



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2024-02-01
ON/2022:1

Omvårdnadsnämndens årsredovisning 2023

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner årsredovisningen för 2023.

Sammanfattning

Under våren 2023 bedömde världshälsoorganisationen (WHO) att Covid-19 inte längre uppfyller villkoren för att betraktas som ett internationellt akut hot mot människors hälsa, vilket också inneburit att tidigare riktlinjer inom vård och omsorg inte längre finns kvar, bland annat krav på munskydd och smittspårning av personal. Riktlinjer vid smitta på boenden finns kvar.

Från och med 1 juli 2023 blev rollen undersköterska en skyddad yrkestitel, vilket innebär att det kommer att behövas ett bevis från Socialstyrelsen för att ha rätt att använda titeln undersköterska inom vård och omsorg. Fast anställd personal har 10 år på sig att validera sin utbildning, tillfälligt anställd personal får en förändrad befattning som vårdbiträde innan bevis som undersköterska är erhållet. Nämnden tar fram ett stöd för medarbetare för att underlätta denna process. Den fasta omsorgskontakten i hemtjänsten måste nu också vara en undersköterska med bevis.

Under våren 2023 har delegeringar tagits bort från hemtjänsten i Solna och ansvaret för genomförande av tidigare delegerade insatser kopplade till hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ligger nu hos Region Stockholm och primärvården. Övergången har skett utan allvarliga risker för personer med hemtjänst.

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

Skoga fick efter den nationella tillsynen som genomfördes av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sommaren 2021 ett antal brister att åtgärda. Åtgärdsplanen har redovisats för IVO som godkänt denna och ärendet är avskrivet.

Arbetet med nämndmål och nämnduppdrag har pågått enligt plan. Tre av nämndens fyra mål bedöms uppfyllas till stor del, rörande vård- och omsorgsboende, hemtjänst samt arbetet mot besvärande ensamhet. Målet rörande solnabor med funktionsnedsättning bedöms uppfyllas delvis.

Nämndens nettokostnader uppgår till 925,3 mkr vilket är en ökning med 62 mkr (7,2 %) jämfört med föregående år. Förändringen förklaras av indexering mellan åren, löneökning, inflation samt fler som bor på våra omvårdnadsboenden inom särskilt boende för äldre i kombination med



brukare med ökat omvårdnadsbehov.

Årets utfall visar ett överskott mot budget på 13,1 mkr (1,4 %), vilket i huvudsak förklaras av lägre kostnad för köp av tjänster inom hemtjänst och lagen om stöd och service inom vissa funktionshindrade (LSS) gruppboende.

I jämförelse med föregående år har omvårdnadsnämnden inte gjort några investeringar och utfallet ligger i paritet med både budget och prognos.

Helena Åhman
Förvaltningschef

Veronica Hässelborg
Stabschef ekonomi



SOLNA STAD

Årsredovisning 2023

OMVÅRDNADSNÄMNDEN

Omvårdnadsnämnden

ON/2022:1, behandlas på omvårdnadsnämndens sammanträde 2024-02-20

Innehållsförteckning

Förvaltningsberättelse.....	3
Sammanfattning.....	3
Händelser av väsentlig betydelse.....	3
Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten	4
Mål och uppdrag.....	5
Ekonomisk analys.....	10
Väsentliga personalförhållanden	12
Tvärsektoriella frågor	13
Förväntad utveckling.....	15
Konkurrensutsättning.....	16
Intern kontroll.....	16

Förvaltningsberättelse

Sammanfattning

Under våren 2023 bedömde världshälsoorganisationen (WHO) att Covid-19 inte längre uppfyller villkoren för att betraktas som ett internationellt akut hot mot människors hälsa, vilket också inneburit att tidigare riktlinjer inom vård och omsorg inte längre finns kvar, bland annat krav på munskydd och smittspårning av personal. Riktlinjer vid smitta på boenden finns kvar.

Från och med 1 juli 2023 blev rollen undersköterska en skyddad yrkestitel, vilket innebär att det kommer att behövas ett bevis från Socialstyrelsen för att ha rätt att använda titeln undersköterska inom vård och omsorg. Fast anställd personal har 10 år på sig att validera sin utbildning, tillfälligt anställd personal får en förändrad befattning som vårdbiträde innan bevis som undersköterska är erhållet. Nämnden tar fram ett stöd för medarbetare för att underlätta denna process. Den fasta omsorgskontakten i hemtjänsten måste nu också vara en undersköterska med bevis.

Under våren 2023 har delegeringar tagits bort från hemtjänsten i Solna och ansvaret för genomförande av tidigare delegerade insatser kopplade till hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ligger nu hos Region Stockholm och primärvården. Övergången har skett utan allvarliga risker för personer med hemtjänst.

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

Skoga fick efter den nationella tillsynen som genomfördes av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sommaren 2021 ett antal brister att åtgärda. Åtgärdsplanen har redovisats för IVO som godkänt denna och ärendet är avskrivet.

Arbetet med nämndmål och nämnduppdrag har pågått enligt plan. Tre av nämndens fyra mål bedöms uppfyllas till stor del, rörande vård- och omsorgsboende, hemtjänst samt arbetet mot besvärande ensamhet. Målet rörande solnabor med funktionsnedsättning bedöms uppfyllas delvis.

Nämndens nettokostnader uppgår till 925,3 mkr vilket är en ökning med 62 mkr (7,2 %) jämfört med föregående år. Förändringen förklaras av indexering mellan åren, löneökning, inflation samt fler som bor på våra omvårdnadsboenden inom särskilt boende för äldre i kombination med brukare med ökat omvårdnadsbehov.

Årets utfall visar ett överskott mot budget på 13,1 mkr (1,4 %), vilket i huvudsak förklaras av lägre kostnad för köp av tjänster inom hemtjänst och lagen om stöd och service inom vissa funktionshindrade (LSS) gruppboende.

I jämförelse med föregående år har omvårdnadsnämnden inte gjort några investeringar och utfallet ligger i paritet med både budget och prognos.

Händelser av väsentlig betydelse

Under våren 2023 bedömde världshälsoorganisationen (WHO) att Covid-19 inte längre uppfyller villkoren för att betraktas som ett internationellt akut hot mot människors hälsa, vilket också inneburit att tidigare riktlinjer inom vård och omsorg inte längre finns kvar, bland annat krav på munskydd och smittspårning av personal. Riktlinjer vid smitta på boenden finns kvar.

Från och med den 1 juli 2023 blev rollen undersköterska en skyddad yrkestitel, vilket innebär att det kommer att behövas ett bevis från Socialstyrelsen för att ha rätt att använda titeln undersköterska inom vård och omsorg. Fast anställd personal har 10 år på sig att validera sin utbildning, tillfälligt anställd personal får en förändrad befattning som vårdbiträde innan bevis som undersköterska är erhållet. Nämnden tar fram ett stöd för medarbetare för att underlätta denna process. Den fasta omsorgskontakten i hemtjänsten måste nu också vara en undersköterska med bevis.

Under våren 2023 har delegeringar tagits bort från hemtjänsten i Solna och ansvaret för genomförande av tidigare delegerade insatser kopplade till hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ligger nu hos Region Stockholm och primärvården. Övergången har skett utan allvarliga risker för personer med hemtjänst.

Seniorträffsverksamheten utvecklas vidare i samverkan med kultur- och fritidsnämnden samt pensionärsföreningarna. Målet är att nå ut till fler, att bibehålla och eller förbättra hälsan samt minska den

ofrivilliga ensamheten hos stadens seniorer. Ett led i den riktningen är att alla som är 65 år och äldre numer kan låna teknisk utrustning på biblioteket i Solna centrum och även få hjälp av nämndens digitala fixare.

Skoga fick efter den nationella tillsynen som genomfördes av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sommaren 2021 ett antal brister att åtgärda. Åtgärdsplanen har redovisats för IVO som godkänt denna och ärendet är avskrivet.

