



Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2017-10-26

Uppföljning av hemtjänst som drivs i en- skild regi – Vårdliljan

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av upp-
följningen och lägger den till handlingarna.

Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör

Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Alla utförarverksamheter inom äldreomsorg följs upp årligen av Stockholms Stad. Stadsdelarna ansvarar själva för att följa upp verksamheterna inom stadsdelen samt vissa tilldelade verksamheter som ligger utanför Stockholms Stad.

I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av vårdliljan. Verksamheten har 77 kunder varav 75 bor i Hässelby/Vällingby stadsdelsförvaltning.

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 komplettera de brister som identifierats för att leva upp till de krav som ställs.

Bilagor

1. Mall för uppföljning (arbetsmaterial)

Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för beställare äldreomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri.

Ärendet

Alla utförarverksamheter inom äldreomsorg följs upp årligen av Stockholms Stad. Stadsdelarna ansvarar själva för att följa upp verksamheterna inom stadsdelen samt vissa tilldelade verksamheter som ligger utanför Stockholms Stad. Syftet är att få kunskap om verksamheternas styrkor, svagheter samt eventuella förbättringsområden. Uppföljningarna sker utifrån en mall som äldreförvaltningen tagit fram. Mallen styr vilka aspekter i verksamheten som ska granskas, så att uppföljningarna blir jämförbara över hela staden.

Privata utförare i stadsdelen följs upp på uppdrag av äldrenämnden som är ytterst ansvarig för verksamheterna. Ärendet är då enbart för kännedom för nämnd. För verksamheter i egen regi samt de som drivs på entreprenad, är det stadsdelsnämnden som är ytterst ansvarig. 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 den 22 augusti 2017. Från utföraren deltog verksamhetschef. Uppföljningen genomfördes i form av intervju utifrån stadens uppföljningsmall, granskning av rutiner samt dokumentation. Verksamheten har 77 kunder varav 75 bor i Hässelby/Vällingby stadsdelsförvaltning.

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 komplettera de brister som identifierats för att leva upp till de krav som ställs.

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Den gemensamma planen för kompetensutveckling behöver utvecklas

- Rutinen för riskanalys bör tydliggöras samt omfatta fler områden, genomförd riskanalys behöver kompletteras. Sammanfattning och analys och vidtagna åtgärder bör framgå.
- Mer omfattande och strukturerade rutiner för egenkontroll saknas.

Förvaltningen har begärt att utförarna ska åtgärda bristerna. Vid verksamhetsuppföljningen 2018 kommer bristerna följas upp.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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

Verksamhetsuppföljning Vårdliljan 2017

**Stockholms
stad****Hemtjänstenhet: Vårdliljan AB****Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby****Verksamhetschef/enhetschef:**

Jasmina Roosmark

Adress:

Loviselundsvägen 155, 165 70 Hässelby

Telefon:

0707-95 44 90

Verksamhetens regiform:☐ Kommunal regi☒ Privat regi**Antal hemtjänstkunder totalt:**

77

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	2
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	

Hässelby-Vällingby

75

Kungsholmen

Norrmalm

Rinkeby-Kista

Skarpnäck

Skärholmen

Spånga-Tensta

Södermalm

Älvsjö

Östermalm

Metod för uppföljningen:

Besök i hemtjänstlokalen och intervju med ledning och personal.

Granskning av utförarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inklusive rutiner och övriga dokument.

Uppföljningen utförd av:

Verksamhetscontroller Muriel Barrientos

Datum för uppföljningen:

28 augusti 2017

Från utföraren medverkade:

Verksamhetschef Jasmina Rosmark

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 komplettera de brister som identifierats för att leva upp till de krav som ställs.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

Den gemensamma planen för kompetensutveckling behöver utvecklas

Rutinen för riskanalys bör tydliggöras samt omfatta fler områden, genomförd riskanalys behöver kompletteras. Sammanfattning och analys och vidtagna åtgärder bör framgå.

