



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-03-31
ON/2023:51

Val av omvårdnadsnämndens kontaktpolitiker för hemtjänsten i Solna 2023-2026

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden beslutar att utse uppdragen som kontaktpolitiker för hemtjänsten i Solna. Detta ska gälla från och med 2023-04-18. Kontaktpolitiker utses till de största utförarna av hemtjänst i Solna.

Förvaltningens förslag är att:

- Martin Karlsson (C) blir kontaktpolitiker för Adela Omsorg och Proffssystem,
- Eva Pousette Grönqvist (S) blir kontaktpolitiker för Humaniora hemtjänst,
- Samuel Klippfalk (KD) blir kontaktpolitiker för Attendo.

Omvårdnadsnämnden beslutar att uppdra åt förvaltningschef att föreslå nya representanter som kontaktpolitiker vid eventuella avsägelse.

Sammanfattning

Omvårdnadsnämnden omfattar flera verksamheter för äldre och personer med funktionsnedsättning. Att vara kontaktpolitiker är ett sätt för ledamöter/ersättare i nämnden att skaffa sig kunskaper och möjlighet att följa verksamheterna. Att vara kontaktpolitiker innebär också att vara en förbindelselänk mellan nämnden, de boende, hemtjänstkunder etc. och deras anhöriga/gode män.

I uppdraget som kontaktpolitiker ingår att delta i möten med förtroenderåd, boråd, anhörigråd eller dylikt samt att från dessa möten återrapportera frågor av allmänt intresse till omvårdnadsnämnden.

Veronica Hässelborg
T.f. Förvaltningschef

Catharina Almer Chipperfield
Administrativ samordnare



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-02-27
ON/2023:25

Omvårdnadsnämndens uppföljningsplan 2023

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner uppföljningsplanen för 2023.

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.

Staben för kvalitetsutveckling kommer under 2023 att göra en genomlysning av nuvarande arbetssätt för att säkerställa bästa möjliga utfall med grund i en effektiv verksamhetsuppföljning.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Patrik Ulander
Stabschef



Bakgrund

Uppföljningsplan för 2022 har följts enligt plan.

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 anbudet 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", "Säkerhet" med bl.a. rutiner för larm, hantering av privata medel och nyckelhantering, "Värdegrund", "Social dokumentation" samt "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 webbenkäter 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 huvudfokus att följa upp utvecklingsplanen. Detta gör kvalitetsutvecklaren minst en gång/år och 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 att 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 arbetsätt 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.



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 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 framför allt riktad till politiker och tjänstemän. Det är 30 indikatorer som belyser vård och omsorg om äldre i alla kommuner/regioner 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 regioner 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

Socialtjänstlagen, SoL är en ramlag som uttrycker grundläggande värderingar för samhällets socialtjänst. ”Socialtjänsten ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, möjliggöra jämlika levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet.” Verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. ” Inom denna ramlagstiftning har kommunerna frihet att anpassa sina insatser efter skiftande behov och önskemål.

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av omvårdnadsnämnden i form av exempelvis hemtjänst, vård-och omsorgsboende, anhörigstöd. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. (SoL 4 kap. § 1).

Individuell uppföljning

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 biståndshandläggarens ansvar att kontrollera att beställning och genomförandeplan överensstämmer.

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. 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 innan det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla. En uppföljning sker även 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 från det att personen kommit dit.

För växelvård sker en individuell uppföljning inom sex månader om det är första gången den enskilde beviljats växelvård, därefter innan det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla.

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 innan det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla 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 regionens 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 förekommen anledning, exempelvis efter inkomna klagomål och synpunkter eller efter inrapporterade avvikelser.

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

Avtalsuppföljning av verksamheter inom SoL och LSS				
Staben för kvalitetsutveckling				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
Samtliga utförare	Synpunkter och klagomål	Ta emot och registrera till staden inkomna klagomål eller synpunkter. Vidarebefordra till verksamheten samt vid behov bevaka relevant hantering.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Sammanställs och redovisas till nämnd 1 gång/år.
Samtliga utförare	Rapporteringskyldighet (lex Sarah)	Ta emot rapporter, informera förvaltningschef samt nämndens ordförande. Bevaka att utredning och analys genomförs, att åtgärder vidtas samt att en bedömning av allvarligheten i händelsen (risk för missförhållande eller missförhållande alternativt risk för allvarligt missförhållande eller allvarligt missförhållande) görs i enlighet med lex Sarah. Vid händelse inom Humaniora vård och omsorg ansvarar förvaltningschefen för bedömningen av allvarlighetsgraden i händelsen och därmed om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg ska göras.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Sammanställs och redovisas för nämnd 2 gånger/år.
Boendestöd	Uppföljning av boendestöd	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade 1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan (över 5 brukare) 2. Uppföljning av fokusområden 3. Granskningar av	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

		<p>kvalitetsberättelser.</p> <p>4. Samverkansmöten</p> <p>5. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>		
Hemtjänst	Uppföljning av hemtjänst	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade</p> <p>1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan</p> <p>2. Uppföljning av fokusområden</p> <p>3. Granskningar av kvalitetsberättelser</p> <p>4. Phoniros; Personalkontinuitet, kvittenser, manuella registreringar.</p> <p>5. Samverkansmöten</p> <p>6. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år
Dagverksamhet	Uppföljning av dagverksamhet	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade</p> <p>1. Avtalsuppföljning/uppföljning av utvecklingsplan.</p> <p>2. Samverkansmöten</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
LSS 9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Uppföljning av LSS 9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Avtalsuppföljning av LSS 9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet görs på förekommen anledning.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas på förekommen anledning.

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

LSS 9§7 korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	Uppföljning av LSS 9§7 korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	Avtalsuppföljning av LSS 9§7 korttidstillsyn för skolungdom över 12 år görs på förekommen anledning.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas på förekommen anledning.
LSS 9§8 Bostad med särskild service för barn och ungdom	Uppföljning av LSS 9§8 Bostad med särskild service för barn och ungdom	Avtalsuppföljning av bostad med särskild service för barn och ungdom enligt LSS 9§8 görs på förekommen anledning.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas på förekommen anledning.

LSS 9§9 Gruppboheter och serviceboheter	Uppföljning av LSS 9§9 Gruppboheter och serviceboheter	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade. 1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan 2. Uppföljning av fokusområden 3. Granskningar av kvalitetsberättelser. 4. Samverkansmöten 5. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år
LSS 9§10 Daglig verksamhet	Uppföljning av LSS 9§10 Daglig verksamhet	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade. 1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan 2. Uppföljning av fokusområden. 3. Granskningar av	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

		<p>kvalitetsberättelser.</p> <p>4. Samverkansmöten</p> <p>5. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>		
Vård- och omsorgsboende	Uppföljning av vård- och omsorgsboende i Solna	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade.</p> <p>1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplaner</p> <p>2. Granskningar av kvalitetsberättelser</p> <p>3. Uppföljning av fokusområden.</p> <p>5. Samverkansmöten</p> <p>6. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
Vård- och omsorgsboende LOV-enstaka platser utanför Solna	Uppföljning av vård- och omsorgsboende LOV-enstaka platser utanför Solna	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser.</p> <p>1. Avtalsuppföljningar (verksamheter med minst 5 Solnabor)</p> <p>2. Granskningar av kvalitetsberättelser</p> <p>3. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
LSS 9§9 Gruppboendestäder och servicebostäder	Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete (SBA) LSS Boende	<p>SBA är ett samlingsnamn för alla brandskyddsåtgärder som är reglerade enligt lag. Alla organisationer, oberoende av storlek och verksamhet, ska arbeta systematiskt och kontinuerligt med sitt brandskydd. Det innebär såväl förebyggande arbete, för att undvika bränder, som kontinuerligt underhåll</p>	Fastighetsintendent	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

		av det som måste fungera om det trots allt skulle börja brinna.		
Vård- och omsorgsboende	Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete (SBA) Vård- och omsorgsboende	SBA är ett samlingsnamn för alla brandskyddsåtgärder som är reglerade enligt lag. Alla organisationer, oberoende av storlek och verksamhet, ska arbeta systematiskt och kontinuerligt med sitt brandskydd. Det innebär såväl förebyggande arbete, för att undvika bränder, som kontinuerligt underhåll av det som måste fungera om det trots allt skulle börja brinna.	Fastighetsintendent	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
Hemtjänst, vård- och omsorgsboende samt gruppboendestäder och serviceboendestäder	Uppföljning av miljöarbete och arbetet med klimatstrategin.	Uppföljning av miljöarbetet och klimatstrategin på verksamheterna	Fastighetsintendent	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år i årsredovisningen.

Hälsa- och sjukvårdsuppföljning				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
Tio vård- och omsorgsboenden	Uppföljning av hälso- och sjukvården	Enkät som besvaras av ansvarig MAS och MAR i samarbete med verksamhetschef och legitimerad personal. Redovisas en gång per år i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Tio vård- och omsorgsboenden	Uppföljning av registrering nationella kvalitetsregister som Senior Alert, Palliativa registret och BPSD	Genom att ta fram rapporter ur registren. En gång per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR i samarbete med verksamhetschefer	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

Tio vård- och omsorgsboenden	Punktprevalensmätningar som innefattar hur personalen arbetar efter basala hygienrutiner samt mätning av antal trycksår och trycksårskategori.	En till två gånger per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS i samarbete med verksamhetschefer	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Tio vård- och omsorgsboenden	Avvikelseenkät som besvaras av verksamhetschef	En gång per månad redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR i samarbete med verksamhetschefer	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS	Uppföljning av hälso- och sjukvård	Enkät som besvaras av verksamhetschef i samarbete med legitimerad personal Besök i verksamheten. Granskning av omvårdnadsjournaler. En gång per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
LSS gruppboendestäder	Uppföljning av hälso- och sjukvård	Enkät som besvaras av verksamhetschef. En gång per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Samtliga åtta vård- och omsorgsboenden samt LSS gruppboendestäder. Platser enligt LOV.	Anmälning Lex Maria	Ta emot rapporter, informera förvaltningschef samt nämndens ordförande. Bevaka att utredning och analys genomförs, att åtgärder vidtas. Bedömning av allvarligheten i händelsen och skicka anmälan till IVO inom egen regi.	MAS/MAR	Dras löpande för omvårdnadsnämnden

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

Vård- och omsorgsboende, Hemtjänst och dagverksamheter				
Avdelningen för myndighetsutövning SoL				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
Vård- och omsorgsboende	Uppföljning på individnivå	Biståndshandläggare gör uppföljningar av individuella biståndsbeslut för personer 3–5 månader efter inflyttning samt vid påkallat behov.	Biståndshandläggare	Biträdande avdelningschef SoL (Avdelningschef, SoL)
Vård- och omsorgsboende	Verkställda beslut	Rapportering av boendesamordnaren veckovis i LEDA i Stratsys.	Boendesamordnare	Avdelningschef, SoL
Vård- och omsorgsboende	Ej verkställda beslut	Rapportering av boendesamordnaren veckovis i LEDA i Stratsys. Rapportering av boendesamordnaren per kvartal.	Boendesamordnare	Avdelningschef, SoL IVO Omvårdnadsnämnden
Dagverksamhet Funktionsbevarande och demensdagvård	Uppföljning på individnivå	Biståndshandläggare gör uppföljning av individuella biståndsbeslut, i samband med att beslutet upphör samt vid påkallat behov.	Biståndshandläggare	Biträdande avdelningschef SoL (Avdelningschef, SoL)
Hemtjänst	Uppföljning på individnivå	Biståndshandläggare gör uppföljning av individuella biståndsbeslut, i samband med att beslutet upphör samt vid påkallat behov. Vid omvårdnadsbeslut görs en uppföljning efter en månad.	Biståndshandläggare	Biträdande avdelningschef SoL (Avdelningschef, SoL)

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

LSS Gruppboendestäder, daglig verksamhet och boendestöd				
Avdelningen för myndighetsutövning LSS				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
LSS Boende	Ej verkställda beslut	Rapportering av boende-samordnaren månadsvis Rapportering av samordnare 1 gång/kvartal	Samordnare för boende Avdelningschef	Avdelningschef, Ledningsgrupp (LG) Omvårdnadsnämnden
LSS Boende	Uppföljning av beslut	LSS handläggare gör en bedömning av behov om fortsatt insats inom tre månader innan beslutet löper ut. I samband med ombedömning görs en individuppföljning på boende. Redovisas 1 gång/månad	LSS-handläggare	Avdelningschef
LSS Boende	Uppföljning på individnivå	För de brukare som har ett pågående beslut gör LSS handläggare en uppföljning på boendet eller på den plats som brukaren önskar Redovisas 1 gång/år.	Avdelningschef	Omvårdnadsnämnden Redovisas för nämnden 1 gång/år.
LSS Daglig verksamhet (DV)	Ej verkställda beslut	Rapportering av samordnare 1 gång/kvartal	Avdelningschef Koordinator för daglig verksamhet	Omvårdnadsnämnden
LSS Daglig verksamhet	Uppföljning av beslut	LSS handläggare gör en bedömning av behov om fortsatt insats inom tre månader innan beslutet löper ut. I samband med ombedömning	LSS-handläggare	Avdelningschef

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

		görs en individuppföljning på DV. Redovisas 1 gång/månad		
LSS Daglig verksamhet	Uppföljning på individnivå	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 vartannat år. Redovisas 1 gång/år	LSS-handläggare	Avdelningschef
LSS insatser §§9:2–9:7	Uppföljning av beslut	LSS handläggare gör en bedömning av behov om fortsatt insats inom tre månader innan beslutet löper ut. Redovisas 1 gång/månad	LSS-handläggare	Avdelningschef
Boendestöd	Uppföljning av beslut	Handläggare gör en uppföljning inom 3 månader från det att genomförandeplanen inkommit.	LSS- och SOL handläggare	Avdelningschefer LSS och SOL



Omvårdnadsnämnden

§ 21

Omvårdnadsnämndens uppföljningsplan 2023 (ON/2023:25)

Beslut

Omvårdnadsnämnden återremitterar ärendet med motivering att ärendet inte är fullständigt.

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.

Staben för kvalitetsutveckling kommer under 2023 att göra en genomlysning av nuvarande arbetssätt för att säkerställa bästa möjliga utfall med grund i en effektiv verksamhetsuppföljning.

Yrkande

Martin Karlsson (C) föreslår att omvårdnadsnämnden återremitterar ärendet med motivering att ärendet inte är fullständigt.

Beslutsgång

Ordförande frågar om ärendet ska avgöras vid dagens sammanträde eller om ärendet ska återremitteras och konstaterar att ärendet ska återremitteras med motivering att ärendet inte är fullständigt.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-03-24
ON/2023:43

Avtalsuppföljning av hemtjänstutförare med högst 10 kunder år 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2022.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har under 2022 omfattat sju verksamheter.

Kvalitetsutvecklare har följt upp verksamheternas arbete med utvecklingsplanen baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortflöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning. Kvalitetsutvecklare har, med kundernas samtycke, granskat verksamheternas sociala dokumentation. Utöver detta har kvalitetsutvecklare begärt in redovisade dokument utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden. Nya bedömningar har endast gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För de delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden september 2022 till mars 2023.

Det framgår tydligt av årets avtalsuppföljningar att samtliga verksamheter har arbetat med utvecklingsplanen under året. Fortsatt 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. Generella utvecklingsområden som kvarstår 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. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att fortsätta arbetet med de utvecklingsplaner de tog fram förra året med fokus på kvarstående utvecklingsområden.

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 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 2022

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 2022 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, Alfahem AB (tidigare Alfa hemtjänst), 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, och där kvalitetsutvecklare år 2021 gjorde en uppföljning av samtliga områden. Under våren 2023 ska kvalitetsutvecklare göra sådan avtalsuppföljning av Amandas hemtjänst, som år 2021 var nya och ännu inte hade fått någon kund i Solna. Samtliga verksamheter drivs utifrån avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV).

Tillvägagångssätt och metod

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortflöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs i stycket ovan innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att fortsätta arbetet med de utvecklingsplaner de tog fram förra året med fokus på kvarstående utvecklingsområden.

Sammanfattande bedömning

Det framgår tydligt av årets avtalsuppföljningar att samtliga verksamheter har arbetat med utvecklingsplanen under året.

Fortsatt 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 kvarstår utvecklingsbehov är 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 tydliggöra den röda tråden i kvalitetsarbetet. De förbättringsområden som identifieras kan förhoppningsvis hjälpa verksamheterna i arbetet framåt.

Social dokumentation är ett gemensamt område där behov av utveckling finns även i år. Området är komplext och många av de medarbetare som arbetar i hemtjänsten har inte svenska som modersmål, vilket kan försvåra dokumentationen. Det pågår en satsning inom yrkessvenska och omsorgskunskap som förvaltningen erbjuder. 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.

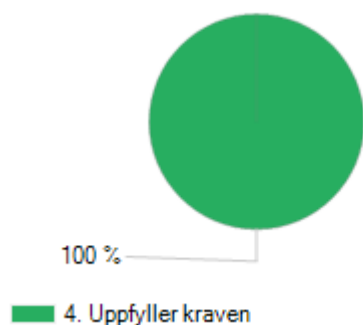
Bedömning

Område	Resultat 2021		Resultat 2022	
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	71 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	29 (%)		
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	29 (%)	● 4. Uppfyller kraven	86 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	71 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	29 (%)	● 4. Uppfyller kraven	86 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	71 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	43 (%)
			◆ 3. Uppfyller kraven delvis	57 (%)
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	86 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)		
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	57 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	43 (%)		
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)

Schematisk sammanställning över samtliga verksamheter som följts upp 2022.

	Alfa hem	Mångkulturell hemtjänst	Bäst omsorg	Olir	Omsorgsjouren	Sagac	Vesta Care	SUMMA
Ledning & organisation	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	28
Personal & utbildning	● 4.	● 4.	◆ 3.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	27
Samverkan	● 4.	◆ 3.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	27
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	● 4.	● 4.	● 4.	24
Social dokumentation	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	21
Självbestämmande & integritet	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	28
Bemötande & anhörigstöd	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	28
Säkerhet	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	28
Ekonomisk kontroll	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	28
SUMMA	34	33	33	34	35	35	35	

Ledning och organisation



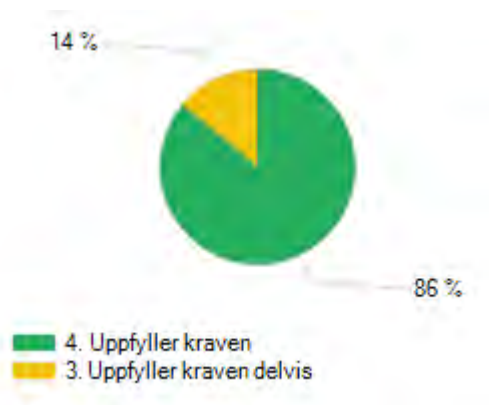
Samtliga verksamheter leds av chefer som har den utbildning och/eller den erfarenhet som avtalet kräver. Ledning finns tillgänglig för medarbetarna mellan klockan 7.00 och klockan 22.00 då verksamheterna bedrivs.

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.

Verksamheter som drivs i privat regi har aktuellt tillstånd från IVO.

Personal och utbildning

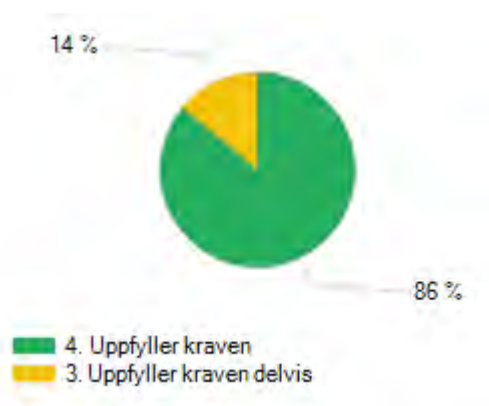


Verksamheterna har rutiner och arbetssätt för att säkerställa bemanningen.

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. Under året har några av verksamheterna arbetat med att systematisera sina arbetssätt.

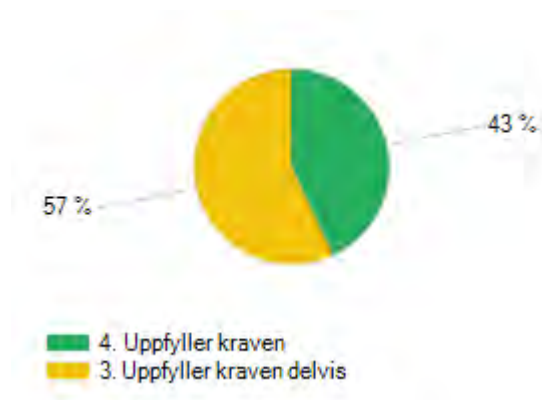
I verksamheterna har man arbetssätt för att identifiera behov av kompetensutveckling. Alla verksamheter har dokumenterat behovet i en generell kompetensutvecklingsplan, och de flesta utförare har upprättat individuella kompetensutvecklingsplaner för sina medarbetare. En av verksamheterna behöver förtydliga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

Samverkan



Samtliga utförare har upprättade rutiner för intern och extern samverkan. De verksamheter som behövde förtydliga rutinerna har enligt självskattning reviderat dessa under året; en verksamhet har dock kvarstående utvecklingsområde, då detta inte hunnits med under året.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

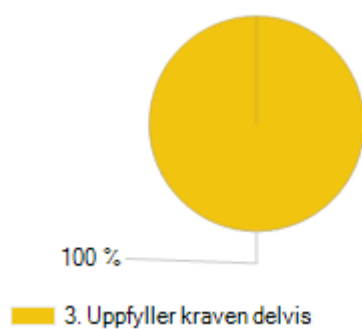


Samtliga verksamheter har rutiner framtagna för medarbetarna som stöd för att följa ledningssystemet. Implementeringen av detta arbete har sin start i introduktionen och uppföljningen av introduktionen. Rutiner aktualiseras därefter löpande på APT, medarbetarsamtal och på dagliga avstämningar då situationen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

Utförarna analyserar risker i verksamheten och utför egenkontroller av olika områden för att säkerställa följsamheten till lagar och riktlinjer. Ett kvarstående utvecklingsområde generellt är dokumentationen av detta arbete. 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



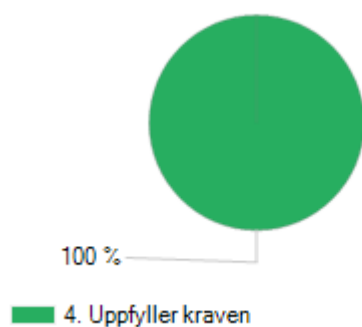
Social dokumentation är ett utvecklingsområde av varierande grad för samtliga utförare av hemtjänst. I verksamheterna upprättas genomförandeplaner tillsammans med kund, vilket stärker kundernas delaktighet och inflytande över planeringen av insatserna. Utförarna uppger att det är en utmaning att använda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

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. Det är förvaltningens ansvar att upprätta denna rutin och förankra hos utförarna under året.

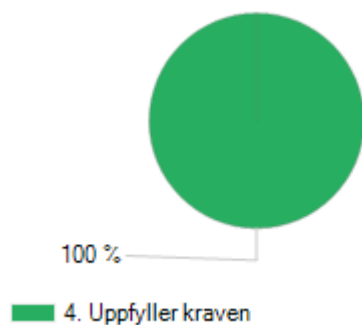
Självbestämmande och integritet



Samtliga 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.

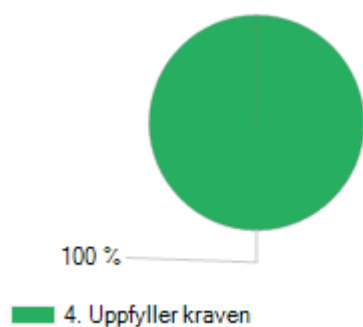
Bemötande och anhörigstöd



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.

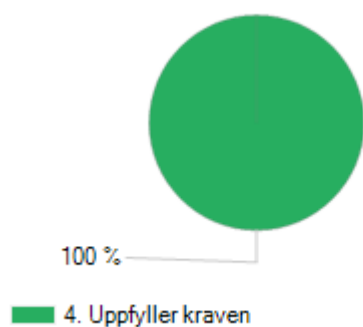
Säkerhet



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

Under året som har gått har några av verksamheterna förtydligat och/eller implementerat sina lokala rutiner inom delområdet hot och våld, detta utifrån verksamheternas självskattning. 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 2022

AB VESTA CARE



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 hade verksamheten 10 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

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

Av intervju med medarbetare och ledning lyfts återkommande teamkänslan på arbetsplatsen, där alla medarbetare utgör en viktig del för helheten. Personalkontinuiteten är hög. 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 2023. 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	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, 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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anmäla namnbyte IVO

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin för extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Datum reviderade rutiner
✓ Aktiviteten är slutförd.	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.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin Social dokumentation
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Social journal
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Rutin loggkontroll

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förtydligande rutin kontaktmannaskap

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.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 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 ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns.

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 ● 3. 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

Delområde	Kommentar
	<p>framkommer via medarbetarsamtal, på APT eller spontant i samtal.</p> <p>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 förflyttningsutbildning.</p> <p>Enligt självskattning har den generella kompetensutvecklingsplanen utvecklats på så sätt att det går att följa vilken medarbetare som deltagit i respektive utbildningsinsats och vilket datum, samt vad som är planerat framåt i verksamheten.</p>

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	<p>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.</p> <p>Av självskattning framgår att rutinen för extern samverkan är reviderad, så att det framgår hur samverkan sker med närstående och god man samt hur verksamheten samverkar med omvårdnadsförvaltningen i Solna.</p>
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	<p>Verksamheten har en upprättad rutin för intern samverkan. Där framgår struktur för intern samverkan och ansvarsfördelningen funktioner emellan.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>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.</p> <p>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.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser  3. Godkänd	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Av självskattning framgår att rutinen för avvikelsehantering har förtydligats gällande verksamhetschefens ansvar i processen.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>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.</p>

Delområde	Kommentar
	<p>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.</p> <p>Av självskatning framgår det att samtliga rutiner reviderats under året och att datum för detta framgår.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Av granskade akter har samtliga kunder aktuell genomförandeplan. Det beskrivs tydligt hur insatsen ska utföras.</p> <p>I samband med granskningen har samtycken uppmärksamats som behöver uppdateras. Av samtliga granskade genomförandeplaner framkommer att den enskilde varit delaktig i upprättandet, däremot framgår det inte på vilket sätt detta har skett, inte heller vilka som deltagit i upprättandet av genomförandeplanen. Riktlinjen ska följas gällande intervall för uppföljning av genomförandeplan.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Av de granskade journalerna framkommer att det är sparsamt med journalanteckningar, vilket gör att det inte går att följa ärendet. I en av journalerna omnämns en annan persons hälsotillstånd.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>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.</p> <p>Av självskatning framgår att rutinen för social dokumentation har förtydligats. Förvaltningen ska upprätta rutin för loggkontroll.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Rutin för kontaktmannaskap finns upprättad i verksamheten. Av rutinen framgår kontaktmannens ansvar, och av intervju med medarbetare framkommer att rutinen är implementerad i verksamheten.</p> <p>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.</p> <p>Av självskatning framgår att rutinen har förtydligats med information om hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro.</p>
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	<p>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.</p> <p>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.</p>

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 ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hot och våld som belyser våld i nära relationer. Av självskattning framgår att verksamheten tagit fram en policy för hot och våld i arbetet.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutiner och arbetssätt samt utrustning för säker 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 56
Skattekontroll ● 3. Godkänd	AB Vesta Care Organisationsnummer: 556843-1521 Namn: Sollentuna Omsorg AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter: 1 nov-22 363 955,00 okt-22 416 330,00 sep-22 467 721,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

ALFAHEM AB



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Alfahem AB (tidigare Alfa hemtjänst) har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 mars 2017. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten fyra kunder i Solna. Alfahem AB 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

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

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 2023. 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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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	● 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.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	APT-protokoll

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Utveckla rutin extern samverkan
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 av tre delområden.

Verksamheten behöver förtydliga dokumentationen av riskanalys.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Datum reviderade rutiner
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rapportera och dokumentera avvikelser
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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 utveckla egenkontrollen för social dokumentation så att den uppfyller sitt syfte.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Egenkontroll social dokumentation
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Social journal
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	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	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. Det framgår av dokumentgranskning att verksamheten protokollför APT-möten och förvarar 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 arbetssätt 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
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 ● 3. 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 har enligt verksamhetschefs självskattning förtydligas med uppföljning av planerade utbildningar, samt vilka medarbetare som deltagit i respektive utbildningssatsning.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan. Rutinen har enligt verksamhetschefs självskattning reviderats på så sätt att det framgår vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, vilka som ska delta och när samverkan ska ske alternativt med vilket intervall.

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för intern samverkan. Rutinen har enligt verksamhetschefs självskattning reviderats på så sätt 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 ● 3. 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. Av dokumentgranskning framgår att antalet rapporterade avvikelser har ökat, vilket visar på att de åtgärder verksamheten vidtagit sedan föregående år har gett effekt.
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. Enligt verksamhetschefs självskattning framgår det 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. Kvalitetsutvecklare har granskat inskickad riskanalys, och detta är ett kvarstående arbete i verksamheten.

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. Kvalitetsutvecklare har med kunders samtycke granskat genomförandeplaner i verksamheten. Av granskningen framgår att beskrivning av kundernas delaktighet i upprättandet saknas. Beskrivning om hur insatsen ska utföras behöver utvecklas, liksom när och av vem. Genomförandeplanerna behöver följas upp enligt planering och riktlinjer för att vara aktuella.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Av de journaler som granskats går att utläsa avvikelser från genomförandeplanen. I journalerna finns anteckningar om händelser av betydelse. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått kundernas samtycke till att granska journaler, något som inte finns dokumenterat i journalen. Journalanteckningar är ibland skrivna i punktform och inte sammanhängande text, vilket gör dem svåra att läsa. Journalanteckningar ska föras med regelbundenhet, långa intervall mellan journalanteckningar har observerats. Det har vidare identifierats dubbla anteckningar, där den ena skulle ha markerats som felaktig. Språket är delvis nedlåtande i vissa anteckningar.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation. Utformningen av egenkontrollen behöver utvecklas för att fylla sitt syfte. Detta på grund av att de brister i genomförandeplaner och social journal som förvaltningen identifierat vid granskningen inte observerats av verksamhetens egenkontroll.

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 kontaktperson. 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 anhängighet

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.
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	Alfahem AB Rating: 70
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Alfahem AB <hr/> Organisationsnummer: 165591815179 Namn: Alfahem AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA

Delområde	Kommentar
	Beslutade arbetsgivaravgifter:1 dec-22 73 758 nov-22 59 022 okt-22 53 972

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

BÄST OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 fem kunder i Solna. Bäst Omsorg är även verksamma i Sundbyberg och flera stadsdelar i Stockholms stad. Kontoret finns beläget på Spångavägen i Spånga.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

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 kan konstateras att verksamheten har fortsatt utvecklingspotential 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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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 av två delområden.

Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan
✓ Aktiviteten är slutförd.	Uppföljning av introduktion

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Datum reviderade rutiner
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Rapportera avvikelser
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Dokumentation egenkontroll
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin synpunkts- och klagomålshantering
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 riktlinje. Egenkontrollen ska utgå från riktlinjen.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Egenkontroll social dokumentation
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	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.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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, 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  3. Godkänd	<p>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.</p> <p>Av självskattning framgår att dokumentation numera görs gällande när och av vem uppföljningen av introduktionen har gjorts.</p>
Kompetensutveckling  2. Delvis godkänd	<p>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.</p> <p>Av självskattning framgår att den generella kompetensutvecklingsplanen har förtydligats med uppföljning av planerade utbildningar. Dock kvarstår att dokumentera vilka medarbetare som deltagit i respektive utbildningssatsning, detta planeras vara klart innan 2022 års slut.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	<p>Verksamheten har rutin för extern samverkan, där man identifierat viktiga samverkansparter. Rutinen beskriver även hur samverkan ska gå till.</p> <p>Via självskattning framgår att man under året reviderat rutinen så att samtliga samverkansparter omfattas och att det framgår vem som ansvarar för vilken typ av samverkan.</p>
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	<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
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	<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.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<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 APT. Av intervju med medarbetare framgår att rapporteringsskyldigheten är känd.</p> <p>Av självskattning framgår att rutin har tagits fram för hantering av klagomål och synpunkter i verksamheten. Det framgår vidare via självskattning att arbete kvarstår med att rapportera avvikelser.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har lokala rutiner upprättade som finns tillgängliga för medarbetarna. Rutinerna revideras regelbundet, och enligt självskattning framgår senaste revisionsdatum av rutinen. 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. Av riskanalyserna framgår planerade åtgärder som syftar till att minska risken för att negativ händelse inträffar.</p> <p>Av dokumentgranskning framgår att dokumentationen av arbetet med egenkontroller behöver förtydligas så att planerade åtgärder framgår vid</p>

Delområde	Kommentar
	identifierad avvikelse Detta arbete kvarstår.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Samtliga kunder uppges ha en genomförandeplan. Av granskningen framkommer att mål finns beskrivna för respektive insatser. Av förvaltningens granskning av genomförandeplanen saknas information om på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen, hur detta har gått till, samt vem från hemtjänstutföraren som varit delaktig i upprättandet i genomförandeplanen. Hur insatsen ska genomföras behöver utvecklas, liksom ett förtydligande av vem ska utföra insatsen. Uppföljning av genomförandeplanen följer inte riktlinjens intervall.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått samtycke till att ta del av de enskildas journaler, något som inte finns dokumenterat i journalen. Av granskningen framkommer att anteckningar skrivs sporadiskt hos vissa kunder, det saknar en regelbundenhet. I en av journalerna framkommer att kund regelbundet mår dåligt, men det framkommer inga vidtagna åtgärder eller återkoppling efter kontakt med exempelvis vårdgivare. Arbetsanteckningar har påträffats i den sociala journalen och det förekommer anekdotisk journalföring som inte fyller någon funktion. Fel namn har påträffats i journalen. Dokumentation saknas när insats påbörjas och exempelvis genomförandeplan upprättats.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation. Av dokumentgranskning framkommer att det av dokumentationen inte framgår inte vilka åtgärder verksamheten planerar att vidta till följd av identifierad avvikelse. Förvaltningen ska upprätta rutin för loggkontroll.

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. 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.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	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.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Bemötande- och värdegrundsfrågor lyfts redan i samband med rekrytering och introduktion till verksamheten. Medarbetarna tar del av Solna stads 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.
Stöd till närstående ● 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 ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för hot och våld i nära relationer, samt utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Av självskattning framgår att rutinen om hot och våld rörande medarbetares arbetsmiljö under året har implementerats i verksamheten.
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 95
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Bäst Omsorg Bäst Omsorg <hr/> 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 nov-22 194 861,00 okt-22 201 611,00 sep-22 197 707,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

MÅNGKULTURELL HEMTJÄNST



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 med Solna stad enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 mars 2011. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten fem kunder i Solna. Mångkulturell hemtjänst är också verksam i Sundbyberg och Stockholms stad. Kontoret finns beläget på Domnarvsgatan i Spånga.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

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 kan konstateras att verksamheten har fortsatt utvecklingspotential gällande social dokumentation. Ett arbete som även i år kvarstår sedan tidigare års uppföljningar 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 2023. 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	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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 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

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Checklista 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 av två delområden

Rutinen för extern samverkan behöver färdigställas.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Revidera 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.

De riskanalyser som görs måste dokumenteras, likaså behöver avvikelser, klagomål och synpunkter dokumenteras i större utsträckning.

Status	Utvecklingsområden
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Dokumentera avvikelser
✅ Aktiviteten är slutförd.	Revidera rutiner
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Dokumentera 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. Egenkontrollen ska utgå från riktlinjen och dokumentationen av denna behöver bli tydlig.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Egenkontroll social dokumentation
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Social journal
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	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
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 arbetssätt 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 ● 3. 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. Det framgår av verksamhetens självskattning att checklistan under året har uppdaterats 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 ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för intern samverkan där strukturen för hur och mellan vilka samverkan ska ske internt.
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan. Av verksamhetens självskattning framgår att rutinen under året har förtydligats. Arbete kvarstår gällande vem som ansvarar för vilken typ av samverkan.

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. Av verksamhetschefens självskattning framgår datum på rutiner då de senast reviderats. Ett utvecklingsområde i verksamheten är att dokumentera kvalitetsarbetet. Dokumenterad riskanalys har efterfrågats inför uppföljningen, något förvaltningen inte har fått ta del av. Av dokumentgranskning framgår att de egenkontroller som görs i verksamheten behöver dokumenteras på ett tydligare sätt så att det framgår vad som granskats, utfallet av detta och eventuellt vidtagna åtgärder, samt uppföljning om dessa åtgärder givit effekt.
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. Ledningen uppger att ett klagomål har inkommit under året. Verksamheten behöver dokumentera avvikelser, synpunkter och klagomål i större utsträckning.
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	Av de två granskade genomförandeplanerna uppfyller en kraven. I den första genomförandeplanen är delaktigheten bra beskriven och det framkommer vem som deltagit vid upprättandet. Hur insatser ska genomföras beskrivs på ett tydligt sätt. Den andra genomförandeplanen vi fått samtycke från kund att granska finns ingenting beskrivet under insatsen.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	I båda journaler som förvaltningen fått samtycke från kund att granska, finns information om samtycket dokumenterat i journalen. Av granskningen framkommer att det är få anteckningar med relevant innehåll, det vill säga anteckningar med relevans för insatserna som kund är beviljad. Anteckningarna beskriver oftast det som görs hos kund i enlighet med genomförandeplanen. Journalanteckningar om orsak och vidtagna åtgärder saknas för kunder som återkommande tackar nej till insatser.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation fyra gånger per år. Av dokumentgranskning framgår det dock inte av egenkontrollen vilka delar av den sociala dokumentationen som granskats, vad som framkommit av

Delområde	Kommentar
	egenkontrollen, vilka eventuella åtgärder som vidtagits samt uppföljning av dessa.

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. 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 arbetssätt.
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 67
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Mångkulturell hemtjänst Organisationsnummer: 556707-5352 Namn: Mångkulturell Hemtjänst i Stockholm AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA

Delområde	Kommentar										
	<table><tr><td data-bbox="517 219 852 241">Beslutade arbetsgivaravgifter:1</td><td data-bbox="1257 248 1378 271"></td></tr><tr><td data-bbox="517 248 596 271">nov-22</td><td data-bbox="1257 248 1378 271">110 393,00</td></tr><tr><td data-bbox="517 277 596 300">okt-22</td><td data-bbox="1257 277 1378 300">98 603,00</td></tr><tr><td data-bbox="517 306 596 329">sep-22</td><td data-bbox="1257 306 1378 329">82 206,00</td></tr><tr><td data-bbox="517 329 1378 336"><hr/></td><td data-bbox="1257 329 1378 336"></td></tr></table>	Beslutade arbetsgivaravgifter:1		nov-22	110 393,00	okt-22	98 603,00	sep-22	82 206,00	<hr/>	
Beslutade arbetsgivaravgifter:1											
nov-22	110 393,00										
okt-22	98 603,00										
sep-22	82 206,00										
<hr/>											

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

OLIR



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

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 2023. 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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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	● 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.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 ett av tre delområden.

Dokumentationen av arbetet med egenkontroller och riskanalyser behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rapportera och dokumentera avvikelser
✓ Aktiviteten är slutförd.	Reviderade rutiner
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Dokumentation egenkontroll
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Dokumentation egenkontroll social dokumentation
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Social journal
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	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 ● 3. 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 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. Av självskattning framgår att den generella kompetensutvecklingsplanen har reviderats, så att det framgår vilka medarbetare som avses.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för extern samverkan, där man identifierat viktiga samverkansparter. Av självskattning framgår att rutinen reviderats och förtydligats avseende hur ofta/när samverkan ska ske. Det framgår vidare att rutinen omfattar samtliga samverkansparter.
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. Representanter från personalgruppen deltar i upprättandet av riskanalyser och egenkontroller.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. 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 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. Av granskning framkommer att antalet avvikelser ökar mot föregående år, vilket visar på att insatta åtgärder givit effekt.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	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. Rutinerna revideras regelbundet, och enligt självskattning framgår senaste revisionsdatum av rutinen. Dokumentation av arbetet med egenkontroller behöver förtydligas. Kvalitetsutvecklare har inför granskningen fått ta del av en sammanfattning av utfallet, men saknar redovisande dokument som utgör underlaget för denna. Dokumentation av riskanalyserna behöver förtydligas avseende vilka risker verksamheten identifierat kopplat till de olika områden som analyseras. Det ska även framgå av dokumentationen vilka som deltagit i riskanalysen.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Av granskade genomförandeplaner framgår att kunden varit delaktig i upprättandet, men inte på vilket sätt. Hur insatsen ska utföras är relativt väl beskrivet, även om viss utvecklingspotential finns. Verksamhetens bemötandepolicy finns med i genomförandeplanen, det behöver åtgärdas.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Granskningen av social journal visar på att ärendet inte kan följas i journalen; dokumentation om exempelvis mottagen beställning och planering av insatser saknas. Dokumenterat samtycke saknas i journalen. Åtgärder framkommer inte och vilka kontakter verksamheten har haft samt vilka effekter det inneburit för den enskilde. Anteckningarna signeras flera veckor efter det har skrivits.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten arbetar regelbundet med egenkontroller. Kvalitetsutvecklare har inför granskningen fått ta del av en sammanfattning av utfallet, men saknar redovisande dokument som utgör underlaget för denna.

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 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. 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 arbetssätt.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för privata medel och tillämpade arbetssätt.
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 Rating 79
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Olir <hr/> Organisationsnummer: 556887-1080 Namn: OLIR AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 nov-22 157 656,00 okt-22 152 850,00 sep-22 154 899,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

OMSORGSJOURN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 hade verksamheten fyra kunder i Solna. Omsorgsjouren är också verksamma 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

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortflöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

Ledarskapet i verksamheten 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 2023. 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 fortflöpt 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, 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 2021	Resultat 2022
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
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

- 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

- 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Revidera rutiner

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetsätt 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 utveckla egenkontrollen för social dokumentation så att den uppfyller sitt syfte.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Egenkontroll social dokumentation
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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

Verksamheten uppfyller kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	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
	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 kundenkäter, 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 ● 3. 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. Av uppföljning via självskattning uppger verksamhetschef att datum för senaste revidering framgår av rutinerna.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Det framkommer att den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Ett identifierat förbättringsområde som framkom av granskningen av genomförandeplaner är att beskriva på vilket sätt den enskilde är delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Det behöver även framgå vilken medarbetare från utföraren som deltagit i upprättandet av genomförandeplanen. Beskrivningen av hur insatserna ska genomföras behöver förtydligas. Vid granskningen identifierades värderande ord och kränkande språkbruk i genomförandeplanen. Vidare noterades att ett antal genomförandeplaner inte var uppföljda i enlighet med riktlinje.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått samtycke till att ta del av de enskildas journaler, något som dokumenteras i en av de granskade journalerna. I samband med granskningen uppmärksammades ovidkommande anteckningar om felregistrerad tid, samt anekdotisk journalföring som inte fyller någon funktion. I en journal framkommer att kund ofta mår dåligt, men av journalen framgår inga vidtagna åtgärder och ingen återkoppling efter kontakt med exempelvis vårdgivare. Inklippta mejl påträffades i social journal. Det har även identifierats beskrivna aktiviteter i journalen som borde framgå av genomförandeplanen.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation. Vid granskningen av den senaste egenkontrollen framgår att utformningen av denna behöver utvecklas för att fylla sitt syfte. Detta på grund av att de brister i genomförandeplaner och social journal som förvaltningen identifierat vid granskningen inte observerats i samband med verksamhetens egenkontroll.

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 verksamhetschefen 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. Verksamhetschefen 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 verksamhetschefen 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.

Delområde	Kommentar
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: 61																				
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Omsorgsjouren</th> </tr> <tr> <th>Organisationsnummer:</th> <th>556858-9336</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Namn:</td> <td>Omsorgsjouren Sverige 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>nov-22</td> <td>349 939,00</td> </tr> <tr> <td>okt-22</td> <td>199 530,00</td> </tr> <tr> <td>sep-22</td> <td>76 201,00</td> </tr> </tbody> </table>	Omsorgsjouren		Organisationsnummer:	556858-9336	Namn:	Omsorgsjouren Sverige AB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter: 1		nov-22	349 939,00	okt-22	199 530,00	sep-22	76 201,00
Omsorgsjouren																					
Organisationsnummer:	556858-9336																				
Namn:	Omsorgsjouren Sverige AB																				
Godkänd för F-skatt:	JA																				
Registrerad för moms:	JA																				
Registrerad som arbetsgivare:	JA																				
Beslutade arbetsgivaravgifter: 1																					
nov-22	349 939,00																				
okt-22	199 530,00																				
sep-22	76 201,00																				

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

SAGAC



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 10 kunder i Solna stad. Sagac har avtal enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 juni 2013. Företaget är även verksam 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

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

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 2023. 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, 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 2021	Resultat 2022
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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

- 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förtydliga rutin lex Sarah
✓ Aktiviteten är slutförd.	Uppdatera rutinpärm

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förtydliga blankett för klagomål och synpunkter

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 uppdateras och den sociala journalen ska innehålla anteckningar kopplade till uppdraget.

Status	Utvecklingsområden
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Loggkontroll
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Uppdatera genomförandeplaner
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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

4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Uppdatera 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 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 medarbetarna på APT.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	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. I samband med anställning informeras medarbetare om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Enhetschef berättar att det är en punkt man lyfter på APT minst

Delområde	Kommentar
	<p>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 året.</p> <p>I samband med uppföljning genom självskattning framgår att blanketten för klagomål och synpunkter har förtydligats så att det framgår att dessa kan lämnas anonymt till verksamheten. Vidare har verksamheten under året förtydligat rutinen för lex Sarah.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har implementerade arbetssätt 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>I samband med uppföljning via självskattning framgår att verksamheten uppdaterat rutinerna i pärmen behöver i enlighet med de rutiner som finns i det digitala verksamhetssystemet.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Av de granskade genomförandeplanerna framgår hur den enskilde varit delaktig i upprättandet. Hur insatserna ska utföras beskrivs relativt tydligt, men informationen bör flyttas från rubriken vad till hur för att förtydliga ytterligare.</p> <p>Av genomförandeplanen ska det framgå vilka som deltagit i upprättandet. Ett flertal genomförandeplaner har inte följts upp enligt intervall i riktlinje. Samtycken behöver uppdateras.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Av granskade journaler saknas information om vilka åtgärder som vidtagits. Det är svårt att följa utvecklingen på grund av få anteckningar. Värdeord har observerats i social journal i samband med granskningen. Journalanteckningar måste signeras</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har en rutin för social dokumentation. Verksamheten har genom regelbunden egenkontroll av området identifierat utvecklingsområden.</p> <p>Förvaltningen ska upprätta en rutin för loggkontroll.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Kontaktmannaskap</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<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>
<p>Tillgänglighet och information</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>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.</p> <p>I verksamheten har man regelbundna samtal med kunderna och /eller närstående, och sprider på så sätt verksamhetsinformation.</p>

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 ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för hot och våld gällande kund. Under året har verksamheten upprättat en 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 tystnadsplikten innebär.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Sagac Rating 93
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Sagac Organisationsnummer: 556758-0997 Namn: Sagac i Stockholm AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 nov-22 190 150,00 okt-22 181 939,00 sep-22 172 783,00



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-03-24
ON/2023:44

Avtalsuppföljning av hemtjänstutförare med fler än 10 kunder samt trygghetslarm och nattpatrull år 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2022.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har under 2022 omfattat sex verksamheter.

Kvalitetsutvecklare har följt upp verksamheternas arbete med utvecklingsplanen baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning. Kvalitetsutvecklare har, med kundernas samtycke, granskat verksamheternas sociala dokumentation. Utöver detta har kvalitetsutvecklare begärt in redovisade dokument utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden. Nya bedömningar har endast gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För de delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll. Denna omfattar dock inte de verksamheter som drivs i egen regi; Humaniora hemtjänst och Larm och natt.

Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden september 2022 till mars 2023.

Det framgår tydligt av årets avtalsuppföljningar att samtliga verksamheter har arbetat med utvecklingsplanen under året. Fortsatt 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. Generella utvecklingsområden som kvarstår 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. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att fortsätta arbetet med de utvecklingsplaner de tog fram förra året med fokus på kvarstående utvecklingsområden.

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 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 2022

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 2022 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, Allegio Omsorg, Attendo, Humaniora hemtjänst, Larm och Natt samt Proffssystem. 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

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortflöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs i stycket ovan innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll. Denna omfattar dock inte de verksamheter som drivs i egen regi; Humaniora hemtjänst och Larm och natt.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att fortsätta arbetet med de utvecklingsplaner de tog fram förra året med fokus på kvarstående utvecklingsområden.

Sammanfattande bedömning

Det framgår tydligt av årets avtalsuppföljningar att samtliga verksamheter har arbetat med utvecklingsplanen under året.

Fortsatt 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 kvarstår utvecklingsbehov är 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 tydliggöra den röda tråden i kvalitetsarbetet. De förbättringsområden som identifieras kan förhoppningsvis hjälpa verksamheterna i arbetet framåt.

Social dokumentation är ett gemensamt område där behov av utveckling finns även i år. Området är komplext och många av de medarbetare som arbetar i hemtjänsten har inte svenska som modersmål, vilket kan försvåra dokumentationen. Det pågår en satsning inom yrkessvenska och omsorgskunskap som förvaltningen erbjuder. Detta i kombination med att samtliga utförare arbetar med att höja kompetensen inom området bedöms 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

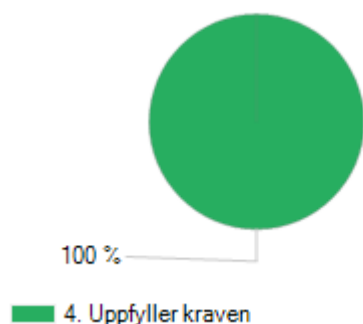
Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven 50 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 50 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)	● 4. Uppfyller kraven 83 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 17 (%)
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven 17 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 83 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)	● 4. Uppfyller kraven 50 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 50 (%)
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven 83 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 17 (%)	● 4. Uppfyller kraven 83 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 17 (%)
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven 83 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 17 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven 67 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 33 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)

Schematisk sammanställning över samtliga verksamheter som följts upp 2022.

	Adela omsorg	Attendo	Humaniora	Proffs-systemen	Larm & Natt	Allegio omsorg	SUMMA
Ledning & organisation	● 4.	● 4.	● 4	● 4.	● 4	● 4.	24
Personal & utbildning	● 4	● 4	◆ 3.	● 4	● 4	● 4	23
Samverkan	● 4	● 4	● 4	● 4.	● 4	● 4.	24
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4	● 4	◆ 3.	● 4	◆ 3.	◆ 3.	21
Social dokumentation	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	18
Självbestämmande & integritet	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	◆ 3.	● 4.	23
Bemötande & anhörigstöd	● 4.	● 4.	● 4	● 4.	● 4.	● 4.	24
Säkerhet	● 4.	● 4.	● 4	● 4	● 4.	● 4.	24
Ekonomisk kontroll	● 4.	● 4.	Ej aktuell*	● 4.	Ej aktuell*	● 4.	16
SUMMA	35	35	29	35	29	34	

*)Verksamheter som drivs i egen regi; Humaniora hemtjänst samt Larm och natt omfattas inte av ekonomisk kontroll.

Ledning och organisation

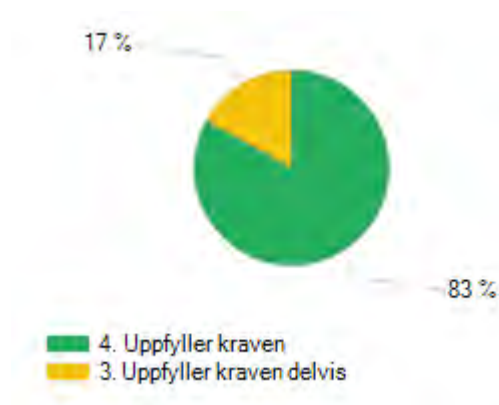


Samtliga verksamheter leds av chefer som har den utbildning och/eller den erfarenhet som avtalet kräver. Ledning finns tillgänglig för medarbetarna mellan klockan 7.00 och klockan 22.00 då verksamheterna bedrivs och rutiner finns för ersättare vid verksamhetschefs frånvaro. Alla verksamheter har en organisation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

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

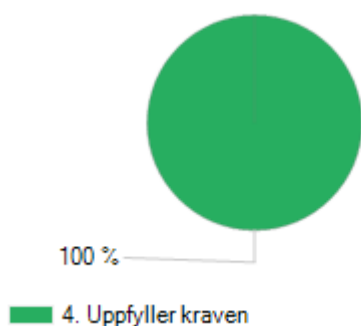


Verksamheterna har rutiner och arbetssätt för att säkerställa bemanningen.

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.

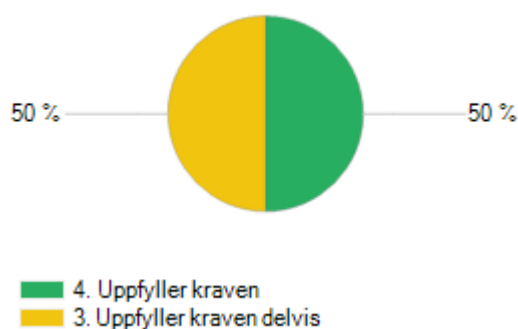
I verksamheterna har man arbetssätt för att identifiera behov av kompetensutveckling. Alla verksamheter har dokumenterat behovet i en generell kompetensutvecklingsplan, och de flesta utförare har upprättat individuella kompetensutvecklingsplaner för sina medarbetare.

Samverkan



Samtliga utförare har upprättade rutiner för intern och extern samverkan. Under året har några verksamheter förtydligat rutinerna gällande vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, hur detta ska gå till, hur ofta samt med vem samverkan sker.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

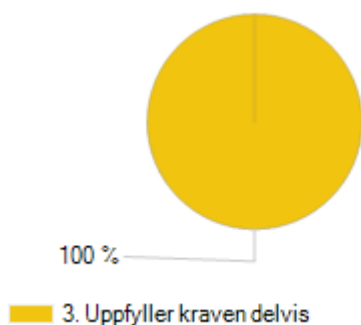


Samtliga verksamheter har rutiner framtagna för medarbetarna som stöd för att följa ledningssystemet. Implementeringen av detta arbete har sin start i introduktionen och uppföljningen av introduktionen. Rutiner aktualiseras därefter löpande på APT, medarbetarsamtal och på dagliga avstämningar då situationen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



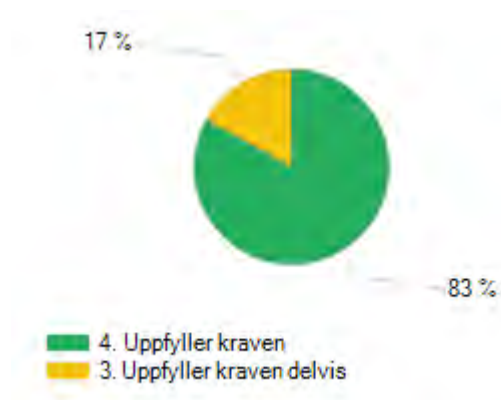
Social dokumentation är ett utvecklingsområde av varierande grad för samtliga utförare av hemtjänst. I verksamheterna upprättas genomförandeplaner tillsammans med kund, vilket stärker kundernas delaktighet och inflytande över planeringen av insatserna. Utförarna uppger att det är en utmaning att använda 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. Förvaltningen ska ta fram en rutin för detta.

Självbestämmande och integritet

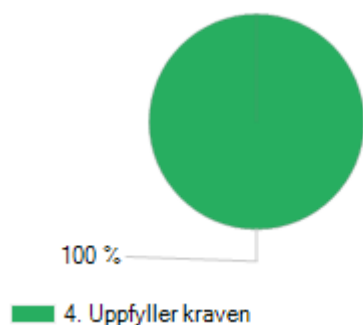


I stort sett alla utförare uppfyller kraven inom självbestämmande och integritet. Rutiner och arbetssätt bedöms vara väl förankrade avseende kontaktmannens ansvar, informationsöverföring till kund både i uppstart av hemtjänst samt löpande under den tid insatserna pågår.

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.

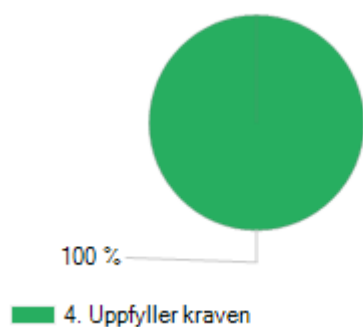
Bemötande och anhörigstöd



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 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.

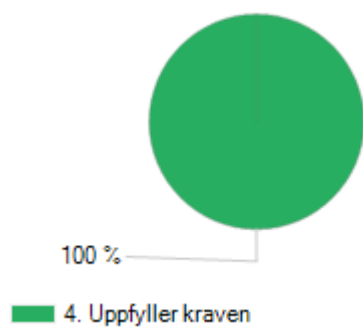
Säkerhet



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

Intervjuade medarbetare 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 2022

ADELA OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 hade verksamheten cirka 100 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

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

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 2023. 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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
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

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplaner
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Loggkontroll
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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

Verksamheten uppfyller kraven.

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 kvällpatrull 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 ● 3. 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. Av verksamhetschefs självskattning framgår att den generella kompetensutvecklingsplanen har förtydligats med planerade datum för uppföljning. Där framgår även 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 ● 3. 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. Av självskattnings framgår att rutinen reviderats och omfattar samtliga forum för samverkan.

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 ● 3. 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 dokumentgranskning framkommer att riskanalyserna innehåller information om vem som ansvarar för åtgärderna, när det ska vara klart och när uppföljning ska ske.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Vid granskning av genomförandeplanerna framgår att information saknas om hur kunden varit delaktig i upprättandet, liksom information om vilken medarbetare som deltagit i samband med detta. Hur insatsen ska utföras behöver förtydligas. Av granskningen framkommer att det inte beskrivs hur stöd ska ges gällande beviljade insatser som inte genererar tid för utföraren.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått samtycke till att ta del av de enskildas journaler, något som inte finns dokumenterat i journalen. Av de granskade journalerna saknas dokumenterat samtycke generellt. Iakttagelser som medarbetarna gör ska följas upp av en åtgärd som ska framgå av journalen, vilket

Delområde	Kommentar
	det inte gör i dagsläget. Dokumentationen innehåller bedömningar såsom diagnoser; i dessa fall ska medarbetaren beskriva iakttagelser av förändrat hälsotillstånd utifrån vad medarbetaren noterar. I samband med granskningen har arbetsanteckningar kopplat till närvaroregistrering hos kund påträffats.
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. Förvaltningen ska upprätta en rutin för detta.

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 kontaktpuppgifter 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 ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner och utrustning för en säker nyckelhantering och 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 67
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Adela Omsorg <hr/> Organisationsnummer: 556844-3609 <hr/> Namn: AB Adela Omsorg Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 nov-22 799 999,00 okt-22 771 155,00 sep-22 813 892,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

ALLEGIO OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 cirka 25 kunder i Solna. Allegio omsorg är även verksamma med hemtjänst i Sundbyberg, Nacka och i flera av Stockholms stadsdelar.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

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

Utvecklingsområden som framkommer är delar av det systematiska kvalitetsarbetet 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 2023. 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	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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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	● 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.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Kvalitetsansvarig
✓ Aktiviteten är slutförd.	Upprätta rutin chefsbyte

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Uppföljning introduktion

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 av tre delområden.

Verksamheten behöver förtydliga dokumentationen av utförda egenkontroller.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Dokumentation egenkontroll
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Rapportera och dokumentera avvikelser
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förtydliga riskanalys
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 för att uppfylla sitt syfte.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Egenkontroll social dokumentation
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplaner
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	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

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. 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. Av självskattning framgår att verksamheten har upprättat en rutin med syfte att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt i samband med chefsbyte. Av denna framgår även att en handlingsplan upprättas i samband med chefsbyte.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. 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. Av självskattning framgår att verksamheten har utsett en kvalitetsansvarig, vilket även kommunicerats till medarbetare via APT i början av året.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns.

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 ● 3. 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. Av självskattning framgår att verksamheten dokumenterar vem som har gjort uppföljning av introduktionen och när detta gjorts.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	I verksamheten har cirka 62% av medarbetarna undersköterskeutbildning. Medarbetarna har individuella kompetensutvecklingsplaner som tas fram under medarbetarsamtalet och följs upp under lönesamtalet.

Delområde	Kommentar
	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 ● 3. Godkänd	Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan. Utifrån självskattning omfattar rutinen samtliga samverkansparter, och det framgår 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, och av självskattning framkommer att datum för senaste revidering framgår av rutinerna. Av självskattning framgår att riskanalyserna har förtydligats; det framgår vem som ansvarar för planerade åtgärder, samt uppföljning av dessa. Verksamheten har under året reviderat samtliga rutiner och angivit datum för detta. Dokumentationen av egenkontroll av social dokumentation har förtydligats mot föregående år; utfallet framgår mer tydligt. Av granskad egenkontroll framkommer inte vilka åtgärder som planeras att vidtas vid identifierad avvikelse.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har en upprättad rutin för avvikelser och en tydlig struktur för hantering av avvikelse-, 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. Antalet rapporterade avvikelser har ökat avsevärt under året, vilket visar på att verksamhetens åtgärder givit resultat.
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 vilka som deltagit i upprättandet. Hur insatsen ska utföras behöver förtydligas samt hur kund varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått samtycke till att ta del av de enskildas journaler, något som inte finns dokumenterat i journalen. Av de granskade journalerna framkommer att det är få anteckningar gjorda för kunder med serviceinsatser. Av journalanteckningarna ska det även framgå när genomförandeplanen upprättas och när ny beställning inkommit. Under

Delområde	Kommentar
	granskningen har ovidkommande anteckningar påträffats i journalen om felregistrerad tid, samt anekdotisk journalföring som inte fyller någon funktion. Det framgår av en journal att kund ofta mår dåligt, men detta åtföljs inte av dokumentation om vidtagna åtgärder och återkoppling efter kontakt med exempelvis vårdgivare.
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hur egenkontroll av social dokumentation ska genomföras, och rutinen omfattar de områden som Solna stad kräver i sina riktlinjer. Dokumentationen av egenkontroll av social dokumentation har förtydligats mot föregående år; utfallet framgår mer tydligt. Av granskad egenkontroll framkommer inte vilka åtgärder som planeras att vidtas vid identifierad avvikelse. Verksamheten behöver också genomföra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används. Förvaltningen ska upprätta rutin för loggkontroll.





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: 81
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Allegio Omsorg <hr/> Organisationsnummer: 559019-7975 <hr/> Namn: Allegio Omsorg AB Godkänd för F-skatt: Ja Registrerad för moms: Ja Registrerad som arbetsgivare: Ja Beslutade arbetsgivaravgifter:1 nov-22 3 227 039,00 okt-22 3 142 167,00 sep-22 3 317 022,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

ATTENDO



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 cirka 250 kunder i Solna fördelat på tre 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

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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. Av intervju med medarbetare lyfts sammanhållningen och det välfungerande samarbetet i gruppen.

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 2023. 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 följksamhet 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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
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

- 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förtydliga rutin för intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Loggkontroll
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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

Verksamheten uppfyller kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	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. Av intervju med verksamhetschefer och medarbetare framkommer att fattade beslut följs upp på respektive möten.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	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. 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. 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. 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.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Andelen utbildade undersköterskor utgör drygt 60 % av tillsvidareanställda medarbetare. I verksamheten finns ett demensteam med demenscertifierade undersköterskor och teamet är fördelat på samtliga enheter. 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. Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan. Utifrån verksamhetens självskattning, har den generella kompetensutvecklingsplanen har under året förtydligats med planerade datum för uppföljning. Det framgår även vilka medarbetare som omfattas av den, samt vilken utbildning som har genomförts

Delområde	Kommentar
	utifrån planerade satsningar.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	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.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	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.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	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. 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. Enligt självskattning har rutinen för intern samverkan reviderats under året. Där beskrivs samtliga interna forum för samverkan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
Medarbetardeltagande i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	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. 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.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	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. Avvikelsena lyfts en gång per månad i kvalitetsledningsmöte för samtliga enheter i Solna. 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.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	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. 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/veller vid behov på morgon- och kvällsmöten.

Delområde	Kommentar
	<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>Av verksamhetens självskattnig framkommer att samtliga rutiner reviderats det senaste året.</p>



Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Av granskningen framgår information om vilka som deltagit i upprättandet av genomförandeplanen saknas. Den enskildes delaktighet framgår, men det behöver förtydligas i genomförandeplanen på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Hur insatserna ska utföras kan utvecklas.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Vid granskning av de sociala journalerna framkommer att det inte går att följa när beställning inkom, genomförandeplan har upprättats och uppföljning skett. Sammanfattningar förekommer ofta, vilket strider mot riktlinjen. Det förekommer arbetsanteckningar i journalen om tid och insatser. Vissa kunder tackar nej till insatser regelbundet, ibland flera dagar i rad, men orsak till detta framgår inte av journalen. Det har påträffats namn på andra personer i kunds journal</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. Förvaltningen ska upprätta rutin för loggkontroll.</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 anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	<p>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.</p>
Stöd till närstående  3. Godkänd	<p>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.</p>

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 87
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 nov-22 62 800 146,00 okt-22 62 696 504,00 sep-22 66 694 407,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

HUMANIORA



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 hade verksamheten cirka 560 kunder i Solna. Humanioras hemtjänst är indelade i sex grupper utifrån geografiska områden.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

Såväl ledning som medarbetare lyfter i intervjuerna att det finns en öppenhet på arbetsplatsen. Med syfte att hålla en hög personalkontinuitet arbetar medarbetarna i mindre grupper kring kund. Då verksamheten ständigt växer har organisationen förstärkts under året; en verksamhetsstödare har anställts som arbetar med kvalitetsfrågor, och i varje grupp stötts gruppchef med administrativt stöd.

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, 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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 av två delområden.

Verksamheten ska säkerställa att samtliga medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Arbeta systematiskt för att identifiera behov av kompetensutveckling
✓ Aktiviteten är slutförd.	Dokumentera uppföljning introduktion
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Individuella kompetensutvecklingsplaner
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Utvärdera värdet av utbildning

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin extern samverkan
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 av tre delområden.

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
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Systematiskt kvalitetsarbete
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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 respektive delområden.

Verksamheten behöver säkerställa social dokumentation i enlighet med Solna stads riktlinjer.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Journalanteckning
❗ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	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.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Stöd till närstående

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 och ledning ● 3. 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. 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. Enligt självskattning har en pärm färdigställts med rutiner för gruppcheferna, detta med syfte att säkra verksamhetens kvalitet i händelse av chefsbyte.
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 ● 3. Godkänd	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. Under året har arbetet med uppföljning av introduktionen systematiserats. Uppföljningen dokumenteras.

Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis 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 utbudet från staden, krav på utbildning, önskemål från personal samt de utbildningar som genomförs per regelbundenhet såsom förflyttningsteknik. Ett utvecklingsområde som kvarstår för verksamheten är att identifiera behov av kompetensutveckling utifrån resultat av genomförda egenkontroller och identifierade risker. I verksamheten saknas individuella kompetensutvecklingsplaner.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	I verksamheten är andelen tillsvidareanställda medarbetare hög. Varje arbetsgrupp är i sin tur uppdelade i mindre områden utifrån kontaktmannskapet. 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.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	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. Av självskattning framgår att rutinen har reviderats och omfattar samtliga externa samverkanspartners.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för intern samverkan. Det finns en struktur och ansvarsfördelning mellan verksamhetens olika funktioner. Av självskattning framgår att rutinen har reviderats och omfattar samtliga interna samverkanspartners.

