Hemtjänstenhet: HSB Omsorg AB - Östermalm

Uppföljande stadsdelsförvaltning*: Östermalm*

Avtalspart/Nämnd:

HSB Omsorg AB-Östermalm

Verksamhetschef/enhetschef:

Annika Borggren

Adress:

Sandelsgatan 16
Stockholm

Telefon:

08-6505332

Verksamhetens regiform:

- ○ Kommunal regi
- ◉ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

98

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	98

Uppföljningen utförd av:

Elenor Gustafsson administrativ sekreterare Östermalm

Datum för uppföljningen:

2015-10-01

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Annika Borggren

Metod för uppföljningen:

Metod för uppföljningen har varit intervju, granskning av ledningssystem, rutiner och social dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen är att enheten uppfyller de krav på ledningssystem, riktlinjer och rutiner som staden ställer på verksamheten.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Samtliga kompletteringar är inkomna.

- Egenkontroll, bör utvecklas

- Rutin för personalens kompetensutveckling saknas.

- Skriftlig beskrivning av enhetens värdegrundsarbete saknas.
Kompletteras senast 2015-10-31

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Kvarstår brister i den sociala dokumentationen.

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:

- [x] All personal behärskar det svenska språket i tal, enligt utföraren
- [x] All personal behärskar det svenska språket i skrift, enligt utföraren

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

- [x] Dennes (personalens) namn och foto
- [x] Utförarens namn

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

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

18,4

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

32

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:

Beviljat antal timmar:	Antal omsorgspersonal som arbetat hos ett urval av kunder/brukare enligt föregående månads tidrapport:
1-9 h	1
10-25 h	1
26-49 h	11
50-80 h	14
81-119 h	12
120-199 h	26

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

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

Riskanalys:

	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	◉	○	○	○

Riskanalys har redovisat:

☑ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

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 avvikelsehantering

Egenkontroll:

	Finns (3 p)	*Finns, men behöver utvecklas (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

Egenkontroll, bör utvecklas
-hur enheten utför egenkontrollen för att säkra kvaliteten.
- att egenkontroll görs med den omfattning och frekvens som krävs.
- hur arbetsuppgifterna angående egenkontrollen är fördelade inom enheten och hur enheten arbetar med de förbättringsområden.

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/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☑	☐	☐	☐	☑
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	☑	☐	☐	☐	☑

Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	☑	☐	☐	☐	☑

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

Rutin för personalens kompetensutveckling 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*):

75

Brukare/kunder från Stockholms stad:

- [ ] Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Enheten behöver arbeta med den löpande dokumentationen, i flertalet ärenden saknas denna. Genomförandeplanerna är tydliga med bra innehåll.

Övergripande kvalitetssäkring:

- [x] Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)
- [x] Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Skriftlig beskrivning av enhetens värdegrundsarbete saknas.

Powered by quicksearch