



Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-11-26

Uppföljning av privata utförare av hemtjänst – Vårdliljan AB

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 funktionsnedsatta-utskottet, som ansvarar för avtalen. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Vårdliljan AB. Verksamheten har 47 kunder, alla bor i Hässelby/Vällingby. Ett visst förbättringsarbete gällande verksamhetens arbete med riskanalyser och 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 Vårdliljan AB den 25 september 2015. Från utföraren deltog verksamhetschef samt gruppchef. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentgranskning. Verksamheten har 47 kunder, alla bor i Hässelby/Vällingby.

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 år fanns vissa brister i den sociala dokumentationen och verksamheten saknade en övergripande utvecklingsplan för personalen. Dessa brister var åtgärdade vid årets uppföljning.

Föregående år fanns även brister gällande verksamhetens arbete med riskanalyser och egenkontroller. Bristerna kvarstod vid årets uppföljning.

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 februari 2016.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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

Bilaga 1.

Hemtjänstenhet: Vårdliljan AB**Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby****Avtalspart/Nämnd:**

Vårdliljan AB hemteam

Verksamhetschef/enhetschef:

Jasmina Roosmark

Adress:

Loviselundsvägen 155 16570 Hässelby

Telefon:

0760 52 53 51

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

47

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	47
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson, verksamhetscontroller

Datum för uppföljningen:

Den 25 september 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Jasmina Roosmark enhetschef, Mihaella Vuksanovic gruppchef

Metod för uppföljningen:

Intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Utföraren bedriver till stor del verksamhet i enlighet med gällande avtal, men det finns behov av viss utveckling gällande dokumentation och redovisning av riskanalyser och egenkontroll.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

•Rutin gällande riskanalys behöver utvecklas så att det tydligt framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med övergripande riskanalyser samt när och vem som är ansvarig för att riskanalyserna ska genomföras. •Rutin för egenkontroll behöver upprättas genom att tydligare redogöra för vilken egenkontroll som genomförts, hur ofta och i vilken omfattning det har skett samt resultat av den egna kontrollen. Verksamheten har inkommit med en åtgärdsplan som kommer följas upp februari 2016.

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

Vissa brister från föregående år var åtgärdade vid årets uppföljning. Brister gällande riskanalyser och egenkontroller kvarstod.

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):

15,5

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

22

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 tidsrapport:

Beviljat antal timmar:

1-9 h

2

10-25 h

17

26-49 h

16

50-80 h

17

81-119 h

20

120-199 h

3

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Ovanstående information exklusive personalkontinuitet har inhämtats muntligen från enhetschef

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 kvalitetsarbetet implemterad i personalgruppen

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

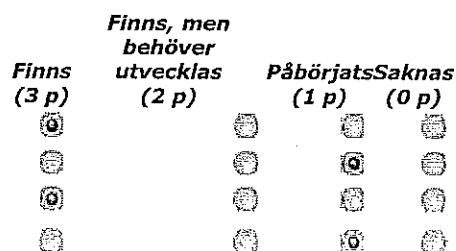
Risikanalys:

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

Rutin gällande riskanalys behöver utvecklas så att det tydligt framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med övergripande riskanalyser samt när och vem som är ansvarig för att riskanalyserna ska genomföras.

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 upprättas 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

	<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 utförare att de 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*):**

26

Brukare/kunder från Stockholms stad:☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället**Eventuell kommentar avseende dokumentation:**

Information om godkända genomförandeplaner är hämtade från stadens dokumentationssystem paraplyet

Övergripande kvalitetssäkring:☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)☒ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns**Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:**

Beträffande Hässelby/Vällingby sdf:s uppföljning av hemtjänstverksamheten

Vårdliljan AB har mottagit skrivelse från Hässelby/Vällingby sdf i vilken man anger att verksamheten avviker från ramavtalet avseende brister i skriftlig rutin för *riskanalys* så att det tydligt framgår hur verksamheten arbetar systematiskt med övergripande riskanalyser samt när och vem som är ansvarig för att riskanalyserna genomförs. Vidare påpekas att rutin för *egenkontroll* behöver upprättas genom att tydligare redogöra för vilken egenkontroll som genomförts, hur ofta och i vilken omfattning det har skett samt resultatet av den egna kontrollen.

I enlighet med överenskommelse med sdf:s Ann-Charlotte Ohlsson den 26 oktober 2015 bekräftas härmed att de påpekade bristerna kommer att åtgärdas snarast möjligt dock senast den 18 februari 2016.

Hässelby, 26 oktober 2015

VÅRDLILJAN AB

Mihaela Vuksanovic
Gruppchef