

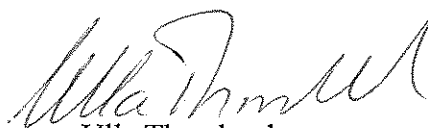
06


Till  
Hässelby-Vällingby  
stadsdelsnämnd  
2015-10-22

## Uppföljning av privata utförare inom hemtjänst samt avlösar- och ledsagarservice inom LSS – Freja assistanstjänst 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 och kundval för boendestöd, avlösar- och ledsagarservice samt LSS-verksamhet följs kontinuerligt upp av staden. I detta tjänsteutlåtande redovisas förvaltningens uppföljning av Freja assistanstjänst. Ett förbättringsarbete gällande verksamhetens arbete med egenkontroller, riskanalyser samt löpande dokumentation 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 - äldreförvaltningen (arbetsmaterial)
2. Mall för uppföljning - socialförvaltningen (arbetsmaterial)
3. 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.

De företag som ingår i Stockholms stads kundval för boendestöd, avlösar- och ledsagarservice samt LSS-verksamhet följs kontinuerligt upp av staden. Besöket görs av uppföljare från stadsdelsförvaltningen eller från Socialförvaltningen utifrån en mall som tagits fram av Socialförvaltningen.

Förvaltningen genomförde en uppföljning av Freja den 26 augusti 2015. Från utföraren deltog verksamhetschef. Uppföljningen genomfördes i form av intervju, observationer samt dokumentgranskning. Verksamheten riktar sig främst till personer boendes i Bromma stadsdelsförvaltning. Av deras 50 äldreomsorgskunder bor 8 i Hässelby/Vällingby. Av 38 kunder inom avlösning och ledsagning bor 14 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 brister i genomförandeplaner samt den löpande sociala dokumentationen. Brist gällande den löpande sociala dokumentationen kvarstår.

Följande brister upptäcktes vid årets uppföljning:

- Verksamheten saknar dokumentation på vilka egenkontroller som genomförs, hur ofta och i vilken omfattning det har skett samt resultat av den egna kontrollen.
- Verksamheten saknar rutiner för sitt arbete med riskanalyser
- Rutiner för att säkerställa att personalen skriver löpande dokumentation regelbundet 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 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 1

**Hemtjänstenhet: Freja assistanstjänst AB**

**Uppföljande stadsdelsförvaltning: Hässelby-Vällingby**

**Avtalspart/Nämnd:**

Freja assistanstjänst AB

**Verksamhetschef/enhetschef:**

Leyla Anabestani

**Adress:**

Viveka Trolles väg 8 165 54 Hässelby

**Telefon:**

08-389820

**Verksamhetens regiform:**

Kommunal regi

Privat regi

**Antal brukare/kunder totalt:**

50

**Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:**

	Antal
Bromma	40
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	8
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	2
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	

**Uppföljningen utförd av:**

Ann-Charlotte Ohlsson verksamhetscontroller

**Datum för uppföljningen:**

Den 26 augusti 2015

**Vid uppföljningen medverkade från utföraren:**

Verksamhetschef Leyla Anabestani

**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 upprätta rutiner för sina egenkontroller och riskanalyser samt utveckla den sociala dokumentationen.

**Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:**

-Den löpande dokumentationen var otillräcklig -Det saknas rutiner för verksamhetens arbete med egenkontroller och riskanalyser. Verksamheten har inkommit med enåtgärdsplan som kommer följas upp innan årets slut.

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

Föregående års brist gällande genomförandeplaner var vid årets uppföljning åtgärdad. Brist gällande den löpande dokumentationen kvarstår.

**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):**

17,30

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

**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	1
10-25 h	1
26-49 h	1
50-80 h	
81-119 h	1
120-199 h	

**Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:**

Ovanstående uppgifter exklusive personalkontinuitet, är inhämtade muntligen från verksamhetschef. Ingen kund fanns inom spannet 50-80 h samt 120-199 h.