Nämnden har för fjärde året rekviderat statliga medel genom Äldreomsorgslyftet för att genomföra kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen, för studier till undersköterska eller specialistundersköterska. Ett fyrtiotal medarbetare har tagit del av satsningen under året.

Nämnden har under 2023 genomfört en utbildningssatsning med Apoteket för att öka patientsäkerheten och höja kompetensen gällande läkemedelshantering för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

Utvecklingsinsatser med grund i stimulansmedel har fortsatt genom godkänd finansiering av projekt för bland annat ”Rätt person gör rätt saker”, ”Sjuksköterskans förlängda arm” samt ”Resursteam inom hemtjänst”.

Genomförandet av nämndens förvaltningsplan för IT och verksamhetssystem har fortlöpt enligt plan, under 2023 har moduler för Avvikelser, HSL och Avgifter implementerats. Övergång från Procapita till Lifecare har genomförts under kvartal 4 2023. 1 200 enheter för trygghetslarm har bytts ut hos personer i ordinärt boende.

56 av totalt 96 platser på Berga äldreboende har temporärt stängts ner på grund av stambyte, med planerad nyöppning efter sommaren 2024.

LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) gruppboende Parkvägen flyttade i september till Hagalundsgatan 15, detta på grund av Parkvägens utbyggnad av befintlig skolverksamhet.

Omvårdnadsnämnden har under kvartal 4 tillhandahållit ergonomiska arbetsskor till vård- och omsorgspersonal med regelbunden anställning inom Humaniora hemtjänst och äldreboendet Skoga.

Nämndens kvalitetsdeklarationer bedöms vara aktuella, ingen uppdatering krävs.

Myndighetsavdelningen, utförare samt kvalitetsstaben arbetar kontinuerligt med att hantera synpunkter/felanmälan och klagomål för en kontinuerlig kvalitets- och verksamhetsförbättring.

Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten

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

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

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

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

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

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

Omvårdnadsnämndens ansvarsområden





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

Mål och uppdrag





Kommunfullmäktige har i Solna stads verksamhetsplan och budget 2023 med inriktning för 2024-2025 beslutat om nämndmål och uppdrag för nämnderna.

Nämndmål

Kommunfullmäktiges beslutade mål för nämnden följs främst upp i delårsrapport per augusti och i årsredovisningen. Måluppfyllelsen för nämndmålen bedöms genom en sammanvägning av genomförda aktiviteter och relevanta mått. Målen bedöms enligt:

-  Målet uppfylls i år
-  Målet uppfylls till stor del i år
-  Målet uppfylls delvis i år
-  Målet uppfylls inte i år

En sammanfattning av bedömningarna för nämndmålen ser ut så här:

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

Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande.

-  Målet uppfylls till stor del i år

Måluppfyllelsen för trygghet, gott bemötande och nöjdhet mäts i första hand genom årliga nationella brukarundersökningar på vård- och omsorgsboenden som genomfördes under första kvartalet 2023 med en svarsfrekvens motsvarande 41 procent. Utfallet av brukarundersökningen 2023 visade på positiv utveckling: 80 procent av de svarande känner sig trygga på sitt äldreboende (år 2022: 77 %), 78 procent känner sig nöjda med sitt boende (år 2022: 68 %), 91 procent är nöjda med personalens bemötande (år 2022: 89 %). Solnas resultat är fortsatt bra, men något sämre än resultatet för Stockholms län och riket.

Som komplement till resultaten i de nationella brukarundersökningarna genomför nämnden kontinuerligt individuppföljningar med fördjupade kvalitetsfrågor av de boendes upplevelse av bemötande och trygghet. Uppföljning hos 22 personer visar att 100 procent av de tillfrågade upplever att de alltid/oftast får ett bra bemötande från personalen och 96 procent av de boende känner sig alltid/oftast trygga. Detta resultat är i linje med föregående år.

Nämndens utförare av vård- och omsorgsboende har utifrån resultat av avtalsuppföljningen och anbudsuppföljning från 2022 gjort egna utvecklingsplaner med planerade aktiviteter för bland annat bättre bemötande, ökad trygghet och nöjdhet. Aktiviteter och resultat följs upp enligt omvårdnadsnämndens uppföljningsplan för 2023 som påbörjades under hösten 2023 och avslutas våren 2024.

Nämnden bedömer att målen uppfylls till stor del, viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- Med stöd av satsningen Äldreomsorgslyftet har 28 medarbetare påbörjat eller slutfört sin utbildning till undersköterska och 27 undersköterskor går specialistutbildning för undersköterskor, varav två har valt att avsluta sina studier i förtid.
- För att stödja målet och som ett led i det strategiska kompetensutvecklingsarbetet har chefer och nyckelmedarbetare deltagit i ledarskapsutbildningen "En hållbar ledare i en föränderlig värld", vilket följts upp med handledningstillfällen.
- Nämnden har fått stimulansmedel för att under hösten 2023 arbeta med olika projekt i syfte att höja kvaliteten i verksamheterna, bland annat "Rätt person gör rätt saker", "Sjuksköterskans förlängda arm" samt "Resursteam inom hemtjänst".
- Nämnden har erbjudit utbildning i samtalsmetodik till medarbetare inom vård- och omsorgsboende samt anordnat inspirationsdag kring temat bemötande och kommunikation för medarbetare inom hemtjänst under hösten 2023.
- Verksamheterna har fortsatt att registrera och arbeta med tillgängliga kvalitetsregister för att stödja målet.
- Aktiviteterna har lett till att nämndens utförare är bättre rustade för att solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande.

Solnabor som har hemtjänst ska ha möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.



Målet uppfylls till stor del i år

Måluppfyllelsen för trygghet, gott bemötande och nöjdhet mäts i första hand genom nationella brukarundersökningar för hemtjänst vilken genomfördes under första kvartalet 2023. Utfallet av 2023 års mätning visar att resultatet ökar i sex frågor; den totala nöjdheten 83 procent (2022: 82%), ökad tillgänglighet till hemtjänstpersonal 72 procent (2022: 67%), ökat förtroende för hemtjänst 85 procent (2022: 82%), information om tillfälliga förändringar 56 procent (2022: 52%) och om personalen har tillräckligt med tid för att utföra sina arbetsuppgifter 78 procent (2022: 74%). Andelen svarande som inte besväras av ensamhet ökar också marginellt – 43 procent mot 2022 års 41 procent. I fyra frågor står resultatet oförändrat mot föregående år, och i tre frågor har Solna ett något sämre resultat än föregående år. Solnas resultat ligger i stort sett i linje med Stockholms läns utfall.

Nämnden bedömer att målet uppfylls till stor del, viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- Nämndens förebyggande verksamhet har under året genomfört cirka 127 hembesök och 337 telefonsamtal hos Solnas 80- och 90-åringar.
- Samarbetet mellan nämnden och Region Stockholm fortsätter inom ramen för God och nära vård, i syfte att förbättra samverkan i samband med utskrivning med sikte på att minska återinskrivningar eller undvikbar slutenvård.
- Arbetet fortsätter med att motverka bedrägerier hos personer med hemtjänst, i samverkan med Polisen och stadens säkerhetsenhet. Vid kännedom om pågående bedrägerier mot äldre har information från nämnden snabbt gått ut till målgruppen med hemtjänst.

- Utförarna har utifrån resultat av avtalsuppföljningen och anbudsuppföljning från 2023 upprättat utvecklingsplaner med planerade aktiviteter för att bland annat utveckla social dokumentation och systematiskt kvalitetsarbete. Aktiviteter och resultat följs upp enligt omvårdnadsnämndens uppföljningsplan för 2024.
- Verksamheterna har fortsatt att följa upp personalkontinuiteten för hemtjänstkunder som har flera hjälpinsatser per dag. Varje månad följs statistiken upp i ett verksamhetssystem med återkoppling till utförarna. Personalkontinuiteten i hemtjänsten ligger på en fortsatt god nivå, tolv personal på två veckor hos hemtjänstkunder som har minst tre besök per dag.
- Staden har rekviderat stimulansmedel för att höja kompetensnivån inom hemtjänst. Genom "Äldreomsorgslyftet" utbildar sig 18 medarbetare inom hemtjänsten till undersköterskor, varav sju till specialistundersköterska. Demenscertifiering av hemtjänstpersonal har pågått under året och cirka 30 medarbetare från hemtjänst, larm och natt har gått utbildning i demens och bemötande av demenssjuka.
- Arbetet har fortsatt med att införa digitala lösningar inom hemtjänsten. Digitala alternativ utreds för hemtjänstinsatsen inköp för att öka kvaliteten på insatsen och förbättra arbetsmiljön för personalen. Digital fixare har fortsatt sitt arbete i att stödja äldre med ökad digital kompetens, bland annat genom utlåning av digitala verktyg såsom läsplattor och robotdammsugare.

Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro.

◆ Målet uppfylls delvis i år

Måluppfyllelsen mäts vartannat år i nationella brukarundersökningar. Brukarna i undersökningarna är personer med boendestöd, personer med funktionsnedsättning som bor i grupp- eller servicebostäder samt personer som deltar i daglig verksamhet. Brukarundersökningen genomfördes under hösten 2023 och resultaten fanns tillgängliga i december 2023.

Nämnden bedömer att målet uppfylls delvis i år, med grund i lägre resultat i årets brukarundersökningar. Undersökningen presenteras för nämnd och utfallen analyseras under första kvartalet 2024, åtgärdsplaner kommer att tas fram i samverkan med myndighetsavdelning, egen regi och externa utförare.

Servicebostad

Undersökningen visar att 58 procent av de boende i servicebostad upplevde att de fick den hjälp de behövde från personal, vilket är en klart lägre andel sedan brukarundersökningen gjordes 2021 då resultatet var 82 procent positiva svar. Brukarnas svar på trygghet med all personal i årets resultat är 58 procent, även det har gått ner sedan undersökningen 2021 då andelen positiva svar var 71 procent.

Frågan gällande förståelsen för "förstår vad personalen menar" är andelen positiva svar 46 procent vilket är ett lägre resultat gentemot undersökningen 2021 som visade på 71 procent positiva svar. Det finns en nedåtgående trend i resultatet på ovanstående frågor sedan 2019.

Gruppboendestad

Undersökningen visar att 79 procent av de boende på gruppboendestad upplevde att de fick den hjälp de behövde vilket visar på samma resultat sedan föregående undersökning (år 2021: 79 %).

Brukarnas trygghet med boende personalen svarar brukarna med 67 procent andel positiva svar vilket är en kraftig sänkning sedan tidigare undersökning (2021: 92 %)

Frågan gällande förståelsen för "förstår vad personalen menar" är andelen positiva svar 64 procent vilket är en kraftig sänkning sedan undersökningen 2021 som visade på 92 procent positiva svar. Det finns en nedåtgående trend i resultatet på ovanstående frågor sedan 2019.

Daglig verksamhet

Resultatet för daglig verksamhet visar på ett minskat antal positiva svar i årets brukarundersökning inom flera områden.

Andel av positiva svar från deltagarna om att de alltid får efterfrågad hjälp uppgår till 78 procent vilket är lägre resultat sedan föregående undersökning (2021: 90 %). Brukarnas upplevelse över att all personal bryr sig om dem uppgår till 84 procent positiva svar vilket även det är ett lägre resultat (2021: 95%). Brukarnas upplevelse av att de förstår vad personalen menar så är andelen positiva svar 78 procent vilket är ett lägre resultat (2021: 88 %). Brukarnas känsla av trygghet med all personal har ökat något sedan föregående undersökning och andelen positiva svar är 85 procent (2021: 83 %).

Boendestöd

Bland brukare med insatsen boendestöd som upplever att de alltid får efterfrågad hjälp var andelen positiva svar 90 procent vilket är ett högre resultat från tidigare undersökning (2021: 83%).

Hur brukarna upplever trygghet med personal ”att all personal känner sig trygga med sitt boendestöd” visar ungefär samma resultat sedan föregående undersökning, 82 procent positiva svar (2021:85 %). Brukarnas upplevelse hur personalen kommunicerar ”att de förstår vad all personal menar” var ett lägre resultat med 84 procent positiva svar än föregående undersökning (2021: 92 %).

Vid jämförelse med Stockholm har Solna ett lägre resultat gällande LSS-inriktade verksamheter medan boendestödet ligger i en jämförbar linje med Stockholm.

Aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- Verksamheterna har arbetat vidare med identifierade utvecklingsområden och egna åtgärdsplaner, med grund i 2022 års avtalsuppföljningar.
- För att stödja målet och som ett led i det strategiska kompetensutvecklingsarbetet har en ledarskapsutbildning; "En hållbar ledare i en föränderlig värld" erbjudits verksamheterna. En ny utbildningsomgång påbörjades hösten 2022 där åtta chefer och nyckelpersoner från boendestöd deltagit och 14 personer från grupp- och servicebostäder samt personlig assistans. Utbildningsomgången avslutades i maj då deltagarna presenterade förslag på förbättringsområden och fick diplom. Utbildningen har fortsatt med handledning vid ett par tillfällen under hösten.
- Staden har rekviderat stimulansmedel för att höja habiliteringsersättningen till personer med daglig verksamhet.
- Kompetenshöjande insatser i form av olika utbildningar har erbjudits vård- och omsorgspersonal inom funktionshinderområdet. Under året har 79 personer från förvaltning och utförare deltagit i Forum Carpes utbud av utbildning och/eller nätverk.
- Nämnden har under 2023 sett över behovet av aktiviteter, till exempel i form en träffpunkt och riktade aktiviteter till personer med funktionsnedsättning. Med bakgrund av det planerar förvaltningen genomföra satsningar på området, främst under 2024.

Den besvärande ensamheten bland solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.



Målet uppfylls till stor del i år

Nämndens arbete för att öka hälsa, välbefinnande och livsglädje hos äldre har fortsatt under året.

Måluppfyllelsen gällande den besvärande ensamheten mäts i första hand genom årliga nationella brukarundersökningar för vård- och omsorgsboende och hemtjänst samt biståndshandläggarnas individuppföljningar. Brukarundersökningen för vård och omsorgsboende 2023 visar att 13 procent av de svarande ofta besväras av ensamhet (år 2022: 24 %). För personer med hemtjänst är motsvarande siffra 40 procent (år 2022: 59 %).

Arbetet med individuppföljningar inom hemtjänsten och på vård- och omsorgsboendena har pågått kontinuerligt under året, där också kvalitetsfrågor ställs av handläggare till hemtjänstkunderna. Under året har totalt 176 individuppföljningar med fördjupade kvalitetsfrågor genomförts inom hemtjänst och totalt har 149 kunder besvarat de kvalitetsfrågor som ställts. När det gäller ensamhet är det 18 procent som upplever ensamhet som ett visst eller ett stort problem medan 82 procent inte upplever detta som ett stort problem. Uppföljningarna av de





boende som bor på vård och omsorgsboende visar att 61 procent upplever att ensamhet inte är ett problem eller ett så stort problem.



Nämnden bedömer att målen uppfylls till stor del, viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- Samverkan med kompetensnämnden, kultur- och fritidsnämnden, frivilligorganisationer samt andra volontärer och har som syfte att bryta social isolering, ge social stimulans och erbjuda friskvårds- och/eller kulturaktiviteter. Nämnden har också erbjudit ungdomar sommarjobb på boenden och musikunderhållning under sommaren. Nämnden fortsätter arbetet med att erbjuda personer med en demenssjukdom och deras anhöriga stöd för att motverka social isolering.
- Nämnden har installerat Wi-Fi i gemensamma utrymmen på vård- och omsorgsboenden för att underlätta kommunikation och kontakt med närstående liksom möjligheten att använda appar, läsa tidningen, spela spel med mera.
- Verksamheternas arbetssätt för att systematiskt minska den besvärande ensamheten på vård- och omsorgsboende har utvecklats. Under 2023 har minskad ensamhet samt ökad delaktighet varit fokusområden som har diskuterats på nätverksträffar med profilledarna, chefer samt nattpersonalen.
- Förebyggande verksamhet har genomfört "Hälsoprojektet 65+" och omfattande friskvårdsaktiviteter under året. Ett samverkansprojekt tillsammans med Gymnastik- och idrottshögskolan (GIH) och Solna Gymnasium pågick under arbetsnamnet "Hälsa tillsammans" på tre vård- och omsorgsboenden. Projektet gick ut på att mäta fysiska aktivitetens effekt på fysiska hälsan samt välbefinnandet hos deltagarna efter träning.
- En kurator har projektanställts under hösten för att utbilda medarbetarna i att kunna hålla professionella samtal kring svåra samtalsämnen som döden och ensamheten.
- Projekten "Digital fixare" och "Välfärdsbiblioteket" har pågått under året för att minska det digitala utanförskapet och den besvärande ensamheten.
- Kompetenssatsningar inom hörselområdet har genomförts i särskilt boende och i hemtjänsten, bland annat med syftet att underlätta kommunikation.


Uppdrag

Kommunfullmäktiges beslutade uppdrag för nämnden följs främst upp i delårsrapport per augusti och i årsredovisningen. Status för uppdragen bedöms enligt:

-  Uppdraget är slutfört
-  Uppdraget pågår enligt plan
-  Uppdraget pågår med avvikelse
-  Uppdraget avbrutet eller har inte startat.

Uppdrag
 Omvårdnadsnämnden får, i samverkan med övriga berörda nämnder, i uppdrag att utarbeta en anhörigpolicy som klargör hur staden kan erbjuda stöd till anhöriga som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, funktionsnedsatt eller äldre, och vad som krävs för att få tillgång till stödet.
 Omvårdnadsnämnden får i uppdrag att genomföra en översyn av styrmodellen för hemtjänsten med inriktningen att skapa utrymme för den enskilde och biståndsbedömaren att planera beviljade insatser och tidsåtgång utifrån behov och önskemål.

Omvårdnadsnämnden får, i samverkan med övriga berörda nämnder, i uppdrag att utarbeta en anhörigpolicy som klargör hur staden kan erbjuda stöd till anhöriga som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, funktionsnedsatt eller äldre, och vad som krävs för att få tillgång till stödet.

-  Uppdraget pågår enligt plan.

Uppdraget att utarbeta en anhörigpolicy pågår enligt plan och rapporteras till berörda nämnder under första kvartalet 2024. Omvårdnadsnämnden och socialnämnden samverkar i uppdraget. Under hösten genomfördes en remissrunda utifrån ett utkast inom de två förvaltningarna, nämndpresidier, äldre- och funktionshinderombud, FoU-nätverk med flera.

Omvårdnadsnämnden får i uppdrag att genomföra en översyn av styrmodellen för hemtjänsten med inriktningen att skapa utrymme för den enskilde och biståndsbedömaren att planera beviljade insatser och tidsåtgång utifrån behov och önskemål.

▶ Uppdraget pågår enligt plan.

Uppdraget att genomföra en översyn av styrmodellen för hemtjänsten pågår enligt plan och återrapporteras till berörda nämnder under våren 2024. Medverkande i uppdraget är förutom omvårdnadsförvaltningen externa utförare och representation från hemtjänstkunder.

Ekonomisk analys

Driftredovisning

Verksamhetens nettokostnader uppgår till 925,3 mkr, vilket är en ökning med 62 mkr (7,2 %) jämfört med föregående år.

Jämfört med föregående år har taxor och avgifter ökat med 3,2 mkr (11 %) på grund av årlig prisjustering och fler omsorgstagare.

Hyror har ökat med 1,2 mkr (3,4 %), vilket förklaras av årlig prisjustering och fler omsorgstagare.

Bidrag har under året minskat med 7,2 mkr (8,0 %), vilket beror på att nämnden har tilldelats mindre stimulansmedel jämfört med samma period föregående år.

Övriga intäkter har ökat med 2,7 mkr (13,5 %), vilket förklaras av prisökningar och fler omsorgstagare.

Personalkostnader visar en ökning med 16,8 mkr (6,0 %) jämfört med föregående år vilket förutom årlig lönerrevision förklaras av personal som går utbildning och behöver ersättas av vikarier vilket finansieras av stimulansmedel samt högre kostnad inom Humaniora på grund av fler omsorgstagare.

Köp av verksamhet har ökat med 40,7 mkr (6,5 %) på grund av fler omsorgstagare i kombination med högre vårdtyngd inom särskilt boende och insatser inom LSS i kombination av prisjusteringar.

Lokalkostnaderna ligger i nivå med föregående år på grund av färre hyresförbindelser.

Kapitalkostnader har minskat med 0,2 mkr, övriga kostnader har ökat med 4,9 mkr (9,3 %) jämfört med föregående år. Ökningen förklaras i huvudsak av högre kostnad från Försäkringskassan dedikerat till assistans.

Nämndens budgetavvikelse har en högre nettokostnad motsvarande 13,1 mkr (1,4 %) vilket förklaras nedan.

Taxor, avgifter och hyror, arrenden ger ett utfall motsvarande 68,4 mkr och har jämfört med budget en högre intäkt motsvarande 1,3 mkr.

Bidrag visar ett överskott på 4,2 mkr och avser stimulansmedel.

Försäljning av verksamhet och övriga verksamhetsintäkter har 2,8 mkr högre i intäkt jämfört med budgeterad nivå, vilket förklaras av fler omsorgstagare inom särskilt boende.

Personalkostnader visar en högre kostnad motsvarande 5,3 mkr jämfört med budget, vilket förklaras av personal som går utbildning och därmed behöver ersättas av vikarier vilket finansieras av stimulansmedel samt en högre lönejustering för medlemmar tillhörande kommunal än vad som var budgeterat.

Köp av verksamhet visar 13,1 mkr (1,9 %) i lägre kostnad jämfört med budget varav 8 mkr (1,7 %) avser äldreomsorg, 7,2 mkr (4,3 %) avser insatser enl. LSS, 0,8 mkr (14 %) insatser personer med funktionsnedsättning samt 3 mkr (27 %) i högre kostnad jämfört med budget för turbundna resor.

Lokalkostnader är 0,5 mkr (0,6 %) lägre jämfört med budget, kapitalkostnader 0,1 mkr (17,8 %) högre och övriga kostnader är 2,8 mkr (5,1 %) högre jämfört med budget varav 1,8 mkr (3,3 %) förklaras av installation av larm och 1,3 mkr (2,4 %) av införande av Life Care HSL.

Resultaträkning (mkr)	2023	2022	% 23/22	Budget- avvikelse	Årsbudget	Årsprognos	Prognos- avvikelse
Taxor och avgifter	32,4	29,2		0,6	31,8	32,1	0,3
Hyror och arrenden	36,0	34,8		0,7	35,3	36,2	0,9
Bidrag	83,2	90,4		4,2	79,0	79,0	0,0
Försäljning av verksamhet	1,9	1,8		0,6	1,3	1,3	0,0
Övriga intäkter	22,9	20,2		2,1	20,8	22,8	2,0
Summa intäkter	176,5	176,4	0,0 %	8,4	168,1	171,4	3,3
Personalkostnader	-295,2	-278,3		-6,0	-289,2	-294,4	-5,2
Köp av verksamhet/tjänster	-664,6	-623,8		13,1	-677,6	-670,0	7,6
Lokalkostnader	-84,3	-84,3		0,5	-84,9	-84,9	0,0
Kapitalkostnader	-0,6	-0,8		0,0	-0,5	-0,5	0,0
Övriga kostnader	-57,2	-52,3		-2,8	-54,4	-51,3	3,1
Summa kostnader	-1 101,8	-1 039,6	6,0 %	4,8	-1 106,6	-1 101,1	5,5
Verksamhetens nettokostnader	-925,3	-863,2	7,2 %	13,1	-938,5	-929,7	8,8

För en god ekonomisk styrning är det viktigt att nämndernas prognossäkerhet är hög. I årsredovisningen jämförs därför årets utfall med nämndens prognoser under året.

Omvårdnadsnämndens helårsprognos per augusti visade på ett överskott mot budget på 8,8 mkr. Årets budgetöverskott uppgår till 13,1 mkr, vilket ger en differens mellan resultat och prognos på 4,3 mkr (0,5 %).

Verksamheter

Verksamheter (mkr)	2023	2022	% 23/22	Budget- avvikelse	Budget	Prognos	Prognos- avvikelse
Äldreomsorg Hemtjänst	-193,5	-188,5		5,3	-198,8	-191,0	7,8
Äldreomsorg särskilt boende	-423,9	-389,7		-6,5	-423,7	-426,7	-3,0
Insatser enl. LSS	-232,1	-219,2		10,3	-242,4	-234,7	7,7
Insatser personer med funktionsnedsättning	-5,2	-6,0		0,7	-5,9	-5,9	0,0
Turbundna resor	-14,1	-11,2		3,1	-11,0	-14,6	-3,6
Förvaltningsgemensam verksamhet	-56,5	-48,6		0,2	-56,7	-56,8	-0,1
Verksamhetens nettokostnader	-925,3	-863,2	7,2	13,1	-938,5	-929,7	8,8

Årets utfall jämfört med föregående år visar att kostnader för hemtjänst har ökat med 5,0 mkr (2,6 %) medan kostnader för särskilt boende har ökat med 34,2 mkr (8,8 %). Jämfört med budget har hemtjänsten 5,3 mkr och särskilt boende 0,3 mkr lägre kostnader, vilket i huvudsak förklaras av att volymen inom hemtjänst inte har nått upp till budgeterad nivå. Jämfört med prognos visar hemtjänsten 2,5 mkr (1,3 %) högre kostnad, vilket förklaras av en högre kostnadsnivå i slutet av året jämfört med årets första nio månader, vilket i sin tur gör att utfallet är högre än prognos. Kostnader för särskilt boende är 2,8 mkr (0,66 %) lägre än prognos.

Kostnader för insatser enligt LSS har ökat med 13 mkr (6 %) i jämförelse med föregående år, vilket förutom prisjusteringar och inflation förklaras av högre vårdtyngd inom LSS gruppboende och 2,6 mkr i rättelse för moms inom assistansen. Jämfört med budget har kostnaderna minskat med 10,1 mkr varav LSS gruppboende avviker med 7,7 mkr, boende LSS unga 2 mkr, personlig assistans 1,5 mkr och daglig verksamhet 1,1 mkr. Avvikelsen beror på senarelagd kostnad för uppstart av LSS gruppboende i kombination med lägre nivåer utifrån bedömda behov och lägre volym inom assistans. Kostnaderna för LSS är 2,6 mkr (1,1 %) lägre än prognos.

Kostnader för insatser för personer med funktionshinder är 0,8 mkr (17,7 %) lägre, vilket beror på färre avrop än föregående år. Jämfört med såväl budget som prognos är kostnaderna 0,7 mkr lägre.

Kostnader för turbundna resor har ökat med 2,9 mkr (24,9 %) i jämförelse med föregående år på grund av inflation och högre kostnad för drivmedel i kombination med fler brukare inom daglig verksamhet. Kostnaden är 3 mkr högre än budget, vilket beror på högre driftkostnader och inflation samt att resor med längre avstånd har ökat inom insatser LSS. Utfallet är 0,5 mkr lägre än prognosen för året.

Den förvaltningsgemensamma verksamhetens kostnader har ökat med 7,9 mkr på grund av tillsatta vakanser i kombination med årlig lönerevision 3,7 mkr (8 %), köp av administrativa tjänster 1,5 mkr (3 %) samt prisjusteringar. Kostnaderna är något lägre än såväl budget som prognos.

Nämndens totala avvikelse mot prognos uppgår till 4,3 mkr.

Investeringsredovisning

Nämnden har inte utnyttjat investeringsbudgeten under året.

Investeringsredovisning (mkr)	2023	2022	Differens 23/22	Återstår av årsbudget	Budget	Prognos	Prognos-avvikelse
Verksamhetens investeringar	0,0	0,6	-0,6	1,5	1,5	1,5	0,0

Väsentliga personalförhållanden

Kompetensutveckling

Satsningen att utbilda språkombud på särskilda boenden har förberetts under hösten 2023 inför fortsättning under 2024. Under 2023 har tre personer genomgått utbildningen.

Nämnden har för fjärde året rekviderat statliga medel genom Äldreomsorgslyftet för att genomföra kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen, för studier till undersköterska eller specialistundersköterska. 38 medarbetare har tagit del av satsningen, 14 medarbetare har studerat till undersköterska, 24 medarbetare har studerat till specialistundersköterska.

Nämnden har under 2023 genomfört en utbildningssatsning med Apoteket för att öka patientsäkerheten och höja kompetensen gällande läkemedelshantering för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Satsningen har utvärderats med goda resultat.

Inom demensområdet har demensteamet fortsatt att erbjuda särskilda boenden utbildning till Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD)-administratörer.

Under 2023 har 10 medarbetare från hemtjänsten och 20 medarbetare från trygghetslarmet och nattpatrullen demenscertifierats. Nätverksträffar för medarbetare inom demensdagverksamhet har genomförts under hösten.

En kompetenssatsning inom hörsel har genomförts på särskilt boende under 2023 i samverkan med Audika. Inom hemtjänsten har cirka 90 medarbetare från tre hemtjänstutförare som har gått utbildning i hörsel. Utöver det har cirka 20 seniorer fått utbildning och fått möjlighet att göra hörseltest. Det har pågått ett projekt i syfte att hitta arbetssätt för att identifiera och hjälpa personer med hörselnedsättning på ett vård- och omsorgsboende. Projektet slutförs under våren 2024 och därefter ska resultatet tillgängliggöras för andra verksamheter. Hörselombud har utbildats och nätverksträffar har hållits.

Ledarskapsutbildningen för chefer och nyckelpersoner inom vård och omsorg där deltagarnas arbetsvardag blandades med teorier och övningar avslutades i maj då deltagarna presenterade förslag på förbättringsområden och fick diplom. Utbildningen har fortsatt med handledning vid ett par tillfällen under hösten.

Träningscentret Metodikum fortsätter att användas för vård- och omsorgspersonal att färdighetsträna olika praktiska moment. Kurser har genomförts i trackvård, puls och blodtryck, diabetes, SBAR samt lyft. Genom projektet "Sjuksköterskans förlängda arm" har fyra undersköterskor utbildats för att avlasta sjuksköterskor i deras dagliga arbete.

En uppföljning av strategin för kompetens att utföra digitala arbetsuppgifter inom Humaniora vård och omsorg har genomförts. Åtgärdsplan är framtagen och påbörjad under 2023 men de flesta åtgärder är planerade att genomföras under 2024. Åtgärderna berör flera av humanioras verksamheter och kräver därför en mer omfattande planering och implementering. Uppföljning av åtgärderna är planerade till det tredje tertialet 2024.

Förebyggande hälsoarbete

Inom förvaltningen pågår ett strukturerat arbete med fokus på faktorer som bidrar till ökad hälsa och till hållbar arbetshälsa över tid med aktiviteter som främjar, förebygger och rehabiliterar. Förvaltningen har utsedda hälsoombud som stödjer cheferna i att arbeta hälsofrämjande.

Sjukfrånvaro

Den totala sjukfrånvaron inom förvaltningen för december 2022 till och med november 2023 var 9,5 procent att

jämföra med 10,6 procent för samma period 2022. Korttidsfrånvaron var 3,6 procent jämfört med 5,2 procent samma period 2022. Långtidssjukfrånvaron var 4,2 procent jämfört med 3,3 procent samma period 2022. Verksamheterna följer sjuktalen kontinuerligt och arbetar systematiskt i enlighet med rehabiliteringsprocessen för en minskad sjukfrånvaro. Det förebyggande arbetet vidareutvecklas genom att arbetssätt för att stärka friskfaktorer introduceras.

