en åtgärdsplan där det skall framgå hur bristerna kommer att vara åtgärdade inom 4 månader från dags datum 2015-06-22. Åtgärdsplanen skall vara förvaltningen till handa senast den 29 juni 2015.

Kommentarer: Jag håller med om att vårt kvalitetsledningssystem bör ses över och i synnerhet egenkontrollen. Jag tycker dock att man borde ha nämnt den egenkontroll vi i dagsläget har genomfört, omfattning samt resultatet av denne. Nuvarande egenkontroll har i vissa delar fått fin kritik från bland annat Maria Wiklund kvalitetsutvecklare Solna Stad.

Åtgärder: Vi kommer att gå igenom hela vårt ledningssystem för kvalitet'.

1. Samla alla chefer i bolaget med syfte att lyfta vårt ledningssystem för kvalitet. 20150925
 - Genomgång av SOSFS 2011:9.
 - Grupparbete kring förbättringar av ledningssystemet.
 - Analys och slutsatser
2. Hannah går igenom resultat från analys och slutsatser och påbörjar arbetet kring revision ledningssystem för kvalitet. 20151005
3. Hannah författar utkast. 20151020
4. Representanter från medarbetare ger synpunkter på utkast. 20151105
5. Beslut kring reviderat ledningssystem tas. 20151115
6. Information kring systemet till alla chefer. 20151130
7. Implementering i arbetsgrupperna 20151130
8. Uppföljning kvartalsvis
9. Utvärdering och analys på stora ledningsgrupp 20160201
10. Eventuella förbättringsåtgärder, lokal rutiner?

Utkast egenkontroll delges förvaltningen senast den 22 oktober 2015. Under det pågående arbetet att revidera egenkontrollsystemet kommer vi naturligtvis att fortsatt arbeta med de egenkontroller vi i dagsläget har vad gäller, mat, delegering, socialdokumentation, kontinuitet, organisation etc.

Hannah Lindgren

Verksamhetschef