

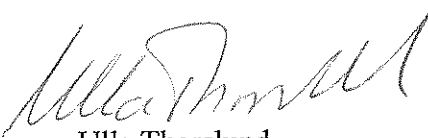
06

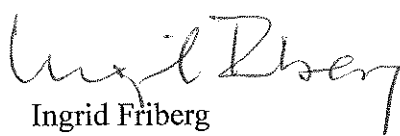
Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2016-09-22

Uppföljning av hemtjänst samt avlösar- och ledsagarservice inom LSS som drivs i enskild regi - Freja assistanstjänst AB

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av upp-
följningen och lägger den till handlingarna.


Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör


Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla utförare av hemtjänst och kundval för boendestöd, avlösar- och ledsagarservice samt LSS-verksamhet följs kontinuerligt upp av staden. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Freja assistans AB.

Verksamheterna uppfyller inte kravet på utbildad personal enligt kontrakt. Detta har rapporterats in till äldreförvaltningen som ansvarar för att begära in en åtgärdsplan och följa upp verksamheten.

Bilagor

1. Mall för uppföljning av hemtjänst (arbetsmaterial)
2. Mall för uppföljning av avlösar- och ledsagarservice (arbetsmaterial)

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för beställare 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.

De företag som ingår i Stockholms stads kundval för boendestöd, avlösar- och ledsagarservice samt LSS-verksamhet följs kontinuerligt upp av staden. Besöket görs av uppföljare från stadsdelsförvaltningen eller från Socialförvaltningen utifrån en mall som tagits fram av Socialförvaltningen.

Mallen från Äldreförvaltningen för 2016 är reviderad och verksamheterna behöver visa dokumentation på att egenkontroller är genomförda enligt rutin. För hemtjänstutförarna gäller även att de ska uppvisa dokumentation på att deras omvårdnadspersonal har adekvat utbildning. Om det visar sig att nivån ligger under 50 %, meddelas äldreförvaltningen som ansvarar för fortsatt handläggning.

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

Resultatet av alla uppföljningar rapporteras till Äldrenämnden respektive Socialförvaltningen. Verksamhetsuppföljningarna publiceras även på "jämför service" på Stockholms stads hemsida.

Förvaltningen genomförde en uppföljning av Freja assistanstjänst AB den 23 maj 2016 för insatsen hemtjänst och den 1 augusti för insatsen avlösar- och ledsagarservice. Från utföraren deltog verksamhetschef samt samordnare. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmallar, granskning av rutiner samt dokumentation. Freja assistanstjänst AB riktar sig främst till

personer boendes i Hässelby/Vällingby, av deras 43 hemtjänstkunder kommer 31 från Hässelby-Vällingby. Inom avlösar- och ledsarservice har de 81 kunder varav 53 bor i Hässelby-Vällingby.

Verksamheterna uppfyller inte kravet på utbildad personal enligt kontrakt. Detta har rapporterats in till äldreförvaltningen som ansvarar för att följa upp åtgärdsplanen. Inga andra brister fanns vid årets uppföljning.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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



Stockholms
stad

Hemtjänstenhet: Freja assistanstjänst AB

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Hässelby-Vällingby*

Verksamhetschef/enhetschef:

Freja assistanstjänst AB

Adress:

Viveka Trolles väg 8
165 54 Hässelby

Telefon:

08-389820

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

Antal hemtjänstkunder totalt:

43

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	8
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	31

Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	2
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	2
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	

Metod för uppföljningen:

Besök i hemtjänstlokalen och intervju med ledning och personal.
Granskning av utförarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inklusive rutiner och övriga dokument samt dokumentation enligt socialtjänstlagen.

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson, verksamhetscontroller

Datum för uppföljningen:

Den 23 maj 2016

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Verksamhetschef Leyla Anabestani samt samordnare Diana Bahdjat

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

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Vid en granskning av aktuella betyg av omvårdnadspersonalen framkom att mindre än 50 % adekvat utbildning. Därmed uppfyller verksamheten inte kravet utifrån kontrakt, frågan hanteras av äldreförvaltningen.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:

Ekonomi och administration:

☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ledning:

Ansvarig daglig drift:

☒ Ansvarig för den dagliga driften överensstämmer med aktuell förteckning (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 för- och efternamn, foto samt utförarens namn

Utföraren tillhandahåller:

☒ Arbetskläder

☒ Tvätt av arbetskläder

Eventuella kommentarer avseende ledning och samtlig personal:

Ovanstående uppgifter gällande personal är inhämtade muntligen från utföraren

Antal personal som enbart utför insatser till särskild individ (anhörig/objektanställd):

3

Eventuella kommentarer avseende personal som enbart utför insatser till anhörig/närstående:

Ovanstående uppgift är inhämtad muntligen från utföraren

Antal vårdbiträden/undersköterskor:

15

**Antal vårdbiträden/undersköterskor omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

4,3

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

75

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

- ☐ 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)

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Ovanstående uppgifter exklusive omvårdnadspersonalens kompetens, är inhämtade muntligen från utföraren. Vid en granskning av aktuella betyg av omvårdnadspersonalen framkom att mindre än 50% har adekvat utbildning. Därmed uppfyller verksamheten inte kravet utifrån kontrakt, frågan hanteras av äldreförvaltningen.

Samverkan:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☒	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende samverkan:

Risikanalyt:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för riskanalys finns	☒	☐	☐
Risikanalyt är genomförd enligt rutin	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende riskanalyt:

Avvikelsehantering:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för avvikelsehantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden (Lex Sarah) finns	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

Egenkontroll:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för egenkontroll finns	☒	☐	☐
Egenkontroller är genomförda enligt rutin	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Rutiner/dokument finns för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Information till ny hemtjänstmottagare	☒	☐	☐
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐
Gemensam plan för kompetensutveckling	☒	☐	☐
Introduktion för nyanställd personal	☒	☐	☐

Uppföljning baserad på ett urval av dokumentation som granskats:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav enligt dokumentationsgranskning	☐	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

Sammanfattningen av journalgranskningen kan utvecklas

Dokumentationsförvaring:

☒ All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till den samt skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp

Eventuella kommentarer avseende dokumentationsförvaring:

Tystnadsplikt	☒	☐	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐
Hantering av nycklar/motsvarande till den enskildes bostad	☒	☐	☐
Om den enskilde inte är anträffbar	☒	☐	☐
I händelse av dödsfall	☒	☐	☐
Uppföljning av underleverantörer för natt och larm	☒	☐	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2015:10	☒	☐	☐
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument:

Processer och förankring:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☒	☐	☐
Ledningssystemet är känt hos personalen	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Enligt utföraren är rutinerna implementerade i personalgruppen

Beskrivning av kvalitetsarbete:

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

Eventuella kommentarer avseende övergripande kvalitetssäkring:

Uppföljning baserad på verksamhetens egenkontroll av dokumentationen:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen innehåller de uppgifter som behövs för att ge en god och säker omsorg, enligt egenkontrollen	☒	☐	☐



**Stockholms
stad**

Upphandlande nämnd: Socialnämnden

Enhetens namn: Freja Assistanstjänst AB

Följs upp av: Hässelby-Vällingby

Enhetens adress:

Viveka Trollés gränd 8, 4tr. Hässelby

Företag:

Freja Assistanstjänst AB

Hemsida:

frejaab.se

Ansvarig chef:

Leyla Anabestani

Telefon:

08 - 38 98 20, 070 - 357 98 20

E-post:

leyla.anabestani@frejaab.se

Följs verksamheten upp i år?

☒ Ja

☐ Nej

Om nej: Ange anledning till varför verksamheten inte har följts upp. Gå därefter till sista sidan i webbenkäten för att slutregistrera ert svar.

Datum för uppföljningen (ÅÅMMDD):

160801

Uppföljningen utförd av:

Anna Stolpe, utvecklingssekreterare

Medverkande från utföraren:

Leyla Anabestani, verksamhetschef

Metod för uppföljning:

☒ Platsbesök med intervju

☐ Annat

Om annat: Ange vilken annan metod som har använts:

Samlad bedömning av uppföljningen:

☒ Utföraren bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal

☐ Utföraren bedriver till största del verksamhet i enlighet med gällande avtal, men det finns behov av viss utveckling

☐ Utföraren bedriver inte verksamhet i enlighet med gällande avtal

Följande avvikelser kräver åtgärd:

--

Avvikelserna skall vara åtgärdade senast (ÅÅMMDD):

--

Kommentarer kring samlad bedömning:

Den samlade bedömningen utifrån denna uppföljning är att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter.