**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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledningssystemet är känt hos personalen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Eventuell kommentar avseende ledningssystem**

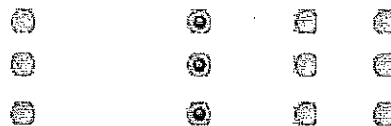
Enligt utföraren är rutinerna implementerade i personalgruppen

**Samverkan:**

	Finns (3 p)	Finns, men behöver utvecklas (2 p)	Påbörjats (1 p)	Saknas (0 p)
Interna samverkanspartners är identifierade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Externa samverkanspartners är identifierade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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



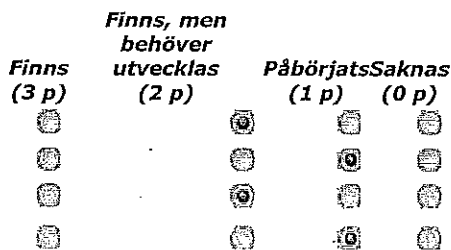
**Samverkan har redovisat:**

**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



**Risakanalys har redovisat:**

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

**Eventuell kommentar avseende riskanalys**

Verksamheten behöver upprätta rutiner för riskanalys

**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	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner finns för sammanställning och analys av inkomna avvikelser	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rutiner finns för återkoppling av resultaten för justering av processer och rutiner	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjort	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjort	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Egenkontroll har redovisat:**

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

**Eventuell kommentar avseende egenkontroll**

Rutiner för verksamhetens egenkontroller behöver upprättas

**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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Personalens kompetensutveckling	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Introduktion för nyanställd personal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hantering av privata medel eller motsvarande	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hantering av nycklar/motsvarande till den boendes egen dörr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Uppföljning av underleverantörer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Överrapportering/informationsöverföring mellan personalgrupper/arbetspass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### Eventuella kommentarer avseende rutiner/dokument

Utföraren uppger att personalen enbart arbetar dagtid och att de därför saknar rutiner för överrapportering mellan arbetspass. En brukar har kvällshjälp med underleverantör enligt utföraren. Skriftliga rutiner på uppföljning av underleverantör saknas

### 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
All dokumentation förvaras på ett betryggande sätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dokumentation har redovisat:**

- Godkänd dokumentation och förvaring, SoL

**Andel brukare/kunder som har godkänt sin genomförandeplan, vid uppföljningstillfället, angivet i procent (*inga decimaler*):**

75

**Brukare/kunder från Stockholms stad:**

- Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

**Eventuell kommentar avseende dokumentation:**

De genomförandeplanerna som granskades uppfyllde ställda krav. Den löpande dokumentationen var dock knapp och saknades i några av de stickprovskontroller som genomfördes. Andel godkända genomförandeplaner är baserade på de brukare som bor i Hässelby

**Övergripande kvalitetssäkring:**

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

**Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:**

Ingen skriftlig beskrivning av enhetens värdegrundsarbete fanns vid uppföljningstillfället

Bilaga 2

**Upphandlande nämnd: Socialnämnden**

**Enhetens namn: Freja Assistanstjänst**

**Följs upp av: Hässelby-Vällingby**

**Enhetens adress:**

Viveka Trolles gränd 8, 4tr. Hässelby

**Företag:**

Freja Assistanstjänst AB

**Hemsida:**

freja.ab.se

**Enhetschef:**

Leyla Anabestani

**Telefon:**

08-38 98 20

**E-post:**

leyla.anabestani@frejaab.se

**Följs verksamheten upp i år?** Ja Nej

**Om nej: Ange anledning till varför verksamheten inte har följts upp. Gå därefter till sista sidan i webbenkäten för att slutregistrera ert svar.**

**Datum för uppföljningen (ÅÅMMDD):**

150826

**Uppföljningen utförd av:**

Anna Stolpe och Ann-Charlotte Ohlsson

**Medverkande från utföraren:**

Leila Anabestani

**Metod för uppföljning:** Platsbesök med intervju Annat

**Om annat: Ange vilken annan metod som har använts:**

--

**Samlad bedömning av uppföljningen:**

- Utföraren bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal
- Utföraren bedriver till största del verksamhet i enlighet med gällande avtal, men det finns behov av viss utveckling
- Utföraren bedriver inte verksamhet i enlighet med gällande avtal

**Följande avvikelser kräver åtgärd:**

Utföraren ska upprätta rutiner för riskanalys och egenkontroll.
---

**Avvikelserna skall vara åtgärdade senast (ÅÅMMDD):**

151231
--------

**Kommentarer kring samlad bedömning:**

Verksamheten bedömdes vid uppföljningstillfället till största delen fungera i enlighet med gällande avtal, lagar och riktlinjer. Utföraren har lämnat in en åtgärdsplan för arbetet med rutiner kring riskanalys och egenkontroll.
--

**Antal brukare i verksamheten vid uppföljningstillfället per stadsdelsförvaltning:**

	Antal
Bromma	22
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	14
Kungsholmen	

	1
<b>Norrmalm</b>	
<b>Rinkeby-Kista</b>	1
<b>Skarpnäck</b>	
<b>Skärholmen</b>	
<b>Spånga-Tensta</b>	
<b>Södermalm</b>	
<b>Älvsjö</b>	
<b>Östermalm</b>	
<b>TOTALT</b>	38

**Ekonomi och administration:**

- Utföraren är uppkopplad till stadens Paraplysystem
- Det finns skriftlig rutin för utförarrapportering
- Fakturor kan verifieras
- Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändrat behov hos brukaren
- Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändringar i verksamheten

**Kommentarer kring ekonomi och administration:****Enhetschef:**

- Enhetschefen har adekvat högskoleutbildning, t ex socionom, personalvetare eller ekonom
- Enhetschefen har lägst tre års sammanlagd yrkeserfarenhet av målgruppen på heltid, förvärvad efter år 2000

**Del av heltidsarbetstid, uttryckt i procent, som enhetschefen arbetar för enheten (ange med 2 decimaler):**



**Utbildning personal:**

Minst 80% av personalen har adekvat utbildning, dvs minst gymnasial utbildning med inriktning mot socialpsykiatri, omsorg eller pedagogik

All personal behärskar svenska språket i tal

All personal behärskar svenska språket i skrift

Det finns plan för personalens kompetensutveckling

Det finns skriftlig rutin för introduktion av nyanställda

Det finns skriftlig rutin med information om tystnadsplikt

**Antal anställda på enheten:****Antal helårsanställningar:****Antal tillsvidareanställda:****Korttidssjukfrånvaro i procent (ange med 2 decimaler):****Långtidssjukfrånvaro i procent (ange med 2 decimaler):****Personalomsättning i procent (ange med 2 decimaler):****Kommentarer kring ledning och personal:**

Det är svårt att uppge hur stor del av arbetstiden som enhetschefen ägnar åt boendestödet i förhållande till andra verksamheter. Utföraren har ingen exakt siffra på korttidssjukfrånvaron, men den är låg.

**Dokumentation:**

- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, dvs inlåst i brandsäkert skåp och/eller på säker server
- Genomförandeplan finns för samtliga brukare
- Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar i upprättande av genomförandeplanen
- Samtliga genomförandeplaner följs upp minst 1 gång per år

**Antal brukares dokumentation som kontrollerats vid uppföljningen:**

3
---

**Genomförandeplan:**

- Genomförandeplanen innehåller mål och eventuella delmål
- Genomförandeplanen tydliggör vad som skall göras
- Genomförandeplanen tydliggör hur det skall göras
- Genomförandeplanen tydliggör när det skall göras
- Genomförandeplanen innehåller datum för uppföljning
- Det framgår hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen

**Löpande dokumentation:**

- Det finns löpande dokumentation (journalanteckningar)
- Den löpande dokumentationen innehåller information om faktiska omständigheter, händelser av vikt samt måluppfyllelse
- Den löpande dokumentationen innehåller information om avvikelser från genomförandeplanen

**Kommentarer kring dokumentation:**

En gfp var inte påskriven. Utföraren har påmint både brukaren och dennes föräldrar om att den ska skrivas på men den har inte blivit påskriven trots upprepade påminnelser.
---

**Kvalitetsledningssystem:**

Det finns ett komplett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9

Det finns en verksamhets-/kvalitetsberättelse för föregående år

**Ledningssystemet omfattar rutiner och processer för:**

Riskanalys

Egenkontroll

Avvikelsehantering

Klagomål och synpunkter

Lex Sarah (SOSFS 2011:5)

Barns skydd (14 kap 1 § SoL)

Samverkan

Dokumentation enligt SoL

Hot och våld

Dödsfall och/eller traumatiska händelser

Checklista för brandskydd i brukarens hem

Hur enskilda brukares behov av kontinuitet säkerställs

Hur den enskildes trygghet säkerställs

Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

**Verksamheten har:**

Tagit emot synpunkter och klagomål de senaste 12 månaderna

Rapporterat Lex Sarah de senaste 12 månaderna

Anmält Lex Sarah de senaste 12 månaderna

Anmält för barns skydd de senaste 12 månaderna

**Antal inkomna synpunkter och klagomål de senaste 12 månaderna:**

**Antal rapporterade Lex Sarah de senaste 12 månaderna:****Antal anmälda Lex Sarah de senaste 12 månaderna:****Antal gånger verksamheten anmält för barns skydd de senaste 12 månaderna:****Kommentarer kring kvalitetsledningssystem:**

Utföraren behöver upprätta rutiner för riskanalys och egenkontroll. Utföraren har inte mottagit några synpunkter, klagomål eller lex Sarah det senaste året.