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 utbildningsinsatser 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	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. Återkoppling av inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter till medarbetare sker i samband med APT eller på morgonrapport. Av granskning framgår att det finns brister i dokumentationen av avvikelser; insatta och planerade åtgärder dokumenteras sällan, samt uppföljning av dessa och huruvida åtgärderna givit 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

Delområde	Kommentar
	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.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare har gjort en granskning av social dokumentation i var och en av de sex olika grupperna inom Humaniora. Nedan följer en sammanfattning av granskningen. Utöver detta får verksamheten en återkoppling separat för respektive grupp. Granskningen av genomförandeplaner visar att information om hur den enskilde varit delaktig ibland saknas, och det framgår inte vilka som varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen. Information om hur insatserna ska utföras kan utvecklas. Intervallet för uppföljning har i vissa fall överskridits.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare har gjort en granskning av social dokumentation i var och en av de sex olika grupperna inom Humaniora. Nedan följer en sammanfattning av granskningen. Utöver detta får verksamheten en återkoppling separat för respektive grupp. Av den dokumentation som granskats framkommer att arbetsanteckningar skrivs i den enskildes sociala journal. Dokumenterade orsaker och åtgärder saknas då kund exempelvis tackar nej till insats, eller ofta avböjer besök. Det finns utmaningar att följa ett ärende över tid då journalföringen är för bristfällig.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation med regelbundenhet. Egenkontrollen har under året utvecklats och systematiseras. Verksamheten behöver göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används. Förvaltningen ska upprätta rutin för detta.

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 kontaktsman, 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 kontaktsman. Gruppchef brukar kontakta kunden för att höra hur kontaktmannaskapet fungerar. Medarbetarna är organiserade i mindre grupper. När ordinarie kontaktsman 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 värdegrundstavlur, och hänvisar till värdegrunden i olika typer av samtal med medarbetare. Kvalitetsdeklarationen ges till nya kunder och sitter i kundpärmerna.
Stöd till närstående ● 3. 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. Av självskattning framgår att verksamheten har upprättat en rutin som beskriver hur man identifierar och ger stöd till anhöriga.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för hot och våld. Rutinen har enligt självskattning reviderats och förtydligats.
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 2022

LARM OCH NATT



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 hade nattpatrullen cirka 110 kunder och trygghetslarmet cirka 1200 kunder i Solna. Nattpatrullen utför cirka 130 fysiska besök per natt och 13 digitala tillsynsbesök.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

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. Organisationen har under året förstärkts med en verksamhetsstödare som arbetar med kvalitetsfrågor.

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 2023. 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, 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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Pärm med rutiner

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Dokumentera uppföljning introduktion

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Utveckla rutin extern samverkan

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 måste förtydliga hur man arbetar med att följa upp insatta åtgärder för att bedöma om dessa givit förväntad effekt. Arbetet ska dokumenteras.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Avvikelser; uppföljning av insatta åtgärder
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Systematiskt kvalitetsarbete
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 Solna stads riktlinjer, samt dokumentera arbetet med egenkontroll av denna.


Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Dokumentera egenkontroll social dokumentation
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Sammanhållen journalföring
⚠ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Loggkontroll behörighet
⚠ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Upprätta rutin samtycke
⚠ Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	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 av två delområden.

Verksamheten behöver ge skriftlig information om verksamheten till nya kunder.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår med avvikelse.	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 facklig representant medverkar.</p> <p>Verksamhetschef uppger att fattade beslut följs upp på respektive möten.</p>
Verksamhetens organisation och ledning  3. Godkänd	<p>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. 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 dennes 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>Enligt självskattnig, har en pärm och en digital mapp färdigställt med rutiner för gruppcheferna, detta med syfte att säkra verksamhetens kvalitet i händelse av</p>

Delområde	Kommentar
	chefsbyte.
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 ● 3. Godkänd	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. Under året har arbetet med uppföljning av introduktionen systematiserats. Uppföljningen 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 sommaresemester bokas vikarie enligt schema för att hålla hög kontinuitet.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har identifierat viktiga externa aktörer. Gruppchef och/eller verksamhetschef deltar alltid på förvaltningens samverkansmöten. Av självskattning framgår att rutinen har reviderats och omfattar samtliga externa samverkanspartners.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för intern samverkan. Av självskattning framgår att rutinen har reviderats och omfattar samtliga interna samverkanspartners.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	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 och utveckla nya rutiner. Av intervju med medarbetare framkommer att kännedom finns om avvikelse- och klagomålshantering. Återkoppling av dessa sker i samband med 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 och på den dagliga avstämningen. 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. Av granskning framgår att det finns brister i dokumentationen av avvikelser; insatta och planerade åtgärder dokumenteras sällan, samt uppföljning av dessa och huruvida åtgärderna givit effekt.

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten genomförs olika aktiviteter med regelbundenhet, såsom egenkontroller och riskanalyser. 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.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Vid granskningen av genomförandeplaner saknas information om hur den enskilde varit delaktig i upprättandet av denna, samt vilka som deltog vid upprättandet av genomförandeplanen. Hur insatsen ska utföras beskrivs relativt tydligt i vissa granskade genomförandeplaner, medan det finns brister i andra. Genomförandeplanerna följs inte upp i enlighet med Solna stads riktlinje.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Av granskningen framkommer att det i social journal inte går att följa ärendet över tid, då faktiska omständigheter inte dokumenterats. I ett par akter saknas social journal. Verksamheten behöver inhämta samtycke från kunderna och upprätta en rutin för hur det ska göras. Dokumentation och andra handlingar som rör den enskilde ska samlas i en personakt som förvaras inlåst.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Arbetet med egenkontroll av social dokumentation behöver dokumenteras. Vidare behöver verksamheten göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används, förvaltningen ska upprätta rutin för detta.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Kontaktmannaskapet och dess innebörd är inte tillämpligt för verksamheten. I 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. I dagsläget hänvisar de till Solna stads hemsida, vilket inte bedöms vara tillgängligt för alla kunder. Arbete pågår med att uppdatera befintlig broschyr.

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

Delområde	Kommentar
	tystnadsplikten är känd.

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

PROFFSSYSTEMN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2022 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 totalt 26 kunder i Solna. Proffssystem är även verksam med hemtjänst i Upplands Väsby, Sollentuna och i flera av Stockholms stadsdelar.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar:

1. Uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Verksamhetschef har gjort en självskattning av hur arbetet har fortlöpt enligt den plan verksamheten tog fram efter 2021 års uppföljning.
2. Granskning av social dokumentation, där förvaltningen har genomfört granskat genomförandeplaner och social journal med kundernas samtycke.
3. Granskning av inskickade redovisande dokument som förvaltningen efterfrågat utifrån tidigare identifierade utvecklingsområden.

Det som beskrivs ovan stycke innebär att nya bedömningar endast har gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts med undantag för ekonomisk kontroll.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal kvarstående 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

Kundfokus och engagemang i verksamheten är starkt från såväl ledning som medarbetare. Personalkontinuiteten är hög.

Ett utvecklingsområde där förbättringsarbete 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 2023. 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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

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

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Dokumentera avvikelser
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 Solna stads riktlinje för social dokumentation.

Status	Utvecklingsområden
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Loggkontroll
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 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 ● 3. 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. Av självskattning framgår att den generella kompetensutvecklingsplanen har reviderats och att det där framkommer vilka medarbetare som berörs samt 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 ● 3. Godkänd	Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan där externa aktörer identifierats. Verksamheten följer förvaltningens olika samverkansrutiner och samordnare brukar delta på förvaltningens samverkansmöten.

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.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	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. 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.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	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. Av självskattnings framgår att antalet rapporterade avvikelser har mer än fördubblats mot föregående år, vilket visar på att insatta åtgärder givit effekt.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har en struktur för hur de arbetar med kvalitetsutveckling. I verksamheten genomförs egenkontroller med identifierade utvecklingsområden. Riskanalyser görs enligt verksamhetschef regelbundet, och det framgår av dokumentgranskning att riskanalyserna är daterade utifrån när de upprättats/senast reviderats.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Vid granskningen av genomförandeplaner framgår hur uppföljning av genomplanerna har gjorts. Det behöver framgå av genomförandeplanen vem/vilka som deltagit vid upprättandet av denna. Beskrivningen av hur insatserna ska utföras kan utvecklas.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått samtycke till att ta del av de enskildas journaler, något som inte finns dokumenterat i journalen. Vid granskningen framkommer att det återkommande finns sammanfattningar i journalen, vilket ska undvikas. Dokumentation om vidtagna åtgärder saknas. Språket behöver ses över för att vara mer respektfullt.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Av egenkontrollen framkommer att "den röda tråden" i den sociala dokumentationen är ett utvecklingsområde i verksamheten. Det finns en rutin för social dokumentation i verksamheten. Verksamheten behöver göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används. Förvaltningen ska upprätta en rutin för detta.

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 kontaktsman. Samordnare eller enhetschef följer upp med både kund och medarbetare hur

Delområde	Kommentar
	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 arbets sätt 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 ● 3. 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 uppges via självskattning vara förankrad 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 <hr/> Organisationsnummer: 556629-3907 Namn: Proffssystem i Stockholm AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter: 1 nov-22 643 080,00 okt-22 596 788,00 sep-22 617 544,00



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-03-28
ON/2022:61

Arbetsskor inom äldreomsorgen

Förslag till beslut

Omvårdnadsförvaltningen föreslår omvårdnadsnämnden att besluta att:

- uppdra åt omvårdnadsförvaltningen att tillhandahålla arbetsskor till vård- och omsorgspersonal med regelbunden anställning vid Skoga och Humaniora hemtjänst,
- förklara nämndinitiativet besvarat.

Sammanfattning

Efter ett nämndinitiativ av Elisabet Brolin och Mikael Kullberg (S) till omvårdnadsnämnden den 15 mars 2022 fick omvårdnadsförvaltningen i uppdrag att utreda förutsättningar för att införa arbetsskor inom äldreomsorgen i Solna. Ärendet återremitterades av nämnden den 22 november 2022.

I budget och verksamhetsplan för år 2023 har kommunfullmäktige uppdragit åt omvårdnadsnämnden att finansiera arbetsskor för heltidsanställda i äldreomsorgen.

Förvaltningens utredning ger vid handen att den personalstyrka som skulle kunna komma i fråga för erbjudande om arbetsskor är mellan ca. 200, om det begränsas till heltidsanställda inom egen regi, och 1 300, om samtlig personal hos både privata utförare och egen regi omfattas.

Om erbjudandet begränsas till heltidsanställda i egen regi så begränsas den initiala kostnaden till ca. 210 tkr och årskostnaden därefter till ca 100 tkr. Om all personal ska omfattas blir den totala initiala kostnaden ca. 1,3 mnkr och den årliga kostnaden därefter ca 600 tkr.

Det är tveksamt om det är lagligt att begränsa ett erbjudande om arbetsskor till enbart heltidsanställd personal. I Lag (2002:293) om förbud mot diskriminering av deltidsarbetande arbetstagare och arbetstagare med tidsbegränsad anställning framgår att en arbetsgivare inte får missgynna en deltidsarbetande arbetstagare eller en arbetstagare med tidsbegränsad anställning genom att tillämpa mindre förmånliga löne- eller andra anställningsvillkor än de som gäller för heltids- eller tillsvidareanställda.

Tillhandahållandet av arbetsskorna inom egen regi kan förvaltningen verkställa genom inköp av skor hos ramavtalade leverantörer.

Skobidrag är enligt omvårdnadsförvaltningens bedömning skattepliktigt för personal oavsett regi, då de skor som används inom äldreomsorgen dels inte kan anses utgöra en yrkesuniform, dels är



tillämpliga även i det civila livet. För att undvika skattepliktig förmån för personalen kan skor upphandlas och tillfogas exempelvis logotyper, samt förvaras i verksamheternas lokaler.

Handlingar

Nämndinitiativ från Elisabet Brolin (S) och Mikael Kullberg (S) om arbetsskor till personal inom äldreomsorgen

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Beslutet expedieras till:
Berörda fackliga organisationer



Återremissen

Omvårdnadsnämnden beslöt:

- att återremittera ärendet
- att tillträdande nämnd tar beslut om arbetsskor och omfattning av införandet.

Som motivering till beslutet om återremiss angavs:

”Socialdemokraterna yrkar vidare att beslut om arbetsskor och omfattning av införandet fattas av tillträdande nämnd.

Nedan följer de uppgifter som behöver förtydligas för att kunna fatta beslut

- Särredovisning av hur många timavlönade det finns hos varje utförare, gäller både egen regi och privata utförare inom SÄBO respektive hemtjänst.
- Särredovisning av hur många tillsvidareanställda det finns hos varje utförare inklusive egen regi, uppdelat på hel- och deltid inom SÄBO och hemtjänst.
- Vad skulle en beräknad kostnad för arbetsskor vara för tillsvidareanställda i egen regi respektive privata utförare inom SÄBO och hemtjänst.
- Vad beräknas kostnaden för införandet av arbetsskor, vara för timavlönade i hemtjänst, privat respektive verksamhet driven i egen regi?”

Komplettering

Beträffande de uppgifter som efterlystes i motiveringen till beslutet om återremiss redovisas dessa nedan. Uppgifterna grundas på svar i en enklare enkät som har gjorts till privata utförarna av vård- och omsorgsboende samt till Skoga och Humaniora hemtjänst.

En uppskattning av antalet anställda hos privata hemtjänstutförare har gjorts utifrån det antal som redovisats från den kommunala hemtjänsten. Eftersom Humaniora har ungefär hälften av den totala hemtjänstvolymen har vi antagit att de privata utförarna har ungefär samma antal anställda.

Utöver de utförare som redovisas i nedanstående tabell har staden också avtal enligt LOV med 25 utförare av vård- och omsorgsboende, där för närvarande ca 70 personer från Solna bor. Dessa utförare har inte redovisats i sammanställningen.



Tabell 1 Anställda i äldreomsorgen i Solna

Enhet	Heltid tillsv.	Deltid tillsv.	Heltid visstid	Deltid visstid	Summa tillsv.	Summa visstids	Summa heltids	Summa deltids.	Summa samtliga
Polhemsgården	27	38	1	23	65	24	28	61	89
Björkgården	13	33	0	23	46	23	13	56	69
Tryggheten	3	20	0	18	23	18	3	38	41
Ametisten	45	34	0	10	79	10	45	44	89
Frösunda	12	23	1	2	35	3	13	25	38
Berga	15	42	0	20	57	20	15	62	77
Oskarsro	4	30	0	14	34	14	4	44	48
Hallen (skattning, u.s.)	20	35	0	23	55	23	20	58	78
Totalt SÄBO, privata utförare	139	255	2	133	394	135	141	388	529
Privat hemtjänst	130	90		110	220	110	130	200	330
Totalt, privata utförare	269	345	2	243	614	245	271	588	859
Skoga	60	35	1	6	95	7	61	41	102
Humaniora Hemtjänst larm och nattpatrull	135	94	0	110	229	110	135	204	339
Totalt egen regi	195	129	1	116	324	117	196	245	441
Totalt, samtliga	464	474	3	359	938	362	467	833	1300

Vad skulle en beräknad kostnad för arbetsskor vara för tillsvidareanställda i egen regi respektive privata utförare inom SÄBO och hemtjänst?

Utifrån genomgång av andra kommuners skobidrag och upphandlingar, är kostnaden och förväntade livslängden för skor enligt följande:

- 600–800 kronor för fotriktiga inomhusskor (3 år)
- 800–1000 kronor för sommarskor för utomhusbruk (2 år)
- 1200–1400 kronor för vinterskor för utomhusbruk (2 år).

I beräkningarna antas att personalen i vård- och omsorgsboende ska ha skor för inomhusbruk medan personal i hemtjänst antas ha skor för utomhusbruk. Vi räknar med 800 kronor för inomhusskor och 1 200 kronor i genomsnitt för utomhusskor och livslängd enligt ovanstående. Initialkostnaden första året resp. årskostnaden därefter redovisas.



Tabell 2

Tillsvidareanställda, samtliga	Initial kostnad tkr.	Därefter per år
SÄBO, privat regi	315	105
SÄBO, egen regi	76	25
Hemtjänst, privat	264	132
Hemtjänst, egen regi	275	137
Totalt	930	399

Om erbjudandet begränsas till enbart heltids tillsvidareanställda begränsas kostnaderna enligt nedanstående tabell.

Tabell 3

Tillsvidareanställda, heltidsanställda	Initial kostnad tkr.	Därefter per år
SÄBO, privat regi	111	37
SÄBO, egen regi	48	16
Hemtjänst, privat	156	78
Hemtjänst, egen regi	162	81
Totalt	477	212

Vad beräknas kostnaden för införandet av arbetsskor, vara för timavlönade i hemtjänst, privat respektive verksamhet driven i egen regi?

Tabell 4

Tim/visstids anställda	Initial kostnad tkr.	Därefter per år
Hemtjänst, privat	132	66
Hemtjänst, egen regi	132	66
Totalt	264	132



Tillägg: för SÄBO skulle kostnaden för timanställda bli enligt följande:

Tabell 5

Tim-/visstidsanställda	Initial kostnad tkr.	Därefter per år
SÄBO, privat regi	108	36
SÄBO, egen regi	6	2
Totalt	114	38

Om samtlig personal som redovisas skulle inkluderas blir resultatet följande:

Tabell 6

Samtliga	Initial kostnad tkr.	Därefter per år
SÄBO, privat regi	423	141
SÄBO, egen regi	82	27
Hemtjänst, privat	396	198
Hemtjänst, egen regi	407	203
Totalt	1308	570

Sammanfattning av kostnadsberäkningarna, fördelning på egen regi resp. privata utförare

Tabell 7 Beräknad kostnad år 1

Kostnadsberäkning	Tillsvidareanställda		Visstidsanställda		Summa
	Heltid	Deltid	Heltid	Deltid	
Egen regi	210	141	1	137	488
Privata utförare	267	312	2	238	819
Totalt	477	453	2	375	1 308

Tabell 8 Beräknad årlig kostnad

Kostnadsberäkning	Tillsvidareanställda		Visstidsanställda		Summa
	Heltid	Deltid	Heltid	Deltid	
Per år					
Egen regi	97	66	0	68	231
Privata utförare	115	122	1	101	339
Totalt	212	188	1	169	570



Ekonomiska konsekvenser av olika alternativ

Om arbetsskor till samtliga anställda ska finansieras genom ett påslag på nuvarande ersättningar skulle timersättningen för hemtjänsten behöva ökas med 1,93 kronor¹ (avrundat 2), dvs ca 0,4 %. I vård- och omsorgsboenden skulle dygnsersättningen höjas med 2,50² (avrundat 3) kronor, dvs. ca. 0,1 %. Detta gäller dock den initiala kostnaden, följande år blir som framgår av ovanstående beräkningar knappt hälften.

Om erbjudandet begränsas till heltidsanställda i egen regi så begränsas den initiala kostnaden till ca. 210 tkr och årskostnaden därefter till ca 100 tkr.

Uppdrag i budget och verksamhetsplan

Sedan nämnden beslöt återremittera ärendet har kommunfullmäktige i budget och verksamhetsplan beslutat att omvårdnadsnämnden ska finansiera arbetsskor för heltidsanställda i äldreomsorgen.³

I omvårdnadsnämndens verksamhetsplan och budget nämns arbetsskorna sålunda:
”Förändringen förklaras i huvudsak av högre kostnadsnivå påverkad av inflation i kombination med en ökad volym av omvårdnadsinsatser samt finansiering av arbetsskor för heltidsanställda inom äldreomsorgens Egen regi.”⁴

Målgrupp för erbjudandet

Kommunfullmäktiges budgetbeslut och skrivningen i omvårdnadsnämndens verksamhetsplan och budget att uppdraget innebär finansiering av arbetsskor till heltidsanställda. En fråga som uppkommit under beredningen av detta ärende har frågan om det är lagligt att begränsa ett erbjudande om arbetsskor till enbart heltidsanställd personal.

I Lag (2002:293) om förbud mot diskriminering av deltidsarbetande arbetstagare och arbetstagare med tidsbegränsad anställning, stadgas följande:

”3 § En arbetsgivare får inte missgynna en deltidsarbetande arbetstagare eller en arbetstagare med tidsbegränsad anställning genom att tillämpa mindre förmånliga löne- eller andra anställningsvillkor än arbetsgivaren tillämpar eller skulle ha tillämpat för arbetstagare i en likartad situation som arbetar heltid respektive har en tillsvidareanställning, om inte arbetsgivaren visar att missgynnandet saknar samband med den missgynnades deltidsarbete eller tidsbegränsade anställning.

Förbudet gäller inte om tillämpningen av villkoren är berättigad av sakliga skäl.”

Den målgrupp, heltidsanställda i äldreomsorgen, som anges i kommunfullmäktiges uppdrag behöver inkludera anställda med regelbunden, kontinuerlig visstidsanställning.

¹ 396+407 tkr / 417 000 timmar ≈1,93

² 423+82 tkr / 200 000 vård dygn ≈2,50

³ Solna stads verksamhetsplan och budget 2023 med inriktning för 2024–2025, sid 5 och 12.

⁴ Omvårdnadsnämnden – reviderad verksamhetsplan och budget 2023, sid 6.



Detta gör att förvaltningen ser fullmäktiges beslut att begränsa erbjudandet till enbart heltidsanställda som problematiskt. Att begränsa erbjudandet på detta sätt torde utgöra diskriminering enligt lagbestämmelsen. Omvårdnadsförvaltningen ser dock att anställda med kortvarig tillfällig visstidsanställning, till exempel över sommaren, kan exkluderas utan att missgynnande föreligger.

Som en följd av uppdrag om arbetsskor till anställda inom äldreomsorgen ser omvårdnadsförvaltningen att fler grupper inom förvaltningen, och eventuellt inom andra förvaltningar, kan förväntas åberopa likvärdiga erbjudanden. Inom omvårdnadsförvaltningen kan till exempel personal inom LSS-boende anses ha likartade arbetsförhållanden vad gäller förflyttning till fots.

Utformning av erbjudande om arbetsskor

Såväl vinterskor som sommarskor bör erbjudas för att nå önskad effekt av ergonomiska arbetsskor. Erbjudandet bör innebära att nya skor kan införskaffas vartannat eller vart tredje år, detta för att säkra att slitage på skorna inte orsakar försämrad effekt utifrån ergonomi.

Solna stad har genom Adda inköpscentral ramavtal med ett flertal möjliga leverantörer av arbetsskor. Privata utförare kan dock inte nyttja de avtal omvårdnadsförvaltningen ingår utan får hänvisas till annan leverantör.

Skobidrag är enligt omvårdnadsförvaltningens bedömning skattepliktigt för personal oavsett regi, då de skor som används inom äldreomsorgen dels inte kan anses utgöra en yrkesuniform, dels är tillämpliga även i det civila livet. För att undvika skattepliktig förmån för personalen kan skor upphandlas och eventuellt tillfogas exempelvis logotyper, samt förvaras i verksamheternas lokaler. Omvårdnadsförvaltningen bedömer emellertid att upphandling inte är tillämpligt för att förse privata utförarens personal med arbetsskor. Där är i stället subvention tillämpligt, endera genom kontinuerliga bidrag eller genom ökad tim- eller dygnsersättning. Förvaltningen förordar det sistnämnda alternativet, subvention.

Omvårdnadsnämnden
2022-03-15

Nämndinitiativ

Personalen inom äldreomsorgen sliter dagligen hårt för att ta hand om våra äldsta och sköraste invånare. Det är ett tungt och slitsamt arbete, och många tusen steg avverkas under varje arbetspass. Trots det så ingår idag inte arbetsskor i de arbetskläder som ska tillhandahållas av arbetsgivarna inom äldreomsorgen. I stället behöver de anställda, ofta underbetalda kvinnor, betala ur egen ficka för att kunna använda ergonomiska skor under sitt arbetspass.

Det behövs bra skor för att undvika fallolyckor och för att minska förslitnings- och belastningsskador hos personalen. Personalen vittnar om att det är vanligt förekommande med fysiska åkommor såsom hälsporre och ryggsmärtor. Att införa rätt till ergonomiska arbetsskor för alla anställda inom äldreomsorgen borde därför vara en självklarhet. Det skulle leda till en bättre arbetsmiljö, och med stor sannolikhet också en lägre sjukfrånvaro.

För oss socialdemokrater är det självklart att det ska ställas krav på att både offentliga och privata utförare inom äldreomsorgen i Solna ska erbjuda sina anställda fria arbetsskor. Det finns flera exempel runtom i landet på arbetsgivare som gör detta idag. För att vara attraktiva arbetsgivare som vårdar sin personal borde Solna och andra aktörer inom Solna stads äldreomsorg göra likadant.

Solna stad har möjlighet att ställa krav på alla arbetsgivare inom äldreomsorgen. Därför föreslår Socialdemokraterna att:

- förvaltningen utreder hur det ska säkerställas att anställda inom äldreomsorgen, oavsett utförare ges tillgång till arbetsskor som en del av arbetsutrustningen.



Elisabet Brolin
Socialdemokraterna

Mikael Kullberg
Socialdemokraterna



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-02-23
ON/2023:16

Avtalsuppföljning av boendestöd enligt socialtjänstlagen 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2022.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen omfattar fyra verksamheter och ger stöd till 92 klienter i Solna.

Kvalitetsutvecklaren har följt upp utvecklingsplanen från avtalsuppföljningen 2021. Kvalitetsutvecklaren har följt upp verksamheternas utvecklingsplaner efter avtalsuppföljning 2021. Verksamheterna har skickat in skriftliga svar på hur de har arbetat vidare med respektive utvecklingsområde. Avtalsuppföljningen har genomförts i huvudsak med fysiska möten i verksamheten tillsammans med verksamhetsansvariga och samordnare för verksamheten.

Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden oktober till november 2022.

Verksamheterna har ett tydligt och nära ledarskap där medarbetarna har kunskap om vem som ska kontaktas i olika frågor. Verksamheterna har under hösten återtagit sina fysiska arbetsplatsträffar.

Uppföljningen visar att verksamheterna har återupptagit arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet och arbetet med avvikelser efter pandemin. Verksamheterna har bibehållit sina nya arbetssätt med att möta klienterna digitalt där det fortfarande har varit ett säkert sätt ge stöd på.

Verksamheternas arbete med rutiner och implementering har återgått till sina vanliga strukturer och utbildningar har påbörjats under hösten. Verksamheterna har utvecklats positivt i arbetet med genomförandeplaner, det som kvarstår är att utveckla den sociala journalen och egenkontroller av social dokumentation. Verksamheterna har återupptagit sitt utvecklingsarbete med avvikelshanteringen för att öka medarbetarna delaktighet i det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår.

Handlingar

Avtalsuppföljningar boendestöd 2022

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Monica Lickander
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom boendestöd. 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 2022

BOENDESTÖD (SOL)



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra avtalsuppföljningar av verksamheter som tillhandahåller boendestöd för personer med funktionsnedsättning som är beviljade insats enligt SoL. 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 godo.

Omvårdnadsnämnden har haft LOV-avtal gällande boendestöd sedan 2010 och det finns sex utförare att välja mellan och fyra utförare har klienter från Solna. Två utförare, Homsan och Frösunda omsorg har fått klienter under hösten och har inte följts upp vid denna avtalsuppföljning.

Avtalsuppföljningen omfattar fyra verksamheter, Nytida med 43 klienter, Funkisgruppen med 25 klienter, Sympati med 15 klienter och Livis Omsorg med 9 klienter. Verksamheterna ger stöd till totalt 92 klienter i Solna.

Avtalsuppföljningen har fokuserat på verksamheterna utvecklingsplan efter avtalsuppföljningen 2021.

Tillvägagångssätt och metod

Kvalitetsutvecklaren har skickat ut en enkät som verksamhetschef har lämnat svar på. Enkäten har varit underlag för uppföljningen med verksamhetschef. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat medarbetare i verksamheten, tagit del av social dokumentation och olika skriftliga rutiner. Uppföljningarna har genomförts vid verksamhetsbesök.

Kvalitetsutvecklaren har följt upp utvecklingsplanen från avtalsuppföljningen 2021. Kvalitetsutvecklaren har inhämtat skriftliga svar på hur verksamheten har arbetat vidare med respektive utvecklingsområde och hur arbetet fortlöpt sedan senaste uppföljningstillfället. Avtalsuppföljningen har genomförts i huvudsak med fysiska möten i verksamheten. Vid uppföljningen har deltog verksamhetsansvarig och samordnare för verksamheten.

Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden oktober till november 2022.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att inkomma med en utvecklingsplan senaste den 31 januari 2023 som beskriver ur verksamheterna planerar att arbeta under nästkommande år.

Sammanfattande bedömning

Samtliga verksamheter har tydligt och nära ledarskap där medarbetarna har kunskap om verksamhetens organisation och vem man ska vända sig till i olika frågor. Verksamheterna har under hösten återtagit sina fysiska arbetsplatsträffar.

Uppföljningen visar att verksamheterna har återupptagit arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet och arbetet med avvikelser efter pandemin. Verksamheterna har bibehållit sina nya arbetssätt med att möta klienterna digitalt där det fortfarande har varit ett säkert sätt ge stöd på.

Verksamheternas arbete med rutiner och implementering har återgått till sina vanliga strukturer och utbildningar har påbörjats under hösten. Verksamheterna har sin övergripande utbildningsplan på plats. Under avtalsuppföljningen har även den sociala dokumentationen granskats och det har skett en positiv utveckling med genomförandeplaner. Verksamheterna har arbete kvar att göra i den sociala journalen och egenkontroller vilket är ett fortsatt utvecklingsområde.

Verksamheterna har återupptagit sitt utvecklingsarbete med avvikelshanteringen för att göra medarbetarna delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet.

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 arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens interna samverkan
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Genomförandeplan
Självbestämmande och integritet	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Bemötande
Säkerhet	Stöd till närstående
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
Risk och säkerhetsarbete	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
Ekonomisk kontroll	Hot och våld
	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

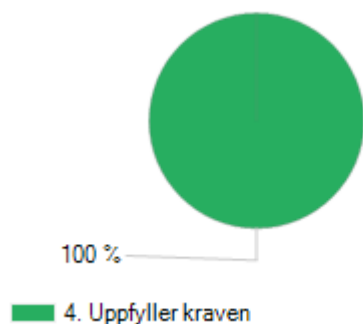
Område	Resultat 2021		Resultat 2022	
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven ◆ 3. Uppfyller kraven delvis	25 (%) 75 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven ◆ 3. Uppfyller kraven delvis	50 (%) 50 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven ◆ 3. Uppfyller kraven delvis	25 (%) 75 (%)	● 4. Uppfyller kraven ◆ 3. Uppfyller kraven delvis	75 (%) 25 (%)
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven ◆ 3. Uppfyller kraven delvis	25 (%) 75 (%)
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven ◆ 3. Uppfyller kraven delvis	50 (%) 50 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven ◆ 3. Uppfyller kraven delvis	75 (%) 25 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)

Schematisk sammanställning över samtliga verksamheter som följts upp 2021

	Nytida	Funkis gruppen	Sympati	Livis omsorg	SUMMA
Ledning & organisation	● 4	◆ 3	◆ 3	◆ 3	13
Personal & utbildning	● 4	● 4	◆ 3	◆ 3	14

	Nytida	Funkis gruppen	Sympati	Livis omsorg	SUMMA
Ledning och organisation	● 4	● 4	● 4	● 4	16
Personal och utbildning	● 4	● 4	● 4	● 4	16
Samverkan	● 4	● 4	● 4	● 4	16
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4	● 4	◆ 3	● 4	15
Social dokumentation	● 4	◆ 3	◆ 3	◆ 3	13
Självbestämmande & integritet	● 4	● 4	● 4	● 4	16
Bemötande & anhörigstöd	● 4	● 4	● 4	● 4	16
Säkerhet	● 4	● 4	● 4	● 4	16
Ekonomisk kontroll	● 4	● 4	● 4	● 4	16
SUMMA	36	35	34	35	

Ledning och organisation

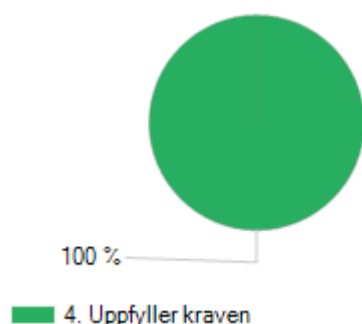


Verksamheterna har ett nära ledarskap och det finns en namngiven ersättare när ordinarie verksamhetschef är ledig. Arbetsledning finns tillgänglig mellan 07.00-22.00 i alla verksamheter. Medarbetarna har regelbundna arbetsplatsträffar tio gånger per år med tydlig agenda och möten som protokollförs och som förvaras i pärm eller digitalt. Verksamhetens planerade möten har gått från digitala möten till fysiska möten under hösten.

Verksamheterna har skriftliga rutiner för verksamhetens ledningsstruktur och den är förankrad hos medarbetarna.

Insatsen boendestöd är tillståndspliktig sedan 2019 och alla har aktuella tillstånd från IVO, (Inspektionen för vård och omsorg) att bedriva boendestöd.

Personal och utbildning

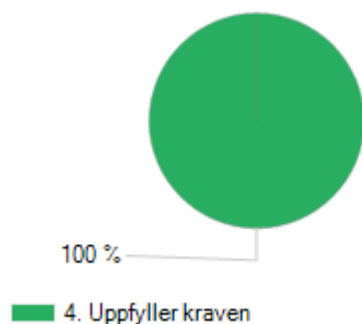


Samtliga verksamheter har rutiner för introduktion av nya medarbetare och det finns checklistor samt skriftligt material att lämna till en ny medarbetare. Verksamheterna följer upp introduktionsrutinen utifrån en checklista för att säkerställa att inget missas vid introduktionen. Verksamhetschefen ansvarar oftast för introduktionen och utser personal som handleder den nyanställda under introduktionen.

Alla verksamheter har tagit fram en övergripande utbildningsplan efter att pandemin har klingat av och har kommit igång med fysiska utbildningar igen. Verksamheterna har arbetat aktivt med att alla medarbetare ska ha individuella kompetensutvecklingsplaner.

Verksamheterna har tydliga rutiner och arbetssätt för att säkra bemanningen vid planerad och oplanerad frånvaro. Tillgången till vikarier är god. Verksamheterna har rutiner för att inventera rekryteringsbehov både på kort och lång sikt och det är relativt lätt att rekrytera medarbetare med efterfrågad kompetens.

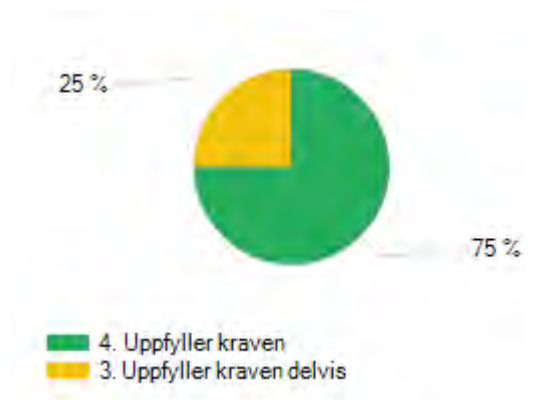
Samverkan



Verksamheterna har inarbetade arbetssätt för att samverka både internt och externt och det finns skriftliga rutiner i ledningssystemet. Verksamheterna har interna arbetssätt som medarbetarna har kännedom om och som har dokumenterats sedan föregående års uppföljning. Verksamheterna är positiva till samverkan med andra aktörer kring klienten efter att samtycke har inhämtats från den enskilde.

Alla verksamheter har rutiner för extern samverkan med andra aktörer. Verksamheterna deltar på de samverkansmöten som staben för kvalitetsutveckling bjuder in till.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

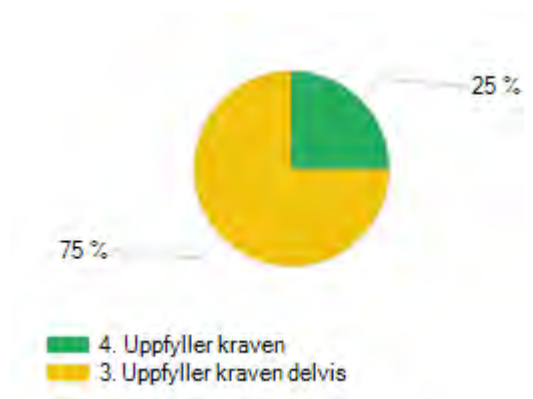


Verksamheter är positiva till att medarbetarna inkommer med förslag, idéer och önskemål om hur arbetet kan utvecklas och verksamheterna har utvecklat sina arbetssätt med hur förslag inhämtas och återkopplas till medarbetargruppen.

Samtliga verksamheter har rutiner för avvikelserapportering och några av utförarna har verksamhetssystem där medarbetarna kan rapportera avvikelser direkt de uppmärksammas. Antalet inrapporterade avvikelser har ökat något sedan tidigare år men är fortfarande generellt lågt och verksamheterna tillstår att det är ett fortsatt utvecklingsområde.

Verksamheterna generellt har ett systematiskt arbetssätt i sitt kvalitetsarbete och gör riskanalyser och egenkontroller. Egenkontroller genomförs oftast utifrån ett planerat årshjul. Rutiner följs upp en gång per år då ser ledningen över att rutiner är aktuella och presenteras sedan muntligt på arbetsplatsträffar. Rutinerna finns tillgängliga på företagets interna webbsida eller i pärmar. Flera verksamheter håller på att se över sina rutiner för att göra de mer lättillgängliga för medarbetarna.

Social dokumentation



Den sociala dokumentationen har generellt utvecklats och blivit bättre sedan föregående uppföljning men det kvarstår dock en del utvecklingsarbete inom social journal och egenkontroller. Verksamheterna behöver arbeta vidare med att tydliggöra den röda tråden mellan beställning, genomförandeplan och social journal för att mäta mot den enskildes mål.

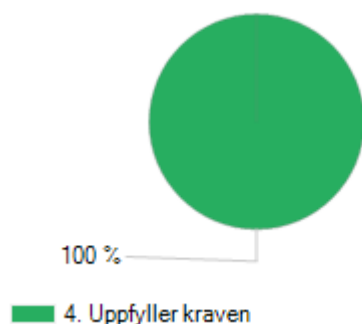
Flera av verksamheterna har infört verksamhetssystem för social journal och genomförandeplaner vilket har lett till att dokumentation har utvecklats och förbättrats. Omvårdnadsförvaltningen införde under 2022 Life care utförare som är ett digitalt system för att ta emot beställningar och möjliggör en säker kommunikation med avdelningen för myndighetsutövnings handläggare. I och med att systemet är tillgängligt för alla utförare inom boendestöd och de verksamheter som saknar digitalt system kan använda Life care för sin dokumentation.

Verksamheterna har arbetat med att utveckla sitt arbete med samtycke gällande informationsöverföring och i

stort sett alla verksamheter är i mål inom området. Genomförandeplanerna är aktuella och följs upp enligt Solna stads riktlinjer.

Alla verksamheter gör någon form av egenkontroll av den sociala dokumentationen. I några verksamheter kan detta ske på ett mer systematiskt sätt genom att sammanställa och analysera det som framkommer för att hitta förbättringsområden. Egenkontrollerna varierar från en gång i månaden till två gånger per år.

Självbestämmande och integritet



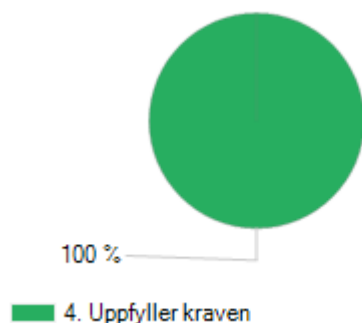
Verksamhetens medarbetare arbetar med att skapa förtroendefulla relationer och dialog med klienterna för att kunna utföra de beviljade insatserna. Klienternas delaktighet framkommer som tydligast i utformandet av genomförandeplanen när insatser planeras och hur stödet ska utföras. Boendestödjaren använder sig av flera arbetsmetoder såsom "Ett självständigt liv", "Learning by doing", "Motiverande samtal" samt att möta varje klient individuellt.

Verksamheterna arbetar med kontaktmannaskap och uppdraget finns beskrivet och är förankrat hos medarbetarna. Kontaktmannen ansvarar för att upprätta genomförandeplanen och ge stöd till klienten vid t.ex. möten.

Verksamheterna har skriftliga rutiner och checklistor för att ta emot en ny klient. Vid första besöket lämnas skriftlig information om verksamheten samt utförarens kontaktuppgifter och information om klagomål och synpunkter. Kontaktmannen ansvarar sedan för att ge löpande information från verksamheten.

Vid förändringar i stödet skickas ofta sms eller mejl till klienten och ibland genom telefonsamtal. Hur klienten vill få sin information finns beskrivet i inhämtat samtycke. Tillgängligheten till verksamheterna är generellt hög.

Bemötande och anhörigstöd



Verksamheterna arbetar med bemötandefrågor på arbetsplatsträffar och planeringsdagar utifrån den värdegrund som verksamheterna har tagit fram. Verksamheterna har väl inarbetade arbetssätt för att skapa en förtroendefull relation med varje klient genom att matcha "rätt" medarbetare samt genom att ha en hög personalkontinuitet.

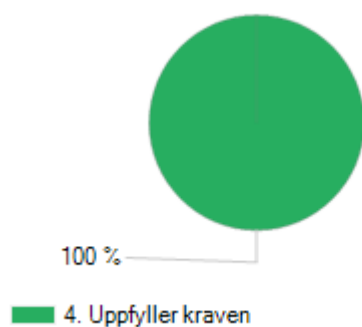
Verksamheterna har under året arbetat med att varje klient ska kunna ta emot två boendestödare för att göra utförandet mindre sårbart.

Alla verksamheter har kännedom om kvalitetsdeklarationen för boendestöd, och använder det som en del i sina uppföljningar.

Verksamheter har rutiner för stöd till anhöriga och grunden utgår från varje klientens inhämtade samtycke. Verksamheterna uttrycker dock att det finns metoder för att trygga anhöriga utan att bryta mot tystnadsplikten.

Verksamhetscheferna erbjuder ofta stödsamtal om behov finns och är behoven stora så hänvisar utförarna till anhörigstödet i Solna.

Säkerhet

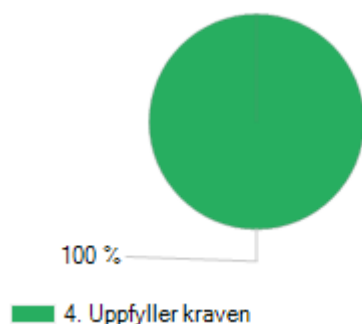


Verksamheter har rutiner för sekretess och tystnadsplikt och rutinen ingår som en del i introduktionen och lyfts på arbetsplatsträffar en gång per år.

Rutiner för privata medel och nyckelrutiner finns i verksamheterna om behov skulle uppstå. Boendestödaren ger sällan stöd med privata medel och klienten öppnar dörren själv för boendestödaren vid de inplanerade besöken.

Alla verksamheter har rutiner om hot och våld. Verksamheterna har inkluderat handlingsplaner för hur personalen ska agera vid misstanke om våld i nära relation.

Ekonomisk kontroll



Samtliga utförare av boendestöd har godkänd kreditvärdighet och kontroll av skatter och arbetsgivaravgifter.

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

FUNKISGRUPPEN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en avtalsuppföljning varje år. I år har verksamhetens utvecklingsplan från uppföljningen 2021 följts upp.

Solna stad, omvårdnadsförvaltningen, har ett LOV-avtal med Funkisgruppen sedan maj 2015.

Funkisgruppen är ett svenskt aktieföretag där Transport IT Group AB, är majoritetsägare. Företaget växer och bedriver förutom boendestöd även daglig verksamhet, ledsagning, personlig assistans och avlösarservice enligt lagen om stöd och service (LSS).

Funkisgruppen har beviljats tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att bedriva boendestöd. Funkisgruppen ger boendestöd till 25 medborgare i Solna.

Funkisgruppen har sina lokaler på Korta gatan i Solna där personalmöten äger rum och där personalen kan dokumentera. Där finns även möjlighet för personalen att träffa sina klienter.

Kvalitetsutvecklaren har gjort sin uppföljning i verksamheten den 8 november 2022.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp utvecklingsplanen från avtalsuppföljningen 2021. Kvalitetsutvecklaren har inhämtat skriftliga svar på hur verksamheten har arbetat vidare med respektive utvecklingsområde och hur arbetet fortlöpt sedan senaste uppföljningstillfället. Avtalsuppföljningen har genomförts fysiskt i verksamheten och mötet deltog uppdragschef och strategisk chef inom Funkisgruppen.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig metoderna intervju och granskning av dokument och social dokumentation vid uppföljningstillfället.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en tydlig organisation och ett nära ledarskap. Verksamheten har kommit igång med kompetensutveckling under hösten. Verksamheten har ett flexibelt arbetssätt med ett tydligt klientfokus för att skapa dialog och delaktighet vid insatsernas genomförande. Vidare har verksamheten upptagit sitt arbete med avvikelser vilket visar på en positiv utveckling.

