



Hemtjänstenhet: Farsta kommunala Hemtjänst Centrum

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Farsta*

Avtalspart/Nämnd:

Farsta

Verksamhetschef/enhetschef:

Ann-Marie Henriksson

Adress:

Nykroppagatan 2, 123 46 Farsta

Telefon:

08-50819623

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

516

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	516
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

Barbara Bernhardsson, uppföljningsansvarig, SoL.

Datum för uppföljningen:

2015-11-30

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Ann-Marie Henriksson, verksamhetschef och biträdande chefer; Nina Grynning och Susanne Jonsson.

Metod för uppföljningen:

Intervjuer, granskning av rutindokument, granskning av dokumentationen och observationer.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Verksamheten har genomgått stora organisationsförändringar som har varit krävande för personalen. Arbetet med att förbättra dokumentationen har varit och är ett prioriterat område vilket har gett goda resultat.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Egenkontroll har gjorts till viss del men måste omfatta dokumentationen. En sammanställning avseende granskning av SoL-dokumentationen saknas för 2015.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Egenkontroll och riskanalys var inte klara.
Genomförandeplanerna var inte kompletta.

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*):

79,02

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

23

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	13
26-49 h	14
50-80 h	15
81-119 h	17
120-199 h	20

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Andelen timanställda är högre än normalt på grund av att verksamheten haft anställningsstopp då Farsta vård och omsorgsboende lagts ned. Vidare har enheten av samma orsak inte kunnat erbjuda några attraktiva vikariat. Då rekryteringsläget för dessa verksamheter redan är svårt har inte alla vikariaten kunnat tillsättas utan periodvis bemannats med timanställda. Enheten har sammanlagt tagit emot 12 medarbetare från Farsta vård och omsorgsboende samt sänt 8 medarbetare till utbildning för omställning till barnomsorgen.

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:

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

	<i>Finns</i> (3 p)	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> (2 p)	<i>Påbörjats</i> (1 p)	<i>Saknas</i> (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 (3 p)	Finns 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 har gjorts till viss del men måste omfatta dokumentationen. En sammanställning avseende granskning av SoL-dokumentationen saknas.

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

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: