



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-06-07
ON/2021:1

Budgetuppföljning per den 30 april 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av budgetuppföljning per den 21 juni 2022.

Sammanfattning

Nämnden har haft fortsatt fokus på att minska smittspridning av den pågående pandemin (Covid-19). I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter.

Seniorträffsverksamheten utvecklas vidare i samverkan med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid och pensionärsföreningarna. Målet är att nå ut till fler, att bibehålla och eller förbättra hälsan samt minska den ofrivilliga ensamheten hos stadens seniorer. Ett led i den riktningen är att alla som är 65 år och äldre numer kan låna teknisk utrustning på biblioteket i Solna centrum och även få hjälp av nämndens digitala fixare att komma igång.

Det digitala kompetensutvecklingsprojektet för medarbetare och chefer är avslutat och avrapporterat till ESF och omvårdnadsnämnden.

En ny bostad med särskild service för vuxna enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, blev inflyttningsklar i februari.

Omvårdnadsnämnden har antagit uppdaterade riktlinjer för myndighetsutövning enligt LSS inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde.

Arbetet med nämndmålen pågår enligt plan.

Nämndens nettokostnader uppgår till 288,9 mkr vilket är en ökning med 5,9 mkr (2,1 %) jämfört med föregående år. Förändringen förklaras av indexering mellan åren, ökad kostnad för turbundna resor samt att nämnden idag har 63 platser stängda inom särskilt boende jämfört med 71 platser under samma period föregående år.

Periodens budgetavvikelse 17,8 mkr (6,2%) förklaras av att nämndens budget är fördelad i tolfte delar vilket betyder att pris- och löneökningar kommer att påverka resterande period.

Nämndens helårsprognos ger ett utfall i enlighet med budget. I prognosen har nämnden tagit hänsyn till den pågående pandemins påverkan på verksamheterna, det vill säga effekter av lägre volymer inledningsvis av året, men med en successiv ökning framgent.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Veronica Hässelborg
Chefscontroller



SOLNA STAD

Budgetuppföljning per april 2022

OMVÅRDNADSNÄMNDEN

ON/2021:1 behandlas på Omvårdnadsnämnden den 21 juni 2022

Innehållsförteckning

Förvaltningsberättelse.....	3
Sammanfattning.....	3
Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten	3
Mål och uppdrag.....	4
Ekonomisk analys.....	4

Förvaltningsberättelse

Sammanfattning

Nämnden har haft fortsatt fokus på att minska smittspridning av den pågående pandemin (Covid-19). I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter.

Seniorträffsverksamheten utvecklas vidare i samverkan med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid och pensionärsföreningarna. Målet är att nå ut till fler, att bibehålla och/eller förbättra hälsan samt minska den ofrivilliga ensamheten hos stadens seniorer. Ett led i den riktningen är att alla som är 65 år och äldre numer kan låna teknisk utrustning på biblioteket i Solna centrum och även få hjälp av nämndens digitala fixare att komma igång.

Det digitala kompetensutvecklingsprojektet för medarbetare och chefer är avslutat och avrapporterat till ESF och omvårdnadsnämnden.

En ny bostad med särskild service för vuxna enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, blev inflyttningsklar i februari.

Omvårdnadsnämnden har antagit uppdaterade riktlinjer för myndighetsutövning enligt LSS inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde.

Arbetet med nämndmålen pågår enligt plan.

Nämndens nettokostnader uppgår till 288,9 mkr vilket är en ökning med 5,9 mkr (2,1 %) jämfört med föregående år. Förändringen förklaras av indexering mellan åren, ökad kostnad för turbundna resor samt att nämnden idag har 63 platser stängda inom särskilt boende jämfört med 71 platser under samma period föregående år.

Periodens budgetavvikelse 17,8 mkr (6,2%) förklaras av att nämndens budget är fördelad i tolfte delar vilket betyder att pris- och löneökningar kommer att påverka resterande period.

Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten

Styrningen i Solna stad utgår från ett system för samlad ekonomi- och verksamhetsstyrning samt gällande lagstiftning, föreskrifter och nationella mål för den kommunala verksamheten. Utgångspunkten är en sammanhållen målstyrning, där kommunfullmäktige anger inriktning och ekonomiska ramar för styrelse och nämnder. Det sker i Solna stads verksamhetsplan och budget, som är stadens främsta styrdokument. Den årliga verksamhetsplanen och budget kompletteras inom vissa områden med andra styrande dokument som policyer, strategier, riktlinjer, planer och program.

Styrelse och nämnder ska, med utgångspunkt från kommunfullmäktiges inriktning, precisera och fastställa en verksamhetsplan och budget utifrån föreslagna ekonomiska ramar. Hänsyn ska tas till viktiga förändringar i omvärlden såsom ändringar i lagstiftningen och förändringar i befolkningsstrukturen. Styrelse och nämnder ska till sin verksamhetsplan och budget besluta om internkontrollplan och konkurrensplan för verksamheten.

Utifrån styrelsens och nämndernas mål samt ekonomiska ramar ska förvaltningsledningen utarbeta verksamhetsplan och budget i dialog med sina enheter. Enheterna ska arbeta fram sina mål/aktiviteter, vilka i sin tur ska brytas ned till individuella mål/aktiviteter för varje medarbetare. Målen/aktiviteterna tydliggör medarbetarens ansvar och befogenhet i det gemensamma arbetet med att uppnå enhetens, nämndens och stadens mål.

I Solna stads styr- och uppföljningssystem ingår uppföljning och utvärdering. Styrelse och nämnder ansvarar för att verksamheten följs upp och utvärderas i den omfattning som krävs för att ha en god kontroll. Befarade avvikelser, som inte är ringa, ska omgående informeras kommunstyrelsen som har uppsikt över nämndernas verksamhet, uppföljning och utvärdering. Uppföljning och utvärdering för Solna stad behandlas av kommunstyrelsen och kommunfullmäktige per 30 april, 31 augusti (delårsrapport) och 31 december (årsredovisning). De övergripande målen, nämndmålen och uppdragen samt stadens finansiella mål följs främst upp i delårsrapporten och i årsredovisningen.

Solna stads verksamhet bedrivs i vissa delar i aktiebolag, kommunalförbund eller stiftelseform. Kommunfullmäktige utser ledamöter till bolagsstyrelser och stiftelser samt utser ledamöter till

förbundsfullmäktige för kommunalförbunden. Kommunfullmäktige väljer också ägarombud till bolagsstämmor. Kommunstyrelsen ansvarar för att företagen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt sätt och att tillräcklig samordning sker med övrig kommunal verksamhet. Stadens styrning utgår ifrån lagstiftning inom området och de styrdokument som särskilt utfärdats av kommunfullmäktige i form av företagspolicy, bolagsordningar, ägardirektiv, särskilda direktiv, avtal eller förbundsordningar och medlemsdirektiv.

Uppsiktsplikten fullgör kommunstyrelsen genom att krav ställs på företagen om att lämna löpande information från sin verksamhet enligt ett fastställt rapporteringssystem. Koncernredovisning upprättas per sista augusti och sista december. För stiftelser gäller särskilda stadgar. Ägarförhållandena varierar i de olika bolag/förbund som ingår i Solna stads koncern och därmed formerna för uppsikt.

Omvårdnadsnämndens ansvarsområden

Omvårdnadsnämnden ansvarar för stadens äldreomsorg samt för omsorg om personer med funktionsnedsättning. Ansvarsområdet omfattar myndighetsutövning och verksamheterna styrs i stor utsträckning av socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Bland de verksamheter som nämnden ansvarar för finns boende, omsorg och service i ordinärt boende, daglig verksamhet, dagverksamhet, hälso- och sjukvård inom LSS-området med mera.

Mål och uppdrag

Kommunfullmäktige har i Solna stads verksamhetsplan och budget 2022 med inriktning för 2023-2024 beslutat om nämndmål och uppdrag för nämnderna.

Nämndmål

Nämndmål
Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande.
Solnabor som har hemtjänst ska ha möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.
Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro.
Den besvärände ensamheten bland solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.

Arbetet med nämndmålen pågår enligt plan.

Uppdrag

Nämnden har inga uppdrag under innevarande år.

Ekonomisk analys

Driftredovisning

Nämndens nettokostnader uppgår till 288,9 mkr vilket är en ökning med 5,9 mkr (2,1 %) jämfört med föregående år. Förändringen förklaras av indexering mellan åren samt att nämnden idag har 63 platser stängda inom särskilt boende jämfört med 71 platser under samma period föregående år.

Intäkterna har ökat med 27,6 mkr (29 %) som exklusive interna intäkter beror på årlig prisjustering samt stimulansbidrag som i perioden har intäktsförts med 6,9 mkr.

Interna intäkter har ökat i perioden med 16,4 mkr, på grund av att nämnden från och med mars 2021 intäktsför belagda platser på nämndens LSS gruppboenden och Skoga inom egen regi.

Kostnaderna har ökat med 33,4 mkr (8,8%) vilket förutom prisjusteringar förklaras av att nämnden har öppnat upp 8 platser inom särskilt boende, startat upp ett nytt gruppboende inom LSS samt har en högre kostnad på våra dagliga verksamheter inom LSS som under föregående år haft färre besökare på grund av pandemin.

Interna kostnader ökar mellan åren, 16,4 mkr, på grund av att nämnden från och med mars 2021 intäktsför belagda platser på nämndens LSS gruppboenden och Skoga inom egen regi.

Periodens budgetavvikelse 17,8 mkr (6,2 %) förklaras i huvudsak av att nämndens budget är fördelad i tolfte delar vilket betyder att pris- och löneökningar kommer att påverka resterande period.

Intäkterna är 16,2 mkr högre än budget vilket förklaras av stimulansbidrag som i budget ligger med som en minskad kostnad, interna intäkter har ett högre utfall jämfört med budget samt att nämnden har vidarefakturerat kostnader i perioden.

Resultaträkning (mkr)	2022	2021	% 22/21	Budget- avvikelse	Budget	Prognos	Prognos- avvikelse
Taxor och avgifter	9,7	9,1		-2,4	36,3	29,0	-7,3
Hyror och arrenden	11,5	10,7		1,4	30,1	34,4	4,3
Bidrag	30,9	21,6		6,9	72,2	92,8	20,6
Försäljning av verksamhet	0,8	0,4		0,8	0,0	2,5	2,5
Övriga intäkter	6,6	6,2		6,6	0,0	22,0	22,0
Intern intäkt peng (kto 39)	63,6	47,2		2,9	182,0	191,0	9,0
Summa intäkter	123,0	95,4	29,0 %	16,2	320,6	371,7	51,1
Personalkostnader	-91,0	-88,3		0,1	-273,0	-273,0	0,0
Köp av verksamhet/tjänster	-214,0	-197,6		7,5	-664,7	-664,0	0,7
Lokalkostnader	-27,7	-27,4		-2,8	-74,7	-83,0	-8,3
Kapitalkostnader	-0,4	-1,1		-0,4	0,0	-0,5	-0,5
Övriga kostnader	-15,3	-16,6		0,3	-46,9	-80,4	-33,5
Intern kostnad peng (kto 77)	-63,6	-47,3		-3,1	-181,6	-191,0	-9,4
Summa kostnader	-412,0	-378,4	8,9 %	1,7	-1 240,9	-1 291,9	-51,0
Verksamhetens nettokostnader	-288,9	-283,0	2,1 %	17,8	-920,2	-920,2	0,0

Nämndens helårsprognos är ett utfall i enlighet med budget. I prognosen har nämnden tagit hänsyn till helårseffekt av kommande periodiserade kostnader relaterat till lön, indexpåslag och ökade kostnader för turbundna resor.

Verksamheter

Verksamheter (mkr)	2022	2021	% 22/21	Budget- avvikelse	Budget	Prognos	Prognos- avvikelse
Nämndverksamhet	-0,3	-0,2		0	-0,7	-0,7	0,0
Äldreomsorg hemtjänst	-62,9	-57,9		2,5	-197,8	-197,8	0,0
Äldreomsorg särskilt boende	-129,0	-126,3		7,3	-409,2	-409,2	0,0
Insatser enligt LSS	-77,5	-71		5,7	-248,4	-255	-6,6
Insatser personer m funktionsnedsättning	-1,8	-3,1		0,6	-7,1	-7,1	0,0
Turbundna resor	-2,6	-1,9		-0,3	-6,8	-11	-4,2
Förvaltningsgemensam verksamhet	-14,8	-22,5		2	-50,2	-39,4	10,8
Verksamhetens nettokostnader	-288,9	-282,9	2,1	17,8	-920,2	-920,2	0,0

Hemtjänstens nettokostnader uppgår till 62,9 mkr vilket är en ökning med 5 mkr (8,6 %). Förändringen förklaras av indexering mellan åren (4 mkr) samt fler omvårdnadstimmar (2 mkr) jämfört med samma period i föregående år.

Särskilt boende har ökat med 2,7 mkr (2,2 %) varav indexering förklaras med 1,4 mkr och att nämnden har ökat upp med 8 platser (1,3 mkr) jämfört med samma period föregående år.

Insatser enligt LSS har ökat med 6,5 mkr (9 %) varav 2 mkr förklaras av indexering, 2,2 mkr för uppstart av ett nytt gruppboende och 2,3 mkr för ökad kostnad för daglig verksamhet som jämfört med föregående år hade färre besökare på grund av pandemin.

Turbundna resor har ökat med 0,7 mkr på grund av färre resor under föregående år på grund av pandemin.

Förvaltningsgemensam verksamhet ligger 7,8 mkr lägre jämfört med föregående år vilket förklaras av att nämnden tog höjd för en generell kostnad motsvarande 6 mkr som återfördes i kvartal 2 vilket förklarar differensen mellan åren.

Periodens budgetavvikelse uppgår till 17,2 mkr lägre i kostnad vilken generella förklaringen är att nämnden i perioden inte har haft full påverkan av tjänsteköp, indexering och lönekostnader som kommer senare under året.

Nämndens helårsprognos 920,2 mkr är i nivå men budget för resterande period med 10,8 mkr lägre kostnad för förvaltningsgemensam verksamhet men där vi istället kommer att ha en högre kostnad för assistans utifrån en förändrad prisnivå samt en högre kostnad för turbundna resor påverkad av högre kostnad för drivmedel.

Investeringsredovisning

I perioden har 0,6 mkr av investeringsbudgeten förbrukats utifrån uppstart av ett nytt gruppböende inom LSS.

Årets prognosticerade investeringsutfall uppgår till 1,0 mkr vilket är en avvikelse med 0,5 mkr i jämförelse med årets investeringsbudget. Under 2021 och 2022 har en genomlysning av investeringsprocessen samt anläggningsregistret genomförts i staden. Detta har inte inarbetats i budgetramen för 2022, vilket påverkar avvikelsen mellan årets investeringsbudget och investeringsutfall. Genomlysningen har bland annat resulterat i ett förtydliggande av stadens anvisning för gränsdragning mellan investeringsutgifter och driftkostnader samt en förändring av beloppsgränsen för en investeringsutgift.

Investeringsredovisning (mkr)	2022	2021	Differens 22/21	Återstår av årsbudget	Budget	Prognos	Prognos-avvikelse
Verksamhetens investeringar	0,6	0,1	0,5	0,9	1,5	1,0	0,5



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-04-29
ON/2022:14

Avskrivning av osäkra fordringar 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden skriver av bokföringsmässigt osäkra fordringar till ett värde av 187 071 kronor.

Omvårdnadsnämnden skriver av konstaterade kundförluster till ett värde av 90 698 kronor.

Sammanfattning

Omvårdnadsnämnden har fordringar motsvarande totalt 277 769 kronor som bedöms vara osäkra. Dessa fordringar ligger på långtidsbevakning eller är föremål för inkassoåtgärder hos företag som staden anlitat. Förvaltningen föreslår att dessa skrivs av bokföringsmässigt. Fordran gentemot kund kvarstår dock.

Dessutom har kundförluster motsvarande 90 698 kronor konstaterats. Dessa består av dödsboanmälningar och bouppteckningar som visar att medel saknas.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Veronica Hässelborg
Chefscontroller



Bakgrund

För att säkerställa att det värde som kommunen uppvisar i sin balansräkning i bokslutet är ett reellt värde, bör fordringar som bedöms som osäkra inte redovisas som en tillgång. Bedömningen har gjorts utifrån att fordran ligger på långtidsbevakning eller fordran i övrigt bedöms som osäker. Fordran gentemot kunden kvarstår dock.

Dessutom finns kundförluster som är konstaterade. I dessa fall kommer aldrig fordringen att betalas in till kommunen, eftersom dödsboanmälan eller bouppteckningen har gjorts och man kunnat konstatera att inga medel finns.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-06-03
ON/2022:39

Omvårdnadsnämndens delegationsordning 2022, revidering 2022-06-21

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden beslutar att revidera delegationsordningen i enlighet med förvaltningens förslag.

Sammanfattning

Den senaste gången omvårdnadsnämndens delegationsordning reviderades var den 26 april 2022 § 30.

Omvårdnadsförvaltningen har denna gång reviderat delegationsordningen med anledning av att det uppdagats att det saknats en ärendegrupp och delegat i punkt 9.1 Insatser enligt socialtjänstlagen (SoL). Ärendegruppen heter "Bistånd i andra fall" enligt 4 kap. 2 § SoL. Delegat är avdelningschef SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde och biträdande avdelningschef LSS.

Handlingar

Förslag till reviderad delegationsordning bifogas tjänsteskrivelsen.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Catharina Almer Chipperfield
Administrativ samordnare

Omvårdnadsnämndens delegationsordning

Antagen av Omvårdnadsnämnden 2022-06-21



Delegationsordning – Delegationsordningen antas av respektive nämnd. Den reglerar vad en enskild ledamot, ett utskott eller en tjänsteman får besluta om i nämndens ställe.

ON/2022:39

Dokumenttyp	Giltighetstid	Beslutande organ	Antaget till följd av lag
Delegationsordning	Tills vidare	Omvårdnadsnämnden	Kommunallagen (2017:725)
Dokumentansvarig	Revisionsdatum	Uppföljning	Version
Förvaltningschef		Vid behov	2022-06-21

Innehållsförteckning

1 Delegering av beslutanderätt – vem nämnden kan delegera till.....	4
2 Anmälan av delegeringsbeslut och vidaredelegering.....	4
3 Rätten att överklaga	4
4 Delegationsbegränsningar i kommunallagen.....	4
5 Hanteringsordning verkställighet.....	5
6 Lagstiftning	5
7 Ärenden gemensamma för samtliga nämnder	6
7.1 Ekonomi.....	6
7.2 Upphandling och inköp.....	6
8 Beslut som fattas utifrån av kommunstyrelsen antagna riktlinjer	7
8.1 Ekonomi	7
8.2 HR och lön.....	8
8.3 Resor.....	8
9 Delegationsordning för omvårdnadsnämnden.....	9
9.1 Insatser enligt socialtjänstlagen (SoL).....	9
9.2 Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).....	10
9.3 Överklaganden och yttranden	12
9.4 Lagen om riksfärdtjänst.....	13
9.5 Lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m.	13
9.6 Kommunalt bostadsbidrag för personer med funktionsnedsättning.....	14
Beslut om kommunalt bostadsbidrag för personer med funktionsnedsättning.....	14
4 kap. 2§ SoL.....	14
Biträdande avdelningschef LSS	14
Avdelningschef för SoL	14
9.7 Avgifter	14
9.8 Livsmedelslagen.....	14
9.9 Upphandling.....	15
9.10 Personal	16
9.11 Dataskyddsförordningen, GDPR	16
9.12 Inspektionen för vård och omsorg, IVO.....	18
9.13 Konferenser, kurser och utbildningar	18
9.14 Övrigt.....	19

1 Delegering av beslutanderätt – vem nämnden kan delegera till

Med delegering avses att omvårdnadsnämnden överför beslutanderätt, det vill säga ger någon i uppdrag att fatta beslut på nämndens vägnar i specifika ärenden.

Av **6 kap. § 37** och **7 kap 5 §** kommunallagen (**KL**) följer att en nämnd får uppdra att fatta beslut på nämndens vägnar till:

- Nämndens presidium
- Ett utskott i nämnden
- En enskild ledamot
- En anställd i staden

Beslutet gäller på samma sätt som om omvårdnadsnämnden fattat beslutet och kan överklagas genom laglighetsprövning enligt **13 kap KL**. Vissa beslut kan överklagas genom förvaltningsbesvär inom ramen för aktuell speciallagstiftning.

2 Anmälan av delegeringsbeslut och vidaredelegering

Beslut som fattas med stöd av delegationsordningen skall anmälas till omvårdnadsnämndens närmast följande sammanträde eller protokollföras särskilt enligt **6 kap § 40 KL**. I Solna ska besluten anmälas enskilt via LEX, stadens dokument- och ärendehanteringssystem. Anmälda delegationsbeslut antecknas under särskild paragraf i omvårdnadsnämndens protokoll.

Förvaltningschefen kan enligt **7 kap § 6 KL** ges rätt att vidaredelegera beslut inom sitt verksamhetsområde. Beslut som fattats med stöd av vidaredelegation ska anmälas till förvaltningschef och omvårdnadsnämnden.

Delegat får överlämna delegerat ärende till kommunstyrelsen för avgörande om ärendets beskaffenhet påkallar det.

Varje delegat ansvarar för att fatta beslut utifrån gällande styrdokument och lagrum inom respektive område.

3 Rätten att överklaga

Beslut som är fattade på delegation från omvårdnadsnämnden är överklagningsbara till Förvaltningsrätten genom laglighetsprövning enligt **13 kap. KL**. Laglighetsprövning enligt 13 kap. KL är dock inte möjligt om det i lag eller annan författning finns särskilda bestämmelser om överklagande.

4 Delegationsbegränsningar i kommunallagen

Av **6 kap. 38 § KL** följer att beslutanderätten inte får delegeras i följande ärenden:

1. Ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.
2. Framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige överklagats.
3. Ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
4. Ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden.
5. Ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

5 Hanteringsordning verkställighet

Utöver delegationsbeslut fattas en mängd så kallade verkställighetsbeslut inom nämndens verksamhet. Verkställighetsbeslut är beslut som fattas regelmässigt av olika befattningshavare i kraft av deras tjänsteställning. Verkställighetsbeslut omfattas inte av delegationsordningen och behöver inte anmälas till nämnden. Detta då sådana beslut fattas inom ramen för den löpande verksamheten som styrs av nämndens reglemente. Verkställighetsbeslut går inte att överklaga.

6 Lagstiftning

FL Förvaltningslagen (2017:900)

GDPR Dataskyddsförordningen. General Data Protection Regulation (2016/679)

KL Kommunallagen (2017:725)

Lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag

Lag (1997:735) om riksfärdtjänst

LSS Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

Livsmedelslagen (2006:804)

Livsmedelsverkets föreskrifter om livsmedelshygien

OSL Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

SoL Socialtjänstlag (2001:453)

7 Ärenden gemensamma för samtliga nämnder

7.1 Ekonomi

Nr	Ärende	Delegat
7.1.1.	Beslut om att bokföringsmässigt avskriva fordringar. Återrapportering till nämnd sker i sammanfattande form	Förvaltningschef
7.1.2	Beslut om avyttring av anläggningstillgångar	Ekonomichef

7.2 Upphandling och inköp

Upphandling sker enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och enligt av kommunstyrelsen antagna riktlinjer för inköp och upphandling. Samtliga verksamheter ska följa ingångna ramavtal.

Nr	Ärende	Delegat
7.2.1	Beslut om att: - inleda upphandling - fastställa upphandlingsdokument gällande eget upphandlat avtal samt avtal avropat på ramavtal hos inköpscentral till ett upphandlingsvärde av högst 2 000 000 kr	Förvaltningschef
7.2.2	Beslut om att: - tilldela kontrakt - avbryta upphandlingen gällande eget upphandlat avtal samt avtal avropat på ramavtal hos inköpscentral	Upphandlingschef
7.2.3	Beslut om att underteckna upphandlat avtal (gällande eget upphandlat avtal samt avtal avropat på ramavtal hos inköpscentral) till ett upphandlingsvärde av: 1) 2 000 000 kr eller mer 2) under 2 000 000 kr	1. Ordförande och förvaltningschef <u>tillsammans</u> 2. Förvaltningschef
7.2.4	Beslut om att säga upp eller häva upphandlat avtal (gäller eget upphandlat avtal samt avtal avropat på ramavtal hos inköpscentral) till ett upphandlingsvärde av högst 2 000 000 kr	Förvaltningschef

8 Beslut som fattas utifrån av kommunstyrelsen antagna riktlinjer

8.1 Ekonomi		
Nr	Ärende	Ansvarig
8.1.1	Beslut om att utse beslutsattestanter	Förvaltningschef, i enlighet med attestreglementet
8.1.2	Beslut om representation för: <ol style="list-style-type: none"> 1. Förtroendevalda 2. Anställd 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ordförande i det organ som avser representera staden 2. Ansvarig chef <p>I enlighet med gällande riktlinje för representation, gåvor, sponsring och mot mutor</p>
8.1.3	Beslut om gåva/julklapp till: <ol style="list-style-type: none"> 1. Samtliga förtroendevalda 2. Samtliga anställda 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nämndordförande 2. Förvaltningschefgruppen <p>I enlighet med gällande riktlinje för representation, gåvor, sponsring och mot mutor</p>
8.1.4	Beslut om avtackning när en anställd går i pension, eller på annat sätt slutar arbeta i Solna	Berörd chef I enlighet med gällande riktlinje för representation, gåvor, sponsring och mot mutor
8.1.5	Beslut om uppvaktningar/avtackningar från: <ol style="list-style-type: none"> 1. Stadens sida 2. Nämndens sida 3. Verksamhetens sida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunstyrelsens ordförande och/eller stadsdirektören 2. Nämndordförande 3. Stadsdirektör och förvaltningschefer inom respektive ansvarsområde. <p>I enlighet med gällande riktlinje för representation, gåvor, sponsring och mot mutor</p>
8.1.6	Beslut om att ta emot sponsring/gåva	Kommunstyrelsen eller berörd nämnd. I enlighet med gällande riktlinje för representation, gåvor, sponsring och mot mutor

8.2 HR och lön

Nr	Ärende	Ansvarig
8.2.1	Beslut om förbud av bedriva bisyssla	Kommunstyrelsens arbetsutskott I enlighet med gällande riktlinje för bisysslor
8.2.2	Beslut om att tillåta bisyssla	Förvaltningschef I enlighet med gällande riktlinje för bisysslor

8.3 Resor

Samtliga resor ska följa stadens riktlinjer för resor.

Alla resor ska vara påkallade av och till nytta i tjänsten. Externa kontakter ska i första hand ske via telefon, mail, webb-, videokonferens eller liknande som gör att resor inte behöver genomföras. Tekniska lösningar kan dock inte i alla sammanhang ersätta det personliga mötet. Målsättningen är att de resor som genomförs ska ge ett tydligt mervärde som inte kan uppnås på annat sätt. Vid resor i tjänsten ska det färd sätt användas som, ut stadens synvinkel, är mest gynnsamt miljömässigt, verksamhetsmässigt och ekonomiskt. Riktlinjerna omfattar både förtroendevalda och anställda i staden.

Alla resor utanför Sverige ska anmälas till kommunstyrelsen/internationella kommittén. Rapport ska skrivas efter genomförd resa. Kommunstyrelsens arbetsutskott fattas beslut om resor utanför Europa, efter tillstyrkan från den som fattar beslut om resor inom Europa.

Nr	Ärende	Ansvarig
8.3.1	Förankring om resor inom Stockholms län för: 1. förtroendevalda 2. anställda	1. nämndordförande 2. närmaste chef I enlighet med gällande riktlinje för resor
8.3.2	Beslut om resor i Sverige utanför Stockholms län för: 1. förtroendevalda 2. nämndordförande 3. anställda	1. Nämndordförande 2. 1:e vice ordförande 3. Närmaste chef I enlighet med gällande riktlinje

		för resor
8.3.3	Beslut om resor inom Europa för: <ol style="list-style-type: none"> 1. Förtroendevalda 2. Nämndordförande 3. Förvaltningschef 4. Övriga anställda 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nämndordförande 2. 1:e vice ordförande 3. Nämndordförande 4. Förvaltningschef <p>I enlighet med gällande riktlinje för resor</p>
8.3.4	Beslut om resor utanför Europa avseende förtroendevalda och anställda	<p>Kommunstyrelsens arbetsutskott efter tillstyrkan av beslutsfattare för resor inom Europa ovan.</p> <p>I enlighet med gällande riktlinje för resor</p>

9 Delegationsordning för omvårdnadsnämnden

9.1 Insatser enligt socialtjänstlagen (SoL)

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Utredning	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare LSS-handläggare Samordnare SoL Samordnare LSS	Avdelningschef för SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde Biträdande avdelningschef LSS
Utredning ska inte inledas, att inledd utredning ska läggas ned eller att utredning inte ska föranleda någon åtgärd	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare LSS-handläggare Samordnare SoL Samordnare LSS	Avdelningschef för SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde Biträdande avdelningschef LSS

Rätten till bistånd: <ul style="list-style-type: none"> - Hjälp i hemmet - Boendestöd - Turbundna resor - Särskilt boende - Korttidsvård - Matdistribution - Ledsagare - Plats i dagverksamhet - Beslut om trygghetslarm 	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare LSS-handläggare Samordnare SoL Samordnare LSS	Avdelningschef för SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde Biträdande avdelningschef LSS
Bistånd utöver riktlinjerna	4 kap. 1 § SoL	Avdelningschef för SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde. Biträdande avdelningschef LSS	
Bistånd i andra fall	4 kap. 2 § SoL	Avdelningschef SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde. Biträdande avdelningschef LSS	
Beslut om särskilt boende för personer från andra kommuner	2a kap. 8 § SoL	Biståndshandläggare LSS handläggare	
Beslut om framställning om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun	16 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare LSS handläggare Samordnare SoL Samordnare LSS	

9.2 Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om personkretstillhörighet	1, 7 §§ LSS	LSS-handläggare	Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS Samordnare LSS
Rätten till insatser <ul style="list-style-type: none"> - Biträde av personlig assistent eller 	9 § 2 LSS	LSS-handläggare	Avdelningschef

<p>ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för assistans som inte täcks av assistansersättning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ledsagarservice - Kontaktperson - Avlösarservice i hemmet - Korttidsvistelse utanför det egna hemmet - Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år - Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar - Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna - Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder 	<p>9 § 3 LSS</p> <p>9 § 4 LSS</p> <p>9 § 5 LSS</p> <p>9 § 6 LSS</p> <p>9 § 7 LSS</p> <p>9 § 8 LSS</p> <p>9 § 9 LSS</p> <p>9 § 10 LSS</p>		<p>för LSS, Biträdande avdelningschef LSS</p> <p>Samordnare LSS</p>
<p>Beslut om återbetalning av ekonomiskt stöd som kommunen beviljat enligt LSS 9 § första stycket 2</p>	<p>12 § LSS</p>	<p>Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS</p> <p>Samordnare LSS</p>	<p>Avdelningschef för SoL</p>
<p>Förhandsbesked om rätt till insats enligt LSS för personer som inte är bosatta i kommunen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bostad med särskild service - Övriga insatser 	<p>16 § 2 st. LSS</p>	<p>LSS-handläggare</p>	<p>Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS</p> <p>Samordnare LSS</p>
<p>Beslut att utreda behoven för enskild på tillfälligt besök i kommunen och besluta om insatser enligt LSS</p>	<p>16 § 3 st. LSS</p>	<p>LSS-handläggare</p>	<p>Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS</p> <p>Samordnare LSS</p>

9.3 Överklaganden och yttranden

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om att föra talan i ärende eller mål vid allmän domstol eller förvaltningsdomstol	10 kap. 2 § SoL	Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde. Biträdande avdelningschef LSS	Samordnare för SoL Samordnare LSS
Utseende av ombud att föra nämndens talan	10 kap. 2 § SoL	Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde, Biträdande avdelningschef LSS	Samordnare för SoL Samordnare LSS
Beslut om rättidsprövning vid överklagande och beslut att avvisa för sent inkommet överklagande	45 § FL	Förvaltningschef Delegaten i ursprungsbeslutet. Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde, Biträdande avdelningschef LSS	Samordnare för SoL Samordnare LSS
Ändring av beslut pga. uppenbar felaktighet (får ändras) Ändring av beslut pga. nya omständigheter (får ändras) Ändring av beslut om uppenbart felaktigt och kan ändras snabbt och enkelt (ska ändras) Ändring av överklagat beslut (får ändras)	36 § FL 37 § FL 38 § FL 39 § FL	Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde, Biträdande avdelningschef LSS	Samordnare för SoL Samordnare LSS
Överklagande och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt eller kammarrätt ändrat nämndens beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegaten samt avgivande av yttrande i SoL- och LSS-ärenden där ursprungsbeslutet fattats av delegat.	27 § LSS 16 kap. 3 § SoL	Delegaten i ursprungsbeslutet. Avdelningschef för SoL och LSS var och en inom sitt ansvarsområde, Biträdande avdelningschef LSS	Samordnare för SoL Samordnare LSS
Yttrande om enskilda	SoL, LSS	Avdelningschef för SoL och	

personer till IVO, länsstyrelsen och andra tillsynsmyndigheter		LSS var och en inom sitt ansvarsområde, Biträdande avdelningschef LSS	
Yttranden till Inspektionen för vård och omsorg gällande: <ul style="list-style-type: none"> – Begäran om tillstånd att bedriva enskild verksamhet – Godkännande av utökning av antalet platser 		Arbetsutskott Stabschef för kvalitetsutveckling	
Yttranden i enskilda ärenden till tillsynsmyndigheter såsom Inspektionen för vård och omsorg och Justitieombudsmannen, liksom förvaltningsdomstolar såsom Kamrarrätten och Förvaltningsrätten		Förvaltningschef Avdelningschef för SoL och avdelningschef samt bitr. avdelningschef för LSS var och en inom sitt ansvarsområde	Samordnare LSS

9.4 Lagen om riksfärdtjänst

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om riksfärdtjänst	Lag (1997:735) om riksfärdtjänst	Biståndshandläggare LSS handläggare	Avdelningschef för SoL och avdelningschef LSS var och en inom sitt ansvarsområde Biträdande avdelningschef LSS

9.5 Lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m.

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om bostadsanpassningsbidrag	Lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag	Bostadsanpassningshandläggare	Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef

			LSS
Beslut om bidrag till återställning av anpassade bostäder		Bostadsanpassningshandläggare	Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS

9.6 Kommunalt bostadsbidrag för personer med funktionsnedsättning

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om kommunalt bostadsbidrag för personer med funktionsnedsättning	4 kap. 2 § SoL	Avdelningschef för LSS Biträdande avdelningschef LSS	Avdelningschef för SoL

9.7 Avgifter

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om avgift med generellt förbehållsbelopp	8 kap. 2 § SoL	Avgiftshandläggare	Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS
Beslut om nedsättning med individuellt förbehållsbelopp	8 kap. 2 § SoL	Avdelningschef för LSS Biträdande avdelningschef LSS	Avdelningschef för SoL
Beslut om avgiftsbefrielse	8 kap. 2 § SoL	Avdelningschef för LSS Biträdande avdelningschef LSS	Avdelningschef för SoL
Beslut om avgifter (ersättning) som mat m.m. för personer inom LSS-verksamheter	19 § LSS	Avgiftshandläggare	Avdelningschef för LSS, Biträdande avdelningschef LSS
Beslut om nedskrivning eller befrielse från skuld avseende debiteringsavgift inom äldre- och handikappomsorgen	4 kap 2 § SoL	Avdelningschef för LSS Biträdande avdelningschef LSS	Avdelningschef för SoL

9.8 Livsmedelslagen

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Anmäla registrering av livsmedelsanläggning	11 § Livsmedelsverkets föreskrifter om livsmedelshygien	Verksamhetschef	
Ta emot delgivning för omvårdnadsnämnden		Verksamhetschef	
Överklaga beslut som berör frågor om godkännande av livsmedelsanläggning	31-32 §§ livsmedelslagen (2006:804)	Verksamhetschef	
Överklaga beslut som rör frågor om registrering av livsmedelsanläggning	31-32 §§ livsmedelslagen	Verksamhetschef	
Överklaga beslut som berör egenkontrollavgifter enligt förordning (2006:1166) om avgifter för offentlig kontroll av livsmedel	31-32 §§ livsmedelslagen	Verksamhetschef	
Överklaga beslut som berör frågor om sanktioner enligt artikel 54 EG-förordningen 882/2004 och/eller 22-23 §§ livsmedelslagen		Verksamhetschef	

9.9 Upphandling

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut om godkännande av sökande	Lagen om valfrihetssystem LOV	Förvaltningschef	
Beslut om underkännande av sökande	Lagen om valfrihetssystem LOV	Förvaltningschef	
Undertecknande av avtal med godkänd leverantör	Lagen om valfrihetssystem LOV	Förvaltningschef	
Beslut om uppsägning av avtal inom valfrihetssystem	Lagen om valfrihetssystem LOV	Förvaltningschef	

Beslut om att häva avtal inom valfrihetssystem	Lagen om valfrihetssystem LOV	Omvårdnadsnämnden	
Undertecknande av uppsägning eller hävning av avtal	Lagen om valfrihetssystem LOV	Förvaltningschef	
Beslut om förlängning av avtal när förlängningen följer av huvudavtalet	LOU	Arbetsutskott	
Beslut om tillägg till huvudavtalet	LOU	Arbetsutskott	
Signering av förlängning och tillägg	LOU	Följer av huvudavtalet Ordförande Förvaltningschef	
Undertecknande av avtal vid direktupphandling avseende vård och omsorg	LOU	Avdelningschef SoL Avdelningschef LSS	Biträdande Avdelningschef LSS

9.10 Personal

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Uppsägning, avsked och disciplinåtgärd: <ul style="list-style-type: none"> - Avstängning och förbud att tjänstgöra - Tillfälligt försätta ur tjänstgöring 		Förvaltningschef Närmaste chef	

9.11 Dataskyddsförordningen, GDPR

Beslut om för vilka ändamål personuppgifter får behandlas	Artikel 5. 1b, GDPR	Förvaltningschef, stabschef och avdelningschef var en och inom sitt ansvarsområde	Biträdande avdelningschef LSS
Beslut gällande den registrerades tillgång till personuppgifter och utlämnande av registerutdrag	Artikel 15, GDPR	Dataskyddsombud Förvaltningschef	
Beslut gällande rätt till rättelse av felaktiga	Artikel 16, GDPR	Dataskyddsombud Avdelningschef var och en	Biträdande avdelningschef

personuppgifter		inom sitt ansvarsområde	LSS
Beslut gällande rätt till radering av personuppgifter (rätten att bli bortglömd)	Artikel 17, GDPR	Dataskyddsombud Avdelningschef var och en inom sitt ansvarsområde	Biträdande avdelningschef LSS
Beslut gällande begränsning av behandling	Artikel 18, GDPR	Dataskyddsombud Avdelningschef var och en inom sitt ansvarsområde	Biträdande avdelningschef LSS
Anmälningsskyldighet avseende rättelse, radering eller begränsning av personuppgifter	Artikel 19, GDPR	Dataskyddsombud	Avdelningschef var och en inom sitt ansvarsområde, Biträdande avdelningschef LSS
Beslut om rätt till dataportabilitet	Artikel 20, GDPR	Dataskyddsombud Förvaltningschef	
Rätt att göra invändningar mot behandling	Artikel 21, GDPR	Dataskyddsombud Förvaltningschef	
Granska personuppgiftsbiträden	Artikel 23.3 och 32.1 GDPR	Dataskyddsombud	
Undertecknande av personuppgiftsbiträdesavtal	Artikel 28, GDPR	Förvaltningschef	
Anmälan om personuppgiftsbehandlingar (registerförteckning)	Artikel 30, GDPR	Dataskyddsombud	
Utreda personuppgiftsincident	Artikel 33-34 GDPR	Dataskyddsombud Avdelningschef	
Information till den/de registrerade vid personuppgiftsincident	Artikel 34 GDPR	Dataskyddsombud Avdelningschef Verksamhetschef	
Beslut om personuppgiftsincident ska anmälas eller ej till tillsynsmyndighet eller registrerad	Artikel 34-35, GDPR	Förvaltningschef	

Upprätta konsekvensbedömning	Artikel 35-36 GDPR	Dataskyddsombud	
Anmäla personuppgiftsincident till IMY		Dataskyddsombud	Förvaltningschef
Beslut om att utse dataskyddsombud	Artikel 37, GDPR	Förvaltningschef	

9.12 Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Anmälan av skador till Inspektionen för vård och omsorg (lex Maria)	3 kap 5 § Patientsäkerhetslagen (2010:659)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) MAS och MAR utför var och en rapporteringsskyldigheten inom sitt verksamhetsområde	
Ställningstagande till och beslut om anmälan samt anmälan till Inspektionen för vård och omsorg om allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande (Lex Sarah)	14 kap. 7 § SoL 24 f § LSS	Förvaltningschef	
Ställningstagande till och beslut om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg om det finns anledning att anta att en enskild bedriver yrkesmässig verksamhet med personlig assistans utan tillstånd enligt 23 § eller att en tillståndshavares lämplighet för att bedriva sådan verksamhet kan ifrågasättas	15 § LSS	Förvaltningschef Avdelningschef samt biträdande avdelningschef LSS	

9.13 Konferenser, kurser och utbildningar

Enskild förtroendevalds		Ordförande	
-------------------------	--	------------	--

rätt att på nämndens bekostnad delta i kurser med mera.			
Flera förtroendevaldas rätt att på nämndens bekostnad delta i kurser med mera.		ON AU	
Ordförandes rätt att på nämndens bekostnad delta i kurser med mera.		1:e vice ordförande	2:e vice ordförande

9.14 Övrigt

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Ersättare
Beslut i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas	6 kap. 39 § KL	Ordförande	1:e vice ordförande
Beslut om avslag eller delvis avslag på begäran att få ta del av allmän handling till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	6 kap. 3 § OSL	Förvaltningschef, stabschef, avdelningschef var och en inom sitt verksamhetsområde, Biträdande avdelningschef LSS, Administrativ samordnare	
Beslut om avvisande av ombud eller biträde	14 § FL	Avdelningschefer inom SoL och LSS samt biträdande avdelningschef LSS	
Beslut om avvisande av ombud som inte kan styrka sin behörighet genom skriftlig eller muntlig fullmakt.	15 § FL	Avdelningschefer inom SoL och LSS samt biträdande avdelningschef LSS	
Teckna ansvarsförbindelse för informationshantering avseende Stockholms läns landstings Elektroniska katalog (EK)		Ordförande	
Revidering av dokumenthanterings- och gallringsplaner för omvårdnadsnämndens		Förvaltningschef	

förvaltningsorganisation			
Operativt ansvar för informationssäkerheten, ansvar för att höja säkerhetsmedvetandet inklusive kontinuitetsplaneringen.		Förvaltningschef	



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-06-07
ON/2022:74

Prognos för verksamheter inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde 2023–2028

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av prognosen.

Sammanfattning

Omvårdnadsförvaltningen erhåller befolkningsprognos för Solna stad två gånger årligen av stadsledningsförvaltningen. Omvårdnadsförvaltningen har genomfört en prognos för åren 2023-2028 över framtida behov av verksamheter inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde: socialtjänst för äldre genom hemtjänst och vård- och omsorgsboende (SoL), samt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Prognosen baseras på befolkningsutvecklingen i Solna stad, samt föregående års utveckling inom verksamhetsområdena.

Den samlade bedömningen för socialtjänst för äldre är att behovet av platser vid vård- och omsorgsboenden fortsatt är mindre än tidigare med anledning av pandemin och befolkningsutvecklingen, samt att behovet i hemtjänsten beräknas öka. Det tidigare generella ökade behovet av socialtjänst till äldre i närtid utgörs främst av ett ökat behov av hemtjänst, både utifrån den demografiska utvecklingen och de potentiella effekter som pandemin har haft. Omvårdnadsförvaltningen bedömer också att behovet av andra boendeformer än demens- och omvårdnadsplatser ökar under prognosperioden.

Utvecklingen inom LSS har stannat av något de gångna två åren, vilket också kan ses i nationella jämförelser. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att behovet av gruppboendestäder är högre än av serviceboendestäder i närtid och att staden kan hantera det eventuella ökade behovet inom befintligt och planerat bestånd.

Beräkningar, rekommendationer och bedömningar framgår av bilaga 1 Prognos för verksamheter inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde 2023-2028.

Handlingar

Bilaga 1. Prognos för verksamheter inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde 2023-2028

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Fredrik Olsson
Kvalificerad utredare



Prognos för verksamheter inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde 2023–2028

Innehåll

Sammanfattning.....	2
Rekommendation och samlad bedömning, socialtjänst.....	2
Rekommendation och samlad bedömning, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).....	3
Prognosförutsättningar.....	4
Befolkningsprognos.....	4
Direkta effekter av pandemin för behovet av insatser.....	4
Socialtjänst.....	5
Vård- och omsorgsboende.....	6
Lägesbeskrivning och utveckling.....	6
Platsbestånd och omsättning på vård- och omsorgsboenden.....	8
Behov av platser vid vård- och omsorgsboenden åren 2023-2028.....	8
Utbyggnadsbehov.....	10
Hemtjänst.....	11
Lägesbeskrivning och utveckling.....	11
Prognos för perioden 2023–2028.....	11
Kommande behov på individnivå.....	12
Boendestöd.....	12
Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).....	13
Särskilda påverkansfaktorer för behovsprognos inom LSS.....	13
Riktlinjer, lagar och domslut.....	14
Bostad med särskild service.....	14
Lägesbeskrivning och utveckling.....	14
Kommande behov på individnivå.....	16
Utbyggnadsbehov.....	17
Personlig assistans.....	17
Lägesbeskrivning och utveckling.....	17
Daglig verksamhet.....	18
Lägesbeskrivning och utveckling.....	18
Övriga insatser, LSS.....	19

Sammanfattning

Omvårdnadsförvaltningen erhåller befolkningsprognos för Solna stad två gånger årligen av stadsledningsförvaltningen. Omvårdnadsförvaltningen har genomfört en prognos över framtida behov av verksamheter inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde: socialtjänst för äldre genom hemtjänst och vård- och omsorgsboende, samt stöd och service inom funktionshinderområdet.

- Enligt stadens befolkningsprognos 2023–2028 från mars 2022 beräknas antalet personer över 65 år att öka från ca 12 800 till 14 000 under perioden 2022–2028. I Solna ökar antalet äldre i långsammare takt och i ett senare skede jämfört med i resten av Sverige. Andelen äldre av Solnas invånare har minskat kontinuerligt sedan början av 1990-talet, men befolkningsprognosen har från och med i år vänt mot en marginell ökning till följd av en beräknad minskning i åldersgruppen 45-65 år.
- Sett till den demografiska utvecklingen är bedöms behovet av vård- och omsorgsplatser vara jämnt över de kommande åren. Den stora förändringen är att staden i dagsläget verkställer cirka 70 platser färre än vad tidigare prognoser har kunnat förutse, med anledning av pandemin. Bedömningen är att det kommer dröja ytterligare fem år innan antalet beslut om vård- och omsorgsboende är i nivå med innan pandemin. Inget talar i dagsläget för att behovet skulle öka i snabbare takt än den demografiska utvecklingen, utifrån förra årets och årets prognoser.
- Behovet av andra typer av platser än somatiska platser och demensplatser förväntas öka i närtid, där psykiatriska platser och platser i boendeformer för socialpsykiatri, samsjuklighet eller beroendeproblematik för personer över 65 bedöms vara relevanta.
- Personer i behov av hemtjänst Solna beräknas öka med 12,6% under perioden 2023-2028, med anledning av den demografiska utvecklingen. Den årliga ökningstakten är drygt 2%. Därtill finns också en ökning av omfattning av insatser per person med drygt 4% årligen de gångna tre åren. Ökningstakten förväntas vara som störst efter 2025 till följd av den åldrande befolkningen. Omvårdnadsförvaltningen kan inte ännu se någon entydig effekt av pandemin på behovet av hemtjänst.
- Behovet av boendestöd förväntas öka mer än vad prognosen anger, främst med anledning av ärenden som övergår från socialnämnden till omvårdnadsnämnden, samt att boendestöd generellt ökar främst inom LSS-personkrets.
- Flertalet LSS-insatser har minskat i antal under de gångna två åren, vilket också är en nationell utveckling. Beträffande LSS-bostäder är den samlade bedömningen att Solna stad behöver öka kapaciteten med 4-5 platser årligen för att svara mot behoven, vilket är en nedskrivning ifrån föregående år med anledning av en minskning av nu gällande beslut de gångna två åren. Den samlade bedömningen är att de planerade uppstarterna under de kommande åren, antalet tomma platser i det fasta beståndet samt tillgång till platser inom valfritt system svarar mot behovet. Bedömning om ytterligare behov av LSS-bostad bör göras under 2023.

Samlad bedömning, socialtjänst

Den samlade bedömningen är att omvårdnadsnämnden de närmaste åren har en överkapacitet inom vård- och omsorgsboenden med anledning av pandemin och

befolkningsutvecklingen, samt att behovet i hemtjänsten beräknas följa befolkningsutvecklingen i staden. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att behovet är större av demens- och specialboendeplatser i närtid, än av omvårdnadsplatser.

Det tidigare generella ökade behovet av socialtjänst till äldre i närtid handlar därför i stället om ett ökat behov av specifikt hemtjänst, både utifrån den demografiska utvecklingen, kvarboendepincipen och de eventuella effekter som pandemin har haft. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att ett minskat nyttjande av hemtjänst under pandemin, både avseende nya ansökningar och vilja att ta emot redan beviljade insatser, som försumbar och övergående. Det går inte heller att påvisa en överdödlighet inom området.

Antalet personer i behov av någon hemtjänstinsats beräknas fortsatt att öka med anledning av den demografiska utvecklingen, med en ökningstakt om 2% årligen under perioden 2023-2028. Det bör observeras att denna bedömning endast utgår från den beräknade demografiska utvecklingen och att ett antagande om att hemtjänst och vård- och omsorgsboende kommer att beviljas enligt samma riktlinjer som tidigare. I ett längre perspektiv ger en väl fungerande kvarboendepincip att mer insatser kommer att utföras i den enskildes hem, vilket ger en större omfattning av hemtjänst och ställer högre krav på hemtjänsten.

Årets prognos tar också särskilt i beaktande den målgrupp som idag erhåller insatser från socialnämnden och som i närtid kommer att övergå i omvårdnadsnämndens ansvarsområde (över 65 år). I dagsläget handlar det om en tillkommande grupp av personer med boendestöd och personer som bor i olika boendeformer. Inom den prognostiserade perioden 2023-2028 handlar det om ett tjugotal med boendestödsinsatser och ett femtontal med beslut om boende i någon form. Detta behov kommer att dels påverka omvårdnadsnämndens budget, och i ett senare skede potentiellt också vara i behov av psykogeriatriska insatser.

Åldersgruppen äldre än 70 år efterfrågar också boenden som är vanliga lägenheter, men som också har tillgång till gemensamhetsutrymmen för social gemenskap och trygghet. De gemensamma lokalerna kan vara bemannade eller samordnas med närliggande verksamheter, men boendet omfattas inte av vårdinsatser. Ett sådant kategoriboende, s.k. trygghetsboende, har byggts i Huvudsta och ett planeras att byggas i Bergshamra under perioden för att möta de äldres behov av boende.

Samlad bedömning, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Stadens bestånd av platser på LSS-boende är i fas med befolkningsutvecklingen, staden står idag med en överkapacitet i verksamheter i egen regi och ett antal upphandlade verksamheter. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att behovet av gruppboendestäder är större än av serviceboendestäder i närtid, men att båda kommer behövas under den prognosticerade perioden. Omvårdnadsnämnden bör dock de kommande två åren överväga att sänka takten för nyetablering, om den sjunkande trenden fortsätter. Fler av de beviljade insatserna verkställs i år inom valfrihetssystemet, jämfört med tidigare år.

Den samlade bedömningen är att Solna stad behöver ha kapacitet för ytterligare 4-5 personer årligen, där gruppboendestäder är mest angeläget i närtid. Om utvecklingen följer befolkningsprognosen kommer staden behöva ytterligare 20 platser till 2028. Om utvecklingen istället fortsätter i samma takt som de gångna 10 åren, är Solna stad istället i behov av platser för 25 personer till 2028. Behovet möts i dagsläget av tomma platser i

befintliga verksamheter, valfrihetssystemets kapacitet och de planerade verksamheterna fram till 2025. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att omvårdnadsnämnden bör invänta åtminstone nästa års prognos för att bedöma om den pågående trenden kommer påverka behovet av nyetablering efter 2025.

Insatsen korttidsvistelse följer alltjämt befolkningsutvecklingen, men omvårdnadsförvaltningen har svårt att verkställa insatsen motsvarande de behov som den enskilde och dess anhöriga har. Antalet korttidsverksamheter som kan verkställa på helger är färre än det finns behov för, vilket är ett generellt problem i hela Stockholms län. Omvårdnadsförvaltningen har i uppdrag att hitta en långsiktig lösning på situationen.

För övriga insatser ser vi en pågående trend av färre beslut, vilket också är utvecklingen i övriga länet och i landet (Socialstyrelsen 2022). Detta kan för vissa av insatserna förklaras av effekter av pandemin, vilket således kan vara en tillfällig förändring i en annars generell ökning av ärenden.

Prognosförutsättningar

I detta avsnitt beskrivs förutsättningarna för beräkning av behovsprognos utifrån påverkande faktorer, det vill säga eventuella förändringar som skett sedan föregående års prognos som kan påverka beräkningen och träffsäkerheten för den prognostiserade utvecklingen.

Befolkningsprognos

Årets befolkningsprognos har marginella korrigeringar ifrån föregående års befolkningsprognoser (februari 2021; september 2021). Korrigeringarna för åldrarna 0-65 år är för små för att få ett genomslag på omvårdnadsnämndens prognos för LSS-insatser. Däremot får nedskrivningarna vissa effekter på andelen äldre i befolkningen, där det numera finns en viss ökning av andelen äldre i Solnas befolkning över den prognostiserade tiden. Det är framför allt åldersgruppen 80 år och äldre som utgör en större andel de kommande åren. Det är också här behovet av insatser är som störst. Specifikt gäller nedskrivningen i befolkningsprognosen för åldern 45-65. Nedskrivningen är relevant i ett längre perspektiv, om än man ska ha i åtanke att de flesta som ansöker om insatser senare i livet.

Den tidigare effekten av coronapandemin på den befolkningsprognos som omvårdnadsförvaltningen erhåller kan nu sägas ha fasats ut helt. Under 2021 korrigerades beräknad överdödlighet i åldersgrupperna till följd av sjukdomen. Sedan vaccinationsprogrammet införts har dödligheten i Covid-19 inom omvårdnadsnämndens målgrupper avstannat helt, varför inga ytterligare korrigeringar av befolkningsprognoserna till följd av pandemin är att vänta.

Direkta effekter av pandemin för behovet av insatser

Den direkta påverkan av pandemin på omvårdnadsnämndens behov kan nu börja utvärderas, förutsatt att inga nya varianter av viruset tillstöter. De personer som avlidit under pandemin och som inte har insatser från omvårdnadsnämnden har i stor utsträckning trots allt varit inom omvårdnadsnämndens målgrupp. Dessa personer skulle troligt vara i behov av insatser under de kommande åren, varför pandemin har givit en effekt av minskat behov i det kortare perspektivet.

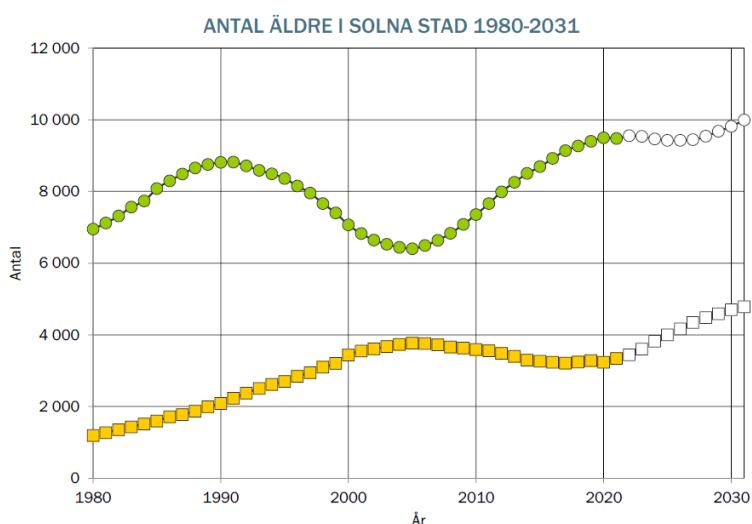
Merparten av de personer som har avlidit har också erhållit insatser från Solna stad (61 personer vid vård- och omsorgsboende, 28 inom hemtjänsten (Dödsorsakregistret, maj

2021¹). Det förs ingen offentlig statistik över socialtjänstinsatser i relation sjuklighet i Covid-19, men det är förväntat att de som har hemtjänst eller bor på vård- och omsorgsboende och har smittats, i högre utsträckning har drabbats av svåra infektioner. En dryg tredjedel av de avlidna med Covid-19 som är folkbokförda i Solna hade varken hemtjänst eller bodde på vård- och omsorgsboende (Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, maj 2021). Under slutet av 2021 hade Solna stad en period av mångdubbelt högre smittspridning av coronavirus än tidigare smittoperioder, men den ledde alltså inte till någon överdödlighet i varken befolkningen eller inom omvårdnadsförvaltningens verksamheter. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att så länge inga nya varianter med högre dödlighet och tillstötter, kommer läget fortsatt att vara stabilt.

Det finns också effekter av pandemin som kan antas leda till ökat behov av insatser. Det höga antalet insjuknade invånare kan också leda till ett ökat behov av insatser utifrån ett permanent försämrat allmäntillstånd efter genomgången infektion, i likhet med vanliga influensautbrott. Särskilt multisjuka eller kroniskt sjuka kan vara drabbade, troligt kan en sådan effekt ses först inom de närmaste åren, främst inom hemtjänsten. Omvårdnadsförvaltningen kan emellertid i dagsläget inte uppskatta omfattningen av en sådan påverkan, då det inte finns statistik över antal brukare med genomgången infektion eller pågående rehabilitering efter covid-19, så kallad post-covid. Det finns ingen tydlig indikation på att medborgare avstått från eller väntat med att ansöka om insatser. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att de hälsomässiga effekterna på Solnas befolkning ännu är för tidiga att omsätta i beräkningar.

Socialtjänst

I avsnittet nedan återges nuläge och prognos för verksamheterna vård- och omsorgsboende, hemtjänst samt boendestöd². Staden beviljar insatser enligt socialtjänstlagen till personer både över och under 65, men merparten av dem som beviljas erhåller socialtjänstinsatser för äldre. Det beräknade behovet av socialtjänst för äldre baseras på stadens förväntade befolkningsutveckling i stadens befolkningsprognos. Se figur nedan.

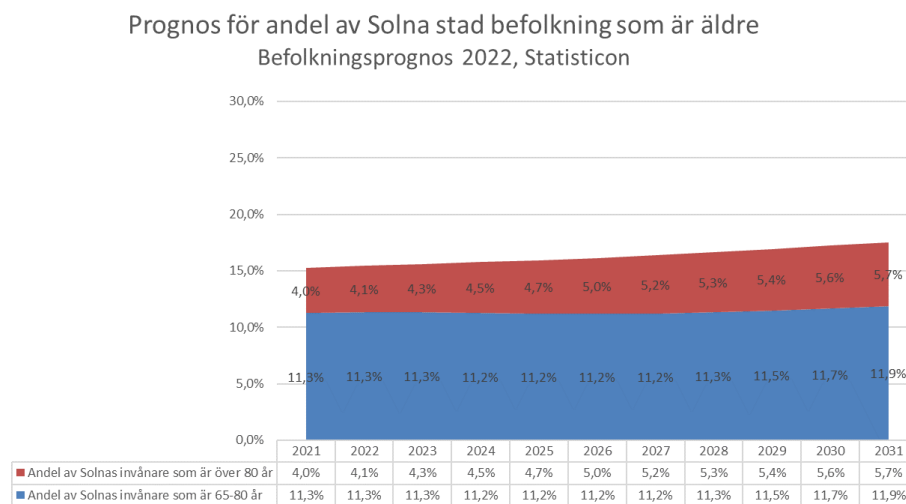


Figur 1. Befolkningsprognos, 65 år och äldre. Befolkningsprognos för Solna stad, mars 2022 (Statisticon)

¹ Sedan coronavirus inte betraktas som samhällsfarlig sjukdom finns inte historisk data att tillgå på kommunnivå, men dödligheten i sjukdomen leder inte heller längre till någon överdödlighet för målgruppen.

² Insatsen boendestöd är en insats enligt socialtjänstlagen som huvudsakligen beviljas personer under 65 inom LSS-personkrets. Det finns även ett fåtal personer över 65 som har insatsen.

Enligt stadens befolkningsprognos 2023–2028 från mars 2022 beräknas antalet personer över 65 år att öka från ca 12 800 till 14 000 under perioden 2022–2028. I Solna ökar antalet äldre i långsammare takt och i ett senare skede jämfört med i resten av Sverige. Se figur nedan.



Figur 2. Prognos för hur stor andel av invånare i Solna som är 65-80 respektive över 80 år (Statisticon)

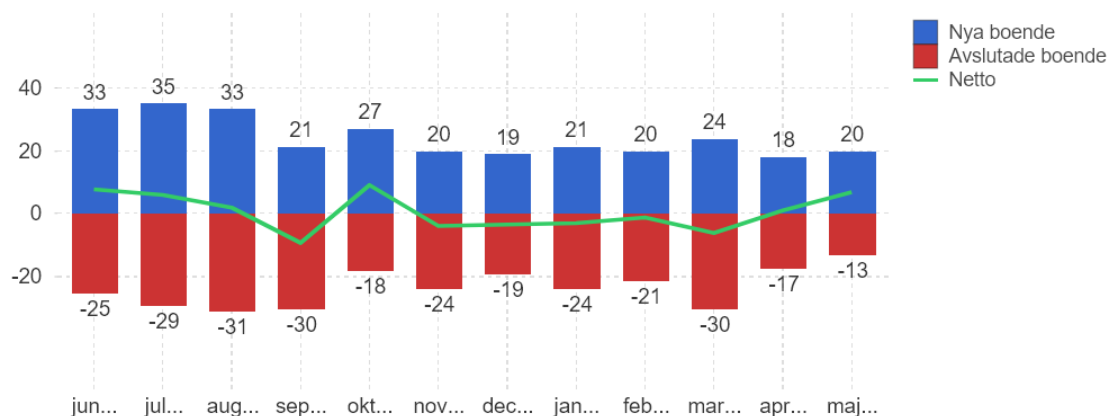
Andelen äldre av Solnas invånare har minskat kontinuerligt sedan början av 1990-talet, men befolkningsprognosen har från och med i år vänt mot en marginell ökning.

Vård- och omsorgsboende

Lägesbeskrivning och utveckling

Under de senaste 5 åren har antalet boende varierat mellan ca 580 och som mest 620 personer. Per den 30 maj 2022 bor 538 personer på vård- och omsorgsboende och korttidsboende, varav 62 personer bor utanför Solna kommun. 14 personer bor på ett boende med psykiatrisk inriktning. Medelålder vid inflyttning är drygt 85 år och under 2021 var medelantalet verkställda beslut drygt 525, med de psykiatriska platserna inkluderade.

Som föregående års behovsprognos konstaterat har överdödligheten inom vård- och omsorgsboenden i direkt mening påverkat behovet mot ett lägre behov av boendeplatser i närtid. Figuren nedan visar antalet personer som flyttar in på vård- och omsorgsboende, relaterat till antalet personer som avlidit eller flyttat ut, under perioden juni 2021 till och med maj 2022.



Figur 3. Inflyttade personer i relation till avlidna eller utflyttade, vård- och omsorgsboende i Solna stad, juni 2021 till maj 2022.

Solna stad har färre boende på vård- och omsorgsboenden idag än före pandemin. I maj 2022 har omvårdnadsnämnden ett nettovärde totalt om -85 verkställda insatser sedan januari 2020, det vill säga att det sedan pandemin har flyttat in 85 personer färre än antalet personer som avlidit eller flyttat från boendet (det senare är mycket ovanligt). Merparten av dessa tomma platser är inom det fasta beståndet av upphandlade platser enligt LOU och egenregiverksamheten Skoga. Omvårdnadsförvaltningen har med anledning av detta tillfälligt av sagt platser, som flest 75 platser sommaren 2020. I juni 2021 var antalet 71 platser, idag ett år senare är antalet av sagda platser 62 stycken. Under åren 2020-2021 fanns också en motsvarande minskning av personer som bodde på boenden inom valfrihetssystemet, men som under 2022 återgått till samma omfattning som innan pandemin.

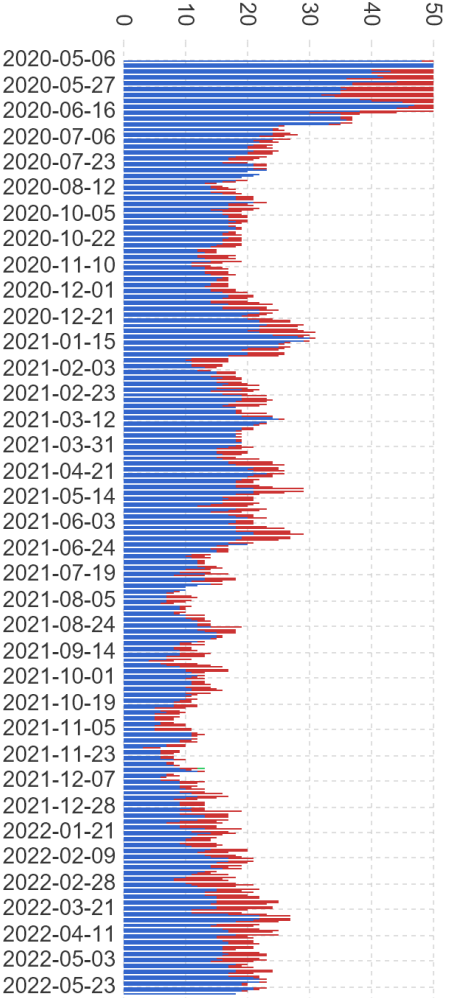
Under pandemin har både antalet ansökningar om plats och antalet personer som tackat ja till tilldelad plats varit lägre än normalt, särskilt under perioder med hög smittspridning i länet. Att personer inte ansöker om plats vid vård- och omsorgsboende ska inte likställas med att de inte är i behov av platsen, det kan också leda till ökat behov av befintliga insatser i hemmet. Ansökningarna är fortsatt något lägre än tidigare år och avslag utgör drygt 5% av inkomna ansökningar, ofta med utökning av hemtjänst som en följd.

Särskilda boendeformer

Personer som har behov av andra typer av boendeinsatser än reguljära vård- och omsorgsboenden för äldre har de gångna två åren ökat. Utöver de personer som har beslut om beviljad plats på vård- och omsorgsboende har omvårdnadsnämnden även ansvar för insatser till ett antal personer som bor på verksamheter i socialnämndens regi, i dagsläget 11 personer. Dessa personer är över 65 år, men har behov av boende av andra skäl än somatiska besvär eller demenssjukdom, företrädesvis föranledda av psykiatriska diagnoser eller samsjuklighet. De gångna två åren har behovet av psykiatriska platser och nyttjande av platser inom socialförvaltningens verksamheter ökat något. Målgruppen förväntas också fortsatt att öka, såväl i takt med att enskilda individer med beslut från socialpsykiatri blir äldre än 65, men även till följd av att målgruppen i stort lever längre. Socialförvaltningen har bistått med underlag för bedömning av ärenden som övergår till omvårdnadsnämnden, inom de kommande fem åren är det ett femtontal ärenden som bor på gruppboenden eller HVB-hem (ofta i samverkan med regionen). Ett tjugotal individer omfattas också av boendestödsinsatser och blir över 65 (se senare avsnitt om boendestöd). Omvårdnadsförvaltningen följer utvecklingen och arbetar gemensamt med andra kommuner och organisationer för att möta behovet av dessa insatser över tid.

Platsbestånd och omsättning på vård- och omsorgsboenden

Antalet tomma platser har under pandemin och under 2022 varit stabilt i förhållande till behovet av platser, omvårdnadsnämnden står med en överkapacitet om 10-20 platser dagligen, där det i huvudsak handlar om omställningstid efter avliden person (tömning av dödsbo och återställande av lägenhet). En låg andel tomma platser skapar ekonomisk effektivitet, men en viss överkapacitet behövs alltid för att hantera variationer i in- och avflyttning. Se figur nedan, blå stapel avser lägenhet ledig för inflyttning, röd avser ej inflyttningsklar.



Figur 4. Utveckling av antal inflyttningsklara platser vid vård- och omsorgsboende Solna stad 2020-2022.

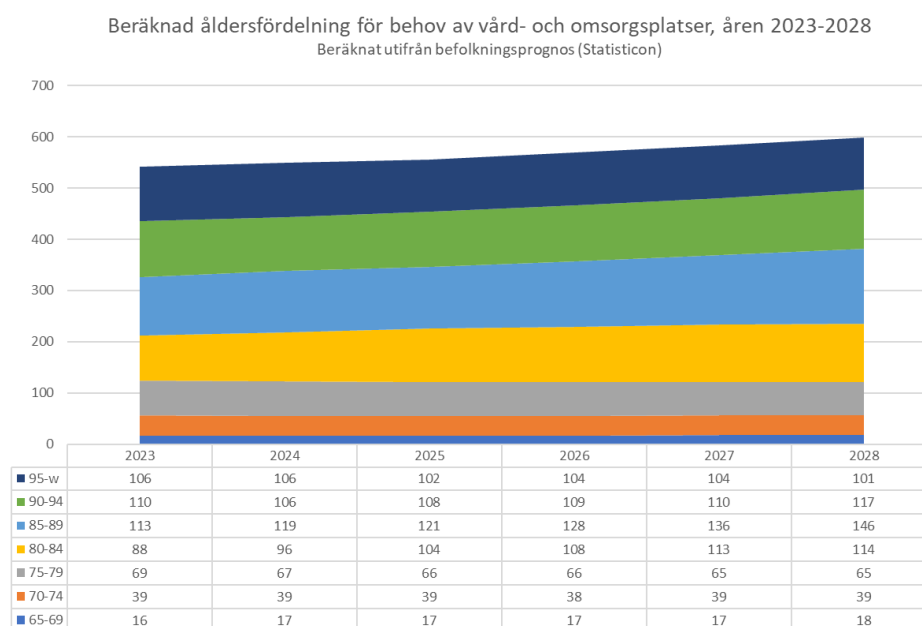
Figuren visar att den minskning av antalet boende som skedde under första halvåret av 2020 alljämt är bestående. Omvårdnadsförvaltningen har sedan sommaren 2020 åter öppnat 13 av de initialt avsågda 75 platserna, men har bibehållit en viss överkapacitet för att hantera perioder med hög efterfrågan. Generellt har det funnits färre lediga demensplatser och korttidsplatser tillgängliga, varför omvårdnadsförvaltningen initialt öppnar demensplatser av de tillfälligt avsågda platserna.

Behov av platser vid vård- och omsorgsboenden åren 2023-2028

I behovsberäkningen förutsätts att bistånd till omvårdnadsboende kommer att beviljas enligt samma riktlinjer som tidigare. De beräkningstal som använts i prognosen är medelvärdet av den andel av befolkningen per åldersklass som beviljats omvårdnadsboende för åren 2011–2021. Utifrån värdena för respektive åldersklass beräknas antalet personer som kommer att behöva vård- och omsorgsboende åren 2023–2028³. Behovet per åldersklass och år redovisas i nedanstående figur. Behovet av plats vid vård- och omsorgsboende är lägst i de lägre åldersgrupperna, men högre efter 80 års ålder.

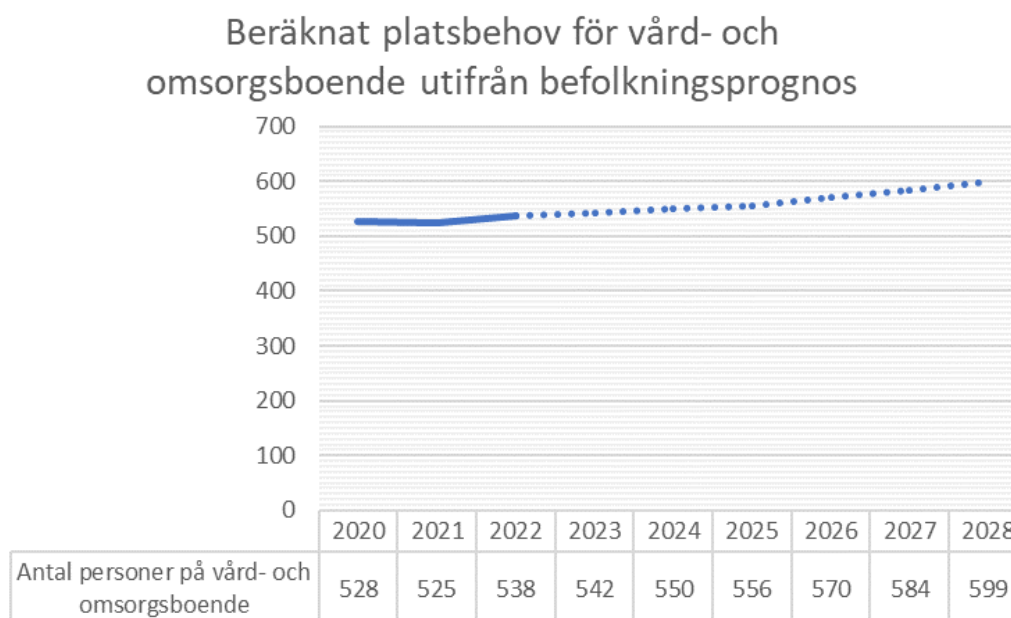
³ Med anledning av pandemin har omvårdnadsförvaltningen sedan 2020 tillämpat en annan

beräkningsmodell för behovsprognosen än tidigare, där den reella påverkan som pandemin haft tas i beaktande och som en bestående effekt. Detta beror delvis på att dödligheten varit högre inom vård- och omsorgsboenden än det varit i åldersgruppen i övrigt. I praktiken betyder det att beräkningarna utgår ifrån den nu gällande lägre omfattningen av insatser än vad en ren framskrivning utifrån andel äldre i befolkningen gör.



Figur 5. Beräknad åldersfördelning för behov av vård- och omsorgsplatser, åren 2023-2028. Beräknat utifrån befolkningsprognos (Statisticon)

I maj 2022 bor 538 personer på vård- och omsorgsboenden inklusive korttidsverksamheter. Från och med årets prognos inkluderas även en trendlinje utifrån föregående års faktiska antal verkställda beslut om plats på vård- och omsorgsboende⁴, då effekten på platsbehovet efter juni 2020 varit avsevärt lägre. Se figurer nedan.



Figur 6. Beräknat platsbehov för vård- och omsorgsboende utifrån befolkningsprognos, utveckling 2020-2022 och prognos för 2023-2028

⁴ Beräkningen görs utifrån medelantalet av verkställda beslut per vecka under perioden juni 2020 – maj 2022. Notera att även beslut som verkställs inom valfrihetssystemet och genom direktköp inkluderas i beräkningen, det är därmed inte enbart platser i det fasta beståndet belägna i Solna som ingår i platsbehovet.

Figurerna visar att om behovet av antal platser är detsamma som nu och följer befolkningsutvecklingen, kommer Solna stad att ha ett behov av platser på vård och omsorgsboende i paritet med nivåerna före pandemin först om fem år, vilket är ytterligare en förskjutning med drygt ett år sedan förra årets behovsprognos. För att utvecklingen ska komma ikapp tidigare behovsprognoser, krävs minst ett fördubblat antal ansökningar under fem års tid. Detta motsvarar 40-60 ansökningar i månaden, vilket omvårdnadsförvaltningen bedömer som osannolikt.

Utbyggnadsbehov

Pandemin kommer sannolikt att påverka omvårdnadsnämndens behov av platser vid vård- och omsorgsboenden både under och efter den prognosticerade perioden. Prognosen visar att behovet av platser förvisso ökar med ungefär 15% under perioden med anledning av befolkningsutvecklingen för målgruppen, men utvecklingen är i verkligheten från en jämförelsevis lägre nivå än tidigare prognoser. Om man inkluderar behovet av en överkapacitet på grund av variationer till följd av verkställighetsprocess för inflyttning av nya brukare bedömer omvårdnadsförvaltningen att det i dagsläget finns en överkapacitet om drygt 70 platser, varav 62 i dagsläget är avsågda. Staden har goda förutsättningar att hantera variationer i in- och avflyttning under innevarande år.

Utvecklingen av nya ansökningar visar hittills ingen tendens på ett ökat behov i målgruppen. Det finns inte heller skäl att tro att personer som beviljats plats kommer att uppehålla platsen längre än tidigare. Om man antar en ökning av behovet i paritet med befolkningsökningen, kommer det ta 5 år innan staden ligger i nivå med 2021 års beräknade behov av platser. Tidigare år har omvårdnadsförvaltningens bedömning varit att de platser som köps genom LOV-upphandlingen inte kommer att räcka till för att tillgodose solnabornas behov av boende.

En förändring ifrån tidigare års prognoser är att omvårdnadsförvaltningen även tar i beaktande att målgruppen äldre som idag har insatser från socialpsykiatri kommer att öka. Det kommer inte i direkt mening påverka behovet av somatiska platser eller demensplatser, men det påverkar omvårdnadsnämndens budget och på sikt även behov av psykiatriska platser. Målgruppen är till antalet få, men har behov av omfattande insatser som kan vara svåra att tillgodose inom det reguljära beståndet av vård- och omsorgsboenden. Socialförvaltningen har delgivit att det handlar om ett femtontal personer under de kommande fem åren.

Effekterna av pandemin behöver också följas och införlivas i den fortlöpande bedömningen, för att kunna göra en mer tillförlitlig bedömning av behovet av nya boenden i Solna stad. Omvårdnadsförvaltningen följer utvecklingen på veckobasis för att kontinuerligt utvärdera platsbehovet. Under det gångna året har antalet ansökningar inte ökat och det finns inget som idag tyder på att personer lever längre på vård- och omsorgsboende än tidigare, trots 2020 års överdödlighet inom verksamheterna. Enligt gällande avtal har staden möjlighet att öppna platser successivt för att svara mot behoven. Kommunfullmäktige har sedan tidigare ett uppdrag i budget att planera för ett nytt vård- och omsorgsboende, vilket kan komma att påverkas av de gångna två årens bedömda förskjutning av behov av platser.

Hemtjänst

Lägesbeskrivning och utveckling

Det är ett stort flöde i omsättningen av brukare av hemtjänst, under senare år har det tillkommit cirka 450-500 personer årligen i behov av hemtjänst, ungefär lika många brukar också avsluta sina hemtjänstinsatser. Under det gångna året har omsättningen varit något högre. Idag är 13 utförare verksamma inom hemtjänsten i Solna stad.

I genomsnitt har 10,6% av solnaborna över 65 år någon typ av hemtjänstinsats, vilket är lägre än genomsnittet i landet. Hemtjänst är vanligare efter 80 års ålder, endast 2-3% av solnabor i åldern 65-79 har hemtjänst, medan mellan 18-20% i åldersgruppen 80 och äldre har insatser. Varannan person över 90 har någon form av hemtjänst under året.

Under 2021 var drygt tre fjärdedelar av den utförda hemtjänsten i form av omvårdnadsinsatser. Sett till hur mycket hemtjänstinsatser respektive individ har, är det ingen större skillnad på timantalet i de olika åldersgrupperna, varför en prognos görs med det totala antalet personer i aktuella åldersgrupper. Drygt 9% av personerna som är beviljade hemtjänst är under 65 år. Hemtjänsten har hög variation i antal timmar per person - många brukare har få timmar medan ett mindre antal har omfattande omsorgsbehov.

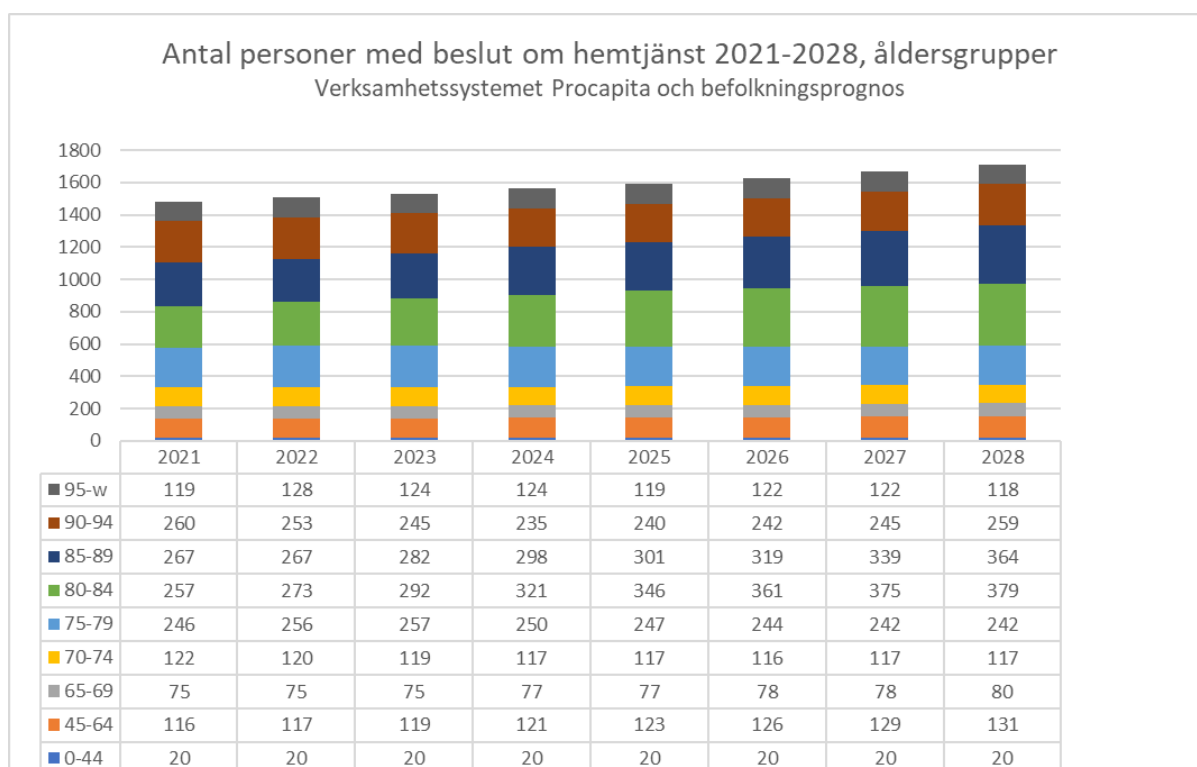
Vid ett givet datum har drygt mellan 1000-1100 personer hemtjänstinsatser i Solna stad, merparten har omvårdnadsinsatser i någon form. Därutöver har drygt 500 personer enbart insatsen trygghetslarm. Antalet personer som haft någon hemtjänstinsats under de senaste åren redovisas i nedanstående tabell.

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brukare	1487	1494	1470	1480	1487	1499
Därav under 65 år	136	143	127	141	129	136

Prognos för perioden 2023-2028

Befolkningen i åldern 65+ var 2021 ca 12 800 personer. Av dessa hade 10,6% hemtjänst under året. Fram till 2028 beräknas antalet personer över 65 öka till ca 14 000, vilket är den huvudsakliga beräkningsgrunden för hur många som kommer behöva hemtjänst fram till 2028⁵. Om man räknar med samma omfattning av hemtjänst som perioden 2020-2022 för den kommande perioden fram till 2028 blir prognosen enligt årligen nedan:

⁵ Omvårdnadsförvaltningen ändrar från och med 2022 års prognos beräkningsgrunden för prognosen, där beräkningen tar hänsyn till åldersgrupper över 65. Syftet är att kunna ta hänsyn till att andelen som har hemtjänst skiljer sig avsevärt mellan åldersgrupperna: ju äldre desto större behov. Personer under 45 som erhåller hemtjänst är för få för att prognostisera, antalet har stadigvarande varit drygt 20 personer.



Figur 7. Antal personer med beslut om hemtjänst 2021-2028, indelat i åldersgrupper.

Den nedskrivning som gjorts av befolkningsprognosen på senare år ger som förväntat små skillnader i närtid. Däremot syns effekten av att antalet personer som blir över 80 år tydligt på behovet av hemtjänst, de flesta ansöker om hemtjänst efter 80 års ålder. Den beräknade ökningen av antal beslut under perioden 2022-2028 är drygt 2% årligen, totalt 12,6% fram till 2028. Ökningstakten förväntas vara som störst efter 2025 till följd av den åldrande befolkningen.

Kommande behov på individnivå

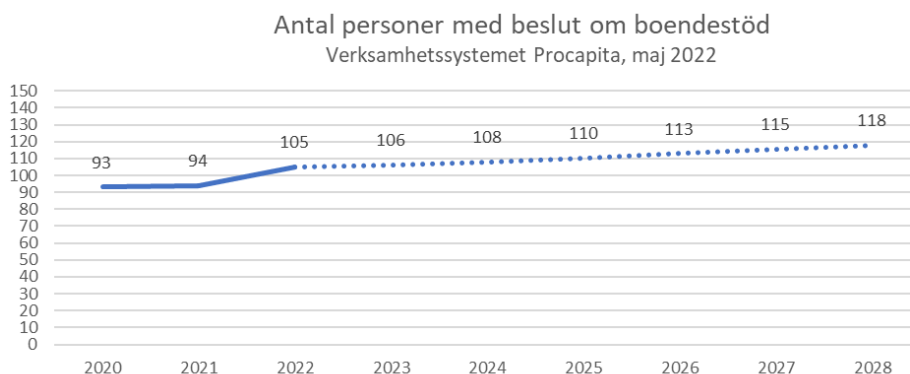
Omvårdnadsförvaltningen har analyserat utvecklingen av beslutade hemtjänststimmar. Det totala antalet insatser har inte ökat nämnvärt under perioden maj 2021-maj 2022. Däremot finns en utveckling de gånga tre åren mot fler antal timmar per person inom hemtjänsten, effekten har sedan 2019 varit drygt 4% årligen.

Variationen av antal timmar per person är mycket stor och det är förväntat att personer med framför allt omvårdnadsinsatser över tid också kommer att behöva utökade insatser. Behovet av omsorg i de yngre åldersgrupperna kan emellertid öka, med anledning av att målgruppen för socialpsykiatri blir äldre. Se följande avsnitt om boendestöd för en mer detaljerad beskrivning av detta.

Boendestöd

Boendestöd är en insats enligt socialtjänstlagen, men som i stor utsträckning beviljas personer under 65 år och som tillhör LSS-personkrets. Antalet beviljade boendestödsinsatser har legat stadigvarande mellan 90 och 100 de senaste åren. Det är en mycket liten del av Solna stads befolkning som är beviljade insatsen. I maj 2022 var

antalet personer som beviljats boendestöd av omvårdnadsnämnden 105 personer⁶, vilket är en ökning utöver föregående års prognos med drygt 10 personer. 89 av de 105 är under 65 år. Den beräknade utvecklingen utifrån befolkningsutvecklingen för målgruppen under perioden 2022-2027 framgår av figur nedan.



Figur 8. Utveckling och prognos för antal personer med beslut om boendestöd, 2020-2028

Med anledning av att målgruppen för boendestöd har kommit att bli allt äldre, har omvårdnadsförvaltningen för årets behovsprognos kompletterat underlaget med en bedömning utifrån underlag från socialförvaltningen. Bedömningen avser hur många som inom de kommande 5 åren kommer att bli över 65 år, och därmed erhålla insatser inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde istället för socialnämndens. Totalt 19 personer kommer att övergå till omvårdnadsnämnden de kommande fem åren, vilket är något högre än vad en uppskrivning utifrån befolkningsprognosen anger. Omvårdnadsförvaltningen bedömer därför att omvårdnadsnämnden bör förvänta sig en något högre total ökning, uppskattningsvis ett tiotal fler ärenden än vad befolkningsutvecklingen anger. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att valfrihetssystemet för boendestöd har kapacitet att verkställa även denna presumtiva ökning av insatser.

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

I avsnittet nedan återges nuläge och prognos för verksamheterna bostad med särskild service, personlig assistans, daglig verksamhet, ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice, korttidsvistelse och korttidstillsyn enligt LSS.

Särskilda påverkansfaktorer för behovsprognos inom LSS

Den nationella utvecklingen inom LSS är att allt fler personer får insatser enligt LSS, vilket också har varit utvecklingen i Solna över en längre tid. Sedan 2010 har antalet personer med LSS-insatser ökat med omkring 20 procent i landet. Antalet insatser har i sin tur ökat med 14 procent. De senaste tre åren har ökningstakten minskat och för flera av insatserna syns nu även en minskning i antal. Den historiska ökningen inom LSS kan bara delvis förklaras av att befolkningen ökar. Över en längre tidsperiod har det förvisso skett en ökning, men det ser olika ut för olika åldersgrupper. Enligt Socialstyrelsens senaste mätning 2020 syns dessutom en minskning i åldersgruppen 23–64 år

⁶ Även socialnämnden beviljar insatsen boendestöd, denna sammanställning avser dock endast omvårdnadsnämndens verksamhet.

(Socialstyrelsen 2022). Solna stad har en jämförelsevis låg andel av befolkningen som erhåller insatser enligt LSS. I Solna stad är andelen 63 personer per 10 000 invånare i samma åldersgrupp, vilket även är lägst i länet i övrigt och femte lägst i landet. För insatserna LSS-bostad och daglig verksamhet har staden drygt hälften så många brukare som kommuner i motsvarande storlek.

Antalet insatser enligt socialtjänstlagen till målgruppen fortsätter också att öka (Socialstyrelsen 2022). Den största ökningen har skett inom boendestöd, som sedan 2007 har ökat med 60 procent. Ökningen av antalet beslut enligt LSS har haft olika ökningstakt över tid, men Socialstyrelsen kan inte utesluta att pandemin har haft en bidragande orsak till avmattningen de senaste åren.

Riktlinjer, lagar och domslut

Avdelningen för myndighetsutövning har under 2021 reviderat riktlinjer för samtliga insatser inom LSS-lagstiftningen, riktlinjerna antogs av omvårdnadsnämnden i mars 2022. De nya riktlinjerna baseras på genomgång och analys av rättspraxis som lett till ändrade bedömningsgrunder för rätten till LSS-insatser, däribland kriterier för att vara berättigad insatser och omfattning av insats. Förändringen innebär att nyansökningar bedöms utifrån andra grunder än tidigare och att ombedömningar av befintliga tidsbestämda beslut potentiellt kan leda till annat beslut, då den enskilde kan bedömas att inte längre ha behov av insatsen för att uppnå goda levnadsvillkor.

Under 2021 inkom totalt 47 domar till omvårdnadsnämnden, där 10 domar har helt eller delvis gått omvårdnadsnämnden emot. Personlig assistans är den insats som överklagas mest baserat på hur många beslut som fattas i relation till antalet domar. 15 inkomna domar under 2021 gällde personlig assistans och delavslag är det vanligaste utfallet i domstol.

En ny lagändring trädde i kraft den 1 juli 2020 som beslutade att viss hjälp med andning och sondmatning ska ingå som grundläggande behov. Detta har medfört att flera personer som tidigare haft beslut om personlig assistans i Solna stad har kommit upp i en omfattning av grundläggande behov att de beviljats assistansersättning från Försäkringskassan istället. Avdelningen för myndighetsutövning har därtill ändrat bedömningskriterier för insatsen, utifrån praxis från Högsta förvaltningsdomstolen avseende grundläggande behov för rengörande syfte, att rakning, hårvård, insmörjning och nagelvård inte anses som grundläggande behov. Det är således många nyansökningar som inte uppkommer till den omfattning som krävs för att ha rätt till personlig assistans. Under verksamhetsåret är även flera ärenden som haft interimistiska beslut från domstol avgjorts, där de senare fått avslag i slutgiltig dom varpå assistansen avslutats.

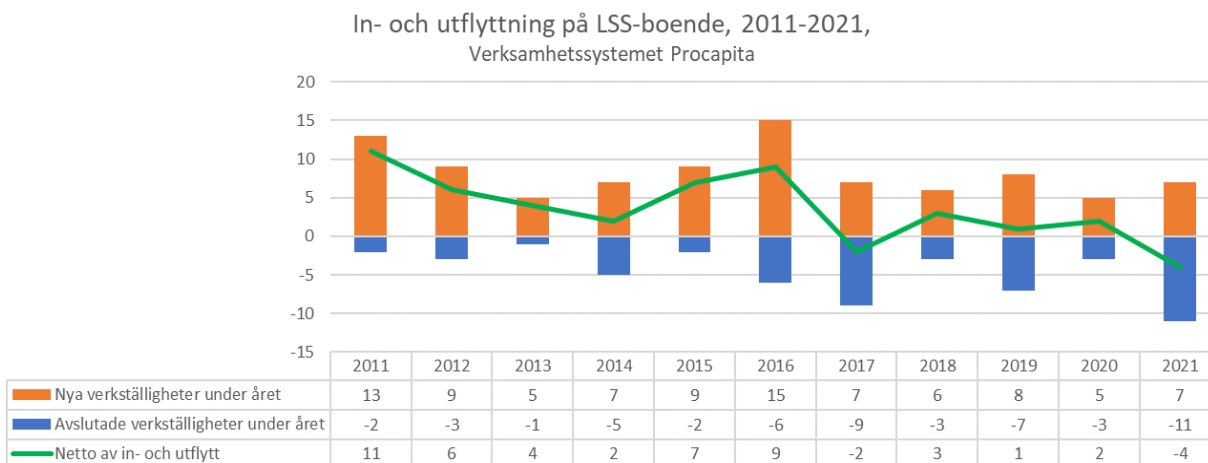
Bostad med särskild service

Lägesbeskrivning och utveckling

Nedan följer ett avsnitt om hur många personer som bott på LSS-boende i Solna de senaste tio åren, samt hur flödet av in- och utflyttning till dessa har sett ut. Solna stad har idag ett beslut om beviljande av bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS. En prognos för en så liten verksamhet är inte möjlig, prognosen avser därför endast grupp- och servicebostäder för vuxna.

Med anledning av att det endast är en liten andel av befolkningen som bor på LSS-boende kan inte enbart befolkningsutvecklingen användas som tillförlitligt underlag för

boendeprognos. Prognosen kompletteras därför med statistik över hur utvecklingen sett ut i närtid, samt information om individuella behov av boendeformer som staden redan idag känner till. Med anledning av att många brukare aktualiseras hos omvårdnadsnämnden som barn och ungdomar i samband med att de erhåller en LSS-diagnos kan individuella behov ligga prognosticerats. Även andra faktorer gällande



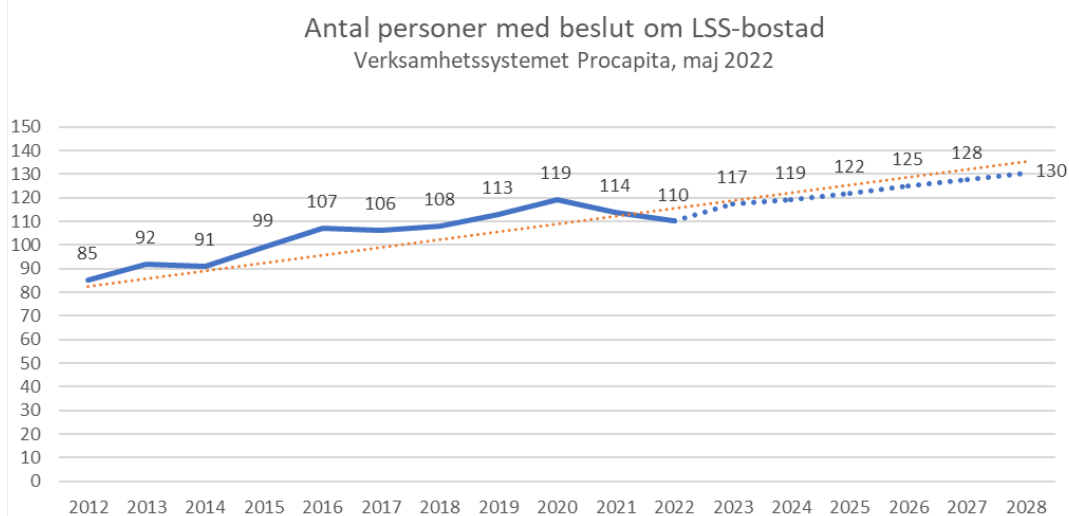
Figur 9. In- och utflyttning från LSS-boende samt nettovärde angivet som linje, Solna stad, åren 2011-2021.

valfrihetssystemet och kvarboendepincipen, antal externa platser utanför Solna samt kapacitet i valbara verksamheter ska tas i beaktande.

I maj 2022 är antalet beslut om beviljade platser på LSS-bostad för vuxna 110 stycken, vilket i jämförelse med övriga länet och riket är ett lågt antal. För perioden maj 2021 till maj 2022 minskade antalet verkställda boendebeslut, fem personer färre bor idag på LSS-boende⁷.

Nettoökningen över tid ligger alltså kvar utifrån den ihållande ökningen de gångna tio åren. Åren 2021-2022 utgör ett trendbrott från nettoökningen. Totalt 11 personer med beslut om bostad med särskild service har endera flyttat eller avlidit sedan förra årets prognos, vilket är ovanligt många. Sju personer har beviljats plats som inte tidigare bott på LSS-boende. Trendbrottet sedan 2020 kan förklaras av kombinationen av flera avslutade beslut och med relativt lågt antal beviljade insatser under perioden. Det är tänkbart att det även för LSS-verksamheter finns en effekt av temporärt minskat antal ansökningar på grund av pandemin, något som också styrks av nationella sammanställningar (Socialstyrelsen, 2022). Nedanstående diagram visar hur utvecklingen av antal personer på LSS-boende har sett ut under perioden januari 2012 till maj 2022, samt trendlinje om utvecklingen fortsätter på samma sätt. Antalet personer varierar något under året, med anledning av personer flyttar in och ut under årets gång.

⁷ ett beslut om boende enligt SoL övergår i vuxenboende enligt LSS i juli 2022.



Figur 10. Antal personer bosatta på LSS-boende, Solna stad, åren 2012-2022. Blå prickad linje avser utveckling utifrån befolkningsprognos, gul trendlinje anger utvecklingen utifrån föregående 10 år.

Av de 110 beslut om LSS-bostad avsåg 4 beslut insatsen annan särskilt anpassad bostad, vilket är en boendeform utan fast bemanning där stöd ges av personliga assistenter. 30 beslut verkställdes på boenden inom valfrihetssystemet, vilket är en ökning från föregående år. 8 beslut verkställdes genom individavtal på externa grupp- och servicebostäder. Köp av enstaka platser har det senaste åren minskat vilket beror på att fyra nya LSS-boenden öppnat i Solna under 2018-2022. Ytterligare boenden belägna i och utanför Solna har godkänts inom valfrihetssystemet. Solna stad har idag 8 tomma platser på de LOU-upphandlade boendena inom Solna stad. 3 av dessa platser är på servicebostad och 5 är på gruppboende. Minskningen under 2021-2022 av antalet personer som bor i LSS-bostad har framför allt påverkat just det fasta beståndet av platser inom Solna stad framför de som ingår i valfrihetssystemet.

Nettobehovet av nya boendeplatser har de senaste tio åren varierat mycket, både mellan år och inom respektive år. Anledningen till det är att det är låg omsättning, där inflödet av nya sökande är ojämnt och att utflyttning eller att personer avlider likaledes är ojämnt. Det gångna året visar på detta, vilket ger en omedelbar överkapacitet i det LOU-upphandlade beståndet. Det är också svårt att i prognos beakta hur länge respektive person bor i grupp- eller servicebostad. De flesta flyttar till bostad med särskild service i 20-30 års åldern, men med en avsevärd spridning med en variation från 18 till 66 år. Omvårdnadsförvaltningen ser en tendens till att medelåldern vid inflyttning har sjunkit de senaste tio åren, samt att personer bor längre i LSS-bostad.

Kommande behov på individnivå

Behovet av LSS-bostad kan också följas genom att avgöra hur många av stadens nu kända brukare inom LSS som kan komma att vara aktuella för bostad senare i livet. Det finns för närvarande 5 personer i åldersspannet 21-25 år vars stödbehov är så pass omfattande att de sannolikt skulle beviljas boende vid ansökan. Av dessa personer bedöms 4 vara i behov av en gruppboende och 1 i behov av serviceboende. Det finns 15 personer i åldersspannet 15-20 år som i dagsläget har insatser som korttidsvistelse, korttidstillsyn eller andra omfattande insatser vars stödbehov är så pass omfattande att de sannolikt kommer att behöva bostad med särskild service. 8 av dessa bedöms vara i behov av gruppboende inom sex år, resterande 7 bedöms vara i behov av serviceboende. Behovet

kan komma att uppkomma inom 5-6 år. Det finns 11 personer i åldersspannet 10-14 år som i dagsläget har insatser som korttidsvistelse, korttidstillsyn eller andra omfattande insatser och vars stödbehov är så pass omfattande att de sannolikt kommer att behöva bostad med särskild service inom 10-15 år. För dessa ungdomar är det dock svårare att prognostisera behovet då situationen och stödbehovet kan förändras mycket i och med att personerna utvecklas och blir äldre.

Utbyggnadsbehov

Till skillnad från tidigare års behovsprognoser stämmer antalet faktiska beslut bättre överens med befolkningsutvecklingen, när man tar de gångna två årens trendbrott i beaktande. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att behovet av gruppboende är större än av serviceboende i närtid, men att båda kommer behövas under den prognosticerade perioden. Omvårdnadsnämnden bör dock de kommande två åren överväga att sänka takten för nyetablering, om den sjunkande trenden fortsätter. Fler av de beviljade insatserna verkställs i år inom valfrihetssystemet, jämfört med tidigare år.

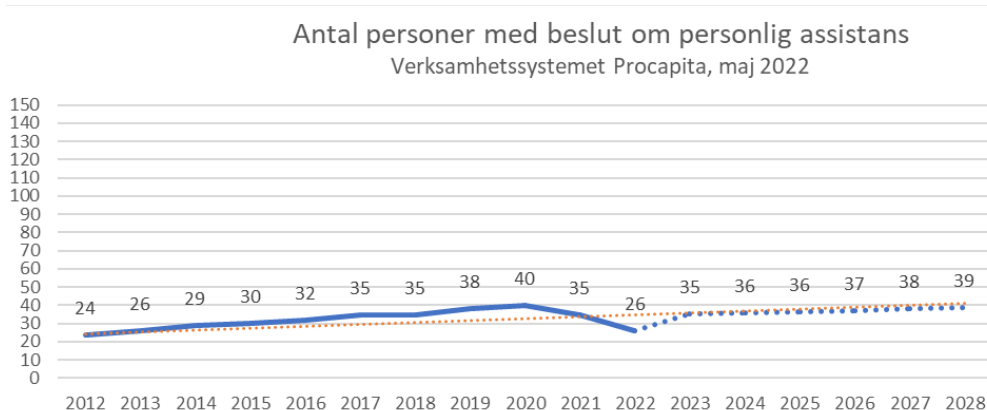
Befolkningsprognosen för Solna visar på en ökning av befolkningen i åldern 20-65 med ungefär 6 000 personer de närmaste fem åren, där en mycket liten del av befolkningen bor i grupp- eller serviceboende i dag. En ren framskrivning med denna frekvens skulle ge ett behov av ungefär 130-135 platser 2028, dvs. ett behov av att kunna verkställa insatser för ytterligare 20-25 personer. Detta är en nedskrivning i absoluta termer jämfört med föregående år. 20 av dessa bedöms kunna verkställas i tomma lägenheter inom befintliga verksamheter och den planerade utökningen av boendeplatser.

Den samlade bedömningen är att Solna stad behöver ha kapacitet för ytterligare 4-5 personer årligen, där gruppboende är mest angeläget i närtid. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att beståndet är i fas med de kommande årens behov. Om utvecklingen följer befolkningsprognosen kommer staden behöva ytterligare platser för 20 personer till 2028. Om utvecklingen istället fortsätter i samma takt som de gångna 10 åren, är Solna stad istället i behov av platser för 25 personer till 2028. Behovet möts i dagsläget av tomma platser i befintliga verksamheter, valfrihetssystemets kapacitet och de planerade verksamheterna fram till 2025. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att omvårdnadsnämnden bör invänta åtminstone nästa års prognos för att bedöma om den pågående trenden kommer påverka behovet av nyetablering efter 2025.

Personlig assistans

Lägesbeskrivning och utveckling

Utvecklingen av beslut om personlig assistans har de gångna tio åren inte följt den demografiska utvecklingen, utan har istället varit stadigt ökande. Om utvecklingen följer den historiska trenden kommer antalet ärenden att öka med drygt 10 ärenden inom fem år, vilket är drygt dubbelt så snabb takt som befolkningsutvecklingen. Sedan två år tillbaka har utvecklingen vänt, från en högsta notering om 40 beslut om att bevilja personlig assistans, till 26 pågående beslut i maj 2022. Se tidigare avsnitt Riktlinjer, lagar och domar om ändrad bedömning av insatsen. Grafen nedan visar prognos utifrån befolkningsutveckling, men även riktningen för den trend som varit de gångna tio åren.



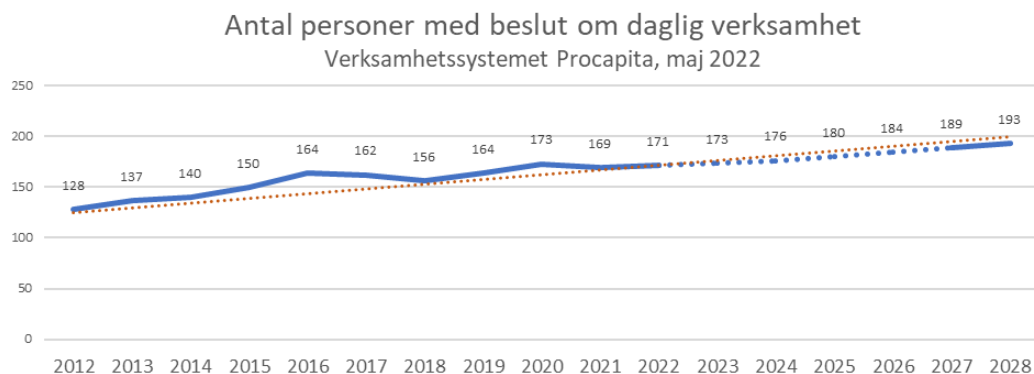
Figur 11. Antal personer med beslut om personlig assistans, utveckling 2020-2022 och prognos 2023-2028. Blå prickad linje avser utveckling utifrån befolkningsprognos, gul trendlinje anger utvecklingen utifrån föregående 10 år.

Utöver de insatser som Solna stad fattar beslut om, finns det även årligen ett drygt sjuttioal personer som har beslut om assistansersättning, där Försäkringskassan fattar beslut och staden har kostnadsansvar för de första 20 timmarna varje vecka. Personlig assistans är en insats som berör ett fåtal personer med stor variation i omfattning och låg förutsägbarhet. De två gångna årens trendbrott inom utvecklingen medför att utvecklingen ligger i paritet med befolkningsutvecklingen, till skillnad från föregående års prognoser.

Daglig verksamhet

Lägesbeskrivning och utveckling

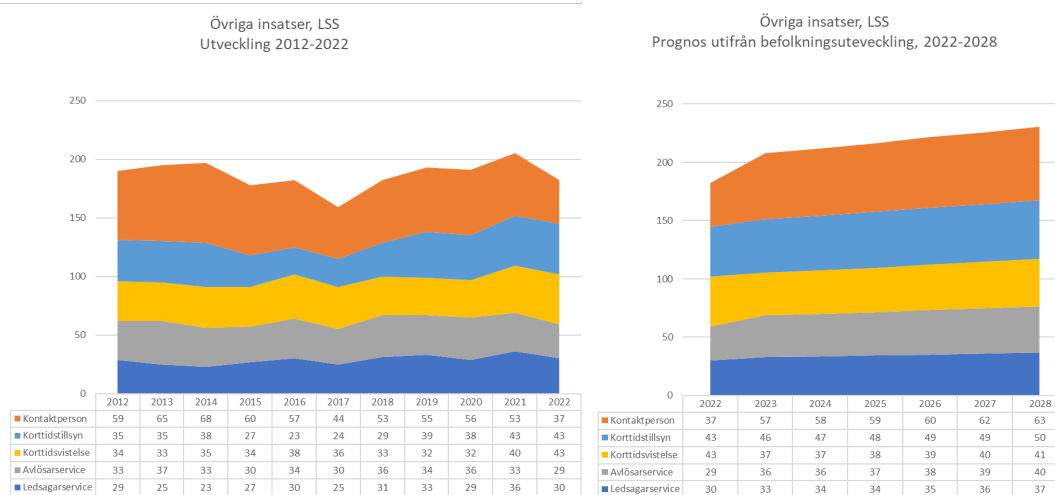
Utvecklingen av beslutade insatser av daglig verksamhet följer inte den demografiska utvecklingen. Om utvecklingen följer den nuvarande takten kommer antalet ärenden att öka med drygt 25 ärenden inom fem år, vilket är något snabbare takt än befolkningsutvecklingen. I maj 2022 var 171 personer beviljade daglig verksamhet. Det är tänkbart att det kan finnas en effekt av pandemin att färre sökt under åren 2020-2022, vilket kommer framgå tydligare först nästkommande år. Fortsätter utvecklingen inom insatsen kommer den att ligga något högre än befolkningsutvecklingen. Omvårdnadsförvaltningen bedömer att eventuella variationer kan hanteras inom valfrihetssystemet för daglig verksamhet.



Figur 12. Antal personer med beslut om daglig verksamhet, utveckling 2012-2022 och prognos 2023-28. Blå prickad linje avser utveckling utifrån befolkningsprognos, gul trendlinje anger utvecklingen utifrån föregående 10 år.

Övriga insatser, LSS

Övriga LSS-insatser sammanfattas i detta avsnitt. Insatserna ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice, korttidsvistelse och korttidsstillsyn har de senaste tio åren varit i ungefärligt samma omfattning, mellan 30 och 50 personer erhåller respektive insats. Det är mycket svårt att göra en prognos av så små verksamheter, varför omvårdnadsförvaltningen antar att utvecklingen kommer att följa befolkningsutvecklingen. I figuren nedan framgår utvecklingen de gångna tio åren, samt en prognos baserad på befolkningsutvecklingen i Solna stad.



Figur 13. Utveckling och prognos för övriga LSS-insatser i Solna stad, utveckling 2012-2022 och prognos för 2023-2028.

Figuren ovan visar att utvecklingen för övriga insatser de gångna åren legat stabilt på samma nivåer. För 2022 framgår en tydlig förändring av antalet beslut om kontaktperson. Skälet till detta är att avdelningen för myndighetsutövning tillämpar andra bedömningsgrunder för rätten till insatsen än tidigare. Denna förändring följer varken den demografiska utvecklingen eller den historiska utvecklingen för insatsen i Solna stad, varför värdena i prognosen skiljer sig avsevärt från årets faktiska antal. En bedömning av utvecklingen inom verksamhetsområdet kontaktperson kan göras först om ett eller två år, men det är inte sannolikt att det faktiska antalet beslut kommer följa den beräknade prognosen de kommande åren med anledning av ändrad bedömningsgrund för insatsen.

Även ledsagarservice och avlösning har en avvikande utveckling under föregående år. Insatsen ledsagarservice syftar till att bryta enskildas isolering och ta del av samhällslivet. Utifrån pandemins restriktioner om social distansering samt att många kulturaktiviteter varit stängda kan antas att antalet ansökningar inte inkommit i samma utsträckning som tidigare år. Vidare är avlösarservice en insats som minskat med ett antal ärenden avseende antal personer som erhåller insatsen jämfört med föregående år. Även antal beslut som fattats under 2021 har minskat sedan föregående år för insatsen. Inga av avlagen som fattats har varit till följd av omprövning av ett befintligt beslut. Orsaken till att flera individer avslutat insatsen under året är flera. Flera individer har avslutat avlösarservice i takt med att barnet eller ungdomen blir äldre, varpå stödbehoven förändras och andra stödinsatser istället blir aktuella. Coronapandemin och dess restriktioner kan också förklara varför personer valt att avsluta sina insatser för att undvika utomstående kontakter i hemmet.

Insatsen korttidsvistelse följer alltså befolkningsutvecklingen, men omvårdnadsförvaltningen har svårt att verkställa insatsen motsvarande de behov som den enskilde och dess anhöriga har. Antalet korttidsverksamheter som kan verkställa på

helger är färre än det finns behov för, vilket är ett generellt problem i hela Stockholms län. Omvårdnadsförvaltningen har i uppdrag att hitta en långsiktig lösning på situationen.

Den sammantagna bilden av utvecklingen för beslut om LSS-insatser är att verksamheterna kommer att öka i en långsam takt. Utifrån 2022 års nivåer och med den beräknade befolkningsutvecklingen handlar det i regel om ett fåtal tillkommande individer per år.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-06-03
ON/2021:105

Svar på nämndinitiativ från Kerstin Scheutz (V) om utbildningsinsatser inom suicidprevention

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden förklarar initiativet besvarat.

Sammanfattning

Kerstin Scheutz (V) har föreslagit att under 2022 genomföra utbildningsinsatser kring psykisk ohälsa och suicidprevention riktad till omsorgspersonal, där medarbetare inom hemtjänsten har främsta prioritet. Förslaget presenteras med bakgrund av Omvårdnadsnämndens mål att minska den besvärande ensamheten för personer som har hemtjänst eller bor på vård- och omsorgsboende. I initiativet lyfts även covid-19-pandemin och dess effekter fram som anledning till ökad ofrivillig ensamhet. Äldre över 80 år samt personer med funktionsnedsättningar är bland de som upplever sig som mest ensamma. Den ökade ensamheten kan bland annat innebära en förhöjd suicidrisk. Äldre personer med psykisk ohälsa tas också upp där personal kan möta utmanande beteenden som följd av personens psykiska ohälsa eller psykiska sjukdom.

Det pågår satsningar inom området psykisk ohälsa och suicidprevention sedan flera år tillbaka i Omvårdnadsförvaltningens verksamheter. Samarbete finns också med Socialförvaltningen i form av Projekt Psykisk Hälsa. Utbildningen Psyk-E bas senior har genomförts inom hemtjänst och myndighetsutövning för SoL. Under åren med pandemin har arbetet med utbildningen stannat av, men hemtjänstutförarna uttrycker önskemål om att starta upp arbetet igen.

Omvårdnadsförvaltningen planerar att återuppta arbetet med utbildningen Psyk-E bas senior i hemtjänsten. Det avser start av nya studiecirkelar, utbildning av fler handledare samt återupptaget nätverk för befintliga handledare. Vidare planerar förvaltningen att genomföra utbildningen Psyk-E bas riktad mot verksamheter inom LSS och boendestöd. Förvaltningen kommer fortsatt se över behovet av ökad kunskap inom suicidprevention och i vilka verksamhetsområden som insatserna är mest prioriterade. Samverkan med Socialförvaltningen ska fortgå med bland annat gemensamma utbildningar. Det krävs noggrann planering och samverkan med utförare för att säkerställa att goda förutsättningar finns för genomförandet av kommande utbildningar.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Rickard Ekwall
Kvalitetsutvecklare



Genomförda utbildningsinsatser

Det pågår ett förvaltningsöverskridande samarbete för att främja och förebygga den psykiska hälsan bland befolkningen i alla åldersgrupper. Projektet heter Projekt Psykisk Hälsa och har sitt ursprung från 2015 då regeringen skapade en strategi för psykisk ohälsa i Sverige. Strategin har sedan brutits ner på lokal nivå via SKR och en länsövergripande handlingsplan. Solna stad mottar stimulansmedel inom ramen för projektet. Flera insatser har genomförts inom stadens olika verksamhetsområden.

Omvårdnadsförvaltningen har under de senaste åren arbetat aktivt med kompetensutveckling inriktat mot psykisk ohälsa och suicidprevention. Kompetensutvecklingen inom förvaltningens verksamhetsområden har kommit olika långt. På avdelningen för myndighetsutövning har flera utbildningsinsatser genomförts. Medarbetare inom myndighetsutövning för LSS har deltagit i flera utbildningar inom psykisk ohälsa. Myndighetsutövning för SoL har genomfört en större satsning för medarbetare inom området, med utbildningar inom exempelvis psykiatriska diagnoser, första hjälpen vid psykisk ohälsa och suicidprevention.

Som en del av Projekt Psykisk Ohälsa köpte Omvårdnadsförvaltningen och Socialförvaltningen 2018 in flera utbildningspaket inriktade mot psykisk ohälsa och suicidprevention. Utbildningarna som tagits fram på Karolinska institutet är Psyk-E bas, Psyk-E bas suicid och Psyk-E bas senior. Samtliga utbildningar fokuserar på grundläggande psykiatrisk kunskap, men har olika inriktning. Utbildningarna består av 12–20 avsnitt med inspelade föreläsningar som används som underlag för diskussioner i studiecirkelformat på arbetsplatsen. En utbildad handledare håller i studiecirkelarna. En manual finns med som en del i utbildningsmaterialet och utgör stöd för handledaren i studiecirkelns upplägg. Utbildningarna grundas på vetenskaplig evidens från psykiatrisk, vårdvetenskaplig och socialvetenskaplig forskning, men också på beprövad erfarenhet från klinisk psykiatri och socialtjänst.

Hemtjänsten prioriterades för utbildningsinsatsen och genomförde utbildningen Psyk-E bas senior i flera olika verksamheter. Det är en vidareutveckling av grundutbildningen Psyk-E bas, men specifikt riktad mot äldre personer med psykisk ohälsa. I Psyk-E bas senior ingår också suicidprevention som ett delområde. Under 2018 utbildades handledare för att hålla i studiecirkelarna. Handledare utbildades på myndighetsutövning för SoL, Humaniora hemtjänst samt privata utförarna Attendo och Adela Omsorg. Därefter har handledare genomfört studiecirkel i de verksamheterna som deltagit i satsningen. Under 2019 startade förvaltningen nätverksträffar för utbildade handledare i syfte att skapa lärande nätverk utförarna emellan.

Planerade utbildningsinsatser

Under åren med pandemin har arbetet med Psyk-E bas senior inom hemtjänsten avstannat. Det finns intresse från både Humaniora hemtjänst samt privata hemtjänstutförarna att återuppta arbetet med Psyk-E bas Senior. För att komma igång behöver förvaltningen återuppta nätverksträffar för handledare. Vidare behöver nya studiecirkel påbörjas för att inkludera personal som inte deltagit tidigare. Dessutom finns behov att utbilda nya handledare, då handledare slutat hos de privata hemtjänstutförarna.

Avseende övriga verksamhetsområden har förvaltningen planer att påbörja utbildningar även där. Det gäller främst LSS-verksamheterna och boendestöd som skulle ha nytta av den bredare utbildningen Psyk-E bas. Inom LSS-verksamheter och boendestöd i Solna stad, har inventering



av kunskapsbehov visat att psykisk ohälsa är ett område där det finns behov av ökad kunskap. Vidare lyfter Socialstyrelsen i sin senaste lägesrapport psykisk ohälsa som ett viktigt område att fokusera på. Personer med insatser enligt LSS har i högre utsträckning psykisk ohälsa än övriga befolkningen. Förekomsten av schizofrenidiagnoser och ångestdiagnoser är upp till sju gånger vanligare. Även förskrivning av psykofarmaka är högre för gruppen. I nuläget har LSS-verksamheterna gått utbildningar inom området i varierande grad. Främst genom utbildningar hos det kommungemensamma nätverket Forum Carpe som löpande erbjuder utbildningar med fokus på psykisk ohälsa.

På vård- och omsorgsboende har inventeringar visat att ökad kunskap i psykisk ohälsa inte är ett prioriterat kompetensbehov för tillfället. Däremot pågår det aktivt arbete för att reducera ensamhet på vård- och omsorgsboende. Där har flera initiativ genomförts. Personalgrupper på vård- och omsorgsboende kommer inom kort att få möjlighet att delta i webbutbildning i lågaffektivt bemötande vilket är en vedertagen strategi för att möta situationer som kan relatera till psykisk ohälsa. Vidare används BPSD som verktyg för att fånga upp psykiska symtom relaterade till demenssjukdom.

Flera utbildningsinsatser kommer genomföras inom ramen för det tidigare nämnda Projekt Psykisk Hälsa. Exempelvis utbildning i Psykisk Livräddning under hösten 2022, vilket är en baskurs i suicidprevention. Fortsatt samverkan med Socialförvaltningen genom Projekt Psykisk Hälsa är en viktig faktor för att kunna möta behovet av ökad kunskap. Inte minst då gränsdragningen mellan de olika verksamhetsområdena kan vara svårdefinierad. Utbildningspaketen Psyk-E bas finns tillgängliga även för Socialförvaltningen och det finns därför god möjlighet till samarbete avseende dessa utbildningsinsatser. Omvårdnadsförvaltningen har även stimulansmedel för God och nära vård som kan nyttjas för att möjliggöra utbildningsinsatser.

Sammanfattningsvis pågår satsningar inom området psykisk ohälsa och suicidprevention sedan flera år tillbaka i Omvårdnadsförvaltningens verksamheter. Utbildningspaket finns tillgängliga inom förvaltningen i form av Psyk-E bas, Psyk-E bas senior och Psyk-E bas suicid. Satsningen på utbildningen Psyk-E bas senior kommer återupptas inom hemtjänsten, med nätverk för handledare, utbildning av fler handledare samt nya studiecirkel. Vidare planerar förvaltningen att genomföra utbildningen Psyk-E bas riktat mot verksamheter inom LSS och boendestöd. Förvaltningen kommer också ytterligare undersöka behovet av kunskap inom specifikt suicidprevention i de olika verksamhetsområdena, för att få information om hur utbildningen Psyk-E bas suicid ska nyttjas på bästa sätt. En annan viktig faktor är samarbetet med Socialförvaltningen med fortsatta gemensamma utbildningsinsatser. För fortsatta utbildningsinsatser krävs god planering och samverkan med utförare för att säkerställa att tillräckliga förutsättningar finns i verksamheterna. Annars riskeras att kvalitet och kontinuitet blir lidande.



Solna den 28 september 2021
Omvårdnadsnämnden

Nämndinitiativ om utbildningsinsatser inom suicidprevention

I Omvårdnadsnämndens verksamhetsplan och budget har vi ett antaget nämndmål att "Den besvärande ensamheten bland solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.". Den pågående Covid-19 pandemin har lett till ännu mer ensamhet då många har förlorat partners och vänner i pandemins fotspår och även isoleringen har satt sina spår hos vår äldre befolkning. Ofrivillig ensamhet leder till sämre psykisk och fysisk hälsa och anses ofta vara lika farligt som rökning eller stillasittande. Äldre över 80 år samt personer med funktionsnedsättningar är bland de som upplever sig som mest ensamma, vilket gör att många personer som får insatser inom Omvårdnadsnämndens verksamhetsområden riskerar att vara särskilt drabbade.

Den ökade ensamheten för med sig många allvariga konsekvenser där förhöjd suicidrisk är en av de allvarigaste. Därför bör både medvetandet och kunskapen om suicidprevention hållas aktuell bland våra medarbetare. Att ställa de rätta frågorna och ta hand om svaren kräver detta. Medarbetare inom äldreomsorgen har sällan fått utbildning inom det här området, eftersom vård- och omsorgsutbildningen brukar vara inriktad på antingen äldreomsorg eller mentalvård.

Men även personer som lidar av psykisk ohälsa hamnar med tiden ofta inom äldreomsorgen. Detta medför att hemtjänstpersonal och de som arbetar på särskilt boende får hantera personer med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, där destruktiva, depressiva och aggressiva tendenser ofta finns med i bilden. Det är inte helt ovanligt att personalen möter personer som uttrycker att de vill ta sitt liv eller hotar att göra det.

Våra medborgare med hemtjänst är särskild utsatta när det gäller ofrivillig ensamhet. Många gånger är de enda medmänniskor dessa träffar hemtjänstpersonalen. Därför behövs utbildningsinsatser kring psykisk ohälsa och suicidprevention och då i första hand riktad till hemtjänstpersonalen.

Med anledning av ovanstående föreslår vi att Omvårdnadsnämnden beslutar att under 2022 genomföra utbildningsinsatser kring psykisk ohälsa och suicidprevention riktad till omsorgspersonalen, där medarbetare inom hemtjänsten har främsta prioritet.

Kerstin Scheutz
Vänsterpartiet



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-05-31
ON/2022:21

Avtalsuppföljning 2021 av hemtjänstutförare med högst 10 kunder

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2021.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har under 2021 omfattat sju verksamheter med totalt cirka 45 solnabor.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, dokumentationsgranskning samt intervju av verksamhetschef, andra ledningsfunktioner samt medarbetare vid platsbesök som metod för uppföljning. Kunder har intervjuats via telefonsamtal. Under intervjun har verksamhetschefen givits möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden september till februari 2021.

Uppföljningarna visar att det finns ett nära ledarskap i verksamheterna och implementerade metoder kring introduktionen av nya medarbetare. Arbetssätten med kontaktmannaskap är kända bland såväl medarbetare som kunder. Generella utvecklingsområden som identifierats under uppföljningarna är delar av det systematiska kvalitetsarbetet, bland annat hur det dokumenteras, samt hur verksamheterna arbetar med social dokumentation. Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår och har ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur de tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden.

Under 2022 har förvaltningen påbörjat en specifik granskning av att hemtjänstutförarna följer arbetstidslagen, ej har anhörganställningar, att de använder verksamhetssystemet samt kvitterar deras närvaro hos kunden enligt förvaltningens rutiner.

Handlingar

Avtalsuppföljningar av hemtjänstutförare med högst 10 kunder år 2021

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Emma Edling
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter.

Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är drivs i privat regi eller i stadens egen regi. Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

AB VESTA CARE



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

AB Vesta Care (tidigare Sollentuna omsorg) har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet (LOV) sedan 1 juli 2017. Vid uppföljningstillfället den 16 september 2021 hade verksamheten nio kunder i Solna. AB Vesta Care är också verksam i Sollentuna, Sundbyberg och Järfälla. Kontoret finns på Turebergs allé i Sollentuna, där medarbetarna startar och avslutar sin arbetsdag.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, enhetschef samt medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 16 september 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt AB Vesta Care som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att kunden är mycket nöjd med insatserna från hemtjänsten och känner sig väl bemött. Kunden uppger sig kunna påverka hur hjälpen ska utföras och har en kontaktperson som oftast är den person som utför insatserna.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Kontoret för verksamheten ligger i rymliga och fräscha lokaler, ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs. Verksamhetschefen har sjuksköterskeexamen och har mångårig erfarenhet av att arbeta som ledare och har engagerade medarbetare. Av intervju med medarbetare och ledning lyfts återkommande teamkänslan på arbetsplatsen, där alla medarbetare utgör en viktig del för helheten. Personalkontinuiteten är hög. Årets avtalsuppföljning visar att verksamheten har en systematik i sitt kvalitetsarbete och delaktiga medarbetare. Arbetet med ständiga förbättringar är integrerat i verksamhetens samtliga delar.

Ett utvecklingsområde som pågår är social dokumentation. De identifierade utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.



- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*



















Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive

delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning


Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten ska upprätta rutin för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte. verksamheten behöver också anmäla namnändring till IVO och begära ett nytt tillståndsbevis.


Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anmäla namnbyte IVO

Personal och utbildning

 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver utvecklas.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för extern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin för extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två delområden.

Rutinen för avvikelshantering behöver förtydligas. Datum då rutinerna har reviderats ska framgå av dokumenten.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Datum reviderade rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin avvikelshantering

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten behöver säkerställa den sociala dokumentationen i enlighet med riktlinje, samt upprätta rutin för loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin Social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin loggkontroll

Självbestämmande och integritet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för kontaktmannaskap behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydligande rutin kontaktmannaskap

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för hot och våld måste förtydligas med information om hur medarbetare ska agera i en hot- och våldssituation.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin för hot och våld

Ekonomisk kontroll

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en mötesstruktur anpassad efter verksamhetens behov. Arbetsplatsträffar hålls en gång per månad, 10 ggr/år, utifrån olika teman. Dessa protokollförs och protokollen finns tillgängliga för medarbetare i en pärm på kontoret, samt skickas ut till medarbetare via e-post. Medarbetare berättar att deltagandet är högt på APT och att dessa möten är givande då det sker dialog och erfarenhetsutbyte. Verksamhetschef leder mötet, medarbetare berättar att verksamhetschef lyssnar och vägleder. Ledningsgruppen består av

Delområde	Kommentar
	verksamhetschef, enhetschef och två samordnare. Korta dagliga möten sker mellan personal och ledning, och ledningen emellan. Dessa protokollförs ej.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har sjuksköterskeexamen och administrativt ansvar omfattande arbetsmiljö, personal, ekonomi och kvalitet. Verksamhetschef ansvarar för och håller i medarbetarsamtal. Enhetschef har undersköterskeutbildning och ansvarar för den operativa ledningen i verksamheten. Enhetschef ersätter verksamhetschef vid kortare frånvaro. I ledningsgruppen ingår två samordnare som stöttar cheferna och har varsitt områdesansvar. Av intervju med medarbetare framgår att ledningsstrukturen är känd i verksamheten. Verksamhetschef och enhetschef finns tillgängliga för medarbetarna via telefon den tid verksamheten bedriver uppdrag.
IVO-tillstånd ◆ 2. Delvis godkänd	Aktuellt IVO tillstånd finns. Tillståndet är giltigt, men verksamheten behöver göra en anmälan till IVO gällande namnbyte samt begära ett nytt tillstånd med det nya namnet på företaget.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	I verksamheten hålls en hög kontinuitet. Medarbetarna arbetar i team bestående av tre personer kring ett visst antal kunder i respektive område, och vid kontaktmannens frånvaro ersätts denne av en kollega i teamet.
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. I verksamheten har man valt ut en namngiven person som bedöms ha den kompetens och det handlag som krävs för att introduktionen ska rusta den nya medarbetaren i uppdraget. Checklista för introduktion finns och används. Nyanställda medarbetare får ett välkommbrev från verksamhetschef med kontaktuppgifter till verksamheten och de viktigaste rutinerna sammanfattade. Under introduktionen sker löpande dialog mellan handledare och verksamhetschef för vidare planering av introduktionen. Checklistan är utformad utifrån en tidslinje; innan introduktion, första dagen, första veckan och första månaden. Verksamhetschef följer upp introduktionen med den nyanställda medarbetaren vid ett par tillfällen, samt följer upp med brukare hur det fungerar utifrån dennes perspektiv.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling. Arbetet har sin grund i det systematiska kvalitetsarbetet och utifrån arbetet med klagomål, synpunkter och avvikelser identifieras kunskapsluckor. Verksamhetschef framhåller kvalitetsberättelsen som ett verktyg för att identifiera vilken typ av utvecklingsinsats som kan behövas. Utöver detta beaktas medarbetarnas tips och förslag på kompetenshöjande insatser som framkommer via medarbetarsamtal, på APT eller spontant i samtal. Medarbetarna har individuella kompetensutvecklingsplaner och det finns en generell kompetensutvecklingsplan. Av kvalitetsberättelsen framkommer vilka utbildningsinsatser som skett under året och vad som prioriteras för kommande år. Fokus för året har varit undersköterskeutbildningen via Äldreomsorgslyftet samt en pågående satsning i basala hygienrutiner, social dokumentation och förflytningsutbildning. Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver utvecklas så att det går att följa vilken medarbetare som deltagit i respektive utbildningsinsats och vilket datum, samt vad som är planerat framåt i verksamheten.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan. Där finns ansvarsfördelning i verksamheten beskriven för vem som deltar i vilken typ av samverkan, samt hur kontaktvägar hålls uppdaterade för samverkan i direkt anslutning till kunden. I rutinen hänvisas medarbetaren till respektive kunds akt för information om hur extern samverkan ska ske.

Delområde	Kommentar
	Något som saknas i rutinen för extern samverkan är hur samverkan sker med närstående och god man samt hur verksamheten samverkar med omvårdnadsförvaltningen i Solna.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en upprättad rutin för intern samverkan. Där framgår struktur för intern samverkan och ansvarsfördelningen funktioner emellan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Genomgående i verksamhetens rutiner uppmuntras medarbetarna till delaktighet, och i majoriteten av de granskade rutinerna framgår medarbetarens ansvar specifikt i att aktivt delta i utvecklingen av verksamheten och på vilket sätt detta förväntas ske. APT är det mötesforum där medarbetarna får återkoppling på inkomna klagomål, synpunkter och avvikelser. Händelser diskuteras under vägledning av verksamhetschef, vilket framgår av intervju med medarbetare. Medarbetare görs delaktiga i arbetet med riskanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser och klagomål.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en känd struktur för arbetet med avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering. Medarbetarna är vid behov delaktiga i arbetet med att utreda händelser, och återkoppling av dessa sker på APT. Enhetschef eller verksamhetschef återkopplar och följer upp effekten av insatta åtgärder till kund i samband med klagomål och synpunkter. Utfallet från hanteringen av avvikelser, synpunkter och klagomål utgör en grund för behovsinventering gällande kompetensutveckling och revidering av befintliga arbetssätt och rutiner. Av intervju med medarbetare framkommer kännedom om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Medarbetare får information om rapporteringsskyldigheten i samband med introduktionen och skriver under på att de har tagit del av informationen. Information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah finns integrerat i årsplaneringen som åskådliggörs i ett årshjul. Tillämpliga blanketter finns tillgängliga för medarbetare på kontoret. Rutinen för avvikelsehantering behöver förtydligas gällande verksamhetschefens ansvar i processen.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Genomgående i verksamhetens rutiner är kvalitetshjulet identifierat och väl beskrivet. Systematiken är tydlig och de olika delarna hänger väl samman. Verksamheten gör regelbundna egenkontroller och riskanalyser av identifierade områden, sätter in åtgärder och följer upp effekten av dessa. Medarbetarna involveras i detta arbete i samband med APT, och i vissa fall i analysarbetet. Verksamheten har utarbetat rutiner utifrån behov, och dessa revideras av verksamhetschef regelbundet utifrån årshjulet. Rutinerna finns tillgängliga i en pärm för medarbetarna, och de viktigaste rutinerna får medarbetaren utskrivna i samband med introduktionen. Det behöver framgå av rutinerna när de senast reviderades.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Av granskade akter har samtliga kunder aktuell genomförandeplan som innehåller insatser för samtliga behov som beskrivs i beställningen. Målen för respektive insats är väl formulerade, liksom beskrivningen av hur insatsen ska genomföras. Datum för planerad uppföljning framgår av genomförandeplanen. Av samtliga granskade genomförandeplaner framkommer att den enskilde varit delaktig i upprättandet, däremot framgår det inte på vilket sätt detta har skett. Det behöver även förtydligas när insatsen ska utföras.

Delområde	Kommentar
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Av de granskade journalerna framkommer att intervallet mellan anteckningarna är långa, och det är få journalanteckningar gjorda. Språket är genomgående respektfullt. Vidtagna åtgärder framgår. Verksamheten behöver föra dokumentation när verkställighet påbörjats/avslutats och när genomförandeplan upprättats/följts upp. Ett fåtal värdeord förekommer.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin framtagen för social dokumentation. Av egenkontroller som gjorts i verksamheten gällande social dokumentation framkommer att dokumentationen har förbättrats sedan föregående år. Verksamhetschef berättar att utbildningsinsatser kommer att riktas mot medarbetare som har social dokumentation som identifierat utvecklingsområde. Det som behöver förtydligas i rutinen är var dokumentationen ska ske för kund i respektive kommun då det skiljer sig åt. Skriftlig rutin saknas för loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ◆ 2. Delvis godkänd	Rutin för kontaktmannaskap finns upprättad i verksamheten. Av rutinen framgår kontaktmannens ansvar, och av intervju med medarbetare framkommer att rutinen är implementerad i verksamheten. Vid det första mötet med ny kund informeras kunden om möjligheten att byta kontaktman. Enhetschef kontaktar kunden efter givet intervall och följer upp hur det fungerar med kontaktmannaskapet. På samma sätt följer enhetschef upp med medarbetaren hur kontaktmannaskapet fungerar. Enhetschef eller verksamhetschef följer upp arbetet hos kund genom "spontana" besök hos kund utifrån fastställd checklista. Rutinen behöver förtydligas med hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för mottagande av ny kund. Varje ny kund får en pärm med bland annat information om och kontaktinformation till verksamheten och kommunen. I samband med första hembesöket tillfrågas kunden hur kontakten med verksamheten ska gå till och via vilken typ av kommunikationsvägar. Detta framkommer av rutin "Kontakt med kund". Information om exempelvis verksamhetsförändringar på övergripande nivå skickas ut av verksamhetschef per post till samtliga kunder. I verksamheten har man inte generella möten med flera brukare, utan de möten som hålls med kunderna är individuella. Protokoll av dessa möten förs inte, däremot överförs relevant information till genomförandeplanen.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har en värdegrundspolicy som är känd av medarbetare. På APT aktualiseras värdegrunds- och bemötandefrågor utifrån arbetet med avvikelser, klagomål och synpunkter. Solnas stads kvalitetsdeklaration är integrerad i dokument såsom värdegrundspolicy och styrande rutiner.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hur man identifierar behov av stöd till anhöriga. Det presenteras för anhöriga vilken hjälp/stöd som finns att få från olika instanser. Kontaktmannen är oftast den person som identifierar behovet.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för hot och våld som belyser våld i nära relationer. Rutinen måste förtydligas gällande medarbetare som riskerar att utsättas för hot och våld i arbetet.
Nyckelhantering	I verksamheten finns rutiner och arbetssätt samt utrustning för säker

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	nyckelhantering.
Privata medel ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hantering av privata medel. Denna beskriver arbetet på en generell nivå, och för att komplettera denna finns överenskommelse dokumenterad i genomförandeplanen hur privata medel hanteras.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktionen får den nyanställda medarbetaren information om tystnadsplikten och dess innebörd, samt skriver under dokumentet. Medarbetaren får även rutinen utskriven. Av intervju med medarbetare framgår att tystnadsplikten är väl känd i verksamheten.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	AB Vesta Care Rating 77
Skattekontroll ● 3. Godkänd	AB Vesta Care <hr/> Organisationsnummer: 556843-1521 Namn: Sollentuna Omsorg AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 377 411,00 sep-21 337 316,00 aug-21 337 236,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

ALFAHEMTJÄNST



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Alfahemtjänst har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 mars 2017. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten tre kunder i Solna. Alfahemtjänst är också verksam på Östermalms stadsdelsförvaltning i Stockholms stad. Kontoret finns beläget på Gyllenstiernsgatan i Stockholm, och medarbetarna i Solna har en lokal på Hagalundsgatan.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning samt intervju med verksamhetschef och en medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket. Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 8 februari 2021. Vid tiden för avtalsuppföljningen fanns ingen möjlighet att intervjua någon av kunderna som valt Alfahemtjänst som utförare av hemtjänst.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetens kontor finns beläget på Gyllenstiernsgatan i Stockholm, och för medarbetarna i Solna finns en lokal att tillgå på Hagalundsgatan. Alfahemtjänst leds av verksamhetschef som är utbildad undersköterska och lärare, med mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst och service. Ledarskapet är nära verksamheten.

Kundfokus och engagemang i verksamheten är starkt från såväl ledning som medarbetare. Ledningen är tillgänglig för kunder, anhöriga och medarbetare under den tid då verksamhet bedrivs. Personalkontinuiteten är hög.

Av årets avtalsuppföljning har utvecklingsområden identifierats gällande social dokumentation och delar av det systematiska kvalitetsarbetet. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda

innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver protokollföra APT-möten och förvara dessa tillgängliga för medarbetare.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	APT-protokoll

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Rutinen för extern samverkan och intern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla rutin extern samverkan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla rutin intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två av tre delområden.

Verksamheten behöver rapportera och dokumentera avvikelser samt förtydliga dokumentationen av riskanalys. Datum för senaste revidering av rutiner ska framgå av dokumenten.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Datum reviderade rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rapportera och dokumentera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation riskanalys

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Genomförandeplanerna behöver utvecklas och den sociala journalen ska föras i enlighet med Solna stads riktlinjer. Verksamheten behöver göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används och göra egenkontroll av social dokumentation i enlighet med riktlinjerna.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven.



Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en anpassad mötesstruktur. Verksamhetschef och/eller samordnare träffar medarbetarna för daglig avstämning morgon och eftermiddag. En gång per vecka träffas arbetsgruppen och har ett eftermiddagsmöte där man följer upp hur arbetet fungerar. Varje månad hålls arbetsplatsträff (APT) för samtliga medarbetare. Beslut som fattas följs upp utifrån en åtgärdslista. Verksamheten behöver protokollföra APT-möten och förvara dessa tillgängliga för medarbetare.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamheten leds av verksamhetschef som är utbildad undersköterska och lärare. Samordnare är utbildad undersköterska och är den som ersätter verksamhetschef vid frånvaro. Det finns implementerade arbetsätt som säkerställer kvaliteten i verksamheten trots verksamhetschefs frånvaro. Arbetsledning finns att tillgå under den tid då verksamheten bedrivs.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns och verksamhetschef anges som föreståndare i detta.

Personal och utbildning




Delområde	Kommentar
-----------	-----------

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Introduktionen hålls av verksamhetschef och följs upp genom samtal med medarbetare inom en månad och därefter årligen, vilket dokumenteras. Medarbetaren skriver under tystnadsplikt och information om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. I samband med introduktionen får medarbetaren med sig skriftlig information om verksamheten och rutiner.
Kompetensutveckling  2. Delvis godkänd	Verksamheten bedöms ha en struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov. Av de medarbetare som arbetar i Solna har 75% av medarbetarna undersköterskeutbildning. Det finns en generell kompetensutvecklingsplan upprättad i verksamheten, och ordinarie medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas med uppföljning av planerade utbildningar, samt vilka medarbetare som deltagit i respektive utbildningssatsning.


Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan. Rutinen behöver uppdateras så att det framgår vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, vilka som ska delta och när samverkan ska ske alternativt med vilket intervall.
Verksamhetens interna samverkan  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för intern samverkan. Rutinen behöver uppdateras så att det framgår vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, vilka som ska delta och när samverkan ska ske alternativt med vilket intervall.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	Medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet, vilket sker dels informellt i dagliga samtal (förbättringsarbete och förslag), dels mer strukturerat i mötesforum då de gemensamt arbetar med specifika frågor. Medarbetare som intervjuats beskriver hur hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål går till och att återföring till medarbetare sker på APT.
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för hur man arbetar med avvikelser, synpunkter och klagomål. I samband med introduktion av nya medarbetare ges information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter lyfts frågan minst en gång per år i samband med uppföljningen av introduktionen. Av intervju med medarbetare framgår att rapporteringsskyldigheten är känd. Då antalet inrapporterade avvikelser är få finns inte förutsättningar för att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en struktur för hur man arbetar med kvalitetsutveckling. Verksamheten har utarbetat rutiner utifrån behov, dessa revideras en gång per kvartal eller då behov uppstår. I samband med introduktionen får medarbetaren ta del av ledningssystemet och rutiner, dessa förankras därefter löpande på APT och då de aktualiseras. Egenkontroller och riskanalyser genomförs med regelbundenhet. Återkoppling sker till medarbetare på APT och på morgon-, kvälls-, eller veckomöten. Det behöver framgå av rutinerna när den senaste revideringen gjorts. Av riskanalysen ska det framgå vem som deltagit i upprättandet, datum då analysen gjorts, samt uppföljning och ansvarig för åtgärd.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	Samtliga kunder uppges ha en genomförandeplan. Av granskningen framkommer att mål finns beskrivna för respektive insatser. Det framgår av genomförandeplanen att den enskilde varit delaktig i upprättandet, samt datum för uppföljning.

Delområde	Kommentar
	Av genomförandeplanen ska det även framgå på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Beskrivning om hur insatsen ska utföras behöver utvecklas, liksom när och av vem.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Av de journaler som granskats går att utläsa avvikelser från genomförandeplanen. I journalerna finns anteckningar om händelser av betydelse. Språkbruket är genomgående respektfullt. Det framgår inte av social journal när en ny beställning mottagits, och det saknas journalanteckning när genomförandeplan har upprättats. Journalanteckningar ska föras med regelbundenhet, långa intervall mellan journalanteckningar har observerats.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation, men avvikelser som identifierats i samband med granskningen har inte uppmärksamats i denna. Verksamheten behöver genomföra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar framgår. Arbetet med kontaktmannaskap är väl förankrat i verksamheten, vilket även framgår av intervju med medarbetare. Samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Kunden informeras om rätten att byta kontaktperson. Verksamhetschef följer upp arbetet hos kund och får då information om hur kontaktmannaskapet fungerar.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. Vid välkomstbesöket får nya kunder en pärm av verksamhetschef med väsentlig information om verksamheten. Där finns även blankett för klagomål och synpunkter, Solna stads kvalitetsdeklaration, samt kontaktuppgifter till verksamheten. Kunderna får information om förändringar i verksamheten via telefonsamtal från ledning och kontaktperson. Vid större förändringar informeras kunderna skriftligt. Verksamhetschef besöker kunderna en gång per månad för att följa upp hur kunden upplever att insatserna fungerar.

Bemötande och anhängigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten går man igenom Solna stads kvalitetsdeklaration i samband med introduktionen av nya medarbetare. I bemötande- och värdegrundsfrågor utgår verksamheten från kvalitetsdeklarationen och företagets bemötandepolicy. Solna stads kvalitetsdeklaration lämnas till kunden i hempärmerna och går igenom vid det första hembesöket.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hur de arbetar med att identifiera behov av och ge stöd till anhöriga.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för hot och våld. Det finns även rutin för att upptäcka våld i nära relationer. Av intervju med medarbetare framkommer att rutinen om hot och våld är känd i verksamheten.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering och kvittenser i de fall kunders nycklar hanteras.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för privata medel och tillämpade arbetssätt.

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktionen får medarbetaren information om vad tystnadsplikten innebär och sekretessförbindelsen skrivs under. Medarbetaren får även med sig skriftlig information om tystnadspliktens innebörd. Av intervju med medarbetare framkommer kännedom om tystnadspliktens innebörd.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar										
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Alfahemtjänst Rating: 76										
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Alfahemtjänst <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Organisationsnummer:</th> <th style="text-align: left;">Enskild firma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Namn:</td> <td>Nikosjkov, Victoria</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td>JA</td> </tr> </tbody> </table>	Organisationsnummer:	Enskild firma	Namn:	Nikosjkov, Victoria	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA
Organisationsnummer:	Enskild firma										
Namn:	Nikosjkov, Victoria										
Godkänd för F-skatt:	JA										
Registrerad för moms:	JA										
Registrerad som arbetsgivare:	JA										

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

FÖRETAG MED HÖGST 10 KUNDER



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till gagn.

Avtalsuppföljningen har under 2021 omfattat 13 hemtjänstverksamheter. Avtalsuppföljningarna för verksamhetsområde hemtjänst är uppdelad i två grupper: Företag med fler än 10 kunder och företag med högst 10 kunder. Denna rapport handlar om de företag som har högst 10 kunder och är följande verksamheter: AB Vesta Care, Alfahemtjänst, Bäst Omsorg, Mångkulturell hemtjänst, Olir, Omsorgsjouren samt Sagac. Urvalet av verksamheter att följa upp för året har varit samtliga verksamheter som utför hemtjänst i Solna. Samtliga verksamheter drivs utifrån avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV).

Tillvägagångssätt och metod

År 2021 genomfördes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av nio kriterier; ledning och organisation, personal och utbildning, samverkan, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, social dokumentation, självbestämmande och integritet, bemötande och anhörigstöd, säkerhet samt ekonomisk kontroll. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring dessa områden. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamheternas svar på enkät och dokumentationsgranskning gjort platsbesök och intervjuat verksamhetschef, andra funktioner i ledning, medarbetare och kunder. Granskning av social dokumentation har genomförts i samtliga verksamheter.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur man tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden.

Sammanfattande bedömning

Det framgår tydligt av årets avtalsuppföljningar att samtliga verksamheter har kunden i fokus. Genom intervjuer med såväl ledning som medarbetare är engagemanget i uppdraget en gemensam nämnare. I alla verksamheter finns ett nära ledarskap och av samtliga intervjuer med chefer, medarbetare och andra nyckelpersoner i verksamheterna framkommer att de - vid behov - har en daglig tät dialog om hur arbetet fortlöper. Trots hemtjänstens förutsättningar, som i regel är ensamarbete, uppger medarbetarna att samarbetet kollegor och ledning emellan fungerar väl och att stödet från dessa är ett telefonsamtal bort.

Starka områden generellt sett är självbestämmande och integritet, bemötande och anhörigstöd, säkerhet och ekonomisk kontroll vilket ger förutsättningar för insatser av god kvalitet över tid.

Områden där det finns utvecklingspotential är ledning och organisation, personal och utbildning, samt samverkan. Behovet av utveckling inom dessa områden består främst av att förbättra dokumentationen och uppföljningen av redan pågående aktiviteter och arbete. Introduktionen av nya medarbetare förs på ett systematiskt sätt i verksamheterna utifrån rutiner och checklistor. Uppföljning av introduktionen sker och dokumenteras i de flesta fall. Intern och extern samverkan är en förutsättning för insatser av god kvalitet. Av avtalsuppföljningarna framgår att samverkan sker, men att rutinerna behöver bli tydligare för att säkra arbetet. Samverkan mellan natt och larm och utförarna av hemtjänst är ett identifierat utvecklingsområde som omvårdnadsförvaltningen i samverkan med berörda aktörer kommer revidera rutinen för under 2022.

Förbättringsområden som identifierats är inom områdena ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och social dokumentation. Till grund för kraven som ställs inom dessa områden ligger föreskrifter med omfattande krav och visst tolkningsutrymme för hur man i praktiken ska tillämpa reglerna. Omvårdnadsförvaltningen kommer att arbeta mot en samsyn kring tillämpningen av dessa och stötta de verksamheter som har utmaningar inom dessa områden.

Verksamheternas kvalitetsarbete pågår dagligen. Många aktiviteter utförs, såsom egenkontroller och riskanalyser, och många händelser hanteras - exempelvis synpunkter, klagomål och avvikelser. Utmaningen för flera verksamheter ligger i att dokumentera arbetet för att på så sätt hitta den röda tråden i kvalitetsarbetet. De förbättringsområden som identifieras kan förhoppningsvis hjälpa verksamheterna i arbetet framåt.

Ett gemensamt område där behov av utveckling finns är social dokumentation. Området är komplext och många

av de medarbetare som arbetar i hemtjänsten har inte svenska som modersmål, vilket kan försvåra dokumentationen. Det pågår en pilotsatsning inom yrkessvenska och omsorgskunskap. Om utvärdering av satsningen visar positiv utveckling kan omvårdnadsförvaltningen erbjuda fler medarbetare att ta del av den. Detta i kombination med att samtliga utförare arbetar med att höja kompetensen inom området bedöms att på sikt kunna bidra till utveckling inom social dokumentation.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Hot och våld
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar






Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.



















-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.








Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.































































-  1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

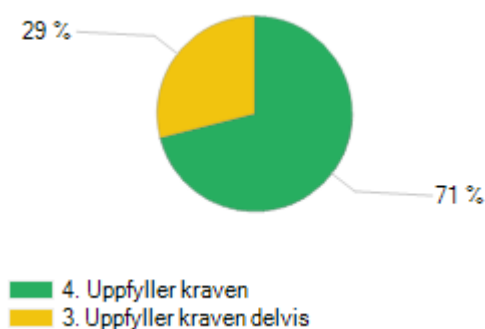
Område	Resultat 2020		Resultat 2021	
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	71 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	29 (%)
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	29 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	71 (%)
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	29 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	71 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	86 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)		
Social dokumentation	 4. Uppfyller kraven	71 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	29 (%)		
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	86 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)

Område	Resultat 2020		Resultat 2021	
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven  3. Uppfyller kraven delvis	57 (%) 43 (%)
Ekonomisk kontroll	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)

Schematisk sammanställning över samtliga verksamheter som följts upp 2021.

	Alfa hem-tjänst	Mång-kulturell hem-tjänst	Bäst om-sorg	Olir	Om-sorgs-jouren	Sagac	Vesta Care	SUMMA
Ledning & organisation	 3.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 3.	26
Personal & utbildning	 3.	 3.	 3.	 3.	 4.	 4.	 3.	23
Samverkan	 3.	 3.	 3.	 3.	 4.	 4.	 3.	23
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	21
Social dokumentation	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	21
Själv-bestämmande & integritet	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 3.	27
Bemötande & anhörigstöd	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	28
Säkerhet	 4.	 4.	 3.	 4.	 4.	 3.	 3.	25
Ekonomisk kontroll	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	28
SUMMA	31	32	31	32	34	33	29	

Ledning och organisation

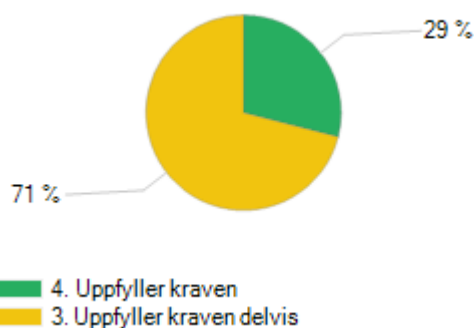


Samtliga verksamheter leds av chefer som har den utbildning och/eller den erfarenhet som avtalet kräver. Ledning finns tillgänglig för medarbetarna mellan klockan 7.00 och klockan 22.00 då verksamheterna bedrivs och rutiner finns för ersättare vid verksamhetschefs frånvaro. Alla verksamheter har en organisation som ger förutsättningar för ett nära ledarskap.

I alla verksamheter finns en anpassad mötesstruktur. I stort sätt alla verksamheter protokollför mötena och följer upp de beslut som fattas.

Verksamheter som drivs i privat regi har aktuellt tillstånd från IVO. En utförare behöver anmäla namnändring till IVO och begära ett nytt tillståndsbevis.

Personal och utbildning

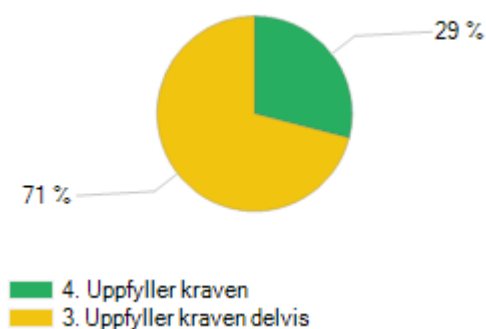


Verksamheterna har rutiner och arbetssätt för att säkerställa bemanningen.

Alla verksamheter har en rutin för introduktion av nya medarbetare och en checklista som stöd vid introduktionen. Introduktionen följs i regel upp, vilket också dokumenteras. Några av verksamheterna behöver förbättra detta arbete genom att systematisera sina arbetssätt.

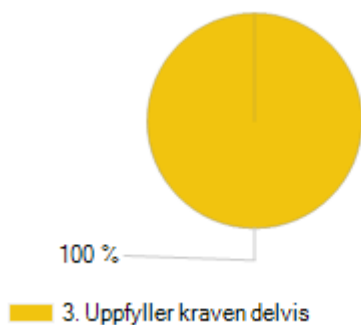
I verksamheterna har man arbetssätt för att identifiera behov av kompetensutveckling. Alla verksamheter har dokumenterat behovet i en generell kompetensutvecklingsplan, och de flesta utförare har upprättat individuella kompetensutvecklingsplaner för sina medarbetare. Några av verksamheterna behöver förtydliga den generella kompetensutvecklingsplanen med exempelvis deltagare och konkret tidsplan.

Samverkan



Samtliga utförare har upprättade rutiner för intern och extern samverkan. Det finns förbättringspotential gällande tydlighet i rutinerna om vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, hur detta ska gå till och hur ofta. Ett utvecklingsområde är också att få med samtliga delar av intern samverkan, samt alla externa samverkansparter.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

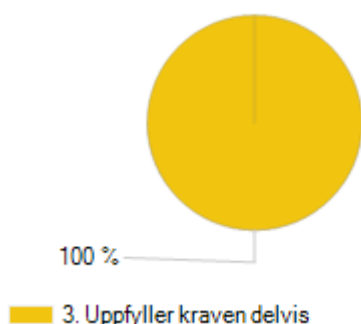


Samtliga verksamheter har rutiner framtagna för medarbetarna som stöd för att följa ledningssystemet. Implementeringen av detta arbete har sin start i introduktionen och uppföljningen av introduktionen. Rutiner aktualiseras därefter löpande på APT, medarbetarsamtal och på dagliga avstämningar då situationen så kräver.

Utförarna analyserar risker i verksamheten och utför egenkontroller av olika områden för att säkerställa följsamheten till lagar och riktlinjer. Dokumentationen av detta arbete behöver utvecklas. Insatta åtgärder måste följas upp för att det ska ges möjlighet att utvärdera om dessa givit effekt.

Alla utförare har arbetssätt och rutiner samt ett nära ledarskap som möjliggör medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet. Intervjuade medarbetare upplever att de är delaktiga i kvalitetsarbetet och att de kan påverka utvecklingsarbetet.

Social dokumentation



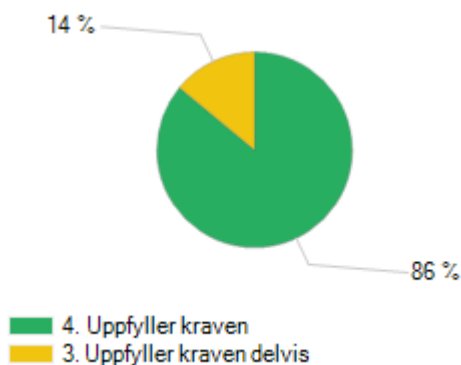
Social dokumentation är ett utvecklingsområde av varierande grad för samtliga utförare av hemtjänst. I verksamheterna upprättas genomförandeplaner tillsammans med kund, vilket stärker kundernas delaktighet och inflytande över planeringen av insatserna. Utförarna uppger att det är en utmaning att använda genomförandeplanen som ett arbetsverktyg till följd av dess struktur i Lifecare utförare.

I stort sett samtliga verksamheter för social journal. Överlag finns utvecklingspotential gällande frekvens och innehåll i den sociala journalen.

Egenkontroll av social dokumentation genomförs i verksamheterna med varierat intervall. Egenkontrollerna behöver utformas på sådant sätt att bristande följsamhet mot gällande riktlinje identifieras. Verksamheterna behöver även dokumentera de åtgärder som sätts in, samt följa upp dessa huruvida de givit önskad effekt.

Samtliga verksamheter behöver göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

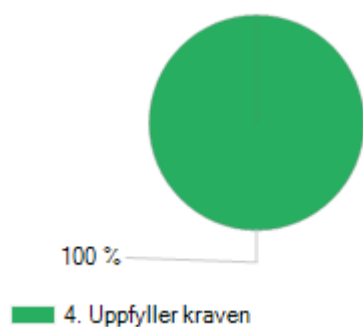
Självbestämmande och integritet



I stort sett alla utförare uppfyller kraven inom självbestämmande och integritet. En verksamhet behöver förtydliga rutinen gällande kontaktmannaskap. I övrigt bedöms rutiner och arbetssätt vara väl förankrade avseende kontaktmannens ansvar, informationsöverföring till kund både i uppstart av hemtjänst samt löpande under den tid insatserna pågår.

Intervjuade medarbetare bedöms ha god kännedom om aktuella rutiner och arbetssätt för området.

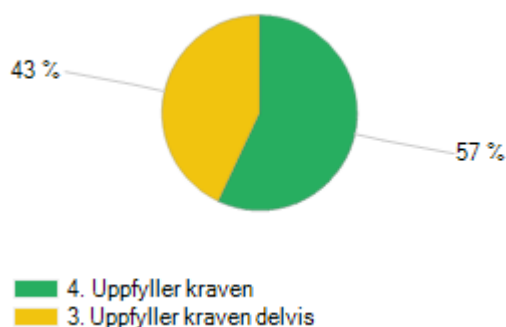
Bemötande och anhörigstöd



Verksamheternas arbete med bemötandefrågor har sin början i introduktionen av nya medarbetare. Därefter sker dialogen kring dessa frågor på formella möten som APT, men kan också ske vid informella dagliga samtal. Utförarna lutar sig mot den nationella värdegrunden, företagets egna bemötandepolicys och/eller Solna stads kvalitetsdeklaration i dessa frågor.

Alla utförare har arbetssätt för hur de fångar upp anhöriga och arbetar med anhörigstöd. Samtliga verksamheter har rutin för anhörigstöd.

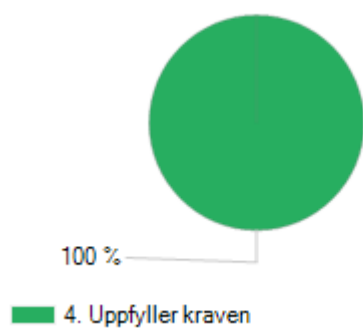
Säkerhet



Samtliga utförare har rutiner och arbetssätt för de delområden som rymms inom säkerhet; tystnadsplikt och sekretess, nyckelhantering, privata medel och hot och våld.

De utförare som är delvis godkända kan ha behov av att förtydliga eller implementera sina lokala rutiner. Intervjuad personal bedöms överlag ha god kännedom om de rutiner som finns inom området.

Ekonomisk kontroll



Samtliga verksamheter uppfyller kraven för godkänt gällande ekonomisk kontroll, med delområdena kreditvärdighet och skattekontroll.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

BÄST OMSORG



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Bäst Omsorg har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 oktober 2012. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten sju kunder i Solna. Bäst Omsorg är även verksam i Sundbyberg och flera stadsdelar i Stockholms stad. Kontoret finns beläget på Spångavägen i Spånga.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, enhetschef och två medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför uppföljningen.

Till följd av pandemin blev planeringen för årets avtalsuppföljning förändrad. Kvalitetsutvecklare gjorde en uppföljning via Teams den 14 december tillsammans med verksamhetschef och kvalitetsansvarig i verksamheten. Denna kompletterades därefter med en uppföljning i verksamheten den 13 januari 2022. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt Bäst Omsorg som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att kunden är nöjd med hjälpen och bemötandet från hemtjänsten. Resultat från genomförd intervju har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetens kontor finns beläget i Spånga, lokalerna bedöms ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs. Bäst Omsorg leds av verksamhetschef med mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst och service, och ledarskapet är nära medarbetarna i verksamheten.

Kundfokus och engagemang i verksamheten är tydligt från såväl ledning som medarbetare, vilket även bekräftas av kund under intervjun. Ledningen är tillgänglig för kunder, anhöriga och medarbetare under den tid då verksamhet bedrivs. Personalkontinuiteten är hög.

Av årets avtalsuppföljning har utvecklingsområden identifierats gällande social dokumentation och delar av det systematiska kvalitetsarbetet. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.


Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.


Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll


Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.


 För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.

 Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.

 Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och inarbetade arbetssätt.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom delområdena.

Dokumentationen av introduktion av nya medarbetare behöver förtydligas, liksom den generella kompetensutvecklingsplanen.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppföljning av introduktion

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver uppdatera rutinen för extern samverkan.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två av tre delområden.

Verksamheten behöver rapportera och dokumentera avvikelser samt förtydliga dokumentationen av egenkontroll och riskanalys. Rutinen för synpunkts- och klagomålshantering behöver utvecklas. Datum för senaste revidering av rutiner ska framgå av dokumenten.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Datum reviderade rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rapportera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation egenkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin synpunkts- och klagomålshantering
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation riskanalys

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Genomförandeplanerna behöver utvecklas och den sociala journalen ska föras med regelbundenhet. Egenkontrollen ska utgå från riktlinjen. Loggkontroll av behörighet måste göras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet

 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt.

Bemötande och anhörigstöd

 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt.

Säkerhet

 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett av fyra delområden.

Verksamheten behöver förankra rutinen för hot och våld bland medarbetarna.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Implementera rutin hot och våld


Ekonomisk kontroll

 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  3. Godkänd	I verksamheten finns en anpassad verksamhetsstruktur. Morgonmöten hålls dagligen där verksamhetschef eller arbetsledare deltar. Vid samtliga passkiften träffas medarbetarna. Dessa dagliga avstämningar protokollförs ej. APT hålls för alla medarbetare fyra gånger per år (anpassat intervall under

Delområde	Kommentar
	pandemin och när läget tillåter), och däremellan hålls workshop med medarbetarna i både mindre och större grupper. Protokoll från APT förs och finns tillgängliga för dem det berör. Verksamhetschef och administratör/kvalitetsansvarig har regelbundna avstämningar.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamheten leds av verksamhetschef som har mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom verksamhetsområdet. Verksamhetschef är utbildad undersköterska som kompletterat utbildningen med uppdragsutbildningar och kurser relevanta för uppdraget. Verksamhetschef finns tillgänglig för såväl medarbetare som kunder under tid då verksamhet bedrivs. Verksamhetschef har ansvaret för kunder, personal och arbetsmiljö, och är den som håller utvecklingssamtal och lönesamtal med medarbetarna. Det finns en namngiven ersättare vid verksamhetschefens frånvaro, som har funktionen arbetsledare. Ledningsgruppen består av verksamhetschef och administratör/kvalitetsansvarig.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har aktuellt IVO-tillstånd.

Personal och utbildning



Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetschef ansvarar för introduktion av nya medarbetare och är den som går igenom de teoretiska delarna av introduktionen, exempelvis tystnadsplikt, information om rapporteringsskyldighet och så vidare. Dessa dokument skrivs även under av medarbetaren som får med sig skriftlig information om rutiner och arbetssätt som bedöms vara viktiga i verksamheten. I verksamheten finns utsedda medarbetare som ansvarar för att introducera ny kollega i arbetet hos kund. Verksamhetschef följer upp introduktionen inom en vecka. Ett identifierat utvecklingsområde är att dokumentera när och av vem uppföljningen av introduktionen har gjorts.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten bedöms ha en struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov. Av de medarbetare som arbetar i Solna har 33% av medarbetarna undersköterskeutbildning. Det finns en generell kompetensutvecklingsplan upprättad i verksamheten, och ordinarie medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas med uppföljning av planerade utbildningar, samt vilka medarbetare som deltagit i respektive utbildningssatsning.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutin för extern samverkan, där man identifierat viktiga samverkansparter. Rutinen beskriver även hur samverkan ska gå till. Rutinen behöver omfatta samtliga samverkansparter. Det behöver även framgå vem som ansvarar för vilken typ av samverkan.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för intern samverkan där strukturen för hur och mellan vilka samverkan ska ske internt.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet, vilket sker dels informellt i dagliga samtal i form av förbättringsarbete och förslag, dels mer strukturerat på APT. Återkoppling av utfall från exempelvis kundenkäter, egenkontroller, avvikelser och klagomål sker på APT och/eller enskilda samtal beroende på frågan.
Verksamhetens arbete med avvikelser	Verksamheten har rutiner för hur man arbetar med avvikelser, synpunkter och klagomål. I samband med introduktion av nya medarbetare ges information om

Delområde	Kommentar
 2. Delvis godkänd	<p>rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter lyfts frågan minst en gång per år i samband med APT. Av intervju med medarbetare framgår att rapporteringsskyldigheten är känd.</p> <p>Då antalet inrapporterade avvikelser är få finns inte förutsättningar för att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser. Rutinen för synpunkts- och klagomålshantering behöver förtydligas. Det framgår hur det ska dokumenteras i journal, dock inte hur hanteringen sker i verksamheten.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har lokala rutiner upprättade som finns tillgängliga för medarbetarna. Dessa förankras i verksamheten under introduktionen och därefter löpande när de aktualiseras, samt på APT. Egenkontroller genomförs utifrån verksamhetens behov, föreskrifter och riktlinjer. Riskanalyser genomförs och i arbetet med dessa finns samtliga yrkeskategorier representerade.</p> <p>Rutinerna revideras regelbundet, dock ska senaste revisionsdatum framgå av rutinen. Dokumentationen av arbetet med egenkontroller behöver förtydligas så att planerade åtgärder, ansvarig för åtgärd och datum för detta framgår. Av riskanalyserna behöver det framgå planerade åtgärder som syftar till att minska risken för att negativ händelse inträffar.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Samtliga kunder uppges ha en genomförandeplan. Av granskningen framkommer att mål finns beskrivna för respektive insatser. Det framgår av genomförandeplanen att den enskilde varit delaktig i upprättandet, samt datum för uppföljning.</p> <p>Av genomförandeplanen ska det även framgå på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Hur insatsen ska utföras behöver utvecklas, liksom när och av vem.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Vid granskningen framkommer att språket är genomgående respektfullt.</p> <p>Journalanteckningar förs inte med regelbundenhet. Det saknas anteckningar om att genomförandeplan upprättats och att ny beställning inkommit.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för social dokumentation.</p> <p>Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation, men avvikelser som identifierats i samband med granskningen har inte uppmärksammats i denna. Verksamheten behöver genomföra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Verksamheten har en rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar framgår. Arbetet med kontaktmannaskap är väl förankrat i verksamheten, vilket även framgår av intervju med medarbetare.</p> <p>Alla kunder har en utsedd kontaktman. Arbetet organiseras så att en känd vikarie ersätter kontaktmannen vid dennes frånvaro. I samband med välkomstbesöket får kunden information om möjligheten att byta kontaktman, och verksamheten lämnar över Solna stads kvalitetsdeklaration i kundens hempärm. Då verksamheten håller hög kontinuitet hos kund finns förutsättningar för en förtroendefull relation kund och kontaktperson emellan.</p>
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för mottagande av ny kund. Verksamhetschef gör det första hembesöket och överlämnar såväl muntlig som skriftlig information i pärm till kund. Vid förändringar informeras kund via telefonsamtal, alternativt via information från kontaktman.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande	Bemötande- och värdegrundsfrågor lyfts redan i samband med rekrytering och introduktion till verksamheten. Medarbetarna tar del av Solna stads

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	kvalitetsdeklaration i samband med introduktionen. Därefter förs dialog på APT och i det dagliga arbetet när behov uppstår. Kvalitetsdeklarationen överlämnas till kund i samband med första hembesöket, och verksamhetschef informerar om innehållet.
● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för stöd till anhöriga. Kontaktmannen eller verksamhetschef fångar upp eventuella behov av stöd hos närstående och förmedlar kontakt till stödgrupper om så önskas.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hot och våld i nära relationer, samt utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Rutinen om hot och våld rörande medarbetares arbetsmiljö behöver göras känd bland medarbetarna.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering och tillämpade arbetsätt.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har en lokal rutin för hantering av privata medel.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Under introduktionen får medarbetaren information om vad tystnadsplikten innebär. I samband med detta skrivs även sekretessförbindelsen under. Medarbetaren får även med sig skriftlig information om tystnadspliktens innebörd.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Bäst Omsorg 93
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Bäst Omsorg Organisationsnummer: 556902-5462 Namn: Bäst Omsorg i Stockholm AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 255 127,00 sep-21 251 510,00 aug-21 271 160,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

MÅNGKULTURELL HEMTJÄNST



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Mångkulturell hemtjänst har avtal enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 mars 2011. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten sex kunder i Solna. Mångkulturell hemtjänst är också verksam i Sundbyberg och Stockholms stad. Kontoret finns beläget på Domnarvsgatan i Spånga.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, enhetschef och två medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 19 oktober 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt Mångkulturell hemtjänst som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att kunden är nöjd med hjälpen och bemötandet. Resultat från genomförd intervju har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetens kontor finns beläget i Spånga, lokalerna bedöms ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs. Mångkulturell hemtjänst leds av verksamhetschef med mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst och service, och ledarskapet är nära verksamheten.

Kundfokus och engagemang i verksamheten är starkt från såväl ledning som medarbetare, vilket även avspeglas av intervju med kund. Ledningen är tillgänglig för kunder, anhöriga och medarbetare under den tid då verksamhet bedrivs. Personalkontinuiteten är hög.

Av årets avtalsuppföljning har utvecklingsområden identifierats gällande social dokumentation. Ett arbete som kvarstår sedan tidigare års uppföljning är dokumentation och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Hot och våld
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Checklistan för introduktion behöver uppdateras.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Checklista introduktion

Samverkan

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd inom ett av två delområden.

Rutinen för extern samverkan behöver revideras och ska omfatta samtliga samverkansaktörer.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Revidera rutin extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd på ett av tre delområden.

Det ska framgå av rutinerna när de senast reviderats. De riskanalyser som görs måste dokumenteras, likaså behöver avvikelser, klagomål och synpunkter dokumenteras i större utsträckning.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Revidera rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera riskanalyser

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är delvis godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Genomförandeplanerna behöver uppdateras och den sociala journalen ska föras sammanhållen. Loggkontroll av behörighet måste göras. Egenkontrollen ska utgå från riktlinjen.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.

Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har mångårig erfarenhet av att leda hemtjänst samt utbildning inom bland annat pedagogik. Tillsammans med enhetsansvarig som är utbildad undersköterska utgör de ledningsgruppen. Verksamhetschef finns tillgänglig för medarbetarna per telefon under den tid verksamhet bedrivs. Det finns implementerade arbetsätt som säkerställer kvaliteten i verksamheten trots chefsbyte. Vid verksamhetschefens frånvaro finns namngiven ersättare.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en anpassad verksamhetsstruktur. APT hålls minst en gång per månad. Dessa möten protokollförs och protokollen finns tillgängliga för medarbetarna. Ledningsgruppen har protokollförda möten 1-2 gånger per månad. Varje vecka hålls planeringsmöten och på daglig basis har medarbetarna och ledningen kortare avstämning vid morgonmöten och eftermiddagsmöten.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns med aktuell föreståndare.

Personal och utbildning




Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetschef och enhetsansvarig håller i introduktionens teoretiska delar. I verksamheten har man utsett en introduktionsansvarig som handleder den nya medarbetaren i omvårdnadsarbetet hos kund. Omfattning av introduktionen varierar med hänsyn taget till erfarenhet och utbildning. Det finns en checklista för introduktionen. Uppföljning av introduktionen görs, men dokumenteras inte i dagsläget. Checklistan behöver dock uppdateras med namngiven handledare samt datum för uppföljning.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Behov av kompetensutveckling identifieras utifrån brukarnas behov och i samband med medarbetarnas anställning och utvecklingssamtal. Behoven dokumenteras i individuella kompetensutvecklingsplaner. I verksamheten upprättar man årligen en generell kompetensutvecklingsplan, som uppdateras vid behov och erbjudande om utbildningssatsningar.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan	Verksamheten har rutin för intern samverkan där strukturen för hur och mellan vilka samverkan ska ske internt.

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd Verksamhetens externa samverkan	Verksamheten har en rutin för extern samverkan.
 2. Delvis godkänd	Denna behöver uppdateras så att det framgår vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, samt med vilka parter samverkan ska ske.


Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner utarbetade utifrån verksamhetens behov. Dessa revideras årligen. Rutin finns för hur man arbetar med riskanalys, egenkontroll och en internkontroll av verksamhetens samtliga delar genomförs årligen. Det bör framgå av rutinerna när de har reviderats. Ledningen beskriver arbetet med riskanalyser, ett utvecklingsområde är dock att dokumentera arbetet.
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hur man arbetar med avvikelser, synpunkter och klagomål. I samband med introduktion av nya medarbetare ges information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter lyfts frågan kontinuerligt i samband med APT och utvecklingssamtalen. Intervjuade medarbetare har kännedom om rapporteringsskyldigheten. Det framkommer dock att antalet inrapporterade avvikelser är få, vilket gör det svårt att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser.
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	Medarbetarna görs delaktiga i kvalitetsarbetet genom dialog i samband med APT och veckomöten, då också klagomål och avvikelser återkopplas. Beslut och ansvar fördelas i personalgruppen för att alla ska känna sig delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete. I samband med introduktionen går ledningen igenom rutiner som styr arbetet. Följsamheten mot dessa görs i form av stickprovskontroller, samt dialog med medarbetare och kunder.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	Verksamheten har i samråd med kunderna upprättat genomförandeplaner. Hur insatserna ska utföras behöver dock utvecklas. Det behöver även framgå av genomförandeplanen på vilket sätt kunden varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.
Social journal  2. Delvis godkänd	Den dokumentation som granskats vid avtalsuppföljningen är respektfullt skriven, där händelser av vikt samt avvikelser från genomförandeplanen framgår. Den enskildes sociala journal ska vara sammanhållen och föras digitalt i Solna stads verksamhetssystem för social dokumentation. Intervallen för journalanteckningar bör vara tätare och mer regelbunden för att kunna följa upp insatserna.
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation, men avvikelser som identifierats i samband med granskningen har inte uppmärksammats i denna. Verksamheten behöver genomföra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar framgår. Arbetet med kontaktmannaskap är väl förankrat i verksamheten, vilket även framgår av intervju med medarbetare.

Delområde	Kommentar
	Kontaktmannen är den person som presenterar ny vikarie för kund, vilket innebär att de vikarier som ska utföra insatserna alltid är kända för kunden.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. Nya kunder får en pärm med väsentlig information om verksamheten. Där finns även blankett för klagomål och synpunkter, samt kontaktuppgifter till verksamheten. Kunderna får information om förändringar i verksamheten via telefonsamtal från ledning och kontaktperson. Ledningen har uppföljningssamtal med kunderna regelbundet för att säkerställa nöjdhet och fånga upp önskemål och utvecklingsområden.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten går man igenom Solna stads kvalitetsdeklaration i samband med introduktionen av nya medarbetare. I bemötande- och värdegrundsfrågor utgår man från den nationella värdegrunden och Solna stads kvalitetsdeklaration. Denna lämnas till kunden i hempärmerna och går igenom vid det första hembesöket.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hur de arbetar med att identifiera behov av och ge stöd till anhöriga.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktionen får medarbetaren information om vad tystnadsplikten innebär och sekretessförbindelsen skrivs under. Medarbetaren får även med sig skriftlig information om tystnadspliktens innebörd. Av intervju med medarbetare framkommer att de har kännedom om tystnadspliktens innebörd.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering och tillämpade arbetsätt.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har en lokal rutin för hantering av privata medel.
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för hot och våld. En medarbetare i gruppen har gått en utbildning om våld i nära relationer omfattande 7,5 högskolepoäng och har en ombudsroll i verksamheten för hot och våld i nära relationer.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Mångkulturell hemtjänst Rating 83
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Mångkulturell hemtjänst <hr/> Organisationsnummer: 556707-5352 Namn: Mångkulturell Hemtjänst i Stockholm AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 116 658,00 sep-21 117 652,00 aug-21 130 150,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

OLIR



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Olir AB har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 mars 2014. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten åtta kunder i Solna. Olir AB är även verksam i Vaxholm. Kontoret finns beläget på Åkerbyvägen i Täby.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef och en medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför uppföljningen. Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 31 januari 2022. Vid tiden för avtalsuppföljningen fanns ingen möjlighet att intervjua någon av kunderna som valt Olir som utförare av hemtjänst.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetens kontor finns beläget på Åkerbyvägen i Täby. Olir AB leds av verksamhetschef som är utbildad undersköterska med påbyggnadsutbildningar. Verksamhetschef har mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst och service. Enhetschef är utbildad socionom och undersköterska.

Ledning och medarbetare har en daglig och tät samverkan, vilket även bekräftas av intervju med medarbetare. Medarbetare uppger vidare att det även finns ett kollegialt stöd i arbetsgruppen. Kontinuiteten är hög, och kunderna träffar ett fåtal personer som utför hjälpen. Vid tillfället för avtalsuppföljningen fanns inte möjlighet att intervjua någon av verksamhetens kunder.

Utvecklingsområden som framkommer är social dokumentation och delar av det systematiska kvalitetsarbetet. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk

utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för extern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla rutin extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två av tre delområden.

Verksamheten behöver rapportera och dokumentera de avvikelser som inträffar i verksamheten i större utsträckning. Senaste revisionsdatum behöver framgå av rutinerna. Dokumentationen av arbetet med egenkontroller och riskanalyser behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rapportera och dokumentera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Reviderade rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation egenkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation riskanalys

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Genomförandeplanerna behöver utvecklas och den sociala journalen ska föras i enlighet med Solna stads riktlinjer. Egenkontroll av social dokumentation ska dokumenteras. Verksamheten behöver göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	I verksamheten finns anpassad mötesstruktur. Arbetsplatsträffar (APT) hålls en gång per månad och dessa möten protokollförs. Verksamhetschef går igenom informationen muntligt med de medarbetare som inte har möjlighet att närvara. Verksamhetschef bjuder in medarbetarna till arbetsmöten med regelbundenhet, då specifika frågor diskuteras. Verksamhetschef har en daglig dialog och avstämning med varje medarbetare. En gång per år håller verksamhetschef kvalitetsmöte med varje enskild medarbetare, och grunden för detta möte är checklista för introduktion. Verksamhetschef och enhetschef har protokollförda möten två gånger per månad. Ledningsgruppen, bestående av verksamhetschef, enhetschef och samordnare, träffas varje månad. Även dessa möten protokollförs.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef är utbildad undersköterska med påbyggnadsutbildningar och har lång erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst. Enhetschef är utbildad socionom och undersköterska. Verksamhetschef finns tillgänglig för såväl medarbetare som kunder under den tid då verksamheten bedrivs. Det finns implementerade arbetssätt som säkerställer kvaliteten i verksamheten vid verksamhetschefens frånvaro samt namngiven ersättare.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns och verksamhetschef anges som föreståndare i detta.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Introduktionen hålls av verksamhetschef och följs upp genom samtal med både kund och medarbetare, vilket dokumenteras. Medarbetaren skriver under tystnadsplikt och information om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. I samband med introduktionen får medarbetaren med sig en rutinpärm, och en gång per år går verksamhetschef igenom introduktionschecklistan med samtliga medarbetare för att säkerställa att informationen är känd.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov. Verksamheten har en hög andel utbildade undersköterskor och i dagsläget studerar två medarbetare till undersköterska och en till vårdbiträde via

Delområde	Kommentar
	<p>äldreomsorgslyftet. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling som utgår från kundernas behov, medarbetarnas kompetens och utfallet från kvalitetsarbetet. Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan och individuella kompetensutvecklingsplaner medarbetare. Den individuella kompetensutvecklingsplanen följs upp en gång per år vid medarbetarsamtalet.</p> <p>Den generella kompetensutvecklingsplanen omfattar inte timanställda, vilket behöver framgå av kompetensutvecklingsplanen.</p>

Samverkan


Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för extern samverkan, där man identifierat viktiga samverkansparter.</p> <p>Rutinen behöver omfatta samtliga samverkansparter. Det behöver även framgå hur ofta eller när samverkan ska ske.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för intern samverkan där strukturen för hur och mellan vilka samverkan ska ske internt.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet, vilket sker dels informellt i dagliga samtal i form av förbättringsarbete och förslag, dels mer strukturerat på APT. Återkoppling av utfall från exempelvis kundenkäter, egenkontroller, avvikelser och klagomål sker på APT och/eller enskilda samtal beroende på frågan. Representanter från personalgruppen deltar i upprättandet av riskanalyser och egenkontroller.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutiner för hur man arbetar med avvikelser, synpunkter och klagomål. I samband med introduktion av nya medarbetare ges information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter lyfts frågan minst en gång per år i samband med kvalitetsmöte som verksamhetschef håller med varje medarbetare. Av intervju med medarbetare framgår att rapporteringsskyldigheten är känd. Genomgång av rapporterade och utredda avvikelser återförs till medarbetarna på APT.</p> <p>Då antalet inrapporterade avvikelser är få finns inte förutsättningar för att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har lokala rutiner upprättade som finns tillgängliga för medarbetarna. Dessa förankras i verksamheten under introduktionen och därefter löpande när de aktualiseras samt på APT. Verksamheten har en struktur för hur man arbetar med kvalitetsutveckling. Egenkontroller genomförs utifrån verksamhetens behov, föreskrifter och riktlinjer. Riskanalyser genomförs och i arbetet med dessa bjuds representanter in från personalgruppen.</p> <p>Rutinerna revideras regelbundet, dock ska senaste revisionsdatum framgå av rutinen. Dokumentationen av arbetet med egenkontroller behöver förtydligas så att planerade åtgärder, ansvarig för åtgärd och datum för detta framgår. Av riskanalyserna behöver det framgå hur man skattat de risker som identifierats. Det ska även framgå av dokumentationen vilka som deltagit i riskanalysen.</p>

Social dokumentation



Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Av granskade genomförandeplaner framgår att kunden varit delaktig i upprättandet, men inte på vilket sätt. Hur insatsen ska utföras behöver förtydligas, samt när och av vem insatsen ska utföras. Genomförandeplanen ska upprättas inom en månad från det att beställningen mottagits och därefter följas upp minst två gånger per år i enlighet med Solna stads riktlinjer för social dokumentation.</p>
<p>Social journal</p> <p>■ 1. Ej godkänd</p>	<p>Under avtalsuppföljningen framgår att ledning har en tät dialog med medarbetare gällande kundernas insatser från hemtjänsten. Verksamheten har haft social dokumentation som pågående utvecklingsområde de senaste åren och till följd av</p>

Delområde	Kommentar
	<p>pandemin haft begränsade möjligheter att arbeta med utvecklingen av denna. Under perioden har systemstödet för social dokumentation bytts ut, vilket bedöms försvåra arbetet ytterligare.</p> <p>Journalanteckningar ska dokumenteras i enlighet med Solna stads riktlinjer för social dokumentation.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	Verksamhetschef uppger att egenkontroll utförs i verksamheten i enlighet med Solna stads riktlinjer. Under avtalsuppföljningen finns ingen dokumenterad egenkontroll att uppvisa. Verksamheten behöver även göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.





Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar tydlig framgår. Av intervju med medarbetare framgår att rutinen är väl förankrad i verksamheten. Varje kund har en utsedd kontaktman och ersättare för denne. Information om detta finns i kundens hempärm. Verksamheten har en hög personalkontinuitet och fyra gånger per år följer verksamhetschefen upp hur kunden upplever att kontaktmannaskapet fungerar.
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig rutin för mottagande av ny kund. Verksamhetschef gör det första hembesöket och överlämnar såväl muntlig som skriftlig information i pärm till kund. Vid förändringar informeras kund via telefonsamtal, sms, nyhetsbrev alternativt via information från kontaktman.



Bemötande och anhängigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	I verksamheten går man igenom Solna stads kvalitetsdeklaration i samband med introduktionen av nya medarbetare. I bemötande- och värdegrundsfrågor utgår man från Solna stads kvalitetsdeklaration. Denna lämnas till kunden i hempärmen och går igenom vid det första hembesöket.
Stöd till närstående  3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hur de arbetar med att identifiera behov av och ge stöd till anhöriga. Rutinen är känd bland medarbetarna.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld  3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för hot och våld. Det finns även rutin för att upptäcka våld i nära relationer.
Nyckelhantering  3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering och tillämpade arbetsätt.
Privata medel  3. Godkänd	Verksamheten har rutin för privata medel och tillämpade arbetsätt.
Tystnadsplikt och sekretess  3. Godkänd	I samband med introduktionen får medarbetaren information om vad tystnadsplikten innebär och sekretessförbindelsen skrivs under. Medarbetaren får även med sig skriftlig information om detta. Av intervju med medarbetare framkommer kännedom om tystnadspliktens innebörd. Minst en gång per år i samband med kvalitetsmötet med medarbetaren går verksamhetschef igenom tystnadsplikten.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Olir AB Rating 74
Skattekontroll  3. Godkänd	Olir AB <hr/> Organisationsnummer: 556887-1080 Namn: OLIR AB

Delområde	Kommentar
	Godkänd för F-skatt: JA
	Registrerad för moms: JA
	Registrerad som arbetsgivare: JA
	Beslutade arbetsgivaravgifter:1
	okt-21 136 888,00
	sep-21 138 845,00
	aug-21 141 782,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

OMSORGSJOURN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	6

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Omsorgsjouren Sverige AB har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 november 2010. Verksamheten riktar sig till äldre personer över 65 år som är i behov av hemtjänst. Vid uppföljningstillfället, den 14 oktober, hade verksamheten fem kunder i Solna. Omsorgsjouren är också verksam i Haninge. Förutom hemtjänst bedrivs även personlig assistans. Kontoret finns beläget i Hägersten. I lokalen finns tillgång till personalrum/kök, wc/dusch, tvättstuga och motionsrum.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef och medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 14 oktober 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt Omsorgsjouren som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att kunden känner sig trygg med hemtjänsten och är nöjd med bemötandet från de som utför hjälpen. Resultat från genomförd intervju har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Omsorgsjouren leds av verksamhetschef med mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom vård och omsorg. Ledarskapet är nära och verksamhetschef har en tät dialog med medarbetarna. Kundfokuset är starkt från såväl ledning som intervjuad medarbetare och kontinuiteten kring kund är hög; det är endast ett fåtal medarbetare som utför hjälpen hos kund.

Utvecklingsområde som framkommer är delar av den sociala dokumentationen.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten tänker arbeta vidare genom att beskriva vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa uppföljning samt löpande under året vid behov.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att

utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd på två av tre delområden.

Det behöver framgå av rutinerna när de senast reviderats.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Revidera rutiner

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har ett pågående förbättringsarbete inom samtliga delområden.

Fokus bör riktas till mer frekvent journalföring och beskrivning av hur insatsen ska utföras i genomförandeplanen.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll social dokumentation
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Journalanteckningar

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll




● 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.



Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov	Verksamheten har en anpassad mötesstruktur, vanligtvis hålls APT en gång per månad. Dessa möten protokollförs och finns tillgängliga för personal. Fattade beslut följs upp på angivet datum. En dag i veckan har verksamhetschef individuell

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	avstämning med medarbetarna.
Verksamhetens organisation och ledning  3. Godkänd	Verksamhetschef är utbildad vårdbiträde med lång erfarenhet från branschen och många års erfarenhet av att leda omvårdnadspersonal. Verksamhetschef arbetar nära medarbetarna och finns tillgänglig för dem när så krävs. Det finns en samordnare i verksamheten, som vid behov ersätter verksamhetschef vid dennes frånvaro.
IVO-tillstånd  3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns och verksamhetschef anges som föreståndare i detta.




Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare och verksamhetschef ansvarar för denna. I samband med introduktionen får medarbetaren med sig skriftlig information såsom rutiner och policys. Introduktionen följs upp, vilket dokumenteras i checklista med kompletterande frågor till medarbetaren.
Kompetensutveckling  3. Godkänd	Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan som upprättas en gång per år. Varje medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Denna tas fram tillsammans med medarbetaren och utgår från identifierat behov och nya förutsättningar i arbetet.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan, där man identifierat viktiga samverkansparter. Av rutinen framgår vem som är ansvarig, samt mål och syfte med samverkan. Samverkan med kund och anhöriga/god man har lyfts och specificerats ytterligare i en rutin, beskrivet ur den enskildes perspektiv.
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för intern samverkan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	Medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet, vilket sker dels informellt i dagliga samtal (förbättringsarbete och förslag), dels mer strukturerat då de gemensamt arbetar med riskanalyser och egenkontroller. Återkoppling av utfall från exempelvis enkäter, egenkontroller och klagomål sker på APT och/eller enskilda samtal beroende på frågan.
Verksamhetens arbete med avvikelser  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin som beskriver arbetet med avvikelser, klagomål och synpunkter. Det rapporteras få avvikelser, vilket kan kopplas till verksamhetens omfattning. I samband med introduktionen och uppföljningen av denna går verksamhetschef igenom rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter tas rapporteringsskyldigheten upp som en punkt på APT en gång per år, samt mejlas ut till medarbetarna. Av intervju med medarbetare framkommer att rapporteringsskyldigheten är känd.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	Verksamheten har utarbetat rutiner utifrån behov, dessa revideras en gång per år eller då behov uppstår. Det finns en struktur för hur man arbetar med egenkontroller och riskanalyser, och hur man arbetar med utfallet av dessa. Handlingsplaner upprättas och eventuella brister åtgärdas utifrån denna. Återkoppling sker till medarbetare på APT samt via mejl eller telefonsamtal. I samband med introduktionen får medarbetaren ta del av ledningssystemet och rutiner, dessa förankras därefter löpande på APT och då de aktualiseras. Det behöver framgå av rutinerna när den senaste revideringen gjorts.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	De granskade journalerna är aktuella och innehåller mål och delmål för respektive insats. Det framkommer att den enskilde varit delaktig i upprättandet och på vilket sätt. Uppföljningsdatum finns på granskade genomförandeplaner, samt när insatsen ska utföras. Ett identifierat förbättringsområde är beskrivningen av hur insatsen ska genomföras och på vilket sätt den enskilde är delaktig i momentet.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	I journalerna finns anteckningar om händelser av betydelse. Det framgår av social journal när ny beställning tagits emot och när genomförandeplan har upprättats, samt kontakt med andra aktörer. Språkbruket är genomgående respektfullt. Sammanfattningar görs, dock saknas enskilda journalanteckningar som utgör underlag för dessa.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för social dokumentation. Verksamheten har genom regelbunden egenkontroll av området identifierat utvecklingsområden. I verksamheten görs dock inga loggkontroller av hur behörigheten används till den sociala dokumentationen.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för kontaktmannaskap, och av intervju med medarbetare framkommer att den är förankrad i verksamheten. I de fall kontaktmannen är frånvarande kontaktar verksamhetschef kunden och informerar vem som kommer i stället. I Solna hålls en hög personalkontinuitet, vilket skapar förutsättningar för att skapa en förtroendefull relation. Kunden informeras om rätten att byta kontaktperson. Verksamhetschef följer upp arbetet hos kund två gånger per år, och får då information om hur kontaktmannaskapet fungerar.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig rutin för ny kund. Av den framgår vilken information som lämnas och vilka uppgifter som inhämtas. Kunden får en pärm att behålla med viktig information och kontaktuppgifter. Allmän verksamhetsinformation går ut till kund via kontaktman eller verksamhetschef beroende på typ av fråga.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har genomgång av värdegrunden två gånger per år på APT. Utöver detta forum arbetar man med värdegrund och bemötande i samband med introduktionen och i samband med kartläggning av kompetensutveckling. Kund och anhöriga får information om kvalitetsdeklarationen i samband med det första hembesöket, och arbetet utifrån denna följs upp av verksamhetschef två gånger per år i samband med uppföljningssamtal.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamhetens arbete med stöd till anhöriga framgår tydligt av rutinen för samverkan med kund och anhöriga.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld; både ur ett arbetsmiljöperspektiv och för att upptäcka våld i nära relationer. Medarbetarna har kännedom om signaler de bör vara uppmärksamma på samt hur de i sådana fall ska agera.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hur privata medel ska hanteras och av denna framkommer hur uppföljning av arbetet sker.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktionen får medarbetare information om tystnadsplikten och dess innebörd, samt skriver under förbindelse för detta. Information ges på APT minst en gång per år, alternativt skickas ut via mejl.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Omsorgsjouren Rating: 76
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Omsorgsjouren <hr/> Organisationsnummer: 556858-9336 <hr/> Namn: Omsorgsjouren Sverige AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 49 849,00 sep-21 58 980,00 aug-21 67 327,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

SAGAC



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Sagac har vid uppföljningstillfället den 7 oktober 2021 åtta kunder i Solna stad. Sagac har avtal enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 juni 2013. Företaget är även verksamma i Sundbyberg och Nacka. De bedriver även personlig assistans, ledsagning och avlösning i Stockholm stad. Kontoret finns på Wiboms väg i Solna.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med enhetschef och medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 7 oktober 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt Sagac som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att kunden är nöjd med hjälpen och bemötandet. Resultat från genomförda intervjuer har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetens kontor finns beläget på Wiboms väg i Solna. Sagac leds av verksamhetschef som är utbildad sjuksköterska och socionom, och enhetschef med mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst och service.

Ledning och medarbetare är engagerade i verksamheten och har en daglig och tät samverkan. Av intervju med medarbetare och ledning lyfts en öppenhet på arbetsplatsen. Kontinuiteten är hög, och kunderna träffar ett fåtal personer som utför hjälpen.

Utvecklingsområde som framkommer är social dokumentation. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk

utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd inom ett av tre områden, rutin finns och tillämpas.

Rutinerna i pärmen behöver överensstämma med de rutiner som ligger digitalt i ledningssystemet. Rutin om lex Sarah måste förtydligas, samt klagomåls- och synpunktsblanketten till kund.

Status	Utvecklingsområden
■ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga rutin lex Sarah

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera rutinpärm
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga blankett för klagomål och synpunkter

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är delvis godkänd inom samtliga delområden.

Genomförandeplanerna behöver uppdateras och den sociala journalen ska innehålla anteckningar kopplade till uppdraget. Loggkontroll av behörighet måste göras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera genomförandeplaner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla arbetet med social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd inom tre av fyra delområden, rutiner finns och tillämpas.

Verksamheten behöver förtydliga rutinen kring hot och våld.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera rutin hot och våld

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en anpassad mötesstruktur. Varje månad (med uppehåll för juli och augusti) har verksamheten APT. APT-protokoll skrivs och finns tillgängliga för medarbetarna i en pärm. Varje morgon har enhetschef och medarbetare korta dagliga möten, vilket beskrivs samstämmigt av såväl ledning som medarbetare. En gång per vecka hålls ledningsgruppsmöten.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Ledningen i Solna utgörs av verksamhetschef som är utbildad sjuksköterska och socionom, och enhetschef som har mångårig erfarenhet av ledning och service. Båda cheferna har sitt kontor i Solna där även medarbetarna utgår ifrån när de startar och avslutar sina arbetspass. Cheferna går att nå per telefon under den tid som utföraren bedriver verksamhet, vilket även medarbetare beskriver under intervjun. Det finns en rutin som syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheten trots chefsbyte.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns och verksamhetschef anges som föreståndare i detta.

Personal och utbildning



Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Ansvarig för introduktion av nya medarbetare är enhetschef. Den nya medarbetaren får en handledare att gå dubbelt med i omvårdnadsarbetet. Verksamheten använder sig av en checklista som stöd. Den nyanställda medarbetaren får med sig en skriftlig information om verksamheten, dess värdegrund och de viktigaste rutinerna sammanfattade. Uppföljning av introduktion genomförs av enhetschef, vilket dokumenteras i checklistan.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	För att identifiera behov av kompetensutveckling i verksamheten utgår man från kundernas behov och det som medarbetarna efterfrågar. Den generella kompetensutvecklingsplanen beskrivs som ett levande dokument som uppdateras då behov uppstår. Av enkätsvar framkommer att samtliga medarbetare har en kompetensutvecklingsplan.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan. Av rutinen framgår vem som ansvarar för vilken typ av samverkan och hur det ska ske.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för hur och mellan vilka intern samverkan ska ske.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete


Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	I verksamheten har man dagliga korta morgonmöten där olika frågor fångas upp. Om avvikelser framkommer stöttar enhetschef med att rapportera dessa skriftligt. I arbetet med riskanalyser är någon/några medarbetare delaktiga med syfte att fånga olika perspektiv. Inkomna avvikelser och klagomål återrapporteras till

Delområde	Kommentar
	medarbetarna på APT.
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har en struktur för arbetet med avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering. Verksamhetschef är den funktion som ansvarar för att utreda dessa, identifiera grundorsak och sätta in åtgärder med syfte att händelsen inte ska återupprepas. Återföring till medarbetarna sker på APT. I varje kunds hempärm finns avsedd blankett för klagomål och synpunkter.</p> <p>I samband med anställning informeras medarbetare om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Enhetschef berättar att det är en punkt man lyfter på APT minst en gång per år. Av intervju med medarbetare framkommer att rapporteringsskyldigheten är känd.</p> <p>I kvalitetsberättelsen redogör verksamheten för antal avvikelser, synpunkter och klagomål som inkommit under 2020.</p> <p>Blanketten för klagomål och synpunkter bör förtydligas så att det framgår att dessa kan lämnas anonymt till verksamheten. Av rutinen för lex Sarah ska framgå att information om rapporteringsskyldigheten lyfts en gång per år på APT.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har implementerade arbetsätt för hur man arbetar med egenkontroller och riskanalyser utifrån behov, föreskrifter och riktlinjer. Av kvalitetsberättelsen framkommer hur man arbetat med utfallet och vilka åtgärder som satts in.</p> <p>Det finns lokala rutiner utifrån verksamhetens behov tillgängliga för medarbetare i en pärm och digitalt. En gång per år revideras samtliga rutiner, samt då behov uppstår.</p> <p>Rutinerna i pärmen behöver uppdateras i enlighet med de rutiner som finns i det digitala verksamhetssystemet.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Det pågår ett arbete i verksamheten med att uppdatera genomförandeplanerna. Delmål finns beskriva i genomförandeplanen, och hur insatsen ska genomföras är väl beskrivet.</p> <p>På vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet ska framgå av samtliga genomförandeplaner. I verksamheten är det i regel kontaktmannen som utför insatserna, vilket ska framgå av genomförandeplanen.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Av de journaler som granskats går att utläsa avvikelser från genomförandeplanen. I journalerna finns anteckningar om händelser av betydelse. Språkbruket är genomgående respektfullt.</p> <p>Det saknas dock information om vilka åtgärder som vidtagits. Det framgår inte när en ny beställning mottagits, och det saknas journalanteckning när genomförandeplan har upprättats. Enstaka värdeord har observerats i social journal i samband med granskningen.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har en rutin för social dokumentation. Verksamheten har genom regelbunden egenkontroll av området identifierat utvecklingsområden.</p> <p>I verksamheten görs dock inga loggkontroller av hur behörigheten används till den sociala dokumentationen.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Verksamheten har en lokal rutin för kontaktmannaskap och håller hög kontinuitet hos kund. Varje kund får Solna stads kvalitetsdeklaration i samband med det första hembesöket och denna går igenom med kund av enhetschef. Då kontaktmannen är den person som utför den största delen av besöken finns möjlighet att skapa en förtroendefull relation.</p> <p>Enhetschef arbetar regelbundet i omvårdnadsarbetet och får på så sätt möjlighet att följa upp att kontaktmannaskapet fungerar.</p>

Delområde	Kommentar
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för mottagande av ny kund. Ett hembesök planeras i av enhetschef och vid det tillfället överlämnas en kundpärm innehållande bland annat företagspresentation, kontaktuppgifter, samtyckesblankett, information om klagomåls- och synpunktshantering och så vidare. I verksamheten har man regelbundna samtal med kunderna och /eller närstående, och sprider på så sätt verksamhetsinformation.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för bemötande och broschyrer som handlar om värdegrund. Kvalitetsdeklarationen överlämnas till kund i samband med första hembesöket, och enhetschef informerar om innehållet. Som en del av arbetet med att följa upp bemötandefrågor har enhetschef tät kontakt per telefon eller via kundbesök med kund/närstående.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten har en omfattande rutin för anhörigstöd; hur det fångas upp och på vilka sätt anhöriga kan få stöd. Beroende på vem som behöver stödet, riktas olika typer av förslag på stödinsatser till närstående.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hot och våld gällande kund. Det saknas dock rutin som beskriver hur medarbetare ska agera om de utsätts för hot och våld i arbetet, samt om medarbetare utsätter kund för hot och våld.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering och kvittenser i de fall kunders nycklar hanteras.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har en lokal rutin för hantering av privata medel.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktionen får medarbetaren information om vad tystnadsplikten innebär. I samband med detta skrivs även sekretessförbindelsen under. Medarbetaren får även med sig skriftlig information om tystnadspliktens innebörd.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Sagac Rating 78
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Sagac Sagac <hr/> Organisationsnummer: 556758-0997 Namn: Sagac i Stockholm AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 132 062,00 sep-21 141 664,00 aug-21 136 972,00



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-05-31
ON/2022:22

Avtalsuppföljning 2021 av hemtjänstutförare med fler än 10 kunder samt trygghetslarm och nattpatrull

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2021.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har under 2021 omfattat sex verksamheter med totalt cirka 1115 solnabor.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, dokumentationsgranskning samt intervju av verksamhetschef, andra ledningsfunktioner samt medarbetare vid platsbesök som metod för uppföljning. Kunder har intervjuats via telefonsamtal eller hembesök. Under intervjun har verksamhetschefen givits möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden september till februari 2021.

Uppföljningarna visar att det finns ett nära ledarskap i verksamheterna och implementerade metoder kring introduktionen av nya medarbetare. Arbetssätten med kontaktmannaskap är kända bland såväl medarbetare som kunder. Generella utvecklingsområden som identifierats under uppföljningarna är delar av det systematiska kvalitetsarbetet, bland annat hur det dokumenteras, samt hur verksamheterna arbetar med social dokumentation. Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår och har ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur de tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden.

Under 2022 har förvaltningen påbörjat en specifik granskning av att hemtjänstutförarna följer arbetstidslagen, ej har anhörganställningar, att de använder verksamhetssystemet samt kvitterar deras närvaro hos kunden enligt förvaltningens rutiner.

Handlingar

Avtalsuppföljning 2021 av hemtjänstutförare med fler än 10 kunder samt trygghetslarm och nattpatrull.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Emma Edling
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter.

Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är drivs i privat regi eller i stadens egen regi. Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

ADELA OMSORG



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Adela omsorg har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet (LOV) sedan september 2011. Vid uppföljningstillfället den 7 december hade verksamheten cirka 120 kunder i Solna. Adela omsorg är också verksam i Sundbyberg, Järfälla och flera av Stockholms stadsdelar. Kontoret ligger på Framnäsbacken i Solna, där medarbetarna startar och avslutar sin arbetsdag.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschefer och medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick cheferna möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 7 december 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat två kunder via telefonsamtal som valt Adela omsorg som utförare av hemtjänst. Av intervjuerna framkommer att kunderna är mycket nöjda med insatserna från hemtjänsten och känner sig väl bemötta. Kunderna uppger sig kunna påverka hur hjälpen ska utföras och har en kontaktperson som oftast är den person som utför insatserna. Resultat från genomförda intervjuer har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Kontoret för verksamheten i Solna ligger i rymliga och fräscha lokaler på Framnäsbacken, ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs. Adela omsorg leds av två verksamhetschefer, som har sjuksköterskeexamen respektive socionomexamen. Till stöd i det dagliga operativa arbetet finns en kommunansvarig och en samordnare.

Av intervju med medarbetare och ledning lyfts en öppenhet på arbetsplatsen. Engagemanget för verksamheten och kunderna är stort, vilket tydligt framgår under intervjuerna. Många medarbetare arbetar måndag till fredag, vilket de själva upplever ge goda förutsättningar för ett välfungerande kontaktmannaskap.

Ett utvecklingsområde som identifierats under avtalsuppföljningen är arbetet med social dokumentation. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling

3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpliga och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att

åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver förtydliga den generella kompetensutvecklingsplanen.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för intern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Dokumentationen av arbetet med riskanalyser behöver utvecklas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Riskanalys

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten ska föra dokumentation i enlighet med Solna stads riktlinjer. Verksamheten behöver även göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplaner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en anpassad mötesstruktur. Varje dag klockan 15.30 möts dagpatrull och kvällspatrull för överrapportering i personalrummet, då finns även kommunansvarig och samordnare på plats under måndag till fredag. På helger finns det alltid en arbetsledare i tjänst. Protokollförda APT hålls en gång per månad för daggruppen och kvälls- och helggruppen, med en representant från varje grupp. Verksamhetscheferna håller arbetsledarmöten och möte med kommunansvarig en gång per månad. Protokoll förs på samtliga möten med undantag för daglig överrapportering. APT-protokoll finns tillgängliga för medarbetarna. Beslut som fattats följs upp på nästkommande möte.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamheten i Solna leds av två verksamhetschefer, utbildad socionom respektive sjuksköterska, med delat ansvar för verksamheten. Till sitt stöd i den dagliga arbetsledningen finns kommunansvarig, samordnare och arbetsledare. Verksamhetscheferna ansvarar för arbetsmiljön, ekonomi, samt personal- och kvalitetsfrågor. Det finns en rutin i verksamheten som säkerställer att kvaliteten i verksamheten inte påverkas negativt vid chefsbyte. En utsedd arbetsledare i gruppen finns på samtliga arbetspass, och chef nås via telefon under den tid då verksamhet bedrivs.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Det finns en rutin för introduktion som genomförs i tre led; med verksamhetschef, kommunansvarig och utsedd handledare i omvårdnadsarbetet. En checklista används vid introduktionen och nya medarbetare får muntlig och skriftlig information om verksamheten och viktiga rutiner. Regelbunden avstämning sker under introduktionen. Kunder kontaktas för att följa upp arbetet. I verksamheten följer ledningen upp checklistan tillsammans med medarbetaren inom tre månader, vilket dokumenteras i checklistan.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Andelen utbildade undersköterskor utgör drygt 50% av tillsvidareanställda medarbetare. Verksamheten har tio demenscertifierade undersköterskor. Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan. I samband med utvecklingssamtalet tas en individuell kompetensutvecklingsplan fram tillsammans med medarbetaren, och denna följs upp året efter. Behovet av kompetensutveckling identifieras vid årets slut i samband med att föregående års kompetensutvecklingsplan följs upp.

Delområde	Kommentar
	Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas med planerade datum för uppföljning. Det behöver även framgå vilka som omfattas av den, samt vilken utbildning som genomförts utifrån inplanerade satsningar.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har den bemanning som krävs för att täcka verksamhetens behov. Alla kunder har en kontaktman och en utsedd ersättare vid dennes frånvaro. Många medarbetare arbetar måndag till fredag, och av intervju med medarbetare framkommer att bemanningen fungerar väl.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan som omfattar externa samverkansparter. Det framgår vilken funktion i organisationen som ansvarar för respektive typ av samverkan. Adelas verksamhetschefer och kommunansvariga deltar på förvaltningens samverkansmöten och i de utbildningar som förvaltningen erbjuder.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för intern samverkan, där det tydligt framgår hur samverkan sker i samband med skifte av arbetspass. Det framkommer tydligt hur samverkan sker mellan medarbetare och ledning. Rutinen behöver förtydligas till att omfatta samtliga former av intern samverkan som sker i verksamheten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Under introduktionen får medarbetaren ta del av viktiga rutiner och arbetssätt i verksamheten. På APT presenteras reviderade rutiner utifrån ett årshjul, och då behov uppstår. Medarbetarna görs delaktiga i kvalitetsarbetet i samband med APT, då återkoppling sker av genomförda egenkontroller, enkäter och inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter. Medarbetarna är delaktiga i att ta fram och prioritera förbättringsområden och deltar i dialoger utifrån fallbeskrivningar.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter. Dessa dokumenteras, utreds, åtgärdas och sammanställs därefter av verksamhetschef månadsvis. Resultatet återkopplas till medarbetarna på APT och/eller via individuella samtal. Verksamhetschef planerar in uppföljning efter en tid för att bedöma effekten av insatta åtgärder. Därefter lyfts utfallet i ledningsgruppen där analys och sammanställning diskuteras med syfte att utveckla verksamheten. Nya medarbetare får information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah i samband med introduktionen. Lex Sarah tas upp som en punkt på APT-agendan två gånger per år, och då informeras medarbetarna om rapporteringsskyldigheten. Av intervju med medarbetare framkommer att de känner till rapporteringsskyldigheten och dess innebörd.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en struktur för hur man arbetar med kvalitetsutveckling. Egenkontroller genomförs rutinmässigt i verksamheten utifrån ett årshjul och utfallet återkopplas till medarbetarna på APT. Verksamheten gör riskanalyser utifrån verksamhetens behov, samt de föreskrifter och riktlinjer som styr arbetet. Verksamheten har en pärm med rutiner tillgänglig för medarbetarna. Förankring av rutiner sker i samband med introduktion, uppföljningen av denna och på APT. Befintliga rutiner revideras och presenteras för medarbetarna på APT enligt årshjul och vid behov. Samtliga rutiner är reviderade det senaste året av verksamhetschef. Av dokumentationen av riskanalyserna behöver det framgå vem som ansvarar för åtgärderna, när det ska vara klart och när uppföljning ska ske.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Av granskade genomförandeplaner framgår tydligt när insatserna ska genomföras. Av de granskade akterna saknar en kund genomförandeplan, detta måste åtgärdas. Hur insatsen ska utföras behöver förtydligas samt hur kund varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen. Mål för samtliga insatser ska formuleras.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	I samtliga granskade journaler är språket genomgående respektfullt och det går att utläsa avvikelser från genomförandeplanen. Det ska framgå av journalen när en ny beställning mottagits, samt när genomförandeplanen upprättats. Enstaka arbetsanteckningar observerades i kundens sociala journal. lakttagelser som medarbetarna gör ska följas upp av en åtgärd som ska framgå av journalen. Dokumenterat samtycke saknas i verksamheten. Samtycket finns dock inhämtat, men förvaras i en pärm i kundens hem.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Egenkontrollen av social dokumentation görs två gånger per år, och social journal följs upp kontinuerligt under månaden. Av egenkontrollen framkommer att identifierade utvecklingsområden är att följa upp tidigare journalanteckningar, samt skilja på arbetsanteckning och journalanteckning. Verksamheten behöver göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för kontaktmannaskap, där kontaktmannens ansvar framgår tydligt. Vid intervju med medarbetare bekräftas det att medarbetarna har kännedom om uppdraget. Alla kunder har en utsedd kontaktman som oftast arbetar måndag till fredag med syfte att skapa god kontinuitet och förutsättningar till nära samverkan. Varje kund får Solna stads kvalitetsdeklaration i sin kundpärm, och vid det första hembesöket informerar kommunansvarig eller samordnare om möjligheten att byta kontaktman.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. I samband med det första hembesöket får kunden en pärm innehållande väsentlig information, exempelvis kontaktoppgifter till verksamheten, information om utföraren och Solna stads kvalitetsdeklaration. Vid större förändringar skickar verksamhetschef ut informationsbrev till kunderna. Verksamheten ger ut en tidning - "Adelabladet" - som de skickar till kunderna fyra gånger per år.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har en ständigt pågående dialog kring bemötande och värdegrundsfrågor. APT är ett forum för dessa frågor, där medarbetarna arbetar utifrån olika fallbeskrivningar i dialog. Bemötande- och värdegrundsfrågor lyfts även i enskilda samtal i det dagliga arbetet.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	I verksamheten är det oftast kontaktmannen som identifierar behov av stöd till närstående, tack vare ett välfungerande kontaktmannaskap. Kontaktmannen förmedlar information om Solna stads anhörigstöd och möjligheten att söka stöd på vårdcentralen. Kontaktmannen förmedlar även identifierade behov till kommunansvarig eller verksamhetschef som kan stötta anhörig och/eller motivera till att ta emot stöd.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hot och våld som lyfts på APT två gånger per år eller om det inträffat aktuell händelse. Verksamheten har en rutin för våld i nära relationer. För att öka möjligheten för medarbetarna att upptäcka våld i nära relationer lyfts fallbeskrivningar på APT två gånger per år som handlar om hur våldet kan ta sig uttryck.
Nyckelhantering	Verksamheten har rutiner och utrustning för en säker nyckelhantering och

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	använder sig av digitala nyckelskåp.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för privata medel. I kundens pärm finns blanketter för detta som används av medarbetarna. Blanketterna finns tillgängliga i pärmen för kund och anhöriga.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för tystnadsplikt. Information om tystnadsplikten ges i samband med introduktionen och i uppföljningen av denna, och rutinen lyfts regelbundet på APT. Rutinen är känd av medarbetarna.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																											
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Adela Omsorg Rating 100																											
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Adela Omsorg <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Organisationsnummer:</td> <td style="text-align: right;">556844-3609</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">AB Adela Omsorg</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">NEJ</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">JA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Beslutade arbetsgivaravgifter:1</td> </tr> <tr> <td>nov-20</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">942 684,00</td> </tr> <tr> <td>okt-20</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">887 079,00</td> </tr> <tr> <td>sep-20</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">880 311,00</td> </tr> </table>	Organisationsnummer:		556844-3609	Namn:	AB Adela Omsorg		Godkänd för F-skatt:	JA		Registrerad för moms:	NEJ		Registrerad som arbetsgivare:	JA		Beslutade arbetsgivaravgifter:1			nov-20	942 684,00		okt-20	887 079,00		sep-20	880 311,00	
Organisationsnummer:		556844-3609																										
Namn:	AB Adela Omsorg																											
Godkänd för F-skatt:	JA																											
Registrerad för moms:	NEJ																											
Registrerad som arbetsgivare:	JA																											
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																												
nov-20	942 684,00																											
okt-20	887 079,00																											
sep-20	880 311,00																											

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

FÖRETAG MED MER ÄN 10 KUNDER



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till gagn.

Avtalsuppföljningen har under 2021 omfattat 13 hemtjänstverksamheter. Avtalsuppföljningarna för verksamhetsområde hemtjänst är uppdelad i två grupper: Företag med fler än 10 kunder och företag med högst 10 kunder. Denna rapport handlar om de företag som har fler än 10 kunder och är följande verksamheter: Adela omsorg, Attendo, Humaniora, Proffssystem, Larm och natt samt Allegio omsorg som är ny utförare vid årets uppföljning. Urvalet av verksamheter att följa upp för året har varit samtliga verksamheter som utför hemtjänst i Solna. Fem av verksamheterna drivs utifrån avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Nattpatrull och trygghetslarmet drivs i kommunal regi utifrån överenskommelser som är upprättade mellan Humaniora vård och omsorg och omvårdnadsförvaltningen.

Tillvägagångssätt och metod

År 2021 genomfördes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av nio kriterier; ledning och organisation, personal och utbildning, samverkan, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, social dokumentation, självbestämmande och integritet, bemötande och anhörigstöd, säkerhet samt ekonomisk kontroll. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring dessa områden. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamheternas svar på enkät och dokumentationsgranskning gjort platsbesök och intervjuat verksamhetschef, andra funktioner i ledning, medarbetare och kunder. Granskning av social dokumentation har genomförts i samtliga verksamheter.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur man tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortskrider löpande under året samt i samband med 2022 års avtalsuppföljning.

Sammanfattande bedömning

Det framgår tydligt av årets avtalsuppföljningar att samtliga verksamheter har kunden i fokus. Genom intervjuer med såväl ledning som medarbetare är engagemanget i uppdraget en gemensam nämnare. I alla verksamheter finns ett nära ledarskap och av samtliga intervjuer med chefer, medarbetare och andra nyckelpersoner i verksamheterna framkommer att de - vid behov - har en daglig tät dialog om hur arbetet fortlöper. Trots hemtjänstens förutsättningar, som i regel är ensamarbete, uppger medarbetarna att samarbetet kollegor och ledning emellan fungerar väl och att stödet från dessa är ett telefonsamtal bort.

Starka områden generellt sett är självbestämmande och integritet, bemötande och anhörigstöd, säkerhet och ekonomisk kontroll vilket ger förutsättningar för insatser av god kvalitet över tid.

Områden där det finns utvecklingspotential är ledning och organisation, personal och utbildning, samt samverkan. Behovet av utveckling inom dessa områden består främst av att förbättra dokumentationen och uppföljningen av redan pågående aktiviteter och arbete. Introduktionen av nya medarbetare förs på ett systematiskt sätt i verksamheterna utifrån rutiner och checklistor. Uppföljning av introduktionen sker och dokumenteras i de flesta fall. Intern och extern samverkan är en förutsättning för insatser av god kvalitet. Av avtalsuppföljningarna framgår att samverkan sker, men att rutinerna behöver bli tydligare för att säkra arbetet. Samverkan mellan natt och larm och utförarna av hemtjänst är ett identifierat utvecklingsområde som omvårdnadsförvaltningen i samverkan med berörda aktörer kommer revidera rutinen för under 2022.

Förbättringsområden som identifierats är inom områdena ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och social dokumentation. Till grund för kraven som ställs inom dessa områden ligger föreskrifter med omfattande krav och visst tolkningsutrymme för hur man i praktiken ska tillämpa reglerna. Omvårdnadsförvaltningen kommer att arbeta mot en samsyn kring tillämpningen av dessa och stötta de verksamheter som har utmaningar inom dessa områden.

Verksamheternas kvalitetsarbete pågår dagligen. Många aktiviteter utförs, såsom egenkontroller och riskanalyser, och många händelser hanteras - exempelvis synpunkter, klagomål och avvikelser. Utmaningen för flera verksamheter ligger i att dokumentera arbetet för att på så sätt hitta den röda tråden i kvalitetsarbetet. De

förbättringsområden som identifieras kan förhoppningsvis hjälpa verksamheterna i arbetet framåt.

Ett gemensamt område där behov av utveckling finns är social dokumentation. Området är komplext och många av de medarbetare som arbetar i hemtjänsten har inte svenska som modersmål, vilket kan försvåra arbetet med dokumentationen. Det pågår en pilotsatsning inom yrkessvenska och omsorgskunskap. Om utvärdering av satsning visar positiv utveckling kan omvårdnadsförvaltningen erbjuda fler medarbetare att ta del av den. Detta i kombination med att samtliga utförare arbetar med att höja kompetensen inom området bedöms att på sikt kunna bidra till utveckling inom social dokumentation.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Hot och våld
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

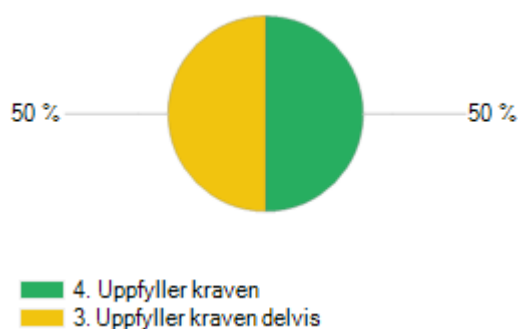
Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	<ul style="list-style-type: none"> ● 4. Uppfyller kraven 50 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 33 (%) ■ Bedömning ej genomförd 17 (%) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 4. Uppfyller kraven 50 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 50 (%)
Personal och utbildning	<ul style="list-style-type: none"> ● 4. Uppfyller kraven 67 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 17 (%) ■ Bedömning ej genomförd 17 (%) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)
Samverkan	<ul style="list-style-type: none"> ● 4. Uppfyller kraven 83 (%) ■ Bedömning ej genomförd 17 (%) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 4. Uppfyller kraven 17 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 83 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	<ul style="list-style-type: none"> ● 4. Uppfyller kraven 33 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 50 (%) ■ Bedömning ej genomförd 17 (%) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)
Social dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> ● 4. Uppfyller kraven 17 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 67 (%) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)

Område	Resultat 2020		Resultat 2021	
	—	Bedömning ej genomförd 17 (%)		
Självbestämmande och integritet	●	4. Uppfyller kraven 83 (%)	●	4. Uppfyller kraven 83 (%)
	—	Bedömning ej genomförd 17 (%)	◆	3. Uppfyller kraven delvis 17 (%)
Bemötande och anhörigstöd	●	4. Uppfyller kraven 83 (%)	●	4. Uppfyller kraven 83 (%)
	—	Bedömning ej genomförd 17 (%)	◆	3. Uppfyller kraven delvis 17 (%)
Säkerhet	●	4. Uppfyller kraven 83 (%)	●	4. Uppfyller kraven 67 (%)
	—	Bedömning ej genomförd 17 (%)	◆	3. Uppfyller kraven delvis 33 (%)
Ekonomisk kontroll	●	4. Uppfyller kraven 75 (%)	●	4. Uppfyller kraven 100 (%)
	—	Bedömning ej genomförd 25 (%)		

Schematisk sammanställning över samtliga verksamheter som följts upp 2021.

	Adela omsorg	Attendo	Humaniora	Proffs-system	Larm & Natt	Allegio omsorg	SUMMA
Ledning & organisation	● 4.	● 4.	◆ 3.	● 4.	◆ 3.	◆ 3.	21
Personal & utbildning	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	18
Samverkan	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	● 4.	◆ 3.	◆ 3.	19
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	18
Social dokumentation	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	18
Självbestämmande & integritet	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	◆ 3.	● 4.	23
Bemötande & anhörigstöd	● 4.	● 4.	◆ 3.	● 4.	● 4.	● 4.	23
Säkerhet	● 4.	● 4.	◆ 3.	◆ 3.	● 4.	● 4.	22
Ekonomisk kontroll	● 4.	● 4.	Ej aktuell	● 4.	Ej aktuell	● 4.	16
SUMMA	32	32	25	32	26	31	

Ledning och organisation

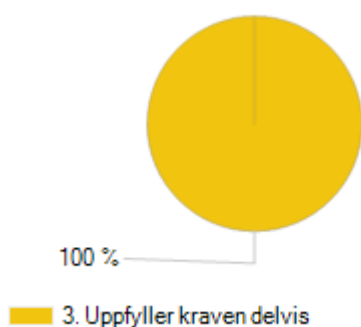


Samtliga verksamheter leds av chefer som har den utbildning och/eller den erfarenhet som avtalet kräver. Ledning finns tillgänglig för medarbetarna mellan klockan 7.00 och klockan 22.00 då verksamheterna bedrivs och rutiner finns för ersättare vid verksamhetschefs frånvaro. Alla verksamheter har en organisation som ger förutsättningar för ett nära ledarskap.

I alla verksamheter finns en anpassad mötesstruktur. Samtliga verksamheter protokollför mötena och följer upp de beslut som fattas. Hälften av verksamheterna behöver upprätta rutin vid chefsbyte.

De verksamheter som drivs i privat regi har aktuellt tillstånd från IVO. Humaniora hemtjänst inklusive nattpatrull och trygghetslarm drivs i stadens egen regi. I dessa fall krävs inget tillstånd från IVO, däremot är Humaniora hemtjänst anmäld till IVO:s omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.

Personal och utbildning

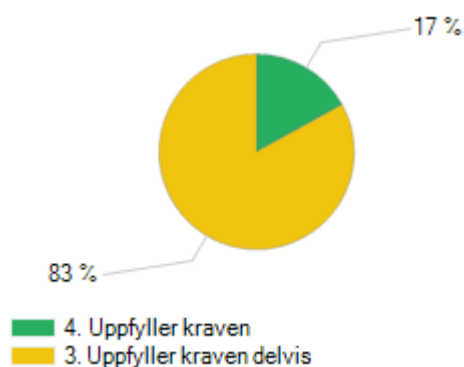


Verksamheterna har rutiner och arbetssätt för att säkerställa bemanningen.

Alla verksamheter har en rutin för introduktion av nya medarbetare och en checklista som stöd vid introduktionen. Introduktionen följs i regel upp, vilket också dokumenteras. Några av verksamheterna behöver förbättra detta arbete genom att systematisera sina arbetssätt.

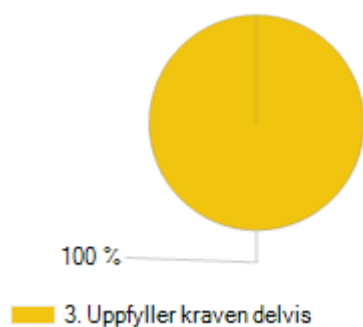
I verksamheterna har man arbetssätt för att identifiera behov av kompetensutveckling. Alla verksamheter har dokumenterat behovet i en generell kompetensutvecklingsplan, och de flesta utförare har upprättat individuella kompetensutvecklingsplaner för sina medarbetare. Några av verksamheterna behöver förtydliga den generella kompetensutvecklingsplanen med exempelvis deltagare och konkret tidsplan.

Samverkan



Samtliga utförare har upprättade rutiner för intern och extern samverkan. Det finns förbättringspotential gällande tydlighet i rutinerna om vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, hur detta ska gå till och hur ofta. Ett utvecklingsområde är också att få med samtliga delar av intern samverkan, samt alla externa samverkansparter.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

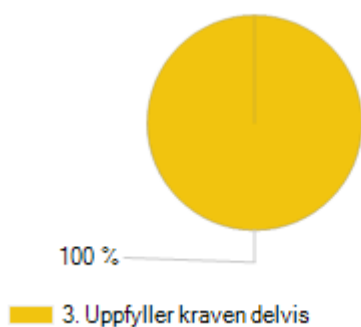


Samtliga verksamheter har rutiner framtagna för medarbetarna som stöd för att följa ledningssystemet. Implementeringen av detta arbete har sin start i introduktionen och uppföljningen av introduktionen. Rutiner aktualiseras därefter löpande på APT, medarbetarsamtal och på dagliga avstämningar då situationen så kräver.

Utförarna analyserar risker i verksamheten och utför egenkontroller av olika områden för att säkerställa följsamheten till lagar och riktlinjer. Dokumentationen av detta arbete behöver utvecklas. Insatta åtgärder måste följas upp för att det ska ges möjlighet att utvärdera om dessa givit effekt.

Alla utförare har arbetssätt och rutiner samt ett nära ledarskap som möjliggör medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet. Intervjuade medarbetare upplever att de är delaktiga i kvalitetsarbetet och att de kan påverka utvecklingsarbetet.

Social dokumentation



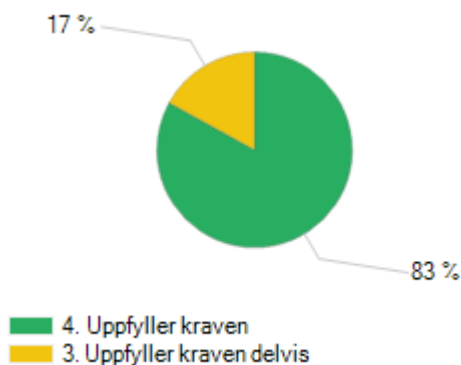
Social dokumentation är ett utvecklingsområde av varierande grad för samtliga utförare av hemtjänst. I verksamheterna upprättas genomförandeplaner tillsammans med kund, vilket stärker kundernas delaktighet och inflytande över planeringen av insatserna. Utförarna uppger att det är en utmaning att använda genomförandeplanen som ett arbetsverktyg till följd av dess struktur i Lifecare utförare.

Alla verksamheter för social journal. Överlag finns utvecklingspotential gällande frekvens och innehåll i den sociala journalen.

Egenkontroll av social dokumentation genomförs i verksamheterna med varierat intervall. Egenkontrollerna behöver utformas på sådant sätt att bristande följsamhet mot gällande riktlinje identifieras. Verksamheterna behöver även dokumentera de åtgärder som sätts in, samt följa upp dessa huruvida de givit önskad effekt.

Samtliga verksamheter behöver göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

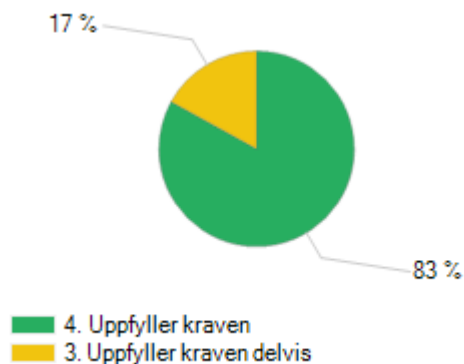


Alla utförare uppfyller kraven inom självbestämmande och integritet. Rutiner och arbetssätt bedöms vara väl förankrade avseende kontaktmannens ansvar, informationsöverföring till kund både i uppstart av hemtjänst samt löpande under den tid insatserna pågår.

Intervjuade medarbetare bedöms ha god kännedom om aktuella rutiner och arbetssätt för området.

Trygghetslarm och nattpatrull arbetar inte med kontaktmannaskap, däremot håller de hög personalkontinuitet då de arbetar i geografiska team. Trygghetslarmet och nattpatrullen behöver delge nya kunder skriftlig väsentlig information om verksamheten.

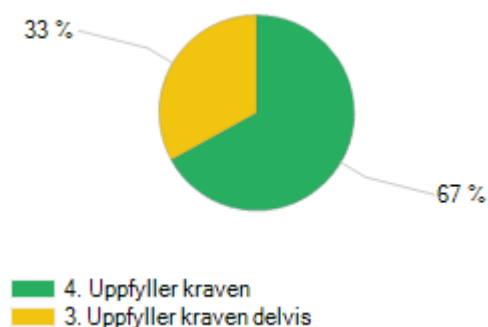
Bemötande och anhörigstöd



Verksamheternas arbete med bemötandefrågor har sin början i introduktionen av nya medarbetare. Därefter sker dialogen kring dessa frågor på formella möten som APT, men kan också ske vid informella dagliga samtal. Utförarna lutar sig mot den nationella värdegrunden, företagets egna bemötandepolicy och/eller Solna stads kvalitetsdeklaration i dessa frågor.

Alla utförare har arbetssätt för hur de fångar upp anhöriga och arbetar med anhörigstöd. I stort sett alla verksamheter har rutin för anhörigstöd.

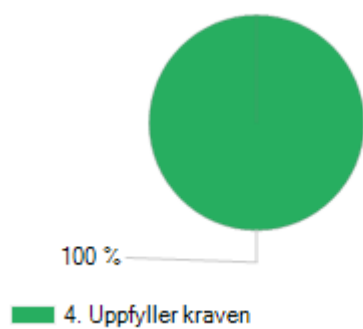
Säkerhet



Samtliga utförare har rutiner och arbetssätt för de delområden som rymms inom säkerhet; tystnadsplikt och sekretess, nyckelhantering, privata medel och hot och våld.

De utförare som är delvis godkända kan ha behov av att förtydliga eller implementera sina lokala rutiner. Intervjuad personal bedöms överlag ha god kännedom om de rutiner som finns inom området.

Ekonomisk kontroll



Samtliga verksamheter uppfyller kraven för godkänt gällande ekonomisk kontroll, med delområdena kreditvärdighet och skattekontroll. Humaniora hemtjänst samt trygghetslarm och nattpatrull ingår inte i denna uppföljning.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

ALLEGIO OMSORG



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Aktuell hemtjänst drivs av Allegio omsorg. Verksamheten riktar sig till äldre personer över 65 år som är i behov av hemtjänst. Allegio omsorg har avtal med Solna stad enligt LOV sedan maj 2020.

Allegio omsorg har vid uppföljningstillfället den 9 december 2021 cirka 10 kunder i Solna. Allegio omsorg är även verksam med hemtjänst i Sundbyberg, Nacka och i flera av Stockholms stadsdelar.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, regionchef, planeringsledare samt medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick verksamhetschef och regionchef möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 9 december 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat två kunder via telefonsamtal som valt Allegio omsorg som utförare av hemtjänst. Av intervjuerna framkommer att kunderna generellt är mycket nöjda med hjälpen och bemötandet de får och att det är ett begränsat antal personer som besöker dem. Resultat från genomförda intervjuer har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Allegio omsorg i Solna leds av verksamhetschef som är utbildad undersköterska och har mångårig erfarenhet av äldreomsorg. Till stöd i det dagliga operativa arbetet finns en planeringsledare. Verksamheten i Solna har sitt kontor beläget i Sundbyberg.

Av intervju med medarbetare och ledning lyfts en öppenhet på arbetsplatsen. Engagemanget för verksamheten och kunderna är stort, vilket tydligt framgår under intervjuerna. Många medarbetare arbetar måndag till fredag, vilket de själva upplever ge goda förutsättningar för ett välfungerande kontaktmannaskap.

Utvecklingsområden som framkommer är systematiskt kvalitetsarbete samt arbetet med social dokumentation. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade

behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Hot och våld
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	■ Bedömning ej genomförd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	■ Bedömning ej genomförd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	■ Bedömning ej genomförd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	■ Bedömning ej genomförd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	■ Bedömning ej genomförd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	■ Bedömning ej genomförd	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	■ Bedömning ej genomförd	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	■ Bedömning ej genomförd	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	■ Bedömning ej genomförd	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två delområden.

Verksamheten ska upprätta rutin för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte, samt utse en kvalitetsansvarig som utgör en central roll deras kvalitetsarbete.

Status	Utvecklingsområden
■ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Kvalitetsansvarig
■ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Upprätta rutin chefsbyte

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Uppföljning av introduktionen behöver dokumenteras.

Status	Utvecklingsområden
■ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppföljning introduktion

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för extern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera rutin extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två delområden.

Verksamheten behöver förtydliga dokumentationen av utförda egenkontroller och riskanalyser. Datum för senaste revidering ska framgå av rutinerna. Antalet dokumenterade avvikelser behöver öka.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation egenkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rapportera och dokumentera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga riskanalys
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Datum reviderade rutiner

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten behöver säkerställa dokumentationen i enlighet med riktlinje. Dokumentationen av egenkontrollen behöver förtydligas. Verksamheten ska göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplaner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Status	Utvecklingsområden
bedömd.	

Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten leds av verksamhetschef som har mångårig erfarenhet inom äldreomsorg. Verksamhetschef är utbildad undersköterska och har gått utbildning i ledarskap och arbetsmiljö och ansvarar för budget, arbetsmiljö, personal och kvalitet. Planeringsledare stöttar verksamhetschef i det dagliga operativa arbetet. Det finns en namngiven ersättare vid verksamhetschefens frånvaro och arbetsledning att tillgå för medarbetarna under den tid verksamheten bedrivs. Verksamheten behöver upprätta rutin som säkerställer att kvaliteten inte påverkas negativt i samband med chefsbyte.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ◆ 2. Delvis godkänd	Det sker dagliga möten mellan medarbetare och verksamhetschef/planeringsledare på morgonen och eftermiddag, då kvällsgruppen tar vid arbetet. Planeringsledare och verksamhetschef har i sin tur veckomöten. En gång i månaden hålls kvalitetsmöte där verksamhetschef, planeringsledare, kvalitetsansvarig och representant från omvårdnadspersonalen deltar. Verksamheten har APT en gång i månaden för samtliga medarbetare, dock inte under pandemin. Protokoll förs på samtliga möten förutom de dagliga avstämningarna och beslut följs upp på nästkommande möte. Vid tiden då avtalsuppföljningen genomfördes var det oklart vem i verksamheten som var utsedd kvalitetsansvarig. Detta behöver förtydligas då rollen innefattar ett återkommande ansvar i arbetet.
IVO-tillstånd	Aktuellt IVO tillstånd finns.

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har den bemanning som krävs för att täcka verksamhetens behov. Alla kunder har en kontaktman och en utsedd ersättare vid dennes frånvaro. Många medarbetare arbetar måndag till fredag och av intervju med medarbetare framkommer att bemanningen fungerar väl.
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Verksamhetschef och planeringsledare ansvarar för introduktionen, tillsammans med handledaren i arbetet hos kund. Verksamheten använder en checklista för introduktionen och den följs i regel upp av verksamhetschef. I samband med introduktionen får medarbetaren ta del av såväl skriftlig som muntlig information. Verksamheten ska dokumentera när och vem som har gjort uppföljning av introduktionen.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	I verksamheten har cirka 62% av medarbetarna undersköterskeutbildning. Medarbetarna har individuella kompetensutvecklingsplaner som tas fram under medarbetarsamtalen och följs upp under lönesamtalen. Allegio har en plattform där olika utbildningar finns tillgängliga för olika funktioner i företaget, och där finns såväl centrala utbildningar som länkar till externa webbutbildningar att tillgå. Behovet av kompetensutveckling fångas upp från medarbetarsamtal och de behov som finns i verksamheten. Det finns en generell kompetensutvecklingsplan av vilken det framgår vilken medarbetare som deltagit i vilken utbildning under året. I arbetet med kompetensutveckling betonas vikten av att kompetensutveckling kan ske i olika former förutom traditionella utbildningar; genom studiebesök, coaching av en kollega, praktik eller arbetsrotation för att prova på nya arbetsområden.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för intern samverkan. Av intervju med medarbetare framkommer att de upplever att intern samverkan fungerar väl.
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan. Rutinen behöver omfatta samtliga samverkansparter, och det ska framgå vem i verksamheten som ansvarar för vilken typ av samverkan samt hur denna ska ske.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten genomförs olika aktiviteter med regelbundenhet, såsom egenkontroller och riskanalyser. Rutiner finns tillgängliga för medarbetare i en pärm, samt digitalt i en app. Rutinerna revideras av verksamhetschef en gång per år. Dokumentationen av exempelvis egenkontroll av social dokumentation behöver förtydligas så att utfallet framgår. Genomförandet motsvarar inte beskrivet arbetssätt enligt rutin. Av genomförda riskanalyser ska det framgå vem som ansvarar för planerade åtgärder, samt uppföljning av dessa. Det behöver framgå av rutinerna när de senast reviderades.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en upprättad rutin för avvikelser och en tydlig struktur för hantering av avvikelser-, synpunkts- och klagomålshantering. Medarbetaren får information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah under introduktionen, och därefter lyfts rapporteringsskyldigheten som en punkt på APT enligt årshjul. Av intervju med medarbetare bekräftas att rapporteringsskyldigheten är känd i verksamheten. Då antalet rapporterade avvikelser i verksamheten är få (fem under 2021), finns det inte förutsättningar att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån

Delområde	Kommentar
	rapporterade avvikelser.
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Under introduktionen får medarbetaren ta del av viktiga rutiner och arbetssätt i verksamheten. På APT presenteras reviderade rutiner utifrån ett årshjul, och då behov uppstår. Medarbetarna görs delaktiga i kvalitetsarbetet i samband med APT, då återkoppling sker av genomförda egenkontroller, enkäter och inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Av granskade genomförandeplaner framgår tydligt när insatserna ska genomföras. Av de granskade akterna saknar en kund aktuell genomförandeplan, detta måste åtgärdas. Hur insatsen ska utföras behöver förtydligas samt hur kund varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen. Mål för samtliga insatser ska formuleras.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Språket är överlag respektfullt. Samtycket finns oftast dokumenterat i kundens journal. Av de granskade journalerna framkommer att det är långa tidsintervall mellan anteckningarna (över 30 dagar där kund har flera besök per dag). Journalanteckningar ska föras med regelbundenhet. Av journalanteckningarna ska det även framgå när genomförandeplanen upprättas och när ny beställning inkommit. Samtycke ska alltid dokumenteras i kundens journal.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hur egenkontroll av social dokumentation ska genomföras, och rutinen omfattar de områden som staden kräver i sina riktlinjer. Av den senaste egenkontrollen av social dokumentation går det inte att utläsa resultatet av egenkontrollen, då det inte framgår utfall och bedömning av respektive område i egenkontrollen. Verksamheten behöver också genomföra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar tydligt framgår. Samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Medarbetare berättar under intervjun att kontaktmannaskapet fungerar bra i verksamheten. Planeringen ger goda förutsättningar för kund att etablera en förtroendefull relation till kontaktmannen. Denne arbetar i regel måndag till fredag och är den person som utför den största delen av stödet. Oftast är den en för kund känd vikarie som ersätter kontaktmannen vid dennes frånvaro. I samband med det första hembesöket informeras kunden om rätten att byta kontaktman.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. I samband med det första besöket får kund såväl muntlig som skriftlig information om verksamheten och arbetssätt som berör kund. Informationen överlämnas även skriftligt i en pärm till kund, som även innehåller Solna stads kvalitetsdeklaration. Tillfälliga förändringar delges via telefonsamtal från planeringsledare. Verksamhetschef skickar ut kvartalsbrev till kund utifrån årshjulet.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar med värdegrundsfrågor på APT, men också i det dagliga arbetet. I samband med introduktionen av nya medarbetare informeras verksamhetschef/planeringsledare om Solna stads kvalitetsdeklaration, och kunden får skriftlig och muntlig information om kvalitetsdeklarationen vid första besöket.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Det är oftast kontaktpersonen som uppmärksammar behovet av stöd till anhöriga. Vid identifierade behov informerar medarbetare i verksamheten om det stöd som finns att tillgå.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för tystnadsplikt. Information om tystnadsplikten ges i samband med introduktionen och i uppföljningen av denna, samt minst en gång per år i samband med APT. Rutinen är känd av medarbetarna.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner och utrustning för en säker nyckelhantering. Digitala nyckelskåp med spårbarhet används i verksamheten.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för privata medel. I kundens pärm finns blanketter för detta som används av medarbetarna. Blanketterna finns tillgängliga i pärmen för kund och anhöriga.
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hot och våld, samt en rutin för hur de arbetar för att agera vid våld i nära relationer. Av intervju med medarbetarna bekräftas att de har kännedom om rutinen.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																		
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Allegio Omsorg AB Rating: 65																		
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="0"> <tr> <td>Organisationsnummer:</td> <td>559019-7975</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Allegio Omsorg AB</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beslutade arbetsgivaravgifter:1</td> </tr> <tr> <td>okt-21</td> <td>2 237 122,00</td> </tr> <tr> <td>sep-21</td> <td>2 363 017,00</td> </tr> <tr> <td>aug-21</td> <td>2 269 762,00</td> </tr> </table>	Organisationsnummer:	559019-7975	Namn:	Allegio Omsorg AB	Godkänd för F-skatt:	Ja	Registrerad för moms:	Ja	Registrerad som arbetsgivare:	Ja	Beslutade arbetsgivaravgifter:1		okt-21	2 237 122,00	sep-21	2 363 017,00	aug-21	2 269 762,00
Organisationsnummer:	559019-7975																		
Namn:	Allegio Omsorg AB																		
Godkänd för F-skatt:	Ja																		
Registrerad för moms:	Ja																		
Registrerad som arbetsgivare:	Ja																		
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																			
okt-21	2 237 122,00																		
sep-21	2 363 017,00																		
aug-21	2 269 762,00																		

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

ATTENDO



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Attendo har avtal med Solna stad sedan 2002 och enligt LOV sedan mars 2011. Verksamheten riktar sig till äldre personer över 65 år som är i behov av hemtjänst.

Attendo har vid uppföljningstillfället den 11 november 2021 cirka 290 kunder i Solna fördelat på fyra enheter med kontor beläget i olika delar av Solna. Attendo är även verksam med hemtjänst i Danderyd, Täby och i flera av Stockholms stadsdelar.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetscheferna, planeringsledare samt medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick verksamhetscheferna möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 11 november 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat två kunder via hembesök som valt Attendo som utförare av hemtjänst. Av intervjuerna framkommer att kunderna generellt är mycket nöjda med hjälpen och bemötandet de får och att det är ett begränsat antal personer som besöker dem. Resultat från genomförda intervjuer har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Attendos ledning och medarbetare har ett tydligt och genomgående kundfokus, vilket även avspeglar sig i intervjuerna med kunderna. Verksamhetscheferna har mångårig erfarenhet av att arbeta som ledare och har engagerade och medarbetare. Av intervju med medarbetare lyfts sammanhållningen och det välfungerande samarbetet i gruppen. Personalkontinuiteten är god och många medarbetare har arbetat länge i verksamheten.

Årets avtalsuppföljning visar att verksamheten har en systematik i sitt kvalitetsarbete och delaktiga medarbetare. Arbetet med ständiga förbättringar är integrerat i verksamheten.

I verksamheten pågår ett förbättringsarbete med social dokumentation. De identifierade utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov

- Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
- Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.


Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.


Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll


Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.


 För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.

 Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.

 Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhängstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd på två av tre delområden.

Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver utvecklas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd på ett av två delområden.

Rutinen för intern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga rutin för intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd på två av tre delområden.

Verksamheten behöver säkerställa att samtliga rutiner är uppdaterade.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera rutinpärm

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten behöver säkerställa dokumentationen i enlighet med riktlinje.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en anpassad mötesstruktur. Attendo i Solna är indelade i fyra enheter utifrån geografiskt avgränsat område. Verksamheten leds av två verksamhetschefer som ansvarar för två enheter var, samt en biträdande verksamhetschef på en av enheterna. Varje enhet har en egen planeringsledare. Arbetsplatsträff (APT) hålls en gång i månaden. Dessa möten protokollförs och finns tillgängliga för medarbetare, vilket beskrivs samstämmigt av såväl ledning som medarbetare. Lokalt ledningsgruppsmöte hålls och protokollförs en gång per månad, där chefer och planeringsledare deltar. Varje månad hålls även kvalitetsledningsmöte vars medlemmar utgörs av ledningsgruppen. I respektive arbetsgrupp håller planeringsledarna dagliga morgon- och kvällsmöten, och på helger hålls dessa av helgansvariga.</p> <p>Var 14:e dag träffas medlemmarna i verksamhetens demensteam för reflektionsträffar, ett forum som dock har pausats på grund av pandemin.</p> <p>Av intervju med verksamhetschefer och medarbetare framkommer att fattade beslut följs upp på respektive möten.</p>
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	<p>Attendos hemtjänst i Solna leds av två verksamhetschefer med mångårig erfarenhet av att leda verksamhet inom hemtjänst. De har ansvaret för personal, kvalitet, budget och arbetsmiljö. Planeringsledarna på respektive enhet leder tillsammans med verksamhetschef det dagliga arbetet och ansvarar för bemanning, planering, kontakter med biståndshandläggare och kunder. På helger finns helgansvarig personal utsedd. I de fall medarbetarna behöver komma i kontakt med chef på helg- eller kvällstid finns ett journummer där chef nås. Av intervju med medarbetare framkommer att det är förankrat i verksamheten.</p> <p>Det finns en rutin i verksamheten för hur man säkerställer att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.</p>
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO tillstånd finns.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Det finns en rutin för introduktion som genomförs i tre led; med verksamhetschef, planeringsledare och handledare. En checklista används vid introduktionen och nya medarbetare får skriftlig information om verksamheten och viktiga rutiner.</p> <p>Regelbunden avstämning mellan handledare och ledning sker under introduktionen. I verksamheten följer ledningen upp checklistan tillsammans med medarbetaren vid ett senare tillfälle, vilket dokumenteras i checklistan.</p>


Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Andelen utbildade undersköterskor utgör drygt 60 % av tillsvidareanställda medarbetare. I verksamheten finns ett demensteam med demenscertifierade undersköterskor och teamet är fördelat på samtliga enheter.</p> <p>I samband med utvecklingssamtalet tas en individuell kompetensutvecklingsplan fram tillsammans med medarbetaren, och denna följs upp året efter. Behovet av kompetensutveckling identifieras i samtal och möten med medarbetare samt kundernas behov.</p> <p>Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan. Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas med planerade datum för uppföljning. Det behöver även framgå vilka som omfattas av den, samt vilken utbildning som har genomförts utifrån planerade satsningar.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har en bemanning som täcker behovet. Det finns vikarier att tillgå vid tillfällig frånvaro; medarbetarna uppger under intervjun att bemanningen är bra och att samarbetet i gruppen är välfungerande. Verksamheten har en utsedd ersättare för kontaktperson under dennes lediga dagar och vid semester. Personalkontinuiteten är generellt god, och många medarbetare har arbetat länge i verksamheten.</p>

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	<p>Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan där externa aktörer identifierats. Verksamheten följer förvaltningens olika samverkansrutiner och Attendos chefer deltar på förvaltningens samverkansmöten och utbildningar som erbjuds.</p>
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för intern samverkan, där det tydligt framgår hur samverkan sker på respektive enhet och i samband med skifte av arbetspass.</p> <p>Av kvalitetsberättelsen framgår att de olika enheterna samverkar regelbundet på daglig basis, men även i formella mötesforum. Samverkan sker även i företaget i olika forum där frågor rörande kvalitet, arbetsmiljö och kundnöjdhet beaktas.</p> <p>Av rutinen för intern samverkan ska samtliga interna samverkansforum beskrivas.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
Medarbetardeltagande i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p>Under introduktionen får medarbetaren ta del av viktiga rutiner och arbetssätt i verksamheten. De dagliga morgon- och kvällsmöten som hålls av planeringsledare är ett av de forum där aktuella eller förändrade rutiner lyfts och en dialog förs inför arbetets start. I samband med intervju berättar medarbetarna att samarbetet med varandra och ledningen fungerar väl. Det råder ett öppet klimat där idéer och förbättringsförslag tillvaratas.</p> <p>APT är det formella forum där avvikelser, klagomål och synpunkter återkopplas till medarbetarna, liksom utfall av brukarundersökningar, riskanalyser och egenkontroller. Medarbetarna informerar ledningen om klagomål, synpunkter och avvikelser skriftligt eller muntligt, varpå dessa därefter registreras i Attendos digitala verksamhetssystem. Nytt för medarbetarna är att de själva kan gå in i en app och registrera dessa händelser. Verksamhetschef berättar att detta just nu implementeras i verksamheten.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har rutin för hantering av avvikelser, och en tydlig struktur för hur kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser. Dessa registreras i verksamhetssystemet där de utreds, och återkopplas sedan till medarbetarna på APT. Avvikelseerna lyfts en gång per månad i kvalitetsledningsmöte för samtliga enheter i Solna.</p> <p>Nya medarbetare får information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah i samband med introduktionen. Lex Sarah är en stående punkt på APT-agendan, vilket gör frågan ständigt aktuell. Av intervju med medarbetare framkommer att de känner till rapporteringsskyldigheten och dess innebörd.</p>

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten finns en tydlig struktur för hur man arbetar med kvalitetsutveckling. Varje vecka genomförs egenkontroller utifrån vissa identifierade områden som följsamhet till basala hygienrutiner, kvittenser hos kund, social dokumentation och nyckelhantering. Vid identifierade brister återkopplas resultatet till berörda medarbetare i individuella samtal. Utfallet av egenkontrollerna sammanställs månadsvis och hanteras på kvalitetsledningsmötet.</p> <p>Riskanalyser genomförs på initiativ av ledning eller medarbetare, exempelvis i samband med byte av planeringsledare, inför jul- och sommarledigheter, hantering av matlådor och så vidare. Utfallet återkopplas till medarbetarna på APT och/eller vid behov på morgon- och kvällsmöten.</p> <p>Verksamheten har en rutinpärm tillgänglig för medarbetarna som är strukturerad utifrån verksamhetens processer, vilket gör det lätt att hitta den rutin man söker. Förankring av rutiner sker i samband med introduktion och uppföljningen av denna, på APT samt på morgon- och kvällsmöten. Rutinpärmen är känd bland medarbetarna. En gång per år revideras samtliga rutiner av verksamhetscheferna.</p> <p>Vid granskning av rutinerna framkommer att några rutiner inte har uppdaterats det senaste året, samt rutiner med faktafel.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Av de granskade akterna har kunderna aktuell genomförandeplan. Dessa innehåller delmål för samtliga insatser. Den enskildes delaktighet framgår. Av genomförandeplanerna som granskats finns namngiven kontaktperson som ska utföra insatserna och på vilket sätt detta ska ske.</p> <p>Det behöver förtydligas i genomförandeplanen på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Hur insatserna ska utföras kan bli mer informativt och med betoning på den enskildes delaktighet i de olika momenten. När insatsen ska utföras behöver förtydligas med veckodag och tidsintervall enligt kundens önskemål. Genomförandeplanen ska följas upp minst två gånger per år, och datum för detta ska framgå av genomförandeplanen.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Av de granskade journalerna går att utläsa händelser av betydelse och avvikelser från genomförandeplanen. Journalföring görs regelbundet och språket är genomgående respektfullt.</p> <p>Av journalen framgår inte att ny beställning mottagits.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Egenkontrollen görs veckovis, där planeringsledare säkerställer att medarbetarna dokumenterar.</p> <p>Verksamheten behöver göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för kontaktmannaskap där dennes ansvarsområden tydligt beskrivs. I samband med intervjun berättar medarbetare att denna är väl förankrad i verksamheten och att ersättare utses vid kontaktmannens frånvaro. I samband med det första hembesöket informerar planeringsledare om Solna stads kvalitetsdeklaration, samt om möjligheten att byta kontaktman. Efter ett par veckor har planeringsledaren ett uppföljande samtal med såväl kund som medarbetare för att säkerställa att kontaktmannaskapet fungerar som det ska. I kundens hempärm finns kvalitetsdeklarationen från Solna stad. Samtliga kunder har en utsedd kontaktman.</p>
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en checklista för mottagande av ny kund. Varje ny kund får en pärm med information bland annat om verksamheten och kontaktinformation till verksamheten. Verksamhetscheferna skickar ut kvartalsbrev till samtliga kunder med aktuell information om verksamheten.</p>

Bemötande och anhängstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Medarbetare och ledning uppger samstämmigt att det råder ett öppet klimat i verksamheten. De kunder som intervjuats av kvalitetsutvecklare upplever att de får ett gott bemötande av medarbetarna som besöker dem. Dialoger förs i det dagliga arbetet och på möten om hur man ska bemöta varandra i verksamheten. På varje enhet finns en värderingscoach som med jämna mellanrum håller aktiviteter kopplade till bemötande och värdegrundsarbete. Medarbetarna känner till Solna stads kvalitetsdeklaration, och planeringsledare informerar kunderna om denna i samband med välkomstbesöket. Kvalitetsdeklarationen sitter i kundens hempärm.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	I verksamheten är det kontaktmannen eller planeringsledare som identifierar behov av stöd till närstående. De hänvisar kontakt till olika stödgrupper som finns tillgängliga i kommunen. Attendo arbetar just nu med att ta fram en app till närstående som kan behöva stöd.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hot och våld, samt en rutin för hur de arbetar för att agera vid våld i nära relationer.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin finns för säker nyckelhantering. Följsamheten till denna följs upp genom egenkontroll varje vecka.
Privata medel ● 3. Godkänd	Attendos enheter har kända rutiner och etablerade arbetssätt. Kontaktmannen har goda kunskaper om hur rutinen ska tillämpas. I kundens pärm finns blanketter för detta som används av medarbetarna. Blanketterna finns tillgängliga i pärmen för kund.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för tystnadsplikt. Information om tystnadsplikten ges i samband med introduktionen och i uppföljningen av denna, samt minst en gång per år i samband med APT. Rutinen är känd av medarbetarna.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Attendo 83
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Attendo <hr/> Organisationsnummer: 556148-5169 Namn: Attendo Sverige AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 55 912 204,00 sep-21 59 682 221,00 aug-21 58 863 450,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

HUMANIORA



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Humaniora är kommunens egna utförare av hemtjänst. Vid uppföljningstillfället den 20 september 2021 hade verksamheten cirka 550 kunder i Solna. Humanioras hemtjänst är indelade i sex grupper utifrån geografiska områden.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, gruppchefer samt medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 20 september 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt Humaniora som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att brukaren är mycket nöjd med insatserna från hemtjänsten och känner sig väl bemött av personalen. Resultatet av intervjun har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Humaniora driver kommunens egen hemtjänst. Verksamheten utför insatser till över 50% av de som beviljats hemtjänst i Solna, och har haft stark tillväxt de senaste åren. Verksamhetens kontor finns utspridda i kommunen; två grupper samt trygghetslärmot och nattpatrullen utgår från Hallen, en grupp utgår från Berga, en grupp har kontoret vid Solna station och två grupper utgår från Huvudsta. Avtalsuppföljningen för året gjordes på Hallen, där även verksamhetschef har sitt kontor. Då verksamheten har expanderat de senaste åren finns planer på att en av grupperna ska flytta till annan lokal.

Verksamhetschefen har mångårig erfarenhet av att arbeta som ledare och har engagerade medarbetare. Av intervju med medarbetare och ledning lyfts en öppenhet på arbetsplatsen. Med syfte att hålla en hög personalkontinuitet arbetar medarbetarna i mindre grupper kring kund.

Utvecklingsområden som framkommer är systematiskt arbete med uppföljning samt hur de arbetar med social dokumentation. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling

3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpliga och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Ledning och organisation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska upprätta rutiner för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Pärm med rutiner

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten har rutiner och arbetssätt implementerade för att säkerställa bemanning. Uppföljning av introduktion ska dokumenteras. Verksamheten behöver identifiera behov av kompetensutveckling utifrån resultat av genomförda egenkontroller och identifierade risker. Verksamheten ska säkerställa att samtliga medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Arbeta systematiskt för att identifiera behov av kompetensutveckling
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera uppföljning introduktion
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Individuella kompetensutvecklingsplaner
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utvärdera värdet av utbildning

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamhetens rutiner för intern och extern samverkan ska omfatta samtliga identifierade aktörer för intern respektive extern samverkan.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin extern samverkan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Medarbetarna upplever sig vara delaktiga i kvalitetsarbetet.

Verksamheten måste förtydliga hur man arbetar med att följa upp insatta åtgärder för att bedöma om dessa givit förväntad effekt. Arbetet ska dokumenteras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Systematiskt kvalitetsarbete
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppföljning

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Verksamheten behöver säkerställa att samtliga kunder har en giltig genomförandeplan. Särskilt social journal och dess innehåll behöver förbättras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Journalanteckning
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Bemötande och anhörigstöd

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

Verksamheten behöver ta fram arbetssätt som visar på hur man i verksamheten identifierar behov av anhörigstöd.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Stöd till närstående

Säkerhet

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.



Rutinen för hot och våld måste förtydligas med information om vem som gör vad i en hot och våldssituation, samt omfatta hot och våld i nära relationer.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga rutin för hot och våld




Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en anpassad mötesstruktur. Humaniora är indelade i sex mindre arbetsgrupper utifrån geografiskt avgränsat område. Varje grupp leds av gruppchef, som håller i arbetsplatsträff (APT) en gång i månaden. Dessa möten protokollförs och finns tillgängliga för medarbetare. Var 14:e dag hålls kvalitetsråd, minnesanteckningar förs inte. I grupperna håller gruppchefen dagliga morgonmöten, och på helger hålls dessa av helgansvariga. Dessa korta möten sker utan agenda/checklista. Gruppcheferna utgör tillsammans med verksamhetschef och gruppchef för nattpatrull och trygghetslarm ledningsgruppen för Humaniora som har protokollförda ledningsgruppsmöten var 14:e dag. Fyra gånger per år hålls LAMK, där facklig representant medverkar. Verksamhetschef uppger att fattade beslut följs upp på respektive möten.
Verksamhetens organisation	Ytterst ansvarig för verksamheten är verksamhetschef med mångårig erfarenhet

Delområde	Kommentar
och ledning  2. Delvis godkänd	<p>av att leda verksamhet inom hemtjänst. Verksamhetschef har gått interna ledarskapsutbildningar samt studerat vissa kurser inom området på högskolenivå om sammanlagt 95 högskolepoäng. Gruppcheferna är utbildade undersköterskor, varav en är utbildad Silviasyster. Gruppcheferna leder och fördelar det dagliga arbetet, håller medarbetarsamtal/lönesamtal och har delegerat arbetsmiljöansvar gällande arbetsmiljön hos kunderna. I varje grupp finns en vice gruppchef utsedd som ersätter ordinarie gruppchef vid dennas frånvaro. Vid verksamhetschefens frånvaro informeras gruppcheferna via mejl eller telefon och får information om vart de kan vända sig. På helgen finns helgansvarig personal utsedd och om medarbetarna behöver komma i kontakt med chef ska de vända sig till trygghetsjouren. Av intervju med medarbetare framkommer att det är förankrat i verksamheten.</p> <p>Det finns ingen rutin för hur man säkerställer att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte. I verksamheten säkras detta upp med introduktion och överlämning. En pärm utarbetas just nu med viktiga rutiner för gruppcheferna.</p>
IVO-tillstånd  3. Godkänd	<p>Då verksamheten bedrivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till IVO:s omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.</p>

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten uppger att de har en skriftlig rutin för förfarandet vid rekrytering av nya medarbetare. Det finns en rutin för introduktion, som genomförs i tre led; med verksamhetschef, gruppchef och handledare. En checklista används vid introduktionen och nya medarbetare får skriftlig information om verksamheten och viktiga rutiner.</p> <p>I verksamheten följs introduktionen oftast upp vid ett senare tillfälle, detta arbete behöver dock systematiseras och dokumenteras.</p>
Kompetensutveckling  2. Delvis godkänd	<p>Andelen utbildade undersköterskor är hög i verksamheten. Planen för kompetensutveckling läggs inför årets start. När verksamheten fattar beslut om vilka utbildningsinsatser som sker på en generell nivå utgår man från utbudet från staden, krav på utbildning, önskemål från personal samt de utbildningar som genomförs per regelbundenhet såsom förflyttningsteknik.</p> <p>Ett utvecklingsområde för verksamheten är att identifiera behov av kompetensutveckling utifrån resultat av genomförda egenkontroller och identifierade risker. I verksamheten saknas individuella kompetensutvecklingsplaner. Vidare saknas arbetssätt för att utvärdera värdet för verksamheten efter genomförd utbildning.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning  3. Godkänd	<p>I verksamheten är andelen tillsvidareanställda medarbetare hög. Varje arbetsgrupp är i sin tur uppdelade i mindre områden utifrån kontaktmannaskapet. De flesta som arbetar på dagen har heltid med förlagt arbete var tredje eller varannan helg. Kvällstid arbetar en kvällsgrupp för att hålla hög kontinuitet. Vikarier är knutna till respektive geografiskt område. Vid brist på ersättare omprioriteras arbetet och/eller omfördelas. Under sommarsemester bokas vikarie enligt schema för att hålla hög kontinuitet.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har identifierat viktiga externa aktörer. Flera av cheferna deltar alltid på förvaltningens samverkansmöten. Av intervju med verksamhetschef framkommer att samverkan sker med övrig socialtjänst, god man/närstående och rehab.</p> <p>I rutinen för extern samverkan bör tilläggas hur samverkan med dagverksamheten ska ske utifrån stadens övergripande rutin och med omvårdnadsförvaltningen. Rutinen ska omfatta samtliga externa samverkanspartners.</p>
Verksamhetens interna samverkan  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har rutin för intern samverkan. Det finns en struktur och ansvarsfördelning mellan verksamhetens olika funktioner. Av intervju med verksamhetschef framkommer att samverkan sker med trygghetslarm och nattpatrull.</p>

Delområde	Kommentar
	Samtliga interna samverkanspartners ska omfattas av rutinen för intern samverkan och hur denna samverkan sker.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Av intervju med medarbetare framkommer att det råder ett öppet klimat i verksamheten, och att de har möjlighet till påverkan i samband med möten. Vidare framkommer önskemål om utbildningsåtgärder såsom förflyttningutbildning och demensutbildning, vilket de lyfter på APT. Intervjuade medarbetare vet var de hittar blanketter för avvikelser-, klagomål-, och synpunktsrapportering. De berättar att återkoppling på dessa ges i löpande daglig dialog med verksamhetschef och på APT.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en struktur för rapportering av avvikelser, synpunkter och klagomålsrapportering. Återkoppling av inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter till medarbetare sker i samband med APT eller på morgonrapport. I samband med introduktion får medarbetarna information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Medarbetarna görs även delaktiga i arbetet med utredningen och det finns en punkt på APT-agendan i maj och november där information ges om rapporteringsskyldigheten. Av intervju med medarbetare framgår att de har kännedom om att de är skyldiga att rapportera när något i verksamheten går fel. Det framgår inte hur man följer upp insatta åtgärder till följd av avvikelser och klagomål och utvärderar huruvida dessa har givit förväntad effekt.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten genomförs olika aktiviteter med regelbundenhet, såsom egenkontroller och riskanalyser. Av intervju med verksamhetschef framkommer att åtgärdsplaner upprättas utifrån resultaten med externa och interna mätningar. I verksamheten finns pärmar med rutiner tillgängliga för medarbetarna. Verksamhetschef berättar att dessa uppdateras en gång per år samt när behov uppstår utifrån arbete med avvikelser, och att nytt datum indikerar att rutinen är aktuell. Bedömningen är att arbetet med egenkontroller och riskanalyser inte fullföljs i och med att dokumentation saknas gällande uppföljning av insatta åtgärder och utvärdering av åtgärdernas effekt. I samband med uppföljningen framkommer att åtgärdsplaner framtagna utifrån avvikelser, klagomål och synpunkter inte följs upp i den utsträckning att det går att bedöma på vilket sätt kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade händelser. Verksamheten behöver utveckla på vilket sätt man arbetar med uppföljning av insatta åtgärder och utvärderar effekten av dessa. Av rutin för riskanalys identifieras att ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef och gruppchefer är svår att gränsdra. Vid granskning av rutiner framkommer att många av rutinerna inte är uppdaterade i enlighet med beskrivet arbetssätt.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten pågår ett arbete med att skriva genomförandeplanerna digitalt i stället för med penna och papper. Granskad dokumentation uppfyllde inte kraven. Av genomförandeplanen ska det framgå på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet, samt hur och när insatsen ska utföras. Planerat datum för uppföljning av genomförandeplanen ska framgå.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Av den dokumentation som granskats framkommer att arbetsanteckningar skrivs i den enskildes sociala journal. De journalanteckningar som gjorts hade svag koppling till den enskildes situation och genomförandeplan.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation varje månad, där ett urval av personakterna granskas. Resultatet av egenkontrollerna har bedömts som godkänt, trots de brister som identifierats i samband med avtalsuppföljning.

Delområde	Kommentar
	Verksamheten behöver göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Av enkät framgår att rutin finns för kontaktmannens uppdrag och dennes ansvarsområde. Information ges till kund om rätten att byta kontaktman, vilket även framgår av Solna stads kvalitetsdeklaration som sitter i kundernas hempärm. Det framgår av intervju med verksamhetschef och gruppchef att samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Gruppchef brukar kontakta kunden för att höra hur kontaktmannaskapet fungerar. Medarbetarna är organiserade i mindre grupper. När ordinarie kontaktman är frånvarande, ersätts denne av van kollega.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för mottagande av ny kund. Den nya kunden får en pärm med väsentlig information. Information om förändringar i verksamheten skickas med personalen ut till kunden, som tillsammans går igenom detta.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten har man värdegrundstavlor, och hänvisar till värdegrunden i olika typer av samtal med medarbetare. Kvalitetsdeklarationen ges till nya kunder och sitter i kundpärmerna.
Stöd till närstående ◆ 2. Delvis godkänd	Då verksamheten får en ny kund hålls ett möte där information ges om Solna stads anhörigkonsulent, samt om Humanioras Silviasyster som kan stötta i frågor kring demens. Rutin som beskriver hur man identifierar och ger stöd till anhöriga saknas.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hot och våld. Rutinen behöver förtydligas avseende vem som ska göra vad när en medarbetare blir utsatt för hot och våld. Den behöver även utvecklas till att omfatta hur medarbetare ska agera vid misstanke om våld i nära relationer/våld i nära relationer.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin och utrustning för en säker nyckelhantering.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin och arbetssätt kring hantering av privata medel.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Det finns en rutin för tystnadsplikt som varje ny medarbetare tar del av, skriver under och får en kopia av.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

LARM OCH NATT



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad. Humaniora hemtjänst utför insatserna trygghetslarm och nattpatrull enligt överenskommelse sedan maj 2015 i Solna stads egen regi.

Verksamhetsbeskrivning

Nattpatrullen och trygghetslarmet utgör en del av Humaniora hemtjänst som är stadens egna utförare. De utför insatser till samtliga kunder som beviljats insatsen, detta oavsett kundens val av utförare av hemtjänst. Vid uppföljningstillfället den 2 februari 2022 hade nattpatrullen cirka 120 kunder och trygghetslarmet cirka 1200 kunder i Solna. Nattpatrullen utför cirka 140 fysiska besök per natt och 13 digitala tillsynsbesök.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, gruppchef samt medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 2 februari 2022. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som har insatser nattetid från nattpatrullen samt trygghetslarm. Av intervjun framkommer att kunden är nöjd med insatserna från nattpatrullen och känner sig väl bemött. Resultat från genomförd intervju har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Nattpatrullen och trygghetslarmet tillhör Humaniora hemtjänst som drivs i stadens egen regi. Verksamhetens kontor finns på Hallen på Lövgatan i Solna, där även verksamhetschefen har sitt kontor.

Verksamhetschefen har mångårig erfarenhet av att arbeta som ledare och har engagerade medarbetare. Av intervju med medarbetare framkommer att ledningen visar tillit till medarbetarna och att det upplevs vara en trevlig arbetsplats. Med syfte att hålla en hög personalkontinuitet arbetar medarbetarna i nattpatrullen i mindre grupper kring kund.

Utvecklingsområden som framkommer är systematiskt arbete med uppföljning samt arbetet med social dokumentation. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling

3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpliga och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten ska upprätta rutiner för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Pärm med rutiner

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver dokumentera uppföljning av introduktionen. Verksamheten ska även skapa arbetssätt för att utvärdera värdet för verksamheten efter genomförd utbildning.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera uppföljning introduktion

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Rutinen för intern och extern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla rutin extern samverkan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla rutin intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten måste förtydliga hur man arbetar med att följa upp insatta åtgärder för att bedöma om dessa givit förväntad effekt. Arbetet ska dokumenteras. Vid granskning av rutiner framkommer att vissa av rutinerna inte är uppdaterade i enlighet med beskrivet arbetssätt.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Avvikelser; uppföljning av insatta åtgärder
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Systematiskt kvalitetsarbete
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Reviderade rutiner

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten ska föra social dokumentation i enlighet med riktlinjer. Egenkontroll av social dokumentation ska dokumenteras och loggkontroller av hur behörigheten till social dokumentation används måste genomföras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Sammanhållen journalföring

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll behörighet
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Upprätta rutin samtycke
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Upprätta personakter

Självbestämmande och integritet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver ge skriftlig information om verksamheten till nya kunder.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Skriftlig information nya kunder

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en anpassad mötesstruktur. Nattpatrullen och trygghetslarmet leds av gruppchef, som håller i arbetsplatsträff (APT) en gång i månaden. Medarbetarna i nattpatrullen är indelade i geografiska områden och APT hålls för respektive grupp i nattpatrull samt trygghetslarm. Dessa möten protokollförs och finns tillgängliga för medarbetare. En gång per år hålls ett möte för samtliga medarbetare i nattpatrull och trygghetslarm.</p> <p>Gruppchef håller dagliga morgonmöten, och på helger hålls dessa av helgansvariga. Det är en kortare avstämning som sker utan agenda/checklista.</p> <p>Ledningsgruppen för Humaniora hemtjänst består av verksamhetschef, gruppchef för nattpatrull och trygghetslarm samt sex gruppchefer för hemtjänsten. Var 14:e dag hålls protokollförda ledningsgruppsmöten. Fyra gånger per år hålls LAMK, där</p>

Delområde	Kommentar
	facklig representant medverkar. Verksamhetschef uppger att fattade beslut följs upp på respektive möten.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Ytterst ansvarig för verksamheten är verksamhetschef med mångårig erfarenhet av att leda verksamhet inom hemtjänst. Verksamhetschef har gått interna ledarskapsutbildningar samt studerat vissa kurser inom området på högskolenivå om sammanlagt 95 högskolepoäng. Gruppchef som är utbildad undersköterska leder och fördelar det dagliga arbetet, håller medarbetarsamtal/lönesamtal och har ett delegerat arbetsmiljöansvar gällande arbetsmiljön hos kunderna. Om medarbetarna behöver komma i kontakt med chef under kväll, natt och helg ska de vända sig till trygghetsjouren. Av intervju med medarbetare framkommer att det är förankrat i verksamheten. Det finns ingen rutin för hur man säkerställer att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte. I verksamheten säkras detta upp med introduktion och överlämning. En pärm utarbetas just nu med viktiga rutiner för gruppcheferna.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Då verksamheten bedrivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till IVO:s omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.