Utföraren kan utveckla journalanteckningar genom att tydligare beskriva hur man arbetar mot målen.

Antal brukare i verksamheten vid uppföljningstillfället per stadsdelsförvaltning:

	Antal
Bromma	15
Enskede-Årsta-Vantör	0
Farsta	3
Hägersten-Liljeholmen	0
Hässelby-Vällingby	53
Kungsholmen	0
Norrmalm	3
Rinkeby-Kista	3
Skarpnäck	0
Skärholmen	0
Spånga-Tensta	4
Södermalm	0
Älvsjö	0
Östermalm	0
TOTALT	81

Ekonomi och administration:

- ☒ Utföraren är uppkopplad till stadens Paraplysystem
- ☒ Det finns skriftlig rutin för utförarrapportering
- ☒ Fakturor kan verifieras
- ☒ Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändrat behov hos brukaren
- ☒ Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändringar i verksamheten
- ☒ Bemannad telefon finns alla vardagar mellan 9-11.30 för bokning/avbokning

Kommentarer kring ekonomi och administration:

Telefonen är kopplad utanför kontorstid och bemannad dygnet runt.

Ansvarig chef:

- ☒ Ansvarig chef har adekvat högskoleutbildning, t ex sociala omsorgslinjen, socionomexamen eller paramedicinsk utbildning
- ☒ Ansvarig chef har lägst tre års sammanlagd yrkeserfarenhet av målgruppen på heltid, förvärvad efter år 2008

Del av heltidsarbetstid, uttryckt i procent, som ansvarig chef arbetar för enheten (ange med 2 decimaler):

25

Utbildning personal:

- ☒ All personal behärskar svenska språket i tal
- ☒ All personal behärskar svenska språket i skrift
- ☐ Det finns plan för personalens kompetensutveckling
- ☒ Det finns skriftlig rutin för introduktion av nyanställda
- ☒ Det finns skriftlig rutin med information om tystnadsplikt

Antal anställda på enheten:

65

Antal helårsanställningar:

0

Antal tillsvidareanställda:

0

Kommentarer kring ledning och personal:

Det finns ingen skriftlig plan för hur personalen ska få kompetensutbildning. Det är en utmaning för enheten att kompetensutbilda personalen eftersom alla är timanställda och arbetar få timmar per månad. De flesta har andra anställningar exempelvis inom skola och omsorg, där de får kompetensutbildning. De flesta har arbetet som avlösrare eller ledsagare som extrajobb.

Dokumentation:

- ☒ Dokumentation förvaras på ett betryggande sätt, dvs inlåst i brandsäkert skåp och/eller på säker server
- ☒ Genomförandeplan finns för samtliga brukare enligt utförare
- ☒ Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar i upprättande av genomförandeplanen enligt utförare
- ☒ Samtliga genomförandeplaner följs upp minst 1 gång per år enligt utförare

Antal brukares dokumentation som kontrollerats vid uppföljningen:

5

Genomförandeplaner:

- ☒ Genomförandeplaner innehåller mål och eventuella delmål
- ☒ Genomförandeplaner tydliggör vad som skall göras
- ☒ Genomförandeplaner tydliggör hur det skall göras
- ☒ Genomförandeplaner tydliggör när det skall göras
- ☒ Genomförandeplaner innehåller datum för uppföljning
- ☒ Det framgår hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplaner

Löpande dokumentation:

- ☒ Det finns löpande dokumentation (journalanteckningar)

- ☒ Den löpande dokumentationen innehåller information om faktiska omständigheter, händelser av vikt samt måluppfyllelse
- ☒ Den löpande dokumentationen innehåller information om avvikelser från genomförandeplaner

Kommentarer kring dokumentation:

De genomförandeplaner (gfp) som granskades innehöll mål samt vad, hur och när. Det går dock att utveckla gfp med utförligare beskrivningar.

Den löpande dokumentationen görs av personalen på papper som lämnas till kontoret månadsvis. Anteckningar som är viktiga eller gäller avvikelser förs in i journalsystemet av samordnare. Samordnare för även själv in anteckningar kring händelser av vikt samt avvikelser om informationen kommer från annat håll.

Granskning sker av personalens anteckningar. Anteckningarna är korta och innehåller främst information om vilka aktiviteter som genomförts.

Kvalitetsledningssystem:

- ☒ Det finns ett komplett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9
- ☒ Det finns en verksamhets-/kvalitetsberättelse för föregående år

Ledningssystemet omfattar rutiner och processer för:

- ☒ Riskanalys
- ☒ Egenkontroll
- ☒ Avvikelsehantering
- ☒ Klagomål och synpunkter
- ☒ Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- ☒ Barns skydd/orosanmälan (14 kap 1 § SoL)
- ☒ Samverkan
- ☒ Dokumentation enligt SoL/LSS
- ☒ Hot och våld
- ☒ Dödsfall och/eller traumatiska händelser
- ☒ Vikarietäckning från dag 1 vid ordinarie ledsagare/avlösares frånvaro, med undantag av personal med specialistkompetens så som t. ex. teckenspråk
- ☒ Hur enskilda brukares behov av kontinuitet säkerställs
- ☒ Hur den enskildes trygghet säkerställs
- ☒ Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

Verksamheten har:

- ☒ Genomfört riskanalys de senaste 12 månaderna
- ☒ Genomfört egenkontroll de senaste 12 månaderna
- ☐ Tagit emot synpunkter och klagomål de senaste 12 månaderna
- ☐ Rapporterat Lex Sarah de senaste 12 månaderna
- ☐ Anmält Lex Sarah de senaste 12 månaderna
- ☐ Anmält för barns skydd de senaste 12 månaderna

Antal inkomna synpunkter och klagomål de senaste 12 månaderna:

Antal rapporterade Lex Sarah de senaste 12 månaderna:

Antal anmälda Lex Sarah de senaste 12 månaderna:

Antal gånger verksamheten anmält för barns skydd de senaste 12 månaderna:

Kommentarer kring kvalitetsledningssystem:

Verksamheten har genomfört egenkontroll genom att fråga föräldrarna om de insatser som utförs och genom aktgranskning av samtliga akter. I några akter saknades gfp, riskanalys och journalanteckningar. Detta åtgärdades omgående.

Barn:

☒ Det finns registerutdrag ur belastningsregistret för personal som arbetar med barn och som anställts efter 1/1 2011

☐ Inte aktuellt för verksamheten

Kommentarer kring barn:

Verksamheten hanterar brukares egna medel:

☐ Ja

☒ Nej

Verksamheten hanterar nycklar till brukares rum/lägenhet:

☐ Ja

☒ Nej

Verksamhet som hanterar egna medel och/eller nycklar:

☐ Det finns skriftlig rutin för hantering av egna medel

☐ Det finns skriftlig rutin för hantering av nycklar

Kommentarer kring egna medel och nycklar:

Hälso- och sjukvård:

☐ Verksamheten hanterar brukares mediciner

☒ Verksamheten hanterar inte brukares mediciner

Verksamhet som hanterar brukares mediciner:

☐ Det finns skriftlig rutin för delegering och/eller skriftlig dokumentation från HSL-personal i det fall personal stöttar brukare med egenvård

Kommentarer kring hälso- och sjukvård:

Arbetsätt:

☒ Det finns skriftlig rutin för att säkerställa ett gott bemötande

☒ Personal fortbildas kontinuerligt

☒ Det finns skriftliga rutiner och arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar

Beskriv hur personal fortbildas kontinuerligt:

Personalen har utbildas om ADHD 2012, bemötande 2013 samt 2014.

Kommentarer kring arbetssätt:

Brukarundersökningar:

☒ Verksamheten genomför egna brukarundersökningar

☐ Verksamheten har fått eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning

Kommentarer kring brukarinflytande:

Senast verksamheten gjorde en egen brukarenkät var 2014, nu planerar det för en ny enkät till hösten 2016.

Personal har genomgått utbildning i hjärt- och lungräddning:

☒ Ja

☐ Nej

Beskriv hur personal har genomgått utbildning i hjärt- och lungräddning:

Personalen fick utbildning i ABC/HLR 2012.

Kommentarer kring hjärt- och lungräddning:

Personal stöttar brukarna med personlig hygien:

☐ Ja

☒ Nej

Personal som stöttar brukarna med personlig hygien:

☐ Personal har genomgått utbildning i basala hygienrutiner

☐ Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

Antal personal som genomgått utbildning i basala hygienrutiner:

Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial:

☐ Ja

☐ Nej

Kommentarer kring hygien och smittskydd: