



07

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-10-22

Uppföljning av privata utförare av hem- tjänst– AB OmsorgsCompagniet i Norden

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 äldre- och funktionsnedsattanämnden, som ansvarar för avtalen. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av OmsorgsCompagniet. Verksamheten har 74 kunder som alla bor 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.

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

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 OmsorgsCompagniet den 8 september 2015. Från utföraren deltog verksamhetschef, samordnare samt vårdbiträde. Uppföljningen genomfördes i form av intervju, observationer samt dokumentgranskning. Verksamheten har 74 kunder som alla bor i Hässelby/Vällingby.

Brister från föregående år:

Föregående år fanns brister i den sociala dokumentationen, bristerna var åtgärdade vid årets uppföljning.

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Verksamheten har godkänd egenkontroll gällande den sociala dokumentationen men det saknas dokumentation på vilka andra egenkontroller som genomförs, 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.

Bilaga 7

Hemtjänstenhet: AB OmsorgsCompagniet i Norden - Västerort**Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby****Avtalspart/Nämnd:**

AB Omsorgscompagniet i Norden - västerort

Verksamhetschef/enhetschef:

Anja Hautamäki

Adress:

Vällingbyvägen 138

Telefon:

08-6495900

Verksamhetens regiform:☐ Kommunal regi☒ Privat regi**Antal brukare/kunder totalt:**

74

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	74
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte verksamhetscontroller

Datum för uppföljningen:

Den 8 september 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Anja verksamhetschef, Ann-Christine Hokkanen vårdbiträde, Anette Larsson Samordnare

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 upprätta rutiner för sina egenkontroller

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Det saknas dokumentation på vissa egenkontroller. Verksamheten har inkommit med en åtgärdsplan som kommer följas upp innan årets slut

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

Föregående års brist var åtgärdad vid årets uppföljning.

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):

22,63

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

25

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

2

10-25 h

14

26-49 h

19

50-80 h

25

81-119 h

27

120-199 h

34

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Ovanstående information exklusive personalkontinuitet har inhämtats 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

Enligt utföraren är rutinerna implementerade hos personalen

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

Risakanalys:

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

<i>Finns (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>

Risakanalys har redovisat:

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

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Avvikelsehantering:

*Finns, men
behöver*

	Finns (3 p)	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, men Finnsbehöver 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

Det saknas dokumentation på vad som ingår i utförarens egenkontroller

Rutiner/dokument finns för:

**Finns, men
behöver**

**Godkänd nivå,
dvs minst 2 poäng**

	<i>Finns (3 p)</i>	<i>utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>	
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

Muntlig information från utföraren att verksamheten saknar underleverantörer

Uppföljning enligt Egenkontrollen:

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

Dokumentationsförvaring:

	<i>Finns (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>
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):

	<i>Finns (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>
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:****Övergripande kvalitetssäkring:**☒ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns**Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:**

Åtgärdsplan 2015-09-24

Efter verksamhetsuppföljning utförd av Hässelby-Vällingby sdf påtalades brister av godkända egenkontroller av annat slag än dokumentationen. Förvaltningen begär in åtgärdsplan där det ska framgå att bristerna kommer att åtgärdas innan årets slut. Åtgärdsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 24/9-2015.

Åtgärder

OmsorgsCompagniet kommer att ha löpande egenkontroller gällande delegering, livsmedelshantering, basala hygienrutiner mm. Egenkontrollerna kommer att göras två gånger per år samt när verksamheten behöver. Upptäcks brister vid egenkontrollerna görs en uppföljning efter två veckor. Kontrollerna kommer att utföras av kvalitetsansvarig och Verksamhetschef. Vi har satt datum då egenkontrollerna kommer att utföras och detta med start 2015-10-05 och sedan löpande.

OmsorgsCompagniet har mallar för dessa egenkontroller och några av dessa har bifogats i mail till Ann-Charlotte Ohlsson. Utifrån dessa mallar görs en sammanställning.

Efter första egenkontroll kommer ett extra kvalitetsmöte hållas där all administrationspersonal inom verksamheten kommer delta. Syftet med detta är att gå igenom hela den administrativa kedjan och se om det finns ytterligare åtgärder som måste till för att förbättra verksamheten.

Med vänliga hälsningar

Camilla Williamsson
Kvalitets - och upphandlingsansvarig
AB OmsorgsCompagniet i Norden

Anja Hautamäki
Verksamhetschef
AB OmsorgsCompagniet i Norden