Personal och utbildning




Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en skriftlig rutin för förfarandet vid rekrytering av nya medarbetare. Det finns en rutin för introduktion, som genomförs i tre led; med verksamhetschef, gruppchef och handledare. En checklista används vid introduktionen och nya medarbetare får skriftlig information om verksamheten och viktiga rutiner. I verksamheten följs introduktionen oftast upp vid ett senare tillfälle, detta arbete behöver dock systematiseras och dokumenteras.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Andelen utbildade undersköterskor är hög i verksamheten. Planen för kompetensutveckling läggs inför årets start. När verksamheten fattar beslut om vilka utbildningsinsatser som sker på en generell nivå utgår man från kundernas behov, utbudet från staden, krav på utbildning, önskemål från personal samt de utbildningar som genomförs per regelbundenhet såsom förflyttningsteknik. Gruppchef uppger att varje medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har en bemanning som täcker behovet. I verksamheten är andelen tillsvidareanställda medarbetare hög. Nattpatrullen är i uppdelad i mindre grupper utifrån geografiskt område. Trygghetslarmets medarbetare arbetar dag, kväll eller natt. Under sommarsäsong bokas vikarie enligt schema för att hålla hög kontinuitet.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har identifierat viktiga externa aktörer. Gruppchef och/eller verksamhetschef deltar alltid på förvaltningens samverkansmöten. Rutinen för extern samverkan behöver utvecklas och ska omfatta samtliga externa samverkanspartners, såsom samverkan med hemtjänst. Det behöver även framgå vem som ska delta i samverkan och hur ofta eller när samverkan ska ske.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutin för intern samverkan. Samtliga interna samverkanspartners ska omfattas av rutinen för intern samverkan. Det behöver även framgå vem/vilka som ska delta, vem som bjuder in till samverkan och intervallet för denna.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete	Medarbetarna görs delaktiga i kvalitetsarbetet i mötesforum som APT och avstämningsmöten, samt i dagliga samtal där förbättringsförslag fångas upp. De är även delaktiga i samverkan med externa leverantörer och är inbjudna att vara med

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	<p>och utveckla nya rutiner. Av intervju med medarbetare framkommer att kännedom finns om avvikelse- och klagomålshantering. Återkoppling av dessa sker i samband med APT.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har en struktur för rapportering av avvikelser, synpunkter och klagomålsrapportering. Återkoppling av inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter till medarbetare sker i samband med APT och på den dagliga avstämningen.</p> <p>I samband med introduktion får medarbetarna information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Medarbetarna görs även delaktiga i arbetet med utredningen och det finns en punkt på APT-agendan i maj och november där information ges om rapporteringsskyldigheten. Av intervju med medarbetare framgår kännedom om rapporteringsskyldigheten.</p> <p>Det framgår inte hur man följer upp insatta åtgärder till följd av avvikelser och klagomål och utvärderar huruvida dessa har givit förväntad effekt.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten genomförs olika aktiviteter med regelbundenhet, såsom egenkontroller och riskanalyser. Av intervju med verksamhetschef framkommer att åtgärdsplaner upprättas utifrån resultaten med externa och interna mätningar.</p> <p>I verksamheten finns pärmar med rutiner tillgängliga för medarbetarna. Verksamhetschef berättar att dessa uppdateras en gång per år samt när behov uppstår utifrån arbete med avvikelser, och att nytt datum indikerar att rutinen är aktuell.</p> <p>Bedömningen är att arbetet med egenkontroller och riskanalyser inte fullföljs i och med att dokumentation saknas gällande uppföljning av insatta åtgärder och utvärdering av åtgärdernas effekt. I samband med avtalsuppföljningen framkommer att åtgärdsplaner framtagna utifrån avvikelser, klagomål och synpunkter inte följs upp i den utsträckning att det går att bedöma på vilket sätt kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade händelser.</p> <p>Verksamheten behöver utveckla på vilket sätt man arbetar med uppföljning av insatta åtgärder och utvärderar effekten av dessa. Av rutin för riskanalys identifieras att ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef och gruppchefer är svår att gränsdra. Vid granskning av rutiner framkommer att vissa av rutinerna inte är uppdaterade i enlighet med beskrivet arbetssätt.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten pågår ett arbete med att skriva genomförandeplanerna digitalt i stället för med penna och papper.</p> <p>Av genomförandeplanen ska det framgå på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet. Planerat datum för uppföljning av genomförandeplanen ska framgå, och genomförandeplanen ska uppdateras minst två gånger per år.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Av den dokumentation som granskats framgår att avvikelser från genomförandeplanen och händelser av vikt finns dokumenterade. Språket är genomgående respektfullt.</p> <p>Av granskad dokumentation framkommer att journalanteckningar förs både med papper och penna och digitalt. Verksamheten ska föra sammanhållen social journal. Dokumenterat samtycke saknas, samt rutin för hur detta ska ske. Handlingar och dokumentation som rör den enskilde förvaras i pärm. Dokumentation och andra handlingar som rör den enskilde ska samlas i en personakt som förvaras inlåst.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten granskar social dokumentation, men kan under tillfället för uppföljningen inte uppvisa dokumenterad egenkontroll av social dokumentation. Vidare behöver verksamheten göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap	Kontaktmannaskapet och dess innebörd är inte tillämpligt för verksamheten. I

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	nattpatrullen hålls en hög personalkontinuitet.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en checklista för mottagande av ny kund. Verksamheten behöver ge skriftlig väsentlig information om verksamheten till nya kunder, såsom kontaktuppgifter till verksamheten och information om var de kan vända sig med klagomål och synpunkter.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten har man värdegrundstavlor, och hänvisar till värdegrunden i olika typer av samtal med medarbetare. Solna stads kvalitetsdeklaration för trygghetslarm ges till nya kunder.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheterna har en upprättad rutin för hur de arbetar med stöd till anhöriga.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för hot och våld utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Av intervju med medarbetare framgår att rutinen är implementerad i verksamheten. Det finns en rutin för agerande vid misstanke om våld i nära relationer.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin och utrustning för en säker nyckelhantering.
Privata medel ■ Ej genomförd	Ej aktuell.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Det finns en rutin för tystnadsplikt som varje ny medarbetare tar del av, skriver under och får en kopia av. Av intervju med medarbetare framgår att tystnadsplikten är känd.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

PROFFSSYSTEMERN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Aktuell hemtjänst drivs av Proffssystem som har avtal med Solna stad enligt LOV sedan oktober 2010. Huvudkontoret ligger beläget i Kista och för medarbetarna i Solna finns ett kontor på Bagartorpsringen.

Proffssystem har vid uppföljningstillfället den 18 november 2021 totalt 26 kunder i Solna. Proffssystem är även verksam med hemtjänst i Upplands Väsby, Upplands Bro, Järfälla, Ekerö, Sollentuna och i flera av Stockholms stadsdelar.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, enhetschef, samordnare och två medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick verksamhetschef möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 18 november 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat två kunder via telefonsamtal som valt Proffssystem som utförare av hemtjänst. Av intervjuerna framkommer att kunderna är mycket nöjda med hjälpen och det bemötande de får samt att kontaktmannaskapet fungerar väl. Resultat från genomförda intervjuer har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Proffssystemens verksamhet i Solna leds av verksamhetschef som är utbildad sjuksköterska. Som stöd till ledningen i det dagliga operativa arbetet har verksamheten en enhetschef och samordnare, vilka ansvarar för den dagliga kontakten med övriga medarbetare, kunder och anhöriga. Det framkommer av intervju med medarbetare att fokuset på kunden är närvarande. Personalkontinuiteten är hög.

Ett utvecklingsområde där förbättringsarbete pågår är social dokumentation och delar av kvalitetsarbetet. De identifierade utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.



- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*



















Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive

delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

-  4. Uppfyller kraven


Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning

-  3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver förtydliga den generella kompetensutvecklingsplanen.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

-  4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

-  3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två delområden.

Avvikelser behöver dokumenteras i större utsträckning, liksom arbetet med riskanalyser.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Riskanalyser

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten behöver säkerställa den sociala dokumentationen i enlighet med riktlinje, samt göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för hot och våld måste implementeras i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte	Implementera rutin hot och våld

Status	Utvecklingsområden
bedömd.	

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.

Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en anpassad mötesstruktur. APT hålls sex gånger per år, protokoll förs och finns tillgängliga för medarbetarna. Samordnare informerar även om punkterna via telefon till de som inte haft möjlighet att närvara. En gång per vecka hålls veckomöten, som även de protokollförs. Två gånger per år hålls planeringsdagar. Kvalitetsledningsgruppen träffas varannan månad och i den gruppen ingår verksamhetschef, samordnare, enhetschef och arbetsmiljö- och kvalitetsansvarig. Varje dag håller samordnare avstämningsmöten med medarbetarna.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef är utbildad sjuksköterska. I verksamheten finns även en enhetschef och samordnare som leder det dagliga operativa arbetet. Medarbetarna beskriver ett nära ledarskap och en daglig dialog med ledningen. Det finns ett journummer där medarbetarna kan nå arbetsledning under den tid verksamhet bedrivs. Det finns en rutin i verksamheten för hur man säkerställer att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO tillstånd finns.

Personal och utbildning




Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. De använder sig av en checklista för de olika teoretiska delarna och informationen hålls av verksamhetschef och samordnare. Varje medarbetare får ta del av rutiner och policys som de får ta med sig hem. En kollega i gruppen utses för att hålla i den praktiska introduktionen. Uppföljning av introduktionen görs av chef eller samordnare. Detta dokumenteras i medarbetarens akt.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Medarbetarnas behov av kompetensutveckling identifieras i ledningsgruppen. Bakgrunden till identifierade behov kan exempelvis vara upprepade avvikelser eller särskilda behov som kunderna har. Det finns en generell kompetensutvecklingsplan i verksamheten och varje medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas med medarbetarnas namn och datum för uppföljning.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	I verksamheten hålls en hög personalkontinuitet. Nya medarbetare presenteras alltid av kontaktman eller av kund annan känd person innan den nya medarbetaren besöker kunden ensam. Detta för att öka tryggheten för den enskilde. Det finns en vice kontaktman utsedd.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan	Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan där externa aktörer identifierats. Verksamheten följer förvaltningens olika samverkansrutiner och

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	samordnare brukar delta på förvaltningens samverkansmöten.
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för intern samverkan. Av intervju med medarbetare framkommer att de upplever att intern samverkan fungerar väl.



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>I samband med introduktionen introduceras medarbetarna i verksamhetens kvalitetsarbete. Det finns en pärm tillgänglig för medarbetarna med en överblickbar struktur som gör det lätt att hitta den rutin man söker. Nya rutiner går igenom på veckomöten eller APT och medarbetarna ombeds läsa rutinerna. En gång per år deltar medarbetarna i planeringsdagar där hela gruppen får möjlighet att ha dialog om frågor rörande kvalitetsutveckling.</p> <p>Återkoppling av utredda händelser sker i samband med möten, men även på de dagliga avstämningarna. Återkoppling av interna och externa uppföljningar och undersökningar återkopplas till medarbetare på APT, veckomöten och planeringsdagar.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten finns en struktur för hur man arbetar med avvikelshantering. Medarbetarna som intervjuats har kännedom om avvikelshantering, och rapportering av klagomål och synpunkter. De är även införstådda med rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. I samband med introduktionen får medarbetaren kännedom om rapporteringsskyldigheten, och därefter lyfts frågan på APT som en stående punkt.</p> <p>Med anledning av att antalet rapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter är få i verksamheten är det svårt att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån dessa.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har en struktur för hur de arbetar med kvalitetsutveckling. I verksamheten genomförs egenkontroller med identifierade utvecklingsområden. Riskanalyser görs enligt verksamhetschef regelbundet. Lokala rutiner finns tillgängliga för medarbetarna i en pärm på respektive kontor. Just nu revideras dessa och det pågår ett arbete med att digitalisera ledningssystemet så att medarbetarna kan nå rutiner från mobiltelefonen.</p> <p>Det framgår inte när riskanalyserna har upprättats/senast reviderats, vilket behövs för att verksamheten ska kunna följa arbetet och utvärdera effekterna av de åtgärder som sätts in.</p>



Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Granskningen av den sociala dokumentationen visar att kunderna har en aktuell genomförandeplan. Det framgår att den enskilde varit delaktig.</p> <p>Av genomförandeplanen saknas information om när insatsen ska utföras och av vem. Beskrivningen av hur insatsen ska genomföras behöver förtydligas. Det måste även förtydligas på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Av de granskade journalerna ses ett varierat intervall mellan anteckningarna. Språket är överlag respektfullt.</p> <p>Journalanteckningar ska föras med regelbundenhet. Kopplingen till genomförandeplanen blir otydlig.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>Av egenkontrollen framkommer att "den röda tråden" i den sociala dokumentation är ett utvecklingsområde i verksamheten. Det finns en rutin för social dokumentation i verksamheten.</p> <p>Verksamheten behöver göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.</p>





Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för kontaktmannaskap där dennes ansvarsområden beskrivs. I samband med intervjun berättar medarbetare att denna är väl förankrad i verksamheten och att ersättare utses vid kontaktmannens frånvaro; det finns en vice kontaktman. Samordnare eller enhetschef följer upp med både kund och medarbetare hur kontaktmannaskapet fungerar, och om kunden inte är nöjd så finns möjlighet att byta. Samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Av intervju med kunder framkommer att de upplever sig ha en förtroendefull relation till sin kontaktman.
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. Samordnare gör ett första hembesök och lämnar väsentlig information till kund; dels muntligt, dels genom en pärm som överlämnas. Samordnaren är den person som oftast förmedlar information om tillfälliga förändringar via telefon till kunden.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	Som anställd i Proffssystem förbinder sig medarbetaren att följa verksamhetens bemötandepolicy och värdegrund. Dessa går igenom i samband med anställningen och hålls därefter vid liv i verksamheten genom arbete med fallbeskrivningar och daglig dialog i gruppen.
Stöd till närstående  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin och arbetssätt i stöd till anhöriga. De erbjuder anhörigträffar och ger information om var man kan vända sig för att få stöd.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld  2. Delvis godkänd	Det finns en rutin för hot och våld i verksamheten. Verksamheten har upprättat en särskild rutin då våld i nära relationer uppmärksammas. Rutinen gällande agerande vid hot och våld behöver förankras i verksamheten.
Nyckelhantering  3. Godkänd	I verksamheten finns rutin upprättad för hantering av nycklar. Rutinen är känd bland medarbetarna.
Privata medel  3. Godkänd	Det finns rutin för hantering av privata medel som är förankrad i verksamheten.
Tystnadsplikt och sekretess  3. Godkänd	I samband med introduktionen får den nyanställda medarbetaren information om tystnadsplikten och dess innebörd, samt skriver under dokumentet. Medarbetaren får även rutinen utskriven. Av intervju med medarbetare framgår att tystnadsplikten är väl känd i verksamheten.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																		
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Proffssystem Rating 100																		
Skattekontroll  3. Godkänd	Proffssystem <table border="1"> <tr> <td>Organisationsnummer:</td> <td>556629-3907</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Proffssystem i Stockholm AB</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Beslutade arbetsgivaravgifter: 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>okt-21</td> <td>994 751,00</td> </tr> <tr> <td>sep-21</td> <td>953 868,00</td> </tr> <tr> <td>aug-21</td> <td>968 334,00</td> </tr> </table>	Organisationsnummer:	556629-3907	Namn:	Proffssystem i Stockholm AB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter: 1		okt-21	994 751,00	sep-21	953 868,00	aug-21	968 334,00
Organisationsnummer:	556629-3907																		
Namn:	Proffssystem i Stockholm AB																		
Godkänd för F-skatt:	JA																		
Registrerad för moms:	JA																		
Registrerad som arbetsgivare:	JA																		
Beslutade arbetsgivaravgifter: 1																			
okt-21	994 751,00																		
sep-21	953 868,00																		
aug-21	968 334,00																		



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-05-31
ON/2022:4

Omvårdnadsnämndens uppföljningsplan 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner uppföljningsplanen för 2022.

Sammanfattning

Omvårdnadsnämnden har ansvar för att följa upp att verksamheterna uppfyller de krav som omvårdnadsnämnden ställer på verksamheternas kvalitet. För att säkerställa att kvalitetskraven uppfylls görs olika verksamhetsuppföljningar. Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är upphandlade eller inte är upphandlade.

Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet.

För att på ett strukturerat sätt följa upp resultaten från de olika uppföljningarna med syfte att säkerställa en god kvalitet, upprättar förvaltningen årligen en plan för kvalitetsuppföljning. I uppföljningsplanen beskrivs verksamheter, verksamhetsområden, processer och rutiner som ska följas upp. I planen beskrivs även de metoder som kommer att användas och vem som ansvarar för uppföljningen.

Resultaten från avtalsuppföljningar, tillsyn av hälso- och sjukvård, brukarundersökningar, nationella jämförelser, olika fördjupade uppföljningar och uppföljningar av individuella biståndsbeslut ligger till grund för den fortsatta kvalitetsutvecklingen.

Staben för kvalitetsutveckling och avdelningen för myndighetsutövning ansvarar för att uppföljningsplanen följs.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Ulrika Lyktberg Lindqvist
Stabschef



Bakgrund

Uppföljningsplan för 2021 har till största del följts enligt plan, med undantag för enstaka platser på vård- och omsorgsboende på LOV utanför Solna som planeras följas upp i början av 2022. Majoriteten av uppföljningarna genomfördes fysiskt men vid några tillfällen genomfördes de digitalt på grund av pandemin.

Omvårdnadsnämnden upphandlar verksamhet enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och lagen om valfrihetssystem (LOV). Vid upphandlingarna tydliggörs, i kravspecifikationen, de kvalitetskrav som omvårdnadsnämnden ställer. Kraven är ställda utifrån lagstiftning, kvalitetsdeklarationer och de mål som nämnden har beslutat om.

I anbudena redovisar utförarna hur de avser att uppnå önskad kvalitetsnivå.

Avtal/överenskommelse tecknas med de anbudsgivare som har uppnått högsta kvalitetsnivå vid upphandling enligt LOU.

När upphandling sker enligt LOV redovisar utföraren hur man avser att uppfylla skalkraven för att avtal/överenskommelse ska tecknas.

För verksamheter som inte är upphandlade görs en överenskommelse som motsvarar upphandlade verksamheters avtal.

Uppföljningar

Omvårdnadsförvaltningen har, utifrån kravspecifikation i förfrågningsunderlag, tecknat avtal respektive överenskommelse med samtliga verksamheter. Avtalet respektive överenskommelsen ska, tillsammans med omvårdnadsnämndens mål och kvalitetsdeklarationer, styra verksamheternas arbete. Varje år utarbetar staben för kvalitetsutveckling och myndighetsavdelningen ett förslag till uppföljningsplan som omvårdnadsnämnden tar beslut om. I uppföljningsplanen beskrivs verksamheter, verksamhetsområden, processer och rutiner som ska följas upp. Där finns även en beskrivning över vilka metoder som kommer att användas och vem som ansvarar för uppföljningen.

Staben för kvalitetsutveckling och avdelningen för myndighetsutövning ansvarar för att uppföljningsplanen följs. Uppföljningar görs även i verksamheter som inte är upphandlade men som har en överenskommelse.

Avtalsuppföljningar av staben för kvalitetsutveckling

Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljningen tydliggör om verksamheterna följer avtalet respektive överenskommelsen och hur kvaliteten i verksamheten utvecklas.

Uppföljningen utgår från avtalet/överenskommelsen och genomförs varje år i olika stor omfattning. Avtalsuppföljningar genomförs inom hemtjänst, dagverksamhet, vård- och omsorgsboende, bostad med särskild service, daglig verksamhet och boendestöd.

I avtalsuppföljningen är det struktur, implementering och processkvalitet som följs upp. Uppföljningen sker ur ett verksamhetsperspektiv enligt en fastslagen mall.



Mallen omfattar områden som "Ledning och organisation", "Personal och utbildning" med bl.a. kompetens och bemanning, "Självbestämmande och integritet" med bl.a. kontaktmannaskap, möjlighet att påverka, information och kommunikation, tillräckligt med hjälptid, "Aktiviteter och fritidsintressen", "Mat och måltider" samt "Säkerhet" med bl.a. rutiner för larm, hantering av privata medel och nyckelhantering, "Värdegrund" "Social dokumentation" och "Ekonomi". Viktiga områden i övrigt att följa upp är hur verksamheterna arbetar med samverkan och systematisk kvalitetsutveckling.

Vid avtalsuppföljningen används flera olika metoder för att samla information och fakta som underlag för den slutliga bedömningen. De metoder som används är bland annat webenkäter som besvaras av verksamhetschefen, besök i verksamheten med observation på plats, dokumentationsgranskning, samtal, intervjuer eller dialogmöten med kunder, anhöriga, personal och verksamhetschef.

Den slutliga bedömningen redovisas i en rapport som innehåller kort skriftlig bedömning per granskat område med kommentar och i förekommande fall färggradering (grönt, gult, rött) för beskrivning om avtal följs eller ej. Rapporten, som avslutas med en sammanfattning av förbättringsområden, skickas till respektive verksamhetschef. Utifrån rapporten och de förbättringsområden som listats utarbetar verksamheten en utvecklingsplan med en tidplan.

Rapporter från samtliga verksamheter inom ett verksamhetsområde sammanfattas till en skriftlig, generell bedömning av verksamhetsområdet tillsammans med en sammanställning med färggradering. Resultaten redovisas så att en jämförelse mellan olika verksamheter kan ske. Sammanfattning med bilagor utgör ärende till omvårdnadsnämnden. Till ärendet biläggs protokoll så att varje kontaktpolitiker kan ta del av sitt område. Kontaktpolitiker finns utsedda för vård- och omsorgsboenden, seniorträffarna samt för bostad med särskild service.

Uppföljning av utvecklingsplaner

Syftet med utvecklingsplanerna är att de ska fungera som ett verktyg i verksamheternas kvalitetsarbete. I utvecklingsplanen lyfter kvalitetsutvecklaren in identifierade förbättringsområden från avtalsuppföljningen. Verksamheterna ges möjlighet att fokusera specifikt på sina förbättringsområden.

I utvecklingsplanen ska verksamheterna sätta upp SMARTA-mål (specifika, mätbara, accepterade, realistiska, tidsbestämda) och redovisa tänkta åtgärder, beskriva hur verksamheten arbetar med egen uppföljning av resultaten samt ange vem som ansvarar för vad.

Kvalitetsutvecklarna ansvarar för att följa upp verksamheternas utvecklingsplaner. Uppföljningen genomförs varje år, vid ett nytt avtal görs en bred uppföljning inom alla områden för att göra en basmätning, efter basmätningen är det huvudfokus att följa upp utvecklingsplanen. Detta gör kvalitetsutvecklaren minst en gång/år, vid behov fler gånger/år. Vid uppföljningen får verksamheten beskriva hur man arbetar med planen, hur man följer upp om utförda åtgärder fått avsedd effekt och om så inte är fallet hur man arbetar för att ta fram nya åtgärder för att nå målen. Kvalitetsutvecklaren genomför granskning vid behov.



Uppföljningen redovisas i text med en skriftlig återkoppling till respektive verksamhet. Det ska tydligt framgå inom vilka områden som förbättringar verkligen skett och vilka områden som fortfarande är förbättringsområden. Verksamheten får i uppdrag att ta fram en ny, reviderad utvecklingsplan.

Uppföljningen redovisas till nämnden som ett beslutsärende.

Kvalitetsberättelse

Av det allmänna rådet till 7 kap. 1§ SOFS 2011:9 framgår att arbetet med ett systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse. I kvalitetsberättelsen ska det framgå hur verksamheten har arbetat med uppföljning och utvärdering kopplat till verksamhetens utvecklingsplan och omvårdnadsnämndens mål. Varje år utarbetar verksamheterna en kvalitetsberättelse som skickas in till staben för kvalitetsutveckling för granskning. Via stadens hemsida finns länkar till utförarens/verksamhetens hemsida med information.

Fokusområden

Kvaliteten i verksamheterna följs vid behov även upp på andra sätt. Kvalitetsutvecklare kan lyfta särskilda områden som behöver belysas. Det kan vara generella förbättringsområden som framkommit vid avtalsuppföljningarna, i samband med sammanställning av synpunkter och klagomål eller vid sammanställningen av rapporter om missförhållanden. Det kan vara områden som förvaltningen eller nämnden vill ha belysta eller nya metoder/arbetsätt och eller aktuell forskning som behöver implementeras i verksamheterna.

Detta arbetssätt skapar möjligheter att se närmare på olika viktiga områden såsom upplevd besvärande ensamhet, personcentrerad vård, social dokumentation, bemötande, måltidssituation och den enskildes delaktighet.

Verksamheterna arbetar med fokusområdet genom att de bland annat gör sina egenkontroller inom området d.v.s. i sitt systematiska kvalitetsarbete. Resultatet från hur verksamheten arbetar med fokusområden redovisas till kvalitetsutvecklarna vid avtalsuppföljningar.

Under 2022 kommer verksamheter inom omvårdnadsnämndens ansvarområde att ha olika områden utifrån resultat av brukarundersökningar och avtalsuppföljningar.

Under året granskar förvaltningen att hemtjänstutförarna följer arbetstidslagen, ej har anhörganställningar samt att de använder verksamhetssystemet och kvitterar deras närvaro hos kunden enligt förvaltningens rutiner.

Uppföljning av hälso- och sjukvård

MAS och MAR har ansvar för att utifrån sitt uppföljningsansvar och omvärldsbevakning i vårdutvecklingsfrågor medverka i utveckling av hälso- och sjukvården.



MAS och MAR sammanställer uppföljningar inom hälso- och sjukvårdsområdet i en patientsäkerhetsberättelse som redovisas till nämnden en gång per år.

MAS vård- och omsorgsboenden

Enligt avtal med Solna stads omvårdnadsnämnd ska utföraren följa lagar och bestämmelser för att säkerställa en god och säker hälso- och sjukvård i Solnas vård- och omsorgsboenden för äldre. Utföraren ska för vård- och omsorgsboendet ha en MAS som ansvarar för de motsvarande uppgifterna kommunens MAS har enligt hälso- och sjukvårdslagen 11 kap och 4 kap.6§ i hälso- och sjukvårdsförordningen.

Utföraren ansvarar för att denna MAS fullgör sitt ansvar på hälso- och sjukvårdens område. Utförarens MAS ska informera Solna stads MAS samt anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om den enskilde i samband med vård eller behandling drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria).

Solna stads MAS och MAR beslutar om vad som ska följas upp inom hälso- och sjukvårdsområdet i verksamheterna.

Utförarens MAS ansvarar för uppföljning av hälso- och sjukvården.

En samverkansöverenskommelse som syftar till ett utvecklande och gott samarbete mellan Solna stads MAS samt MAR och utförarnas MAS finns upprättat. Enligt avtalet med Solna stad ingår för hälso- och sjukvården att utförarens MAS ansvarar för att hälso- och sjukvården är god, att lokala rutiner finns och att uppföljning sker. Därutöver kommer Solna stads MAS och MAR att ha uppföljnings- och rapporteringsansvar till omvårdnadsnämnden.

MAS Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS och Skoga Äldrecentrum

Solna stads MAS och MAR ansvarar för uppföljning av hälso- och sjukvården som utförs av Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS samt på Skoga Äldrecentrum.

Solna stads MAS och MAR ansvarar för att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om den enskilde i samband med vård eller behandling har drabbats av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria).

Nationella uppföljningar

Brukarundersökningar

Resultatet från brukarundersökningar tydliggör brukarnas och de anhörigas upplevelser av kvaliteten i verksamheten.

Nationella brukarundersökningar genomförs årligen i hemtjänst och i vård och omsorgsboende men under 2021 valde Socialstyrelsen att flytta fram undersökningen till början av 2022.

Enkätundersökningen inom äldreomsorgen genomförs varje år av Socialstyrelsen.

Brukarundersökningar i bostad med särskild service och i daglig verksamhet LSS har genomförts vartannat år och 2023 kommer undersökningen att genomföras igen. Den nationella



brukarundersökningen inom boendestöd har genomförts vartannat år och kommer att genomföras igen under 2023. Brukarundersökningen är framtagen av SKR.

Resultaten, redovisade per verksamhet som upplevd kvalitet inom respektive område skickas till respektive verksamhetschef. Verksamheterna handhar förbättringsområden på samma sätt som efter en avtalsuppföljning, dvs. arbetar med förbättringsområden i sin utvecklingsplan med en tidplan.

Resultaten från de olika brukarundersökningarna sammanställs i skriftliga rapporter där det dels framkommer ett generellt resultat för staden, dels resultat per verksamhet och även hur resultatet har utvecklats över tid. Verksamheterna ombeds att inkomma med en resultatanalys till kvalitetsutvecklare. Resultaten redovisas så att en jämförelse mellan olika verksamheter kan ske.

Nationella jämförelser

Öppna jämförelser genomförs varje år och är framförallt riktad till politiker och tjänstemän. Det är 30 indikatorer som belyser vård och omsorg om äldre i alla kommuner/landsting i Sverige. Indikatorerna speglar kvaliteten inom olika områden: Tillgänglighet, vård och omsorg vid särskilda behov, riskförebyggande arbete, riskfylld användning av läkemedel, personal och kompetens samt kostnader. Inom funktionshinderområdet är huvudområdena intern och extern samordning, tillgänglighet, trygghet och säkerhet och kunskapsbaserad verksamhet och kostnader.

Syftet med undersökningen är att ge ett bra underlag för kommuner och landsting att förbättra vård, stöd och omsorg för personer med funktionshinder och äldre. Resultatet ska vara ett relevant underlag för uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten i förhållande till övriga kommuner.

Avdelningen för myndighetsutövning SoL

Individuell uppföljning

Biståndshandläggarens ansvar

Omvårdnadsnämnden har gett delegation till biståndshandläggaren, för att fatta beslut samt ansvaret för att följa upp att insatserna utförs enligt beställning.

Uppföljning av beslut i hemtjänst

Hemtjänst kan beviljas när individen inte själv kan tillgodose sina behov och/eller få dem tillgodosedda på annat sätt och där individen inte uppnår en skälig levnadsnivå.

En individuell uppföljning görs alltid innan det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla, vilket är minst en gång per år.

Förutom den uppföljning som är styrd till beslutet ingår det i biståndshandläggarens ansvar att kontrollera att beställning och genomförandeplan överensstämmer för de kunder som fått beslut om omvårdnadsinsatser. Detta ska ske inom en månad efter det att ett nytt beslut har fattats. Om



behovet har förändrats, föranleder det en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde. Vid uppföljningen kontrollerar handläggaren även antal avböjda besök och fokuserar extra på de stora omvårdnadskunderna som har mycket tid beviljat för sina hjälpinsatser samt på de nya företagen.

En uppföljning ska även göras om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde.

Uppföljning av beslut i dagverksamhet

Biståndsbedömd dagverksamhet för personer med funktionshinder och med demenssjukdom syftar till att underlätta för den enskilde att bo hemma och skapa möjlighet till kontakt med andra.

En individuell uppföljning görs alltid när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla.

Uppföljningen görs minst en gång per år eller om behov föreligger, tex. kan det vara så stora förändringar att utföraren har svårt att tillgodose den enskildes behov eller att individen inte kan tillgodogöra sig verksamhetens innehåll.

Uppföljning av beslut på korttidsplats/växelvård – särskilt boende

Korttidsplats/växelvård är till för de personer som tillfälligtvis eller i perioder inte kan få behovet av omvårdnad, trygghet och säkerhet tillgodosett i det egna hemmet.

För korttidsplats sker en individuell uppföljning i regel inom två veckor eller tidigare om behov föreligger tex. om förändringar är så stora att utföraren har svårt att tillgodose den enskildes behov.

För växelvård sker en individuell uppföljning inom tre månader om det är första gången den enskilde beviljats växelvård, därefter minst en gång per år eller om behov föreligger.

Vid dessa tillfällen deltar förutom personen och dennes närstående även representanter från utföraren och beställaren.

Uppföljning av beslut av boendestöd över 65 år

För personer som inte har haft boendestöd tidigare och får ett sådant beslut, ska en tremånaders uppföljning göras från det att handläggaren mottagit genomförandeplan från utföraren. Då jämförs beställningen med genomförandeplanen för att säkerställa att beslutet och beställningen ligger rätt.

För personer som kommer över från socialförvaltningen när de fyller 65 år, finns en rutin mellan socialförvaltningen och omvårdnadsförvaltningen att den enskilde får behålla samma intervall för boendestöd som funnits tidigare. Eftersom den enskilde byter utförare ska en tremånaders uppföljning göras av handläggaren på omvårdnadsförvaltningen. Då jämförs beställningen med genomförandeplanen för att säkerställa att beslutet och beställningen ligger rätt.



Genomförandeplanen från utföraren ska skickas till handläggaren inom tre månader från det att de fått beställningen.

En uppföljning ska även göras om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde.

Uppföljning av beslut i särskilt boende

Permanent boende i vård- och omsorgsboende samt demensboende är till för de personer som inte längre kan få behovet av omvårdnad, trygghet och säkerhet tillgodosett i det egna hemmet. Beviljas permanent boende ska personen även ha ett individuellt hemtjänstbeslut i boendet. Personer som beviljas särskilt boende bor i regel kvar på boendet även om deras hjälpbehov förändras.

Uppföljning vid nyinflyttning

Biståndshandläggare gör uppföljning av personer som flyttat in på boende tre till fem månader efter inflyttningen på individnivå enligt utarbetad rutin. Därefter görs uppföljning om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Samverkan sker då mellan berörda parter, den enskilde och anhörig.

Övriga individuppföljningar

Övriga individuppföljningar kan exempelvis vara anhörigstöd i olika former och ledsagarservice. En uppföljning görs alltid årligen samt om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde.

Vid dessa tillfällen deltar förutom personen och dennes närstående även representanter från utföraren och beställaren

Avdelningen för myndighetsutövning LSS

Uppföljningsplan för avdelningen LSS

Insatser enligt LSS är en rättighetslag. Den som uppfyller kraven för att tillhöra lagens personkrets har rätt att få vissa i lagen angivna insatser, förutsatt att ett behov av insats föreligger och att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Målet för insatserna enligt LSS är att främja människors jämlikhet i levnadsvillkoren och full delaktighet i samhällslivet och uppnå goda levnadsvillkor.

En individuell uppföljning görs alltid när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger.

Förutom den uppföljning som är styrd till beslutet ingår det i LSS-handläggarens och samordnarens ansvar, att kontrollera att beställning och genomförandeplan överensstämmer samt följa upp de brukare som tackar nej till erbjudande, vilket kan leda till en omprövning av beslutet.



9 § 1 Råd och stöd

Rådgivning och annat personligt stöd är stödinsatser av övergripande karaktär, som främst ges av hälso- och sjukvården. Insatsen ges främst till den funktionsnedsatta men kan och bör även utformas som ett stöd till hela familjen.

LSS-handläggare har inget ansvar för att följa upp insatsen, men ska samverka med hälso- och sjukvården vid behov.

9 § 2 Uppföljning av beslut, biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för assistans

Målgruppen är personer med funktionsnedsättning med stora och varaktiga funktionsnedsättningar. Personer med funktionsnedsättning kan välja mellan att anlita kommunen, någon annan anordnare av personlig assistans eller själv anställa sin personliga assistent.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger. LSS-handläggare ska även bevaka behov av utökad hjälp och anmäla behovet till försäkringskassan om LSS-handläggaren bedömer att det grundläggande behovet överstiger 20 timmar per vecka.

9 § 3 Uppföljning av beslut, biträde av ledsagning

Insatsen ska ses som ett led i strävan att underlätta för den enskilde att ha kontakter med andra och att delta i samhällslivet

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla.

9 § 4 Uppföljning av beslut, biträde av kontaktperson

Insatsen har en viktig uppgift att hjälpa till att bryta den enskildes isolering och underlätta ett självständigt liv i samhället. Insatsen är inte av professionell karaktär och är en arvoderad insats.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla.

9 § 5 Uppföljning av beslut avlösarservice i hemmet

Föräldrar som har barn med stora funktionsnedsättningar har rätt att få avlösarservice i hemmet för att ha möjlighet att ägna sig åt det funktionsnedsatta barnets syskon eller för egen rekreation.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla.

9 § 6 Uppföljning av beslut korttidsvistelse utanför det egna hemmet

Insatsen innebär att ge den enskilde möjlighet att tillfälligt vistas på korttidshem, familjehem eller delta i lägervistelse för att främja miljöombyte eller stimulans i den personliga utvecklingen.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla och om insatsen är återkommande. Är insatsen av tillfällig karaktär följs insatsen inte upp.



9 § 7 Uppföljning av beslut, korttidstillsyn för skolungdom över 12 år

Skolungdom som är över 12 år, vars föräldrar förvärvsarbetar och som inte klarar att själv tillgodose en meningsfull sysselsättning, har rätt till korttidstillsyn före och efter skoltid samt under lov.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger. LSS-samordnare stämmer av stödbehovet med kultur- och fritidsförvaltningen terminsvis, som idag är huvudutförare av insatsen.

9 § 8 Uppföljning av beslut boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn

Bostad med särskild service för barn och ungdomar ska ofta tillgodose komplicerade omvårdnadsbehov men kan ibland vara motiverad på grund av skolgång på annan ort.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla, annars minst en gång per år eller om behov föreligger. Uppföljning sker oftast tillsammans med andra huvudaktörer som exempelvis socialförvaltningen, barn- och utbildningsförvaltningen samt landstingets barn och ungdomspsykiatri (BUP) och kan då ske var tredje månad.

9 § 9 Uppföljning av beslut, bostad med särskild service för vuxna eller annan anpassad bostad

Bostad med särskild service för vuxna ska tillgodose individuellt anpassad hjälp i den dagliga livsföringen och avser insatser som ska tillgodose den enskildes psykiska, fysiska och sociala behov.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla, annars minst en gång per år eller om behov föreligger.

9 § 10 Uppföljning daglig verksamhet

Daglig verksamhet tillförsäkras endast person med funktionsnedsättning som tillhör personkrets 1§ 1-2. Förutsättningen för att få daglig verksamhet är att personen är i yrkesverksam ålder, står ej till arbetsmarknadens förfogande och inte går någon utbildning.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger. För personer som inte bor i bostad med särskild service kommer en individuell uppföljning att ske vart annat år.



Övriga uppföljningar

Uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet och risk- och säkerhetsarbetet i verksamheterna görs årligen och rapporteras till omvårdnadsnämnden.

Uppföljning av miljöarbetet och klimatstrategin görs årligen i verksamheterna och rapporteras till omvårdnadsnämnden i delårsrapporter och årsredovisning.

En sammanställning och uppföljning av inkomna klagomål och synpunkter rapporteras till omvårdnadsnämnden en gång per år.

En sammanställning och uppföljning av rapportering av missförhållanden görs två gånger per år till omvårdnadsnämnden

Ej planerade uppföljningar kan ske anmälda eller oanmälda vid oförutsedda händelser eller på förkommen anledning, exempelvis efter inkomna klagomål och synpunkter/eller efter inrapporterade avvikelser.