**Verksamheten hanterar brukares egna medel:**

Ja

Nej

**Verksamheten hanterar nycklar till brukares rum/lägenhet:**

Ja

Nej

**Verksamhet som hanterar egna medel och/eller nycklar:**

Det finns skriftlig rutin för hantering av egna medel

Det finns skriftlig rutin för hantering av nycklar

**Kommentarer kring egna medel och nycklar:**

Verksamheten har rutiner för hantering av egna medel och nycklar eftersom de hanterar det inom andra verksamheter än boendestödet.

**Hälso- och sjukvård:**

- Verksamheten hanterar brukares mediciner
- Verksamheten hanterar inte brukares mediciner

**Verksamhet som hanterar brukares mediciner:**

- Det finns skriftlig rutin för delegering och/eller skriftlig dokumentation från HSL-personal i det fall personal stöttar brukare med egenvård

**Kommentarer kring hälso- och sjukvård:****Arbetsätt:**

- Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande
- Personal fortbildas kontinuerligt kring etik och bemötande
- Det finns skriftliga rutiner och arbetsätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar

**Följande fortbildning har skett de senaste 12 månaderna:****Antal personal som deltagit i fortbildningen de senaste 12 månaderna:****Kommentarer kring arbetsätt:**

Personalen fick utbildning i bemötande 25 februari 2014 och kommer nu i höst att få utbildning igen.

**Brucarundersökningar:**

- Verksamheten genomför egna brukarundersökningar
- Verksamheten har fått eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning

**Kommentarer kring brukarinflytande:****Personal stöttar brukarna med personlig hygien:**

- Ja
- Nej

**Personal som stöttar brukarna med personlig hygien:**

- Personal har genomgått utbildning i basala hygienrutiner
- Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

**Antal personal som genomgått utbildning i basala hygienrutiner:****Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial:**

- Ja
- Nej

**Kommentarer kring hygien och smittskydd:**

Powered by  quicksearch

## Åtgärdsplan kring bristande rutiner enl. verksamhetsuppföljning 2015

**Verksamheten saknar dokumentation på vilka egenskaper som genomförs, hur ofta och i vilken omfattning det har skett samt resultat av den egna kontrollen.**

- Vi/Freja ass.tjänst har skapat rutiner kring dokumentation och vi arbetar fortlöpande med att all personal ska följa rutiner.
- Egen kontroll enligt kommunen saknas.
- Vi har bearbetat fram rutiner kring egenkontroll men kommunen anser att de skapade rutiner är bristfälliga.

Vi arbetar vidare för att kompletterar rutinerna kring egen kontroll kring dokumentationen  
Tidsplan: Slutet av dec. 2015.

Ansvarig: Verksamhetschef

### **Verksamheten saknar rutiner för sitt arbete med riskanalyser**

- Vår verksamhet har skapat rutiner kring riskanalys och egen kontroll men kommunen anser att rutinerna är bristfälliga.
- Verksamheten arbetar fortlöpande kring riskanalysen och egen kontroll . Verksamheten fortsätter sitt arbete för att kompletterar egen kontroll kring riskanalys

Tidsplan: slutet av dec. 2015.

Ansvarig: Verksamhetschef

### **Rutiner för att säkerställa att personal skriver löpande dokumentation behöver upprättas.**

Det finns rutiner kring dokumentation och på vilket sätt ska personalen följa rutinerna men enl. kommunen de rutiner som finns är bristfälliga.

Verksamheten arbetar fortlöpande för att all personal ska följa rutinerna. Verksamheten ska bearbeta fram ännu fler rutiner för att säkerställa att personalen dokumenterar löpande.

Tidsplan : slutet av dec. 2015

Ansvarig: Verksamhetschef