Mer omfattande och strukturerade rutiner för egenkontroll saknas

Förvaltningen har begärt att utförarna ska åtgärda bristerna. Vid verksamhetsuppföljningen 2018 kommer bristerna följas upp.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Kvarstående avvikelser/brister från föregående års uppföljning:

Sedan förra uppföljningen har verksamheten utfört systematiska egenkontroller, dock behöver rutinerna för egenkontroller bli mer omfattande.

Ekonomi och administration:

☒ Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov

Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Ansvarig daglig drift:

☒ Ansvarig för den dagliga driften överensstämmer med aktuell förteckning (avser endast verksamhet i privat regi)

Personalen bär identifikation synlig för den enskilde med:

☒ Dennes för- och efternamn, foto samt utförarens namn

Utföraren tillhandahåller:

☒ Arbetskläder☒ Tvätt av arbetskläder

Eventuella kommentarer avseende ledning och samtlig personal:

Utföraren tillhandahåller byxor, tröjor och jackor. Tre duschtrymmen samt omklädningsrum finns tillgängliga för personalen.

Antal personal som enbart utför insatser till särskild individ (anhörig/objektanställd):

0

Eventuella kommentarer avseende personal som enbart utför insatser till anhörig/närstående:

ej aktuellt

Antal omvårdnadspersonal:

39

**Antal omvårdnadspersonal omräknat till heltidsanställningar
(anges med två decimaler):**

16,58

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

9

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

- ☐ 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)

Rutiner/dokument avseende personal finns för:

- ☒ Introduktion av nyanställd personal
☒ Tystnadsplikt
☐ Gemensam plan för kompetensutveckling

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Utföraren har arbetat med att utbilda fler personer sedan förra uppföljningen. Idag är 20 av 39 personer utbildade undersköterskor.

Samverkan:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	☒	☐	☐
Rutiner finns för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende samverkan:
Risakanalys:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för riskanalys finns	☐	☒	☐
Riskanalys är genomförd enligt rutin	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

Kompletterande rutiner till riskanalysen samt sammanfattning och analys av riskanalys saknas.

Avvikelsehantering:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för avvikelsehantering finns	☒	☐	☐
Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden (Lex Sarah) finns	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

Egenkontroll:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för egenkontroll finns	☐	☒	☐
Egenkontroller är genomförda enligt rutin	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Omfattande rutiner för egenkontroll saknas. Vidare saknas tillhörande genomförd egenkontroll.

Rutiner/dokument finns för:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Information till ny hemtjänstmottagare	☒	☐	☐
Kontaktmannaskap	☒	☐	☐
Hantering av privata medel eller motsvarande	☒	☐	☐
Hantering av nycklar/motsvarande till den enskildes bostad	☒	☐	☐
Om den enskilde inte är anträffbar	☒	☐	☐
I händelse av dödsfall	☒	☐	☐
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	☒	☐	☐

Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2015:10

☒ ☐ ☐

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

☒ ☐ ☐

Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument:

Tydliga rutiner och processer finns i pärmar. Kvalitetsråd träffas två gånger per år. Nyckelkvittering hanteras i datasystemet Avista som registrerar in och utkvittering av nycklar dagligen. Utföraren kommer från och med idag att utse en ansvarig person som dagligen ser till att alla nycklar är på plats.

Processer och förankring:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	☒	☐	☐
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	☒	☐	☐

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Personalen får information om nya rutiner på APT, utöver det så ska en i personalen vara med i kvalitetsråden.

Beskrivning av kvalitetsarbete:

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

Eventuella kommentarer avseende övergripande kvalitetssäkring:

Social dokumentation:

	Finns	Finns delvis	Saknas
Den sociala dokumentationen uppfyller ställda krav enligt utförarens egenkontroll	☐	☒	☐

Eventuella kommentarer avseende social dokumentation:

egenkontrollen av den sociala dokumentationen kommer att genomföras i november 2017. Gällande genomförandeplaner så har verksamheten identifierat brister i utförandet av genomförandeplanerna.

Dokumentationsförvaring:

☒ Personakt förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till den samt att originalhandlingar skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp

Eventuella kommentarer avseende dokumentationsförvaring: