

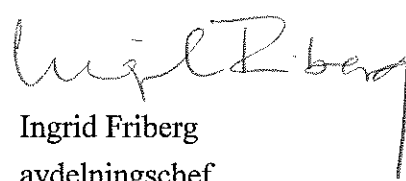
06

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2016-03-10

Uppföljning av hemtjänst som drivs i egen regi – Hässelby hemtjänst

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. När det gäller verksamheter i egen regi ansvarar stadsdelsnämnden för uppföljningen. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Hässelby hemtjänst som drivs i egen regi. Hässelby hemtjänst är beläget i centrala Hässelby gård. Verksamheten har 350 kunder som alla är bosatta i Hässelby.

Ett förbättringsarbete gällande ledningssystemet krävs för att verksamheten ska leva upp till samtliga krav som ställts. Verksamhetscontroller kommer under april 2016 följa upp att bristerna åtgärdats. 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 beställaravdelningen för äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

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 verksamheter i egen regi är det stadsdelsnämnderna som ansvarar för uppföljningarna. 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 Hässelby hemtjänst den 11 december 2015. Verksamheten drivs i egen regi. Från utföraren deltog verksamhetschef. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation. Verksamheten har 350 kunder som alla är bosatta i Hässelby.

Kvarstående brister från föregående år:

- En övergripande riskanalys samt rutiner för detta behöver upprättas
- Rutiner för verksamhetens egenkontroller behöver upprättas
- En övergripande kompetensutvecklingsplan behöver upprättas

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 hur bristerna ska åtgärdas inom samtliga utvecklingsområden. Uppföljning för att säkerställa att bristerna blivit åtgärdade kommer ske under april 2016

Förvaltningens synpunkter och förslag

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

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning
Beställarenheten för äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri

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



Stockholms
stad

Hemtjänstenhet: Hässelby hemtjänst

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Avtalspart/Nämnd:

Hässelby-Vällingby

Verksamhetschef/enhetschef:

Mikkades Cllgn

Adress:

Hässelby torg 10
165 55 Hässelby

Telefon:

08-50805096

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

350

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	350
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson verksamhetscontroller

Datum för uppföljningen:

Den 11 december 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Enhetschef Mukkades Cilgin

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 till viss del har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter.
Verksamheten behöver dock upprätta rutiner för riskanalyser samt egenkontroller.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Följande brister behöver åtgärdas:
- En övergripande riskanalys samt rutiner för detta behöver upprättas
- Rutiner för verksamhetens egenkontroller behöver upprättas
- En övergripande kompetensutvecklingsplan behöver upprättas
För de brister som påtalats, har verksamheten lämnat in en åtgärdsplan. Detta kommer följas upp under april 2016.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Kvarstående brister från föregående år:
- En övergripande riskanalys samt rutiner för detta behöver upprättas
- Rutiner för verksamhetens egenkontroller behöver upprättas
- En övergripande kompetensutvecklingsplan behöver upprättas

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*):

45

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

10

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

10-25 h

26-49 h

50-80 h

81-119 h

120-199 h

1
3
17
22
29
32

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Ovanstående uppgifter exklusive personalkontinuitet, är inhämtade muntligen från utföraren

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

Börjat arbetet med att indentifiera väsentliga processer

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

Risikanalyt:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (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	☒	☐	☐	☐

Risikanalyt har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Verksamheten behöver utveckla sitt arbete med övergripande riskanalyser samt upprätta rutin för detta.

Avvikelsehantering:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
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 avvikelshantering

--

Egenkontroll:

	Finns, men Finns behöver utvecklas (3 p)	(2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
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

Verksamheten behöver upprätta rutiner för egenkontroller
--

Rutiner/dokument finns för:

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)	Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng
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/informationsoverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐	☐	☒
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐	☐	☒
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☒	☐	☐	☐	☒

Eventuella kommentarer avseende rutiner/ dokument

Enligt utföraren hanterar de ej privata medel.
En övergripande kompetensutvecklingsplan saknas.

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, enligt egenkontrollen	☒	☐	☐	☐

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):

Brukare/kunder från Stockholms stad:

☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Av dokumentationen som granskas finns genomförandeplaner som uppfyller ställda krav. Den löpande dokumentationen är dock knapp. Utföraren behöver upprätta rutin för att säkerställa att den löpande dokumentationen förs regelbundet. Utföraren behöver även göra egenkontroller på den sociala dokumentationen.
Information om godkända genomförandeplaner är inhämtade muntligen från utföraren

Övergripande kvalitetssäkring:

- ☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)
- ☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Hässelby hemtjänst
Åtgärdsplan för verksamhetsuppföljning 2015
Ansvarig chef: Mukades Cilgin

Åtgärder	Aktiviteter	Datum för påbörjad aktivitet	Datum för avslutad
Rutiner för verksamhetens egenkontroller behöver upprättas	En genomgång av verksamhetens egenkontroll ska göras och rutiner för uppföljning ska upprättas.	Januari 2016	April 2016
En övergripande kompetensutvecklingsplan för samtlig personal.	Kartläggning av personalens kompetens i verksamheten ska upprättas.	Januari 2016	April 2016
En övergripande risk analys samt rutiner för detta.	Kartläggning av risk områden i verksamheten och rutiner för uppföljning ska upprättas.	Januari 2016	April 2016
Rutiner för rapportering av förändrat behov upprättas	Tillsammans med Vällingby hemtjänst och i samverkan med beställarenheten upprättas en rutin och ett formulär tas fram för rapportering av förändrat behov.	Januari 2016	April 2016
Rutin för intern samverkan upprättas	Tillsammans med Vällingby hemtjänst och på avdelningsnivå upprättas en rutin för intern samverkan.	Januari 2016	April 2016