Medarbetarengagemang

Medarbetarundersökningen genomfördes under hösten 2022 med en svarsfrekvens på 81 procent. Medarbetarundersökningens resultat avseende hållbart medarbetarengagemang (HME), 80,8, ligger kvar på en hög nivå. Resultatet visar att cheferna i hög grad visar uppskattning, förtroende och möjliggör att medarbetarna kan ta ansvar. Även chefernas arbetssätt att målstyra får höga resultat av medarbetarna. Utifrån resultatet har cheferna tillsammans med medarbetarna tagit fram handlingsplaner för fortsatt utvecklingsarbete. Undersökningen genomförs igen under våren 2024.

Periodutfall	2023	2022	Förändring
Antal anställda	469	459	10
- varav kvinnor	349	343	6
- varav män	120	116	4
Antal årsarbetare i snitt	396,1	388,3	7,8
Sjukfrånvaro, %	9,5	10,6	-1,1
Hållbart medarbetarengagemang-index (HME)	-	80,8	
Fotnoter:			
<i>Antal årsarbetare i snitt avser överenskommen sysselsättningsgrad.</i>			
<i>Sjukfrånvaron avser perioden 1 december 2022 till 30 november 2023.</i>			
<i>HME-undersökning genomförs vanligtvis varje höst. Höstens planerade undersökning kommer, på grund av omstrukturering hos leverantören, genomföras under våren 2024.</i>			

Tvärsektoriella frågor

Solna stad har väl utvecklade metoder för att arbeta med de tvärsektoriella frågorna; internationellt arbete, likabehandlingsarbete samt strategiskt miljö- och klimatarbete. Kommunstyrelsen, kommittéer och råd skapar tillsammans med stadsledningsförvaltningen förutsättningar för arbetet bland annat genom styrdokument, kunskapsuppbyggnad, erfarenhetsutbyte och samarbete. Nämnderna har uppdraget att använda de tvärsektoriella perspektiven för att utveckla den egna verksamheten och stödja nämndens måluppfyllelse. Det tvärsektoriella arbetet följs upp i delårsrapport och årsredovisning.

Internationellt

Nämndens internationella arbete används huvudsakligen som metod för verksamhets- och kvalitetsutveckling.

Omvårdnadsnämndens arbete med de internationella frågorna är bland annat kopplade till nämndmålen som inkluderar trygghet, bemötande och nöjdhet samt att motverka social isolering.

Långsiktiga relationer – framgångsfaktor i internationellt arbete

Nämnden deltar i Eurocities, Social Affairs Forum, framför allt i arbetsgruppen "Välbefinnande och åldrande". Deltagandet i arbetsgruppen ger större referensramar och perspektiv på arbetet som görs hemmavid. Det ger även möjlighet till inblick och bevakning av EU-frågor som kan vara relevanta för nämnden. Eurocities erbjuder också ett stort nätverk för kunskap- och erfarenhetsutbyte, ett sätt att öka kompetensen och professionalismen i den egna verksamheten. På sikt är det också ett sätt att synliggöra Solna i Europa.

Omvårdnadsförvaltningen representerar nämnden i såväl forumet, arbetsgruppen som i stadens interna Eurocitiesnätverk. Arbetsgruppsmötena hålls två gånger per år och under 2023 anordnas mötena i anslutning till Social Affairs Forum. Det innebär ett bredare program och att fler städer och arbetsgrupper finns representerade.

Fokus på verksamhets- och kvalitetsutveckling

Nämnden har, i samarbete med kommunstyrelsen, tagit emot två studiebesök, varav en grupp studenter från Amsterdam University, Nederländerna och en grupp studenter och professorer från Western University, Ontario, Kanada. Medarbetare från egen-regi verksamhet och privata utförare har bidragit med presentationer. Studiebesöken bygger på etablerade kontakter i respektive organisation och är återkommande.

Nämnden har deltagit på Social Affairs Forums Social Innovation Laboratory samt arbetsgruppsmöte i Braga, Portugal den 30 maj-2 juni. Fokus var på inkluderande digital förflyttning. För nämndens del handlade det om att inhämta kunskap och utbyta idéer med fokus på digitala verktyg och hur dessa kan tillämpas för att lösa sociala frågor, med fokus på sköra grupper. I arbetsgruppen fortsätter samtalen kring de utmaningar europeiska städer står inför med en åldrande befolkning. Det handlar om svårigheter att rekrytera personal i takt med ett ökat behov av äldreomsorg. Arbetet med att motverka social isolering och ensamhet är också ett aktuellt ämne som går hand i hand med hälsa och välmående. Samverkan är en förutsättning för att ta till sig av olika utmaningar. På mötet väcktes nyfikenhet kring hur och i vilken utsträckning respektive stad samverkar.

Nämnden har deltagit på Social Affairs Forum samt arbetsgruppsmöte i Lyon, Frankrike den 3-6 november. Mötet fokuserade på bland annat agenda inför EU-valet 2024 med frågor som hemlöshet, sysselsättning, välmående, tjänstedesign och flyktingfrågan. Global utveckling, "open access" snabb, lättillgänglig tillgång till stöd och hälsovårdstjänster, professionell samverkan över gränser och "co-design", insatser utformade i samverkan med brukaren, var andra tydliga teman i föredrag, diskussioner och studiebesök.

Stadens interna Eurocitiesnätverk träffas en gång i månaden där man bland annat förbereder och planerar deltagande i respektive arbetsgrupp samt följer upp vilka nya kunskaper, erfarenheter och kontakter deltagandet har givit och hur de ska spridas vidare såväl till nämndens olika verksamheter som till andra relevanta verksamheter i staden.

Likabehandling

Nämndens likabehandlingsarbete syftar till att alla medborgare ska få likvärdigt bemötande och service. Arbetet bidrar på detta sätt till att utveckla nämndens verksamhet och dess kvalitet. Nedan beskrivs det huvudsakliga likabehandlingsarbetet under 2023.

Arbetet mot våld i nära relationer som även omfattar hedersvåld riktar sig både till stadens äldre och till personer med funktionsnedsättning. Samverkansrutiner är framtagna mellan omvårdnadsförvaltningen och socialförvaltningen.

Handläggarna på myndighetsavdelningen har fått utbildning i normkritiskt tänkande, likabehandling och att arbeta för att undvika kränkande särbehandling.

Information om likabehandlingsarbete ingår som en naturlig del i introduktionen av nyanställda och som en grund i ledarskapsutbildningen i staden.

Upphandling enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär för äldre och för personer med funktionsnedsättning en ökad valfrihet i valet av utförare av beviljade insatser.

Nämndens arbete för att öka hälsa, välbefinnande och livsglädje hos äldre fortsätter. Det sker bland annat genom samverkan med kultur- och fritidsnämndens verksamheter, frivilligorganisationer och andra volontärer och har som syfte att bryta social isolering, ge social stimulans, erbjuda friskvård- och/eller kulturaktiviteter.

Den digitala fixaren har gett stöd med digitala tjänster och produkter som syftar till att underlätta vardagen. Fixaren har gjort hembesök, funnits tillgänglig på seniorträffar eller varit behjälplig via telefon. För att förstärka stödet till nämndens målgrupp rekryteras ytterligare en digital fixare under hösten. Nämnden fortsätter arbetet med att erbjuda personer med demenssjukdom och deras anhöriga stöd för att motverka social isolering.

Wi-Fi är installerat på vård- och omsorgsboenden för att underlätta kommunikation och kontakt med närstående liksom möjligheten att använda appar, läsa tidningen, spela spel med mera.

Digitala möten är en etablerad arbetsform inom och mellan organisationer, men erbjuds också som kontaktväg för kunder och brukare. Det är många som föredrar digitala kontakter framför fysiska och formerna är under utveckling.

Miljö och klimat

Nämndens miljöarbete utgår från den av kommunfullmäktige antagna miljöpolicyen med tillhörande miljöstrategi och klimatstrategi samt nämndens nämndmål. Nedan beskrivs de huvudsakliga aktiviteterna inom miljöområdet under året utifrån miljöpolicyens fokusområden.

Omvårdnadsnämnden har fortsatt att genomföra en översyn av materialåtervinning och matavfallsinsamling i

nämndens verksamheter. Bland annat har användningen av förrådet med begagnade möbler utvärderats under året för att säkerställa att nyttan motsvarar kostnaden för att magasinera och hantera förrådet. I samband med detta har de inventarier som inte längre är möjliga att använda i verksamhet uträddats och återvunnits.

Omvårdnadsnämnden fortsätter också med översynen av nämndens användning av fordon i syfte att kartlägga förutsättningarna för en fossilbränslefri fordonsflotta senast 2030.

Under året har omvårdnadsnämnden medverkat i en värmekartering av kommunen, finansierad via Länsstyrelsen, och fått inblick i hur verksamhetslokaler påverkas av områden särskilt utsatta för temperatur. Inga boenden inom nämndens område ligger i sådana områden. Denna satsning fortsätter genom utbildningar i hur värmearbete görs i praktiken. Nämnden har också bidragit till stadens gemensamma arbete kring klimatanpassning initierat av stadsledningen.

De genomförda aktiviteterna har bidragit till genomförande av Solna stads miljömål, särskilt fokusområdet en effektiv resursanvändning.

Förväntad utveckling

Prognos för verksamheter

Enligt stadens befolkningsprognos framtagen i augusti 2023 beräknas antalet personer över 65 år att öka från cirka 13 100 till 14 000 år 2029.

Sett till den demografiska utvecklingen bedöms behovet av vård- och omsorgsplatser öka något över de kommande åren. Den stora förändringen är att staden i dagsläget verkställer cirka 70 platser färre än vad tidigare prognoser har kunnat förutse, med anledning av pandemin. Bedömningen är att det kommer dröja ytterligare fem år innan antalet beslut om vård- och omsorgsboende är i nivå med innan pandemin. Inget talar i dagsläget för att behovet skulle öka i snabbare takt än den demografiska utvecklingen, utifrån förra årets och årets prognoser.

Personer i behov av hemtjänst Solna beräknas öka med cirka 13 procent från 2023 till 2029. Denna ökning medför att antalet hemtjänststimmar beräknas öka med 50 000 till cirka 470 000.

Beträffande LSS-bostäder är den samlade bedömningen att Solna stad behöver öka kapaciteten med 4–5 platser årligen för att svara mot behoven. Den samlade bedömningen är att de planerade uppstarterna under de kommande åren, antalet platser i det fasta beståndet samt tillgång till platser inom valfrihetssystemet svarar mot behovet.

En framskrivning av den genomsnittliga frekvensen ger vid handen att behovet av platser i daglig verksamhet kan komma att öka med 4–5 per år. Eventuella variationer torde kunna hanteras inom valfrihetssystemet för daglig verksamhet.

Insatserna ledsagarservice, avlösarservice, korttidsvistelse och korttidstillsyn har de senaste tio åren varit i ungefär samma omfattning, mellan 30 och 50 personer erhåller respektive insats. För insatsen kontaktperson har antalet personer i gruppen minskat väsentligt under de senaste åren. För samtliga av ovanstående insatser är det svårt att göra prognoser då verksamheterna har så små volymer. Därav antas att utvecklingen kommer att följa befolkningsprognosen.

Välfärdsteknik och nya arbetsätt

Välfärdsbehoven ökar till följd av att antalet äldre ökar samtidigt som befolkningen i arbetsför ålder inte ökar i samma takt. Denna utveckling ställer sammantaget krav på att utveckla omvårdnadsnämndens verksamhet och arbetsätt. Utveckling av välfärdsteknik kommer att vara en viktig del i detta. Den digitala utvecklingen ger möjligheter till att skapa effektivare arbetsätt samt underlätta rekrytering av chefer och vårdpersonal i framtiden.

Nämnden arbetar under 2023 bland annat med att utvärdera digitala insatser inom hemtjänst, uppdaterade tekniska lösningar för larm, den fortsatta utvecklingen av digitala verksamhetssystem och digital fixare.

Förebyggande verksamhet

Nämndens arbete för att öka hälsa, välbefinnande och livsglädje hos äldre behöver fortsätta utveckla. Det sker bland annat genom samverkan med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid, frivilligorganisationer samt volontärer och har som syfte att bryta social isolering, ge social stimulans och erbjuda friskvårds- och/eller kulturaktiviteter. Nämnden fortsätter arbetet med att erbjuda personer med demenssjukdom och deras anhöriga

stöd för att motverka social isolering.

Samverkan med Region Stockholm

Ett viktigt utvecklingsområde är samverkan mellan staden och Region Stockholm. Det behöver finnas en god samverkan dels mellan slutenvården, primärvården och staden vid själva vårdövergången, dels mellan primärvården och staden efter hemkomsten från sjukhus. Om övergången till det egna hemmet upplevs som trygg och säker minskar risken för återinläggning till slutenvården, omsorgs- och omvårdnadsbehov samt efterfrågan på alternativt boende minskar dessutom kan stadens och regionens resurser användas på bästa möjliga sätt. Pilotprojektet mellan Region Stockholm och Solna stad fortsätter med inriktningen att förbättra och utveckla nya arbetssätt mellan två husläkarmottagningar och hemgångsteamet inom hemtjänsten. Faller pilotprojektet väl ut är ambitionen att arbetssättet ska implementeras mellan alla husläkarmottagningar i Solna och hemgångsteamet. Detta är ett led i satsningen "God och nära vård" som Region Stockholm har initierat och som innebär att den vård som invånaren behöver ofta, ska finnas nära och anpassas efter invånarnas behov. Under pandemin har det varit en tät samverkan mellan nämnden och regionen lokalt med fokus på frågor som berört pandemin och som har letts av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom nämnden, samt regionens geografiska samordnare för primärvården. Samverkan fortsätter med fokus på de mest sjuka äldre.

Fortsatt kompetenssäkring

Strategin för kompetensutveckling inom äldreomsorgen fortsätter successivt implementeras. Samverkan med högskolor och forskning- och utvecklingsenheter är betydelsefullt och sker regelbundet i bland annat nämndens omvårdnadsakademi. Avtalsuppföljningar fortsätter följa upp att utförarna följer avtalen avseende bland annat kompetenssäkring och kvalitetsutveckling.

Kompetensutveckling och kompetenshöjning inom vård och omsorg behövs för att både bibehålla och utveckla kvaliteten i verksamheterna. För det krävs medarbetare som har rätt kompetens för uppdraget. Det är bland annat viktigt att utbilda vårdbiträden till undersköterskor och sjuksköterskor till specialistsjuksköterskor. Även utvecklingsprojektet Heltidsresan som är en överenskommelse mellan Kommunal och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ska pågå fram till 2024 och drivs för att heltidsarbete ska bli norm i välfärdens kvinnodominerade yrken. Nya arbetssätt för att rekrytera och behålla sjuksköterskor fortsätter utvecklas under året.

Konkurrensutsättning

Uppföljning av genomförda upphandlingar


Verksamhetsområde / Avtal	Uppföljning
Revidering av valfrihetssystem för korttidsvistelse (LOV) ON/2012:68	Pågår enligt plan, kommer att fortsätta under 2024.
Revidering av valfrihetssystem för LSS-bostad (LOV) ON/2013:77	Pågår enligt plan, kommer att fortsätta under 2024.

Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljningarna har genomförts enligt omvårdnadsnämndens uppföljningsplan för 2023. Fokus under året har varit främst uppföljning av de utvecklingsplaner som upprättats 2022. Resultaten visar att utförarna i stort följer avtalen, åtgärder är vidtagna där behov funnits samt i de fall det har behövts har utvecklingsplaner reviderats för fortsatt kvalitetsutveckling i verksamheterna.

