

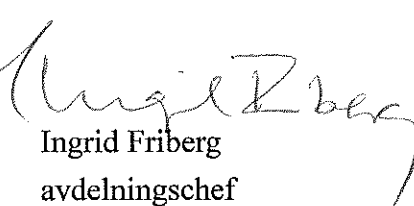
05

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2016-03-10

Uppföljning av hemtjänst som drivs i egen regi – Vällingby hemtjänst

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. När det gäller verksamheter i egen regi ansvarar stadsdelsnämnden för uppföljningen. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Vällingby hemtjänst som drivs i egen regi. Vällingby hemtjänst har 356 kunder som alla är bosatta i Vällingby med omnejd.

Ett förbättringsarbete gällande ledningssystemet samt den sociala dokumentationen krävs för att verksamheten ska leva upp till samtliga krav som ställts. Verksamhetscontroller kommer under april 2016 följa upp att bristerna åtgärdats. 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 beställaravdelningen för 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. 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 verksamheter i egen regi är det stadsdelsnämnderna som ansvarar för uppföljningarna. 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 Vällingby hemtjänst den 11 december 2015. Verksamheten drivs i egen regi. Från utföraren deltog enhetschef, biträdande enhetschef samt samordnare. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation. Verksamheten har 356 kunder som alla är bosatta i Vällingby med omnejd.

Kvarstående brister från föregående år:

- En övergripande riskanalys samt rutiner för detta behöver upprättas
- Rutiner för verksamhetens egenkontroller behöver upprättas
- Rutiner för att säkerställa att genomförandeplaner upprättas samt att löpande dokumentation förs regelbundet behöver upprättas.
- Rutin för rapportering av förändrat behov behöver upprättas
- En övergripande kompetensutvecklingsplan behöver upprättas

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Rutiner för den interna samverkan behöver upprättas

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 hur bristerna ska åtgärdas inom samtliga utvecklingsområden. Uppföljning för att säkerställa att bristerna blivit åtgärdade kommer ske under april 2016.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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



Stockholms
stad

Hemtjänstenhet: Vällingby hemtjänst

Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby

Avtalspart/Nämnd:

Hässelby-Vällingby

Verksamhetschef/enhetschef:

Ann Ullin

Adress:

Jämtlandsgatan 151 B
162 60 Vällingby

Telefon:

08-508 05 434

Verksamhetens regiform:

☒ Kommunal regi

☐ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

356

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	356
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	

Uppföljningen utförd av:

Ann-Charlotte Ohlsson verksamhetscontroller

Datum för uppföljningen:

Den 11 december 2015

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Enhetschef Ann Ullin, bitr enhetschef Emma Åkerlind samt usk/planerare Ghenet Rusom

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 till viss del har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal/lagar och föreskrifter.
Verksamheten behöver dock upprätta rutiner för den interna samverkan, riskanalyser, social dokumentation samt egenkontroller

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Brister som framkom vid uppföljningen:

- Rutiner behöver upprättas för den interna samverkan
 - En övergripande riskanalys samt rutiner för detta behöver upprättas
 - Rutiner för verksamhetens egenkontroller behöver upprättas
 - Rutin för rapportering av förändrat behov behöver upprättas
 - En övergripande kompetensutvecklingsplan behöver upprättas
 - Rutiner för att säkerställa att genomförandeplaner upprättas samt att löpande dokumentation förs regelbundet behöver upprättas.
- För de brister som påtalats, har verksamheten lämnat in en åtgärdsplan. Detta kommer följas upp i april 2016

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Följande brister kvarstår:

- Rutin för egenkontroll och riskanalys behöver upprättas.
- Verksamheten behöver upprätta en gemensam övergripande kompetensutvecklingsplan för samtlig personal
- Verksamheten behöver förbättra 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:

Utföraren saknar en skriftlig rutin för rapportering av förändrat behov

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*):

45,98

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

6

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	1
10-25 h	5
26-49 h	8
50-80 h	4
81-119 h	28
120-199 h	21

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Ovanstående uppgifter exklusive personalkontinuitet, är inhämtade 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 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

Verksamheten har ej identifierat sin interna samverkan och saknar därmed rutiner för detta

Risikanalys:

	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	☐	☐	☒	☐

Risikanalys har redovisat:

☒ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Verksamheten behöver utveckla sitt arbete med övergripande riskanalyser samt upprätta rutin för detta

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 avvikelshantering

The following table shows the results of the regression analysis for the dependent variable *Y* (in millions of dollars) against the independent variable *X* (in millions of dollars). The regression equation is $\hat{Y} = 0.8X + 1.2$. The coefficient of determination is $R^2 = 0.95$, indicating a very strong positive linear relationship between *X* and *Y*. The standard error of the estimate is 0.5, and the standard error of the slope is 0.1. The t-statistic for the slope coefficient is 8.0, which is greater than the critical value of 1.96 at the 5% significance level, suggesting that the slope is significantly different from zero.

Eigenkontroll:

	Finns, men Finns behöver utvecklas Påbörjats Saknas			
	(3 p)	(2 p)	(1 p)	(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

Verksamheten behöver upprätta rutiner för egenkontroller

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	☒	☐	☐	☐	☒

**Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument**

Muntlig information från utföraren att de ej hanterar privata medel
En övergripande kompetensutvecklingsplan 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):

Brukare/kunder från Stockholms stad:

☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Av den stickprovskontroll som genomfördes framkom att genomförandeplan saknades i flera akter samt att den löpande dokumentationen var knapp. Det framkom även av den löpande dokumentationen att den inte alltid förs om rätt saker

Övergripande kvalitetssäkring:

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

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Vällingby hemtjänst
Åtgärdsplan för verksamhetsuppföljning 2015
Ansvarig chef: Ann Ulin

Åtgärder	Aktiviteter	Åtgärdas	Kontrollerat
Rutin för egenkontroll med uppföljning och dokumentation upprättas	Genomgång av verksamhetens behov av egenkontroll. Upprätta checklista med vilka egenkontroller som ska genomföras, hur ofta och i vilken omfattning det har skett som dokumentation för egenkontrollen.	Senast 2016-04-30	
Utveckling och förtydligande av riskanalyser samt rutin	Tillsammans med Hässelby hemtjänst se över befintlig rutin och förtydliga den. Upprätta dokumentation kring förebyggande av risker.	Senast 2016-04-30	
En gemensam kompetensutvecklingsplan för alla medarbetare upprättas	Alla medarbetares kompetens kartläggs. En kompetensutvecklingsplan upprättas utifrån verksamhetens behov, mål och resurser.	Senast 2016-04-30	
Varje brukare med omsorgsinsatser ska ha en aktuell genomförandeplan	En sammanställning av vilka brukare som saknar aktuell genomförandeplan upprättas. Varje enskild medarbetare tar ansvar för och påminns om att i kontaktmannaskapet ingår uppgiften att aktuell genomförandeplan finns. Tid avsätts för genomförandet och checklista för uppföljning och egenkontroll upprättas.	Senast 2016-04-30	
Rutin för kontroll av att löpande dokumentation görs	Checklista för uppföljning i egenkontroll upprättas efter genomgång med demenshandledare hur ofta och i vilken omfattning kontroller ska göras.	Senast 2016-04-30	
Rutin för rapportering av förändrat behov upprättas	Tillsammans med Hässelby hemtjänst och i samverkan med beställarenheten upprättas en rutin och ett formulär tas fram för rapportering av förändrat behov.	Senast 2016-04-30	
Rutin för intern samverkan upprättas	Tillsammans med Hässelby hemtjänst och på avdelningsnivå upprättas en rutin för intern samverkan.	Senast 2016-04-30	

