Hemtjänstenhet: NSS Hemtjänst o Assistans AB

Uppföljande stadsdelsförvaltning*: Östermalm*

Avtalspart/Nämnd:

NSS hemtjänst och assistans AB

Verksamhetschef/enhetschef:

Mari Puikkonen

Adress:

Östermalmsgatan 58
Stockholm

Telefon:

08-645 98 90

Verksamhetens regiform:

- ○ Kommunal regi
- ◉ Privat regi

Antal brukare/kunder totalt:

37

Varav antal från staden per stadsdelsnämnd:

Antal

Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	2
Farsta	1
Hägersten-Liljeholmen	1
Hässelby-Vällingby	3
Kungsholmen	2
Norrmalm	9
Rinkeby-Kista	3
Skarpnäck	
Skärholmen	1
Spånga-Tensta	
Södermalm	3
Älvsjö	
Östermalm	13

Uppföljningen utförd av:

Elenor Gustafsson administrativ sekreterare Östermalm

Datum för uppföljningen:

2015-10-13

Vid uppföljningen medverkade
från utföraren:

Marketta Salimäki VD och Erkki Mäkelä VD

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 inte helt uppfyller de krav på ledningssystem som staden kräver. Enheten behöver utveckla sitt arbete kring egenkontroll.
I övrigt uppfyller enheten krav på riktlinjer och rutiner som staden ställer på verksamheten.

Följande avvikelser/brister finns som skall vara åtgärdade senast:

Samverkan-Kompletteringar inkomna.
-Identifierade av externa och interna samverkanspartners.
-Samverkansrutiner internt och externt.

Riskanalys- Kompletteringar inkomna.
-verksamhetens riskområden ska vara identifierade.
-rutiner för riskanalys ska vara utarbetade.
-i riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens.
-Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras.

Följs upp vid uppföljning 2016
Enhet behöver arbeta vidare med egenkontrollen.
-Den sociala dokumentationen främst den löpande dokumentationen/händelse av vikt.
-En skriftlig beskrivning av enhetens värdegrundsarbete saknas.

Återkoppling föregående års uppföljning:

Återkoppling av föregående års uppföljning.

Sammanfattning:

Inga brister kvarstår från föregående års uppföljning.

Ekonomi och administration:

- [x] Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov
- [x] 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)*:

14

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

8

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:

Beviljat antal timmar:	Antal omsorgspersonal som arbetat hos ett urval av kunder/brukare enligt föregående månads tidrapport:
1-9 h	1
10-25 h	1
26-49 h	3
50-80 h	11
81-119 h	16
120-199 h	18

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

Den samlade bedömningen är att enheten inte helt uppfyller de krav på ledningssystem som staden kräver. Enheten behöver utveckla sitt arbete kring egenkontroll.

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

Samverkan behöver utvecklas
-Identifierade av externa och interna samverkanspartners.
-Samverkansrutiner internt och externt.

Riskanalys:

	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	○	◉	○	○

Riskanalys har redovisat:

☑ Godkänd nivå, dvs minst 2 poäng per delfråga ovan

Eventuell kommentar avseende riskanalys

Riskanalys, behöver utvecklas- en skriftlig rutin. - verksamhetens riskområden ska vara identifierade.
-rutiner för riskanalys ska vara utarbetade.
-i riskanalysen uppskattas sannolikhet och konsekvens.
-Det är tydligt när och vem som är ansvarig för att riskanalys ska genomföras.

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 avvikelsehantering

Egenkontroll:

	Finns (3 p)	*Finns, men 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

-Enhet behöver arbeta vidare med egenkontrollen.
- rutin för egenkontroll
- vad som ingår i egenkontrollen är tydliggjord
- Frekvens, omfattning och ansvarig för egenkontrollen är tydliggjord.

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

Har ingen underleverantör.

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*):

81

Brukare/kunder från Stockholms stad:

☐ Inga brukare/kunder från Stockholms stad finns vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar avseende dokumentation:

Enheten behöver arbeta med den sociala dokumentationen, följs upp vid uppföljning 2016.

Övergripande kvalitetssäkring:

☐ Aktuell Kvalitetsberättelse finns (ej krav)

☐ Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete finns

Eventuell kommentar avseende övergripande kvalitetssäkring:

Det saknas en skriftlig beskrivning av enhetens värdegrundsarbete, följs upp vid 2016 års uppföljning.

Powered by quicksearch