Verksamheten har börjat föra den enskildes sociala journal i omvårdnadsförvaltningens system Life care vilket har utvecklats anteckningar positivt. Det finns fortfarande utvecklingsområden men verksamheten är på rätt väg.

Verksamheten genomför egenkontroller för social dokumentation som presenteras för medarbetargruppen vilket har förbättrat både genomförandeplaner och social journal.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med utvecklingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden senast 31 januari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man tänker 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 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
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens interna samverkan
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Genomförandeplan
Självbestämmande och integritet	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Bemötande
Säkerhet	Stöd till närstående
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
Risk och säkerhetsarbete	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
Ekonomisk kontroll	Hot och våld
	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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området. Beslut från IVO finns.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin för att säkerställa kvaliteten vid chefsbyte.

Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Det finns rutiner för att säkerställa bemanning och rekrytering av nya medarbetare. Verksamheten har arbetssätt för kompetensutveckling för alla medarbetare.

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

Status	Utvecklingsområden
--------	--------------------

✓ Aktiviteten är slutförd.	Extern samverkan
----------------------------	------------------

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas. Verksamheten har utvecklat sitt arbete med avvikelser och andelen avvikelser har ökat.

Status	Utvecklingsområden
--------	--------------------

▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamhetens arbete med avvikelser
----------------------------------	-------------------------------------

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns för social dokumentation och egenkontroller finns i verksamheten. Verksamhetens har utvecklat sina arbetsätt med genomförandeplaner och behöver fortsätta sitt arbete med att få ihop helheten av den sociala dokumentationen.

Status	Utvecklingsområden
--------	--------------------

▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
------------------------------------	----------------

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

Status	Utvecklingsområden
--------	--------------------

✓ Aktiviteten är slutförd.	Kontaktmannaskap
----------------------------	------------------

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas inom området.

Status	Utvecklingsområden
--------	--------------------

✓ Aktiviteten är slutförd.	Hot och våld
----------------------------	--------------

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtalet.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en strukturerad och anpassad mötesstruktur för verksamheten som är känd hos medarbetarna. Verksamheten har möten på olika nivåer, chefsmöten, möten för samordnare och arbetsplatsträffar för medarbetare en gång i månaden. Det finns en tydlig agenda för respektive möte och alla möten protokollförs. Protokollen finns tillgängliga på Funkisgruppens intranät dit alla medarbetare har tillgång. Verksamheten har återfört de fysiska arbetsplatsträffarna som var vilande under pandemin.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetens organisation är beskriven i en rutin med tydlig ansvarsfördelning som är förankrad hos medarbetare. Namngiven ersättare finns vid chefsfrånvaro. Ledningsorganisationen har utvecklats till två ledningsgrupper med olika fokus, en operativ ledningsgrupp och en administrativ ledningsgrupp. Boendestödsverksamhetens uppdragschef har arbetat några år i verksamheten och är utbildad personalvetare och har som stödfunktioner två samordnare som planerar och coachar boendestödjaren i det dagliga arbetet. Verksamheten har tagit fram rutiner för att säkerställa att kvaliteten inte brister i samband med chefsbyten. Verksamhetscheferna och samordnare ansvarar tillsammans för att beveka den jourtelefon som finns för medarbetarna att ringa till om behov uppkommer.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Funkisgruppen har tillstånd från IVO att bedriva boendestöd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för introduktion till nya medarbetare. Uppdragschef och samordnare ansvarar för att introducera nya medarbetare. Introduktionen är individuellt utformad utifrån vilka/vilken klientmedarbetare ska ge stöd till. Det finns en checklista som stöd för introduktionen där uppföljning av introduktionen framgår. Verksamheten har ett skriftligt material att lämna till nya medarbetare och introduktionen följs upp efter en månad.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamheten har en samlad plan för kompetensutveckling som innehåller introduktionsutbildningar via podcast, utbildning i bemötande och funktionsnedsättning, HLR samt krishantering. Vidare erbjuder verksamheten utbildning i det svåra samtalet, hot och våld och konflikthantering. den övergripande kompetensutvecklingsplanen ska revideras i januari 22. Under hösten genomför verksamheten medarbetarsamtal och samlar in utbildningsbehov för den individuella kompetensutvecklingsplanen vilket ligger till grund för den övergripande planen för nästa år. Verksamheten har arbetssätt för att planera in utbildningar i sitt årshjul för att säkerställa att utbildningar genomförs.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten gör inventeringar utifrån den kompetens som finns hos medarbetare i verksamheten när de får en ny klient. Samordnaren har uppstartsmöte med nya klienter och utifrån behoven görs matchningar med befintliga medarbetare för att utse boendestödjare. Verksamheten har flera tillsvidareanställda och det finns tillgång till vikarier samt att när medarbetare är sjuka så arbetar verksamheterna över de geografiska gränserna för att hjälpa varandra. Personalkontinuiteten är hög då klienterna ofta bara har en till två boendestödjare som ger stöd.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för rekrytering av nya medarbetare. Vid nyrekrytering efterfrågas som lägst gymnasiekompetens samt erfarenhet av målgruppen. Vid intervjun säkerställs att medarbetarna har språkliga förutsättningar till att utföra uppdraget.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för extern samverkan. Rutinen har utvecklats och det framgår tydligt hur samverkan ska ske och vem som ansvarar för vad i organisationen. Verksamheten är positiva till en bred samverkan för att säkra upp kring klienten under förutsättning att inhämtat samtycke finns från den enskilde.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för intern samverkan och oftast så sker det genom telefonsamtal eller sms. Det finns också möjlighet att komma in till kontoret för att diskutera olika frågor med samordnare. Boendestödarna har regelbundna möten via teams och fysiska möten kommer att komma i gång under hösten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet sker genom personalmöten, medarbetarsamtal och personalenkäter. Medarbetarna uppmuntras att föra fram utvecklingsområden vid möten och verksamheten har tagit fram en rutin för hur förbättringsförslag återkopplas till medarbetarna. Nya och utarbetade rutiner presenteras och förankras på för medarbetarna på arbetsplatsträffar. Medarbetare lyfter att det är korta beslutsvägar och att möjligheten att vara med och utveckla verksamheten är stor.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Det finns rutiner för avvikelserapportering som diskuteras på arbetsplatsträffar. Verksamheten påminner medarbetarna om vikten av att skriva avvikelser i sitt månadsbrev och veckobrev men det är svårt att få in avvikelser. Avvikelser har en stående punkt på arbetsplatsträffar för att hela tiden vara aktuell. Verksamheten har ett pågående utvecklingsarbete med att fånga in avvikelser som sker i verksamheten. Kvalitetskoordinatören har deltagit på APT träffar för att prata om vikten av ett aktivt arbete med avvikelser. Det pågående arbetet visar positiva resultat och antalet har ökat. Verksamheten uttrycker att arbetet fortlöper men är inte riktigt i mål.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för att arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet, Verksamheten använder sig av ett årshjul för uppföljning och egenkontroller. <u>Riskanalys</u> Verksamheten gör riskanalyser på verksamhetsnivå inom förhandsdefinierade områden samt om det sker förändringar av verksamheten under året. Riskanalys genomförs också kring varje klient utifrån en framtagna mall för att ingen del ska glömmas bort. <u>Egenkontroller</u> Verksamheten gör egenkontroller fyra gånger per år. Områden som följs upp är social dokumentation, inrapporterade avvikelser, klienter som tackar nej, klagomål och synpunkter och medarbetares attityder. Verksamhetschefen har ett årshjul som stöd för att säkerställa att aktiviteter genomförs som planerat samt samordnare utför några av egenkontroller och sammanställer resultat till uppdragschefen. <u>Rutiner</u> Kvalitetschefen ansvarar för att rutiner är aktuella vilket ingår i den egenkontroll som genomförs under året. Vid revidering av rutiner görs en muntlig genomgång till medarbetarna på arbetsplatsträffar. Vissa rutiner som granskades hade lite äldre datum och svårt att utläsa att dessa har sett söver eller inte.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Verksamhetens samtliga klienter har en upprättad och aktuell genomförandeplan. Genomförandeplanen innehåller mål och hur stödet ska utföras har förtydligats. Verksamheten har utvecklats sin mall för genomförandeplan och den enskildes delaktighet har förtydligats med hur den enskilde varit delaktig vid upprättandet. Det framgår av planen i vilken utsträckning samverkan ska ske med andra samt att inhämtat samtycke finns i personakten. Det finns datum för uppföljning i genomförandeplanen som är inom avtalat intervall det vill säga sex månader.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten dokumenterar i ett digitalt system och journalanteckningar har utvecklats och en förbättring har ägt rum. Den sociala journalen förs löpande och i kronologisk ordning och journalanteckningar signeras. Uppföljningen visar att sammanfattande texter har minskat i omfattning. Verksamheten beskriver ofta det

Delområde	Kommentar
	<p>som görs utifrån vad som är inplanerat i genomförandeplan fokus behöver gå till att följa utvecklingen över tid. Journalanteckningar innehåller ord som social samvaro vilket behöver utvecklas om den enskilde ska kunna ta del av sin dokumentation. Ibland förs journalanteckning kring flera olika händelser och det är svårt att veta när och hur insats skulle utföras. Verksamheten behöver fortsätta det utvecklingsarbete som är påbörjat för att se ytterligare resultat i en förbättrad social journal.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutiner för social dokumentation som är aktuella utifrån föreskriften. Rutinen är implementerad och verksamheten har genomfört utbildningssatsningar under våren och hösten 2022. Utförarens kvalitetsansvarig gör egenkontroller utifrån ett förutbestämt antal parametrar av den sociala dokumentation som förs av medarbetargruppen. Egenkontrollen sammanställs med utgångspunkt på det som fungerar bra men också där det finns utvecklingsområden. Resultatet presenteras för medarbetargruppen och diskuteras för att öka kunskapen där det finns förbättringsområden samt att ta fram åtgärder och riktade utbildningssatsningar.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Delaktighet och kommunikation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten arbetar utifrån ett flexibelt arbetssätt för att möta varje klient individuellt. Delaktigheten för klienten framkommer främst vid upprättandet av genomförandeplanen, när och hur insatser ska utföras vilket inte riktigt framkommer på ett tydligt sätt. Klienten har oftast en boendestödjare som ansvarar för att förmedla information om förändringar i verksamheten. Boendestödjaren ansvarar för att fånga in synpunkter från klienterna som förmedlas vidare till samordnare och verksamhetschef. Alla klienter informeras om möjligheten att påverka genom att komma in med synpunkter och klagomål vid behov.</p>
<p>Kontaktmannaskap</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten arbetar med kontaktmannaskap och det finns rutiner för vad som ingår i uppdraget. Rutinen för uppdraget har utvecklats och det framgår hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro och att det finns möjlighet att byta kontaktman om personkemin inte stämmer. Klienterna har oftast stöd av en boendestödjare och ibland två om klienten har många timmar beviljat. Det är kontaktmannen som ansvarar för att upprätta genomförandeplan med klienten och följa upp hur insatserna utvecklar sig över tid.</p>
<p>Tillgänglighet och information</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har en genomarbetad rutin för att ta emot nya klienter och det finns skriftlig information att lämna. Det är samordnaren som tar emot en ny klient och upprättar genomförandeplanen. Samordnaren ansvarar även för att matcha medarbetares kompetens utifrån den enskildes stödbehov. Verksamheten förmedlar ofta sin information via boendestödjaren, mejl eller sms. Vid tillfälliga förändringar får klienterna information främst genom telefonsamtal, sms eller mejl. Det framkommer i genomförandeplanen hur kommunikationen ska ske vid förändringar.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
<p>Bemötande</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamhetens värdegrund diskuteras på arbetsplatsträffar och planeringsdagar för att säkerställa att den är känd hos alla medarbetare. Genomgång av värdegrunden görs utifrån fasta perioder då den lyfts för diskussion på personalmöten för att den hela tiden ska vara aktuell. Boendestödjaren arbetar i nära dialog med klienten för att skapa trygghet i de insatser som ges och för att skapa en förtroendefull relation.</p>
<p>Stöd till närstående</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har en rutin som beskriver hur stöd till närstående ska ges. Verksamheten utgår från klientens inhämtade samtycke om informationsöverföring vid samtal med närstående. Om behovet av stöd upplevs som stort hänvisar verksamheten till det anhörigstöd som finns i Solna stad.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
<p>Hot och våld</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har sett över sin rutin för hot och våld och strukturerat om rutinen för att bli mer tillgänglig för medarbetarna samt att det tillkommit handlingsplan för åtgärder som ska vidtas vid hot och våldssituationer. Rutinen är förankrad hos</p>

Delområde	Kommentar
	medarbetarna.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin för nyckelhantering finns inom verksamheten både för verksamhetens nycklar och klienters nycklar. Det är ovanligt att verksamheten handskas med klienters nycklar då klienterna öppnar själva vid inplanerade besök.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin för privata medel finns. Det är ovanligt att boendestödjare ger stöd i hantering av privata medel utan klienten sköter sin egen ekonomi.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för tystnadsplikt och sekretess. Rutinen lyfts regelbundet på arbetsplatsträffar och samtliga medarbetare skriver under sekretessavtalet vid introduktionen.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																				
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Funkisgruppen Rating 88																				
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">Funkisgruppen</td> </tr> <tr> <td>Organisationsnummer:</td> <td>556881-6283</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Funkisgruppen 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>aug-22</td> <td>1 150 149,00</td> </tr> <tr> <td>jul-22</td> <td>1 091 743,00</td> </tr> <tr> <td>jun-22</td> <td>1 089 533,00</td> </tr> </table>	Funkisgruppen		Organisationsnummer:	556881-6283	Namn:	Funkisgruppen AB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter:1		aug-22	1 150 149,00	jul-22	1 091 743,00	jun-22	1 089 533,00
Funkisgruppen																					
Organisationsnummer:	556881-6283																				
Namn:	Funkisgruppen AB																				
Godkänd för F-skatt:	JA																				
Registrerad för moms:	JA																				
Registrerad som arbetsgivare:	JA																				
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																					
aug-22	1 150 149,00																				
jul-22	1 091 743,00																				
jun-22	1 089 533,00																				

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

LIVIS OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför avtalsuppföljningar varje år och i år har verksamhetens utvecklingsplan följts upp. Livis Omsorg boendestöd erbjuder tjänster enligt socialtjänstlagen (SoL). Livis Omsorg erbjuder andra insatser utifrån lagen om stöd och service (LSS).

Vid uppföljningen har nio Solnabor insatser från Livis Omsorgs boendestöd. Solna stad, omvårdnadsförvaltningen, har ett LOV-avtal med Livis Omsorg boendestöd sedan juli 2017. Livis Omsorg har sina lokaler på Jungfrugatan i Stockholm och där kan medarbetarna göra sin dokumentation och där äger arbetsplatsträffar och andra möten rum.

Kvalitetsutvecklaren gjorde avtalsuppföljningen via Teams den 21 november 2022.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp utvecklingsplanen från avtalsuppföljningen 2021. Kvalitetsutvecklaren har inhämtat skriftliga svar på hur verksamheten har arbetat vidare med respektive utvecklingsområde och hur arbetet fortlöpt sedan senaste uppföljningstillfället. Avtalsuppföljningen har genomförts via Teams då det var sjukdom i verksamheten den inplanerade tiden. Vid avtalsuppföljningen deltog verksamhetschef, enhetschef samt samordnare för boendestöd inom Livis Omsorg.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten är välfungerande med en tydlig organisation och ett nära ledarskap och har utvecklat sina arbetssätt med ett uppstartsteam som tar emot nya klienter. Uppstartsteamet ansvarar även för introduktion av nya medarbetare. Verksamheten har genomfört en översyn av ledningssystemets olika rutiner och för att förenkla så att rutiner och att de ska vara mer tillgängliga. Verksamheten arbetar med tydliga mål och värdegrund, och arbetssätt och metoder är implementerade hos medarbetarna.

Verksamheten har erbjudit utbildningar under hösten. Verksamheten har ett digitalt dokumentationssystem och den sociala dokumentationen har utvecklats sedan uppföljningen och det finns fortfarande mindre utvecklingsområden kvar. Verksamheten har utvecklat sina rutiner och arbetssätt gällande samverkan både internt och externt samt att rutinen för kontaktmannens ansvarsområden har utvecklats. Det utvecklingsområde som kvarstår är social dokumentation och att fortsätta följa arbetet med avvikelser.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 31 januari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur arbetet fortlöpt under året samt vid nästa årsuppföljning av verksamheten.

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
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
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	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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 har en tydlig organisationsstruktur och det finns rutiner som är tydliga och förankrade. Verksamheten har fått tillstånd från IVO för att bedriva boendestöd.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens ledningsgrupp

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner för introduktion av nya medarbetare och arbetar systematiskt vid rekrytering av nya medarbetare.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Individuella kompetensutvecklingsplaner

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner för extern och intern samverkan som är tydliga och som tillämpas av medarbetare och verksamhetschefer.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Extern samverkan
✓ Aktiviteten är slutförd.	Intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten arbetar systematiskt med att utveckla verksamhetens kvalitet och rutiner.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Rutiner

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har upprättade genomförandeplaner för samtliga brukare. Verksamheten har utvecklat sina arbetssätt gällande social journal och egenkontroller.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Egenkontroll social dokumentation
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner för att stärka klienternas självständighet. Verksamheten arbetar med kontaktmannaskap och arbetssättet är väl implementerat.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Kontaktmannaskap

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamhetens värdegrund är implementerad hos medarbetarna och verksamheten har utvecklat en värdegrundsgaranti som lämnas till alla klienter.

Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har skriftliga rutiner och checklistor för samtliga delområden och rutinerna är kända och tillämpas hos medarbetarna.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtalet.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetsplatsträffar 10 gånger per år som äger rum i verksamhetens kontor. Möten protokollförs och finns tillgängliga i en pärm på kontoret. Verksamheten har planeringsdagar en gång per år. Ledningsgruppen som består av verksamhetschef, enhetschef och samordnare träffas en gång i veckan och gör då egenkontroller på inkomna avvikelser, social dokumentation och frågor som kommit upp. Ledningsgruppen har sett över sin mötesstruktur och verksamhetsfrågor som diskuteras dokumenteras på ett systematiskt sätt. Beslut som fattas följs upp nästkommande möte för att säkerställa att det som planerats har genomförts. Beslut och förändringar som ledningsgruppen fattar presenteras på arbetsplatsträffarna för medarbetarna.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef är utbildad socionom med flera års erfarenhet av arbetsledning och med ansvar för personal- och budgetfrågor. Verksamhetens samordnare ansvarar för att fördela arbetet och bemanningen i verksamheten. Det finns en tydlig organisations- och ledningsstruktur som är känd i medarbetargruppen. Verksamhetschef och samordnare ersätter varandra vid frånvaro. Verksamheten är tillgänglig måndag-fredag 8.00-17.00 och efter kontorstid finns en jourtelefon dit medarbetare och klienter kan ringa för att komma i kontakt med arbetsledningen.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd ifrån IVO att bedriva boendestöd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har utvecklat sitt arbete med att introducera nya medarbetare och klienter genom ett uppstartsteam. Uppstartsteamet består av verksamhetschef och samordnare som ansvarar för att introducera nya medarbetare. Verksamheten har rutiner och checklista för introduktion av nya medarbetare och uppföljning görs efter två månader som dokumenteras. Det finns skriftligt material att lämna till nya medarbetare.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamheten har en övergripande kompetensutvecklingsplan för verksamheten. Under hösten har verksamhetschefen haft medarbetarsamtal och individuella kompetensutvecklingsplaner har upprättats för samtliga anställda. Verksamheten har erbjudit fysiska utbildningar under hösten och det finns en övergripande utbildningsplan för verksamheten.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har flera tillsvidareanställda med kompetens inom socialpsykiatri som har erfarenhet av att arbeta som boendestödare. Verksamheten gör sammanställningar av medarbetarnas kompetens för att kunna göra matchningar mot klienternas behov. Medarbetare som saknar utbildning erbjuds kurser och handledning. Verksamheten har tillgång till vikarier och personalkontinuiteten är hög.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för rekrytering av nya medarbetare och efterfrågar gymnasiekompetens vid nyanställning och erfarenhet inom yrkesområdet. Det finns en bred kompetens inom verksamheten. Verksamheten erbjuder vanligtvis kompetensutveckling till medarbetare men under pandemin har utbildning inte kunnat erbjudas som planerat. Verksamheten har erbjudit medarbetare mindre special uppdag som att se över rutiner och förenkla dessa för att skapa delaktighet i det systematiska kvalitetsarbetet.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har i sina rutiner beskrivit och identifierat hur samverkan kan ske utifrån olika behov och aktörer. Verksamheten har ett systematiskt arbete för att utveckla samverkan, speciellt utifrån ett klientperspektiv.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för den interna samverkan i verksamheten. Verksamheten är relativt liten och det finns en nära samverkan mellan ledning och medarbetare. Samverkan och överlämning sker ofta genom telefonsamtal med samordnare eller verksamhetschef. Medarbetarna erbjuds också individuella möten med verksamhetschef eller samordnare.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har en genomgång av ledningssystem och verksamhetens rutiner en gång per år. Kvalitetsarbetet har en stående punkt på arbetsplatsträffar för att öka medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet. Verksamhetens arbete med avvikelser och åtgärdsplaner samt utbildning har ökat medarbetarnas kunskap om medarbetardelaktighet. Medarbetarnas delaktighet har medfört att rollen som kontaktman har utvecklats med mer ansvar vilket uppskattas av medarbetarna. Verksamhetschefen delar ut rutiner och andra arbetsuppgifter som medarbetarna har avsatt tid i schemat för att öka medarbetarnas delaktighet i det systematiska kvalitetsarbetet.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för synpunkter, klagomål och rapport om missförhållanden. Verksamhetschefen sammanställer avvikelser i ett internt system och tar fram handlingsplaner och åtgärder. Inkomna klagomål sammanställs som presenteras på arbetsplatsträffar. Medarbetarna ges också möjlighet att vara med att arbeta fram åtgärder på inkomna avvikelser. Avvikelser sammanställs för att ge underlag för nya utvecklingsområden. Verksamheten har inte haft någon rapport om missförhållanden. Verksamheten har lagt in tid i medarbetarnas schema för dokumentation av avvikelser och annan nödvändig dokumentation vilket har lett till att flera avvikelser inkommit och att medarbetarnas kunskap om avvikelser har ökat.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har ett systematiskt kvalitetsarbete där avvikelser dokumenteras, analyseras, åtgärdas och följs upp. Årligen sammanställs avvikelser för att utveckla verksamhetens kvalitet. <u>Riskanalyser</u> Verksamheten genomför riskanalyser på både verksamhets- och individnivå utifrån fördefinierade områden samt utifrån om det blir tillfälliga förändringar i verksamheten. <u>Egenkontroll</u> Verksamheten gör egenkontroller två gånger per år utifrån ett antal fördefinierade områden och aktiviteterna finns beskrivna i verksamhetens årshjul. <u>Rutiner</u> Verksamhetschef tillsammans med biträdande verksamhetschef och samordnare ansvarar för att rutiner är aktuella och uppdaterade. Nya och förändrade rutiner presenteras muntligt på arbetsplatsträffar och publiceras på webben och är på så sätt tillgängliga för medarbetarna. Verksamheten har gjort ett stort arbete med sina rutiner och anpassat kvalitetsledningssystem för att det ska vara mer överskådligt för medarbetare. Verksamheten har också ett påbörjat arbete med en personalhandbok som inte är helt implementerat vilket behöver följas över tid.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Alla klienter från Solna har en uppdaterad genomförandeplan. I genomförandeplanen framgår det mål för insatserna samt hur de ska utföras. Delaktigheten i framtagandet av genomförandeplanen är väl beskrivet. Datum för uppföljning framgår samt vilka som deltagit. Verksamheten har en egen rutin för att inhämta samtycke för informationsöverföring till andra aktörer.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har infört dokumentationstid på kontoret vilket har medfört att social journal för löpande. Medarbetare kan få stöd av ledningen i vad de ska dokumentera. Journalföringen är mer frekvent och fokus håller på att förflyttas från vad man gjort till att föras utifrån den enskilde mål med insatsen. Verksamheten

Delområde	Kommentar
	har utvecklat sina arbetssätt sedan föregående uppföljning vilket behöver följas över tid.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för egenkontroll av social dokumentation som är känd hos ledning/uppstartsteam och hos medarbetare. Egenkontroll av dokumentation görs varje vecka och återkoppling sker i generella frågor till hela medarbetargruppen och ibland individuellt till enskilda medarbetare. Dokumentationsstödjare finns som kan ge stöd till medarbetare och verksamheten har avsatt tid för att kunna dokumentera i lokalen. Innehållet i egenkontrollen kan utvecklas för att fånga in flera utvecklingsområden såsom koppling till mål och beställning.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar med att möjliggöra och skapa delaktighet genom förtroendefulla relationer. Boendestödjaren arbetar för att vara tillgänglig och att möta varje klient individuellt. Verksamheten arbetar utifrån "learning by doing". Klientens delaktighet framkommer tydligast i upprättandet av genomförandeplanen när insatser planeras in och hur stöd och mål ska följas upp. Förändringar i verksamheten förmedlas av boendestödjaren. Uppstartsteamet ansvarar för att följa upp att klienterna är nöjda med sina insatser och det görs via telefonsamtal.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Det finns rutiner för kontaktmannaskap och det framgår tydligt vad som ingår i uppdraget. Alla klienter har en utsedd kontaktman som ansvarar för att upprätta och följa upp genomförandeplanen och att vara ett stöd vid olika möten. Det är viktigt att klienten och kontaktmannen trivs med varandra och klienten har möjlighet att byta om samspelet inte fungerar. Verksamheten har även tillsatt en vice kontaktman som arbetar administrativt för att öka tryggheten hos den enskilde.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Det finns rutiner och checklista för att ta emot ny klient. Nya klienter får en folder som innehåller information om verksamheten och vart klienten kan vända sig vid frågor och synpunkter. Kontaktmannen ansvarar för den kontinuerliga informationen från verksamheten vilket ges både muntligt och skriftligt. Vid tillfälliga förändringar meddelar enhetschef/gruppchef det oftast via sms och i enstaka fall genom telefonsamtal. Hur kommunikationen ska ske vid förändringar finns beskrivet i den sociala journalen.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamhetens värdegrund implementeras på arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Verksamheten arbetar med att skapa förtroendefulla relationer genom att vara tillgänglig och möta varje klient individuellt. Livis omsorg har en framtagen värdegaranti som delges alla klienter. Värdegrundsgarantin är implementerad hos medarbetarna och utgör en grund för ett professionellt bemötande. Verksamheten har integrerat Solna stads kvalitetsdeklaration i den egna verksamheten och ingår som en del vid uppstart av ny klient som vid uppföljningar av genomförandeplanen.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamhetschefen arbetar med att ge visst stöd till anhöriga och har kunskap om Solna stads anhörigteam och vad de kan erbjuda. Det finns rutiner för hur verksamhetens medarbetare ska arbeta för att fånga in behov av stöd.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld som är implementerade hos medarbetarna och som omfattar hur medarbetare ska handla i olika situationer. Verksamheten har rutiner för att identifiera hot och våld i nära relationer och medarbetarna har fått utbildning att se tecken och kunna påtala behov till verksamhetschefen.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutiner för nycklar finns om det skulle bli aktuellt hos någon klient. I nuläget hanterar inte boendestödet några privata nycklar. Nyckelrutiner finns för verksamhetens nycklar med signeringslista.
Privata medel	Rutiner för privata medel finns om det skulle bli aktuellt hos någon klient. I nuläget hanterar inte boendestödet några privata medel.

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för tystnadsplikt och sekretess, medarbetaren undertecknar avtalet om sekretess och tystnadsplikt i samband med introduktionen.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar						
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Livis Omsorg Rating 68						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p>Livis Omsorg</p> <hr/> <p>Organisationsnummer: 556810-7196</p> <p>Namn: Livis Omsorg AB</p> <p>Godkänd för F-skatt: JA</p> <p>Registrerad för moms: NEJ</p> <p>Registrerad som arbetsgivare: JA</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter:1</p> <table> <tr> <td>jul-22</td> <td>239 855,00</td> </tr> <tr> <td>jun-22</td> <td>231 164,00</td> </tr> <tr> <td>maj-22</td> <td>260 890,00</td> </tr> </table>	jul-22	239 855,00	jun-22	231 164,00	maj-22	260 890,00
jul-22	239 855,00						
jun-22	231 164,00						
maj-22	260 890,00						

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

NYTIDA BOENDESTÖD



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför avtalsuppföljningar varje år och i år har verksamhetens utvecklingsplan följts upp.

Nytida boendestöd erbjuder tjänster enligt socialtjänstlagen (SoL). Vid uppföljningen har ett 60 tal Solnabor insatser från Nytida boendestöd. Solna stad, omvårdnadsförvaltningen, har ett LOV-avtal med Nytida boendestöd sedan februari 2014. Verksamheten har lokaler i Solna där arbetsplatsträffar och andra möten äger rum.

Kvalitetsutvecklaren genomförde uppföljningen i verksamheten den 25 oktober 2022.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp utvecklingsplanen från avtalsuppföljningen 2021 och inhämtat skriftligt svar på hur verksamheten har arbetat vidare med respektive utvecklingsområde och hur arbetet fortlöpt sedan senaste uppföljningstillfället. Avtalsuppföljningen har genomförts fysiskt i verksamheten och vid mötet deltog verksamhetschef och enhetschef för boendestödet.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har rekryterat en ny enhetschef som tillträdde sin tjänst under sensommaren, enhetschefen är utbildad socionom med erfarenhet av arbete som ledare. Ledningen är nära och ledning har god kännedom om målgruppen. Verksamhetsledningen arbetar nära sina medarbetare för att öka delaktigheten i kvalitetsarbetet och erbjuder kompetensutveckling via sitt utbildningsföretag LÄRA, som finns centralt inom Ambea, koncern som äger Nytida. Verksamheten dokumenterar i Safe doc och alla genomförandeplaner är uppdaterade. Verksamheten arbetar med tydliga mål och värdegrund och arbetssätt och metoder är implementerade hos medarbetarna. Verksamheten har arbetat intensivt med att öka antalet inrapporterade avvikelser, vilket har gett resultat.

Verksamheten har arbetat med sin utvecklingsområden genom att se över sina rutiner för samverkan, både intern och externt och implementerat de hos medarbetarna. Vidare har verksamheten set över sina rutiner gällande samtycke och de följs nu upp i samband med att genomförandeplanen följs upp.

Åtgärd

Verksamheten behöver inte inkomma med någon åtgärdsplan då verksamheten har åtgärdat det som framkommit i avtalsuppföljningen 2021.

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
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
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	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
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 har en tydlig organisation för ledning och mötesstruktur som är implementerad.

Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner för introduktion av nya medarbetare och det finns rutiner för kompetensutveckling och rekrytering.

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner för samverkan både externt och internt som är kända hos medarbetarna.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Samverkan externt
✓ Aktiviteten är slutförd.	Samverkan internt

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt för sitt systematiska kvalitetsarbete. Rutin för avvikelser finns och verksamheten arbetar aktivt med att avvikelser dokumenteras och följs upp.

Social dokumentation

● 4. Uppfyller kraven

Det finns rutiner för social dokumentation som används och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt för att stärka den enskilde i att vara delaktig i stödet som ges.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Verksamhetens värdegrund och kunskap om anhörigstöd är implementerad hos medarbetarna. Verksamheten har implementerat kvalitetsdeklarationen hos samtliga medarbetare.

Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som är tydliga och som tillämpas.

Ekonomisk kontroll

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtalet.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetsplatsträffar för medarbetare en gång i månaden som protokollförs. Verksamheten har även fokusgrupper och inspirationsträffar regelbundet där medarbetarna kan träffas och diskutera olika frågor och utbyta erfarenheter. Det finns också möjlighet för medarbetarna att vid behov ha individuella möten med sin chef för att få stöd i klientarbetet. Ledningsgruppen träffas en gång i månaden för att diskutera övergripande kvalitets- och utvecklingsfrågor som återkopplas till medarbetarna på

Delområde	Kommentar
	arbetsplatsträffar.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Nytida boendestöd har gjort förändringar i sin ledningsgrupp och en ny enhetschef har börjat i verksamheten under sensommaren. Enhetschefen är utbildad socionom med några års erfarenhet av arbete i ledande ställning. Verksamhetschefen har lång erfarenhet och arbetat många år i verksamheten. Organisatoriskt så består verksamheten av en verksamhetschef och två enhetschefer. Varje enhetschef har en samordnare som stöttar i den dagliga planeringen. Verksamheten har den utbildningsnivå som omfattar avtalet. Ledningsstrukturen och ansvar är tydligt dokumenterat. Ersättare finns namngiven vid enhetschefens semester eller annan frånvaro. Enhetschef och samordnare ansvarar för det dagliga arbetet och säkerställer att det finns arbetsledning för medarbetare efter kontorstid. Verksamhetens ledningsgrupp samt samordnare avlastar varandra med jourtelefon under en fem veckors-period.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd att bedriva hemtjänst i form av boendestöd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Det finns rutin och checklista för introduktion av nya medarbetare. Enhetschefen ansvarar för introduktionen och gör uppföljning med medarbetaren. Uppföljning dokumenteras i introduktionschecklistan. Det finns ett skriftligt material att lämna till nya medarbetare.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamhetschefen genomför målsamtal med medarbetarna under hösten då kompetensutveckling lyfts som ett område och en planering görs utifrån medarbetarens behov. Nytida har en grundplattform med baskunskaper som varje medarbetare ska genomföra och webbutbildningar och annan kompetensutveckling erbjuds genom LÄRA som är en del inom Ambea. När medarbetarna har de grundläggande baskunskaperna byggs utbildningen ytterligare på ett individuellt plan utifrån de klienter medarbetaren ger stöd till. Kompetensbehov inventeras och följs upp genom tre olika samtal under året och de individuella satsningarna finns nedtecknade. Övergripande kompetensutvecklingsplan finns för verksamheten.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har flera tillsvidareanställda med kompetens inom socialpsykiatri och som har erfarenhet av att arbeta som boendestödjare. Verksamheten gör sammanställningar av medarbetarnas kompetens för att kunna göra matchningar med klienter som har insatser. Verksamheten har tillgång till vikarier och personalkontinuiteten är hög. Om kartläggningen visar att kompetens saknas inom något område så sker kompetensutvecklingen via LÄRA.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för rekrytering av nya medarbetare och efterfrågar gymnasiekompetens vid nyanställning samt erfarenhet inom yrkesområdet. Verksamhetens medarbetare har en bredd av kompetenser och erfarenheter vilket är en viktig del i arbetet som boendestödjare. Verksamheten erbjuder kompetensutveckling och en arbetsplats där medarbetarna kan utvecklas och vara delaktiga. Verksamhetschefen uppger att det finns en utmaning att anställa högskoleutbildade medarbetare med anledning av ekonomin.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har delvis rutiner som beskriver hur samverkan externt ska erbjudas utifrån behov och olika aktörer. Rutinen för samverkan har reviderats och nu framgår det av rutinen vilka externa parter som verksamheten samarbetar med.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hur intern samverkan ska ske mellan olika arbetsgrupper. Samverkan med gruppchef och enhetschef sker vanligtvis genom telefonsamtal. Medarbetarna erbjuds också individuella möten med enhetschef.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i	Verksamhetens medarbetare är delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet på

Delområde	Kommentar
verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	arbetsplatsträffar, inspirationsdagar och fokusträffar. Kvalitetsarbetet sker i nära dialog med medarbetarna och avvikelser presenteras och analyseras på arbetsplatsträffar. Nya rutiner och förändrade rutiner diskuteras på arbetsplatsträffar och finns också tillgängliga på intranätet för alla medarbetare.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för synpunkter, klagomål och rapport om missförhållanden. Inkomna avvikelser presenteras på arbetsplatsträffar för att skapa ett lärande i organisationen och sammanställs för att ge underlag för nya utvecklingsområden. Verksamheten uppmuntrar medarbetarna att skriva i förbättringsloggen och har återkommande genomgångar gällande avvikelser på arbetsplatsträffar. Verksamheten har rutiner för att förankra rapport om missförhållanden i medarbetargruppen.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har ett systematiskt kvalitetsarbete där avvikelser dokumenteras, analyseras, åtgärdas och följs upp och sammanställs för att utveckla verksamheten. <u>Riskanalyser</u> Verksamheten genomför riskanalyser på både verksamhets- och individnivå utifrån fördefinierade områden samt vid tillfälliga förändringar i verksamheten. <u>Egenkontroll</u> Verksamheten gör egenkontroller två gånger per år utifrån ett antal fördefinierade områden och aktiviteterna finns beskrivna i verksamhetens årshjul. Därutöver gör Ambea kvalitetsuppföljningar två gånger per år. <u>Rutiner</u> Verksamhetschef tillsammans med enhetschef och gruppchef ansvarar för att rutiner är aktuella och uppdaterade. Nya och förändrade rutiner presenteras muntligt på arbetsplatsträffar, publiceras på webben och är tillgängliga för medarbetarna.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Alla klienter har en upprättade genomförandeplan där den enskildes delaktighet framgår vid upprättandet. Mål finns och hur insatser ska utföras finns beskrivet. det framgår när planen ska följas upp och hur samverkan med andra ska ske.
Social journal ● 3. Godkänd	Verksamheten för social journal och använder en strukturerad dokumentation utifrån sökord. Journalen beskriver faktiska händelser och avvikelser samt vidtagna åtgärder. Rutinen för hur samtycket ska följas upp har förändrats och nu följs det upp i samband med att genomförandeplanen följs upp av kontaktmannen.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Enhetschefen gör egenkontroll varje kvartal och utifrån vad som framkommit i egenkontrollen så lyfts det på nästkommande möte med medarbetarna. Verksamheten har gjort ett omtag av dokumentationen och det finns dokumentationsstödare som kan stötta upp. Loggkontroller görs två gånger per år utifrån utarbetade kriterier.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar med att möjliggöra och skapa delaktighet genom förtroendefulla relationer. Boendestödjaren arbetar för att vara tillgänglig och för att möta varje klient individuellt. I arbetet använder sig boendestödjaren av metoder såsom ESL (ett självständigt liv) och MI (motiverande samtal). Klientens delaktighet framkommer tydligast i upprättandet av genomförandeplanen när insatser planeras in och hur stödet ska ges.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Det finns rutiner för kontaktmannaskap och det framgår tydligt vad som ingår i uppdraget. Alla klienter har en utsedd kontaktman som ansvarar för att upprätta och följa upp genomförandeplanen och vara ett stöd vid olika möten. Verksamheten har också en vice kontaktman som kan ge stöd vid om någon är frånvarande för att säkra att insatser kan ges. Det är viktigt att kontaktmannen och klienten trivs med varandra och att klienten har möjlighet att byta kontaktman om samarbetet inte skulle fungera.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Det finns rutiner och checklista för att ta emot en ny klient. Nya klienter får ett välkomstbrev som innehåller information om verksamheten och vart klienten kan vända sig vid frågor och synpunkter. Kontaktmannen ansvarar för den kontinuerliga informationen från verksamheten, vilket ges både muntligt och skriftligt. Vid tillfälliga förändringar meddelar enhetschef/gruppchef det oftast via sms och i

Delområde	Kommentar
	enstaka fall genom telefonsamtal.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamhetens värdegrund implementeras på arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Verksamheten arbetar med att skapa förtroendefulla relationer genom att vara tillgänglig och möta varje klient individuellt. Medarbetarna arbetar utifrån metoden "ett självständigt liv" och motiverande samtal. Verksamheten har gått igenom kvalitetsdeklarationen för boendestöd på en arbetsplatsträff och ingår nu som återkommande aktivitet i årshjulet.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten erbjuder inget organiserat stöd till anhöriga. Verksamhetschef och enhetschef ger ofta muntligt stöd via telefon när anhöriga hör av sig. Verksamhetschef och medarbetare har kännedom om det anhörigstöd som omvårdnadsförvaltningen har att erbjuda.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld i samband med att insats ges av boendestödjaren. Rutinen är implementerad hos medarbetarna. Verksamheten har styrdokument gällande våld i nära relation och vilka signaler som medarbetarna ska vara uppmärksamma kring. Styrdokumentet diskuteras återkommande på arbetsplatsträffar.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutiner för nycklar finns om det skulle bli aktuellt hos någon klient. I nuläget hanterar inte boendestödet några privata nycklar. Nyckelrutiner finns för verksamhetens nycklar med signeringslista.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutiner för privata medel finns om det skulle bli aktuellt hos någon klient. I nuläget hanterar inte boendestödet några privata medel.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för tystnadsplikt och sekretess vilka ingår som en del av introduktionen och då undertecknar även medarbetaren dokumentet. Verksamheten har utbildningsfilmer där medarbetarna kan fylla på sin kunskap gällande sekretess. Egenkontroll av tystnadsplikt och sekretess genomförs två gånger per år.

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Nytida Boendestöd Rating 73
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Nytida Boendestöd <hr/> Organisationsnummer: 556434-5691 Namn: Nytida Stöd och Resurs AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 aug-22 767 818,00 jul-22 689 914,00 jun-22 669 520,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

SYMPATI AB



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför uppföljningar varje år. Sympati är ett företag som erbjuder boendestöd enligt socialtjänstlagen (SoL). Solna stad, omvårdnadsförvaltningen, har ett LOV-avtal med Sympati sedan mars 2017. Verksamheten har flyttat sitt kontor till Tegelviksgatan 42B och där äger arbetsplatsträffar och handledningstillfällen rum samt där kan medarbetarna dokumentera i den sociala journalen.

Vid uppföljningen har 18 Solna medborgare insatser från Sympati. Kvalitetsutvecklaren hade uppföljning med verksamhetschefen den 27 oktober 2022 i verksamhetens lokaler i centrala Stockholm.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har haft fokus på att följa upp utvecklingsplanen från 2021 års uppföljning. Kvalitetsutvecklaren har inhämtat skriftliga svar på hur verksamheten har arbetat med respektive utvecklingsområde under det verksamhetsåret och om arbetet fortlöpt som planerat. Avtalsuppföljningen har genomförts fysiskt i verksamhetens lokaler den 27 oktober 2022 tillsammans med verksamhetschefen. Kvalitetsutvecklaren har intervjuat verksamhetschef, tagit del av social dokumentation och andra dokument.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har förändrat sin ledningsstruktur och har två enhetschefer som är boendestödjarens närmsta arbetsledare. Ledarskapet är nära och beslutsvägarna korta. Verksamheten har engagerade medarbetare med ett stort klientfokus. Verksamheten har kommit igång med sina fysiska arbetsplatsträffar och följer sin mötesstruktur. Verksamheten har återupptagit sitt aktiva arbete med avvikelser vilket behöver följas över tid.

Verksamheten gör en översyn av sitt ledningssystem och rutiner är uppdaterade och finns finnställgänglig på verksamhetens intranät.

Medarbetarna dokumenterar på kontoret och det finns avsatt tid för detta en gång i veckan. Den sociala journalen kan utvecklas med en tydligare koppling till beställning och med koppling till målen. Verksamheten har arbetat aktivt med sin utvecklingsplan och det återstår enbart ett fåtal utvecklingsområden inom arbetet med avvikelser och social journal.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 31 januari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur arbetet fortlöpt under året samt vid nästa års uppföljning av verksamheten.

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
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
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	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	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 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 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	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har en tydlig organisation och ledningsstruktur med befattningsbeskrivningar.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Ledningens funktioner
✓ Aktiviteten är slutförd.	Mötesstruktur
✓ Aktiviteten är slutförd.	Arbetsplatsträffar

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som tillämpas i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Kompetensutveckling

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har arbetssätt och rutiner för att samverka externt och internt.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten rutiner finns och tillämpas till viss del inom området. Verksamheten behöver arbeta för ökad tillämpning av rutin för avvikelserapportering.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens rutiner
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamhetens arbete med avvikelser
✓ Aktiviteten är slutförd.	Medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har utvecklats sina arbetssätt och behöver säkerställa att sammanfattningar inte görs i personakten.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Egenkontroll av social dokumentation
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som tillämpas inom området.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som tillämpas.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtalet.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Arbetsplatsträffar äger rum en gång i månaden samt verksamheten har infört teammöten för att möjliggöra handledning och erfarenhetsutbyte för medarbetarna. Arbetsplatsträffen har en fast mötesstruktur och protokoll förs som förvaras på kontoret samt på intranätet och är tillgängliga för alla medarbetare. Verksamhetschef, VD och biträdande verksamhetschef har möte en gång i veckan tillsammans med samordnare som planerar och fördelar arbetet till boendestödjarna. Mötet har en tydlig agenda och protokoll förs.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Det finns en tydlig ledningsstruktur som har uppdaterats efter att samordnarfunktion har tillkommit i verksamheten. Verksamhetschefen har lång erfarenhet från psykiatri och flera års erfarenhet av arbete i ledande ställning. Det finns namngiven ersättare vid frånvaro. Verksamhetsledningen har ett gemensamt ansvar för jourtelefonen och turas om var tredje vecka för att vara tillgänglig för medarbetare och klienter om något akut skulle hända.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) att bedriva boendestöd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner och checklista för introduktion av nya medarbetare. Teamcheferna ansvarar för introduktionen av nya medarbetare. Uppföljning av introduktionen görs av teamchefer och beskrivs i checklistan för introduktion. Verksamheten har skriftligt material att lämna till nya medarbetare. Nyanställda medarbetare går inte direkt dubbelt vid introduktionen då klienterna har svårt att ta emot flera personer samtidigt vilket kräver en hel del flexibilitet i introduktionstillfället.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Medarbetarna har individuella kompetensutvecklingsplaner som ska följas upp vid medarbetarsamtalet under hösten som ska ligga till grund för den övergripande utbildningsplanen. Verksamhetens ledning har ett pågående arbete att se över den övergripande utbildningsplanen för nästkommande år. Verksamheten har sammanställt medarbetarnas kompetens och kan matcha klienters behov med medarbetarens och om utbildning behövs för ett specifikt område. Verksamheten är nu i fas med kompetensutvecklingsarbetet och flera utbildningar har erbjudits under hösten.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten matchar kompetens utifrån de behov som finns hos klienterna mot medarbetarnas kompetens. Tillgången till vikarier är god och verksamheten uppger att det sällan är svårt att bemanna vid frånvaro. Verksamheten har flera tillsvidareanställda och personalkontinuiteten är hög. Varje klient har två boendestödjare som kan ge stöd för att säkerställa att insatser kan ges vid sjukdom eller annan frånvaro för att göra verksamheten mindre sårbar.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Vid nyrekrytering görs en inventering av den kompetens som finns inom verksamheten med koppling till den kompetens som efterfrågas. Verksamheten arbetar för att anställa medarbetare med gymnasiekompetens med social och pedagogisk inriktning och med erfarenheter från psykiatri. Företaget satsar på att vara en attraktiv arbetsgivare genom en platt organisation med snabba beslutsvägar, erbjuder friskvårdsbidrag samt kompetensutveckling.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetssätt och metoder för extern samverkan och skriftlig rutin finns som är implementerad hos medarbetarna.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för intern samverkan som är förankrad hos medarbetarna.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Medarbetarnas delaktighet i utvecklingsarbete sker på arbetsplatsträffar i form av återkoppling av avvikelser, brukarundersökning eller andra förändringar som sker i verksamheten. Verksamheten har en rutin för hur inkomna förbättringsförslag från medarbetare ska dokumenteras och återkopplas. Medarbetarnas delaktighet har ökat efter att verksamheten har haft större fokus på avvikelser, som är en stående punkt på agendan vid arbetsplatsträffar.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Rutiner för klagomål, synpunkter och rapport om missförhållanden finns i verksamheten. Rutinerna är implementerade hos alla medarbetare. Alla avvikelser redovisas på arbetsplatsträffar och handlingsplaner upprättas. Verksamhetens arbete med avvikelser har kommit igång igen och avvikelser diskuteras på arbetsplatsträffar. Avvikelser har ökat något men behöver följas över tid för att se att trenden utvecklas positivt.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetat med att utveckla sitt ledningssystem och frångått sin tidigare ISO certifiering. Verksamheten gör riskbedömningar och arbetar utifrån identifierade förbättringsområden utifrån olika enkätundersökningar. <u>Risakanalyser</u> Verksamheten gör risakanalyser utifrån olika nivåer såsom ledning och organisation, personalperspektiv, brukarperspektiv och verksamhetsperspektiv. <u>Egenkontroller</u> Verksamheten gör egenkontroller inom ett antal fördefinierade områden två gånger per år. Verksamheten har ett årshjul som de arbetar utifrån. <u>Rutiner</u> Verksamhetschef och enhetschef ansvarar för att utarbeta rutiner och att säkerställa att rutiner är aktuella. Verksamheten har nu uppdaterat verksamhetens rutiner och de finns nu tillgängliga på intranätet dit alla medarbetare har tillgång. Verksamheten kommer att återgå till att följa upp att rutiner är implementerade på arbetsplatsträffar.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Samtliga brukare har en uppdaterad genomförandeplan som följts upp sista sex månaderna. Genomförandeplanen innehåller mål som matchas mot beställningen och det framkommer i social journal att den har följts upp. Klientens delaktighet framgår av planen och samt personer som deltagit i upprättandet.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har medarbetare som fortfarande gör sammanfattningar av den sociala journalen och det är fortfarande svårt att följa en individ och hur insatsen utvecklats. Sammanfattningar av dokumentationen i social journal och det är svårt att utläsa hur stödet utvecklar sig det har dock blivit bättre. Verksamheten behöver fortsatt sitt arbete att få till att den sociala dokumentationen i personakten gör så snart efter att insats har givits. Medarbetarna dokumenterar en gång i veckan på kontoret och kan då få stöd av både samordnare och verksamhetschef. Det finns en löpande dokumentation men det är svårt att se hur koppling till olika mål sker. Verksamheten behöver säkerställa att den sociala journalen görs löpande och framgår sin tendens till sammanfattningar.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har en skriftlig rutin hur för egenkontroll av socialdokumentation ska genomföras på ett systematiskt sätt och egenkontrollerna genomförs som planerat. Egenkontrollen visar att det finns utmaningar i att dokumentera i social journal och det förs samtal med de medarbetare som har svårt att följa rutinen. Det finns arbetssätt för att granska social journal att anteckningar förs på ett

Delområde	Kommentar
	respektfullt sätt och värderingsfritt språk där resultatet sammanställs och genererar i kompetenssatsningar. Uppföljningen visar att arbetet med egenkontroller ger effekt.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Klienternas delaktighet framkommer i mötet med boendestödjaren och vid upprättandet av genomförandeplanen. Klienterna har möjlighet att föra fram synpunkter och klagomål till sin boendestödjare eller kontakta verksamhetschefen direkt. Information och förändringar som sker förmedlas oftast via sms, telefon eller mejl.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar inte med begreppet kontaktmannaskap utan det har förtydligats i boendestödjarens arbetsbeskrivning. Verksamheten har uppdragsbeskrivningar för vad som ingår i uppdraget. Klienterna är informerade om att de har möjlighet att byta kontaktman/stödperson.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har skriftlig information att lämna till ny klient. Löpande information ges vanligtvis genom klientens boendestödjare men också genom sms och mejl. Verksamheten har tagit fram en pärm med viktig information som lämnas till nya klienter. Verksamhetens kontor är bemannat under dagtid och det går att komma i kontakt med verksamheten via telefon på kvällar och helger.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har en värdegrund som är implementerad hos medarbetare och förankras på arbetsplatsträffar två gånger per år. Verksamheten arbetar utifrån arbetssättet ESL, (Ett Självständigt Liv). Verksamheten har informerat alla medarbetare om omvårdnadsförvaltningens kvalitetsdeklaration för boendestöd och den ingår som en del vid upprättandet av genomförandeplanen.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten erbjuder inget organiserat stöd till anhöriga. Verksamhetschefen kan ge stöd per telefon vid behov och kan informera om det anhörigstöd som omvårdnadsförvaltningen kan erbjuda. Verksamheten har informerat medarbetare om omvårdnadsförvaltningens anhörigstöd på en arbetsplatsträff.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld som är implementerad hos medarbetarna.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hur nycklar ska hanteras både i verksamheten och hemma hos klienterna. Verksamheten hanterar sällan nycklar då klienterna öppnar själva för sina boendestödjare.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för klienters privata medel. Boendestödjaren ger sällan stöd i hanteringen av privata medel utan oftast är det klienten själv som ansvarar för sina pengar.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för tystnadsplikt och sekretess finns. Rutinen lyfts regelbundet på arbetsplatsträffar och samtliga medarbetare skriver under att man förstått innebörden av lagstiftningen

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Sympati AB Rating 81
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Sympati AB <hr/> Organisationsnummer: 559025-2523 Namn: Sympati AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA

Delområde	Kommentar										
	<table><tr><td data-bbox="504 215 836 241">Beslutade arbetsgivaravgifter:1</td><td data-bbox="1238 244 1362 271"></td></tr><tr><td data-bbox="504 244 584 271">aug-22</td><td data-bbox="1238 244 1362 271">403 765,00</td></tr><tr><td data-bbox="504 273 568 300">jul-22</td><td data-bbox="1238 273 1362 300">424 356,00</td></tr><tr><td data-bbox="504 302 576 329">jun-22</td><td data-bbox="1238 302 1362 329">401 295,00</td></tr><tr><td data-bbox="504 331 1377 336"><hr/></td><td data-bbox="1238 331 1377 336"></td></tr></table>	Beslutade arbetsgivaravgifter:1		aug-22	403 765,00	jul-22	424 356,00	jun-22	401 295,00	<hr/>	
Beslutade arbetsgivaravgifter:1											
aug-22	403 765,00										
jul-22	424 356,00										
jun-22	401 295,00										
<hr/>											



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-03-31
ON/2023:22

Sammanställning av synpunkter och klagomål 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner förvaltningens tjänsteskrivelse över inkomna synpunkter och klagomål.

Sammanfattning

Varje verksamhet har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I verksamheternas ledningssystem ingår att det ska finnas rutiner för att ta emot och hantera synpunkter och klagomål. Verksamheterna ska använda inkomna synpunkter och klagomål i sitt kvalitetsutvecklingsarbete. Staben för kvalitetsutveckling följer planenligt upp verksamheternas kvalitetsarbete.

Omvårdnadsförvaltningen har en särskild rutin för de synpunkter och klagomål som inkommer direkt till förvaltningen. Samtliga klagomål som inkommit till Staben för kvalitetsutveckling sammanställs och rapporteras till omvårdnadsnämnden en gång per år. I sammanställningen presenteras inkomna synpunkter och klagomål under 2022 för respektive verksamhetsområde.

Sammanställningen visar att inkomna synpunkter och klagomål är i linje med tidigare år. Det totala antalet avvikelser har minskat något, framför allt på grund av färre ärenden inom hemtjänst. Det område som flest synpunkter och klagomål berör är omvårdnad. Flera synpunkter och klagomål som inkommit till förvaltningen har resulterat i lex Sarah-utredningar i verksamheterna. Det visar på ett fungerande systematiskt arbete med synpunkter och klagomål.

Handlingar

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Rickard Ekwall
Kvalitetsutvecklare



Sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål

Omvårdnadsförvaltningens syfte med att rapportera klagomål på detta sätt är att omvårdnadsnämnden ska få kunskap om vilka synpunkter och klagomål som inkommer för verksamhetsområdet. Omvårdnadsförvaltningens intention är att de synpunkter och klagomål som inkommer ska välkomnas och ses som ett led i kvalitetsutvecklingsarbetet inom verksamheternas ständiga arbete med förbättringar. Det synsättet är nödvändigt i en så komplex verksamhet som vård och omsorg är.

Vid avtalsuppföljningar kontrollerar kvalitetsutvecklarna att utföraren har ett eget system för hantering av synpunkter och klagomål. Omvårdnadsförvaltningen anser att klagomål löses bäst via direkt kontakt med den verksamhet som berörs av klagomålet. Därför skickas inkomna synpunkter och klagomål till den verksamhet som det berör, som därefter återrapporterar sin hantering av ärendet till staben för kvalitetsutveckling. Majoriteten av alla synpunkter och klagomål hanteras inom ramen för verksamheternas interna systematiska kvalitetsarbete och finns därmed inte med i denna sammanställning. Nedan följer en sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål till Staben för kvalitetsutveckling under 2022 för respektive verksamhetsområde.

Total sammanställning

Totala antalet inkomna synpunkter och klagomål per år

2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
60	68	63	128	56	53	51	39	57

Fördelning av inkomna klagomål per verksamhetsområde 2022

Verksamhet	Totalt antal klagomål
Bostad med särskild service enligt LSS	3
Daglig verksamhet enligt LSS	-
Personlig assistans	-
Boendestöd	1
Hemtjänst	13
Dagverksamhet	-
Vård- och omsorgsboende	37
Hälso- och sjukvård	4
Avdelning för myndighetsutövning	2
Övriga verksamheter	0

Bostad med särskild service enligt LSS

Sju utförare har avtal/överenskommelse gällande grupp- och servicebostäder för personer med funktionsnedsättning.

Totala antalet inkomna klagomål inom bostad med särskild service enligt LSS per år

2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
3	1	5	4	1	2	2	3	2



Fördelning av klagomål per utförare inom bostad med särskild service enligt LSS per år

Utförare/verksamhet	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Waxö Omsorg Storgatan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Waxö Omsorg Centrumslingan	-	-	-	-	-	1	-	2	1
Frösunda Andersvägen	1	-	2	-	-	1	-	-	-
Nytida Algatan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nytida Spårvägen 6	2	1	-	1	-	-	-	-	-
Mango Omsorg Jungfrudansen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mango Omsorg Spårvägen 12	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mango Omsorg Södra Långgatan*	-								
Humaniora Hagalundsgatan 34	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Humaniora Hagalundsgatan 17	-	-	1	-	1	-	-	-	-
Humaniora Nybodagatan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Humaniora Anderstorpsvägen	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Humaniora Parkvägen	-	-	1	3	-	-	-	-	-
Humaniora Törnbacken	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gemensamma krafter Gränsgatan*	-	-	1						
Patia Västra vägen*	-	-	-						

*Gråmarkerade rutor visar att verksamheten ej var i drift.

Daglig verksamhet enligt LSS

Solna stad har avtal enligt Lagen om valfrihet (LOV) med 17 utförare fördelat på 45 verksamheter, varav sex finns belägna i Solna.

Inga klagomål har inkommit under 2022.

Personlig assistans

Humaniora vård och omsorg ansvarar för personlig assistans enligt LASS och LSS. Som tidigare år inkom inga klagomål under 2022.

Boendestöd

Sex utförare finns med avtal enligt LOV. Ett klagomål inkom under 2022.

Totala antalet inkomna klagomål inom boendestöd per år

2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
1	-	1	-	1	-	1	-	1



Hemtjänst

Det finns vid sammanställningens upprättande omkring 1129 kunder med hemtjänstinsatser och 13 utförare. Tre utförare har den stora majoriteten av kundunderlaget, vilka är Humaniora, Attendo och Adela Omsorg. Resterande kunder är fördelat på 10 övriga utförare. Utföraren Camillas hemtjänst är inte längre kvar i Solna stads valfrihetssystem för hemtjänst.

Antal hemtjänstutförare december varje år

2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
13	14	12	14	16	19	22	29	29

Totala antalet inkomna klagomål inom hemtjänst per år

2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
13	21	17	20	12	16	16	15	26

Fördelning av klagomål för utförare inom hemtjänst per år

Utförare	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Adela Omsorg	2	5	5	4	1	-	2	-	1
Attendo	2	3	3	2	6	8	2	5	3
Humaniora	9	10	5	6	3	4	5	3	4
Olir	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Omsorgsjouren*	-	2							
Mångkulturell Hemtjänst*	-	1							
Okänd utförare	-	-	1	-	-	-	-	-	-

*Utförare har ej förekommit i synpunkter/klagomål tidigare.

De områden där det inkommit klagomål inom hemtjänst per år

	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Trygghet	2	4	7	9	6	7	9	13	18
Bemötande	2	1	1	4	3	3	3	3	14
Kontinuitet	2	2	-	4	1	1	3	3	9
Inflytande	-	-	-	3	2	5	-	4	9
Omvårdnad	3	6	7	-	-	2	4	3	-
Samverkan*	-	3							
Information*	-	1							
Mat*	1	1							
Övrigt	3	3	2	-	-	-	-	-	-

*Område har ej redovisats tidigare år.



Dagverksamhet

Det finns tre dagverksamheter för personer med demenssjukdom och tre funktionsbevarande dagverksamheter. Berga och Hallens vård- och omsorgsboende har två dagverksamheter vardera. Polhemsgården och Skoga vård- och omsorgsboende har en dagverksamhet vardera. Inget klagomål har inkommit under 2022.

Vård- och omsorgsboende

Entreprenad och egen regi

Det finns sju vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad samt ett vård- och omsorgsboende som drivs i egen regi. Totalt antal avtalade platser vid sammanställningens upprättande är 542. Solna stad har vid sammanställningens upprättande tillfälligt avsagt sig förfogande över 67 platser vid ett antal verksamheter. Berörda verksamheter är Berga, Björkgården, Hallen och Skoga.

Ansvar & omsorg (Tryggheten, 31 platser)

Ansvar & omsorg (Berga, 61 platser, 35 tillfälligt avsagda)

Förenade Care (Hallen, 53 platser, 18 tillfälligt avsagda)

Förenade Care (Björkgården, 48 platser, 3 tillfälligt avsagda)

Vardaga (Ametisten, 80 platser)

Vardaga (Polhemsgården, 80 platser)

Vardaga (Oskarsro, 34 platser)

Humaniora vård och omsorg (Skoga 88 platser, 11 tillfälligt avsagda)

Övriga vård- och omsorgsboenden

Utöver ovanstående finns ett antal vård- och omsorgsboende inom och utanför Solna. Dessa drivs i form av enskild verksamhet eller enligt LOV. Sammanlagt rör det sig om 22 verksamheter.

Totalt har fyra klagomål inkommit för dessa verksamheter. Två klagomål berör Attendo Frösunda, ett berör Hammarby Slott och ett berör Sjöberga gård. Antal solnabor på respektive verksamhet är 21 på Attendo Frösunda, 15 på Hammarby slott och en på Sjöberga Gård.

Totala antalet inkomna klagomål inom vård- och omsorgsboende per år

2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
37	39	37	79	29	25	15	14	16

Fördelning av klagomål för entreprenad och egen regi per år

Verksamheter	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Ametisten	-	4	1	3	5	1	-	1	2
Berga	1	4	9	6	3	2	6	3	2
Björkgården	4	3	2	1	1	-	2	2	6
Hallen	5	7	10	29	5	7	1	-	1
Polhemsgården	9	3	1	24	4	-	-	5	3
Oskarsro	4	1	1	2	3	6	3	-	2
Skoga	9	7	6	11	6	6	3	3	-
Tryggheten	1	2	3	3	2	1	-	-	-



De områden där det inkommit klagomål inom vård- och omsorgsboende per år

	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Omvårdnad	14	8	21	30	9	13	9	9	10
Trygghet	2	5	1	18	4	10	1	5	9
Tillgänglighet	4	1	-	18	3	6	-	5	-
Bemötande	2	3	3	19	7	7	2	-	-
Mat*	2	6							
Kontinuitet*	2	1							
Inflytande*	-	2							
Samverkan*	4	3							
Övrigt	7	10	8	4	1	4	5	-	9

*Område har ej redovisats tidigare år.

Hälso- och sjukvård

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) tar emot och utreder synpunkter och klagomål avseende hälso-och sjukvård.

Totala antalet inkomna klagomål gällande hälso- och sjukvård per år

2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
4	5	9	9	2	4	10	3	11

Fördelning av klagomål gällande hälso- och sjukvård per verksamhet

Verksamhet	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Ametisten	-	1	-	2	-	-	-	1	2
Berga	-	-	1	2	1	1	2	1	1
Björkgården	-	-	2	-	-	-	2	-	1
Frösunda	-	-	1	2	-	-	-	1	-
Hallen	-	-	2	2	-	-	-	-	1
Polhemsgården	1	2	-	-	-	-	1	-	1
Oskarsro	-	-	-	-	-	1	-	-	2
Skoga	2	2	2	-	1	2	4	-	1
Tryggheten	1	-	-	1	-	-	1	-	2
Adela hemtjänst	-	-	1	-	-	-	-	-	-

Avdelningen för myndighetsutövning

På avdelningen för myndighetsutövning arbetar biståndshandläggare/vårdplanerare och LSS-handläggare. Där ingår även handläggare för avgifter och bostadsanpassning samt hemgångsteamet.

Totala antalet inkomna klagomål gällande myndighetsutövning per år

2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
2	1	1	3	3	2	2	1	1



De områden där det inkommit klagomål för avdelningen för myndighetsutövning

	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Information	-	-	1	2	1	-	1	1	1
Inflytande	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Trygghet	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Tillgänglighet	-	-	-	1	-	2	-	-	-
Bemötande	2	-	-	-	-	-	1	-	-
Samverkan	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Övrigt	-	-	-	-	2	-	-	-	-

Förvaltningens analys

Det totala antalet synpunkter och klagomål som inkom till förvaltningen var något färre än föregående år. Minskningen kan förklaras av färre inkomna ärenden för hemtjänst. Det går inte att med säkerhet dra några slutsatser kring orsaken till minskningen. Generellt sett bedöms antalet klagomål stå i paritet till verksamheternas omfång (antal brukare). Flest ärenden återfinns inom vård- och omsorgsboende och hemtjänst, där det också finns flest brukare. Likt föregående år är det få inkomna ärenden inom LSS. Det är i viss mån förväntat då antalet brukare är få jämfört med äldreomsorgen. Men sannolikt finns också en aspekt av att personer med funktionsnedsättning kan ha svårare att inkomma med synpunkter eller klagomål. Det är därför viktigt att fortsatt arbeta för att synliggöra möjligheten att inkomma med synpunkter och klagomål för målgruppen både till verksamheten och förvaltningen. När det gäller ärenden inom LSS är det också förvaltningens uppfattning att ärendena tenderar att vara mer komplexa och kräva större resurser för hantering.

De olika områdeskategorierna som inkomna synpunkter och klagomål avser är mycket varierande. I vissa fall är det också svårt att kategorisera vad ett ärende faktiskt handlar om, då det kan beröra flera olika områden. I sammanställningen har en bedömning gjorts av vad klagomålet huvudsakligen gäller. Ett område som förekommer ofta är omvårdnad. Det är naturligt då det täcker in är en stor del av verksamheternas arbetsuppgifter. Av förklarliga skäl är det också ett område som både brukare och närstående upplever vara av stor betydelse. Ett typiskt ärende kan vara ifrågasättande av insatsernas kvalitet eller genomförande, samt med vilken frekvens omvårdnaden genomförts. Ett annat ofta förekommande område är övrigt, vilket täcker in det som inte ryms inom andra områdeskategorier. Vid en översyn av ärendena går det att identifiera att ärenden inom övrigt, relativt ofta handlar om personalbemanning på verksamheten. Det kan också vara fastighetsrelaterade frågor.

Slutligen är det av intresse att lyfta att synpunkter och klagomål inkomna till förvaltningen under 2022 vid flera tillfällen har resulterat i genomförda lex Sarah-utredningar i verksamheterna. Det är en indikation på att förvaltningens hantering av inkomna synpunkter och klagomål är betydelsefullt. Ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete på förvaltningsnivå är en viktig förutsättning för både god kvalitet och rättssäkerhet.