Intern kontroll

Uppföljning av internkontrollplan

Kategori, intern kontroll	Process/Rutin	Kontrollmoment	Resultat av kontrollmoment
Styrning	Verksamhetsuppföljning enligt uppföljningsplan	Kontroll av att planen för upphandling av verksamhetsavtal och överenskommelser följs.	 Ingen eller försumbar avvikelse Uppföljning har skett enligt fastställd uppföljningsplan. Utvecklingsområden är främst social dokumentation och

Kategori, intern kontroll	Process/Rutin	Kontrollmoment	Resultat av kontrollmoment
			systematisk kvalitetsledning, vilket återspeglas i åtgärdsplaner för verksamheterna samt i nämndens aktiviteter för 2024 och framåt.
Medarbetare	Rekrytering av Sjuksköterskor	Kontroll av att månatlig redovisning angående sjuksköterskesituationen görs till medicinskt ansvarig sjuksköterska.	<p>● Ingen eller försumbar avvikelse</p> <p>Uppföljning har skett enligt fastställd uppföljningsplan. Verksamheter lyckas i stort lösa bemanning enligt avtal, bristen på sjuksköterskor är dock en utmaning i Solna liknande övriga delar av landet. Området förstärks i utökad satsning på kompetensförsörjning under 2024.</p>
	Rekrytering av undersköterskor inom hemtjänst och särskilt boende	Kontroll av andel utbildade undersköterskor och specialistundersköterskor i samband med avtalsuppföljning.	<p>● Ingen eller försumbar avvikelse</p> <p>Uppföljning har skett enligt fastställd uppföljningsplan. Verksamheter lyckas i stort lösa bemanning enligt avtal, bristen på sjuksköterskor är dock en utmaning i Solna liknande övriga delar av landet. Området förstärks i utökad satsning på kompetensförsörjning under 2024.</p>
Ekonomi	Uppföljning av kostnader - Kostnadskontroll	Kontroll av uppföljning enligt stadens anvisningar för budgetuppföljningar, delårsrapporter samt verksamhetsmål. Kontinuerlig uppföljning av nyckeltal. Resultat sammanställs och föredras i nämnden.	<p>● Ingen eller försumbar avvikelse</p> <p>Uppföljning har skett enligt fastställd uppföljningsplan. Stadens anvisningar har följts, nyckeltal är kontinuerligt uppföljda och resultat har föredragits för nämnden. Inga åtgärder har behövts.</p>
Verksamhet sprocesser	Tillräckligt med skyddsutrustning	Kontroll i samband med avtalsuppföljning.	<p>● Ingen eller försumbar avvikelse</p> <p>Uppföljning har skett enligt fastställd uppföljningsplan. Verksamheter bedöms hålla tillräckligt med skyddsutrustning enligt avtal. Inga åtgärder har behövts.</p>
	Åtkomst till uppgifter i enskildes dokumentation i vård- och omsorgsboende	Kontroll att loggkontroller görs i verksamhetssystem där personuppgifter förekommer.	<p>● Ingen eller försumbar avvikelse</p> <p>Uppföljning genomförd enligt fastställd uppföljningsplan. Verksamheter är utbildade i loggkontroll och bedöms hantera egenkontroll enligt rutin. Inga åtgärder har behövts.</p>
	Utlämnande av handlingar enligt GDPR.	Kontroll av att gällande rutiner för utlämnande av handlingar följs genom stickprovskontroller	<p>● Ingen eller försumbar avvikelse</p> <p>Uppföljning har skett enligt fastställd uppföljningsplan. Stickprov visar att gällande rutiner följs. Inga åtgärder har behövts.</p>



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2024-02-20
ON/2024:19

Anhörigpolicy

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden föreslår kommunstyrelsen att anta Anhörigpolicy.

Sammanfattning

Solnakoalitionens regeringsprogram anger de övergripande politiska prioriteringarna för mandatperioden 2022-2026. En av prioriteringarna är att ta fram en anhörigpolicy och utveckla anhörigstödet. Omvårdnadsförvaltningen har fått i uppdrag att utarbeta ett förslag på en stadsövergripande policy. Arbetet har skett gemensamt med socialförvaltningen och har omfattat ett remissförfarande med forskare inom området, lokala organisationer för anhöriga samt tjänstemän och politiker inom respektive verksamhetsområde.

En stor andel av Sveriges vuxna befolkning ger vård eller stöd till någon de står nära på grund av sjukdom, hög ålder eller funktionsnedsättning. Anhöriga utför ett omfattande praktiskt, organisatoriskt och emotionellt arbete som utgör en avlastning för den offentliga vården och omsorgen. Att vara anhörig kan medföra påfrestningar för många, med negativa konsekvenser för hälsa, ekonomi och livskvalitet.

Enligt Socialtjänstlagen (2001:453) är kommunerna skyldiga att erbjuda stöd till anhöriga som ger vård eller stöd till någon de står nära som är långvarigt sjuk eller äldre eller som har funktionshinder. Bestämmelsen har gällt sedan 2009 och gäller för hela socialtjänsten och alla dess målgrupper och verksamheter.

Solna stads stöd till anhöriga syftar till att synliggöra anhöriga och deras behov samt när det är möjligt, göra anhöriga delaktiga i vården och omsorgen om den enskilde. Syftet är även att bidra till att förebygga att anhöriga själva utvecklar en egen ohälsa. Att vara anhörig kan innebära att behöva stödja någon som på grund av sjukdom, ålder eller funktionsnedsättning behöver hjälp i vardagen. Det kan också innebära att påverkas av de omständigheter som uppstår kring den som har ett skadligt bruk, beroende eller kriminell livsstil.

Stöd till anhöriga ska finnas inom alla stadens verksamheter, kommunala och upphandlade. Stödet ska utföras med ett anhörigperspektiv/familjeperspektiv, utifrån en proaktiv ansats, genom flexibilitet och individuell anpassning samt utifrån samverkan och samordning. Målsättningen är att alla verksamheter har anvisningar och rutiner för utförande av anhörigstöd som efterlevs i det dagliga arbetet.



Handlingar

Anhörigpolicy

Beslutet expedieras till

Kommunstyrelsen

Helena Åman
Förvaltningschef

SOLNA STAD – POLICY

Anhörigpolicy



SOLNA STAD

POLICY – antas av kommunfullmäktige

En policy uttrycker politikens värdegrund och förhållningssätt. Denna typ av dokument fastställs av kommunfullmäktige då de är av principiell beskaffenhet och därmed enligt kommunallagen tillhör fullmäktiges exklusiva beslutanderätt och gäller tills vidare. En policy talar om vad staden vill uppnå inom ett specifikt område som berör flera verksamheter. Policyn bör inte innehålla detaljerade ställningstaganden vad gäller utförande, prioriteringar eller metoder.

STRATEGI – antas av kommunstyrelsen

Strategidokument anger konkreta åtgärder för den politiska viljeinriktningen. En strategi ska ange vem som ansvarar för att åtgärder genomförs, när de ska vara genomförda samt vilka prioriteringar som ska göras. Strategin ska gälla under en begränsad period, exempelvis under en mandatperiod och antas av kommunstyrelsen.

RIKTLINJE – antas av kommunstyrelsen

Riktlinjer säkerställer riktigt agerande och god kvalitet i stadens arbete. I riktlinjer preciseras hur något ska uppnås. Det kan exempelvis handla om hur verksamheterna ska arbeta för att uppnå de politiska inriktningar och mål som finns i en policy eller strategi och dessa antas av kommunstyrelsen.

ANVISNING – godkänns av förvaltningschef/chef

Anvisningar och rutiner rör sig i regel om ren verkställighet av riktlinjer eller andra styrdokument. Denna typ av dokument är förvaltningens verktyg för att verkställa politiska beslut och dokumenten är inte föremål för formella beslut i politiska organ utan upprättas efter behov av varje verksamhet/enhet i samråd med ansvarig förvaltningschef/chef. Detta innebär således att stadsövergripande anvisningar och rutiner beslutas av stadsledningsförvaltningens förvaltningschef/chef.

Dokumenttyp:	Policy
Giltighetstid:	Klicka eller tryck här för att ange text.
Beslutande organ:	Kommunