



Stockholms
stad

Hemtjänstenhet: Nordisk Hemservice AB - Östermalmskontoret

Uppföljande stadsdelsförvaltning: *Östermalm*

Avtalspart/Nämnd:

Nordisk hemservice AB

Verksamhetschef/enhetschef:

Marie-Louise Bergqvist

Adress:

Banérgatan 21
Stockholm

Telefon:

08-7533338

Verksamhetens regiform:

☐ Kommunal regi

☒ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

44

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	
Farsta	
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	
Älvsjö	
Östermalm	44

Uppföljningen utförd av:

Elenor Gustafsson Administrativ sekreterare Östermalm
Hanna Lundin praktikant

Datum för uppföljningen:

2015-10-26

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Marie-Louise Bergqvist, Ann-Sofie Thorell och Maria Irebro

Metod för uppföljningen:

Metoden för uppföljningen har varit intervju, granskning av ledningssystem, rutiner och social dokumentation.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Den samlade bedömningen är att enheten uppfyller de krav på ledningssystem, riktlinjer och rutiner som staden ställer på verksamheten.

Följande avvikelser / brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Samtlig komplettering inkommen.

- Andel timanställd omsorgspersonal i %

-Rutiner/planer som behöver kompletteras
Personalens kompetensutveckling

-Saknas en skriftlig beskrivning av enhetens värdegrund.

-Den sociala dokumentationen behöver utvecklas främst med den löpande dokumentationen då det saknas sammanfattningar i ett flertal ärenden.

Följs upp vid uppföljning 2016.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Inga återstående brister eller avvikelser 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*):

15,09

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

27

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	4
10-25 h	6
26-49 h	15
50-80 h	16
81-119 h	14
120-199 h	14

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

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> <i>(3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> <i>(2 p)</i>	<i>Påbörjats</i> <i>(1 p)</i>	<i>Saknas</i> <i>(0 p)</i>
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> <i>(3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas</i> <i>(2 p)</i>	<i>Påbörjats</i> <i>(1 p)</i>	<i>Saknas</i> <i>(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 Finns behöver utvecklas (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (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

Rutiner / dokument finns för:

	<i>Finns (3 p)</i>	<i>Finns, men behöver utvecklas (2 p)</i>	<i>Påbörjats (1 p)</i>	<i>Saknas (0 p)</i>	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

Rutiner/planer som behöver kompletteras
- Personalens kompetensutveckling

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, <u>enligt egenkontrollen</u>	☐	☐	☒	☐

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*):

96

Brukare/kunder från Stockholms stad:

☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Den sociala dokumentationen behöver utvecklas främst med den löpande dokumentationen då det saknas sammanfattningar i ett flertal ärenden. Följs upp vid uppföljning 2016.

Övergripande kvalitetssäkring:

☒ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)

☐ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

-Saknas en skriftlig beskrivning av enhetens värdegrund. Kompletteras senast 2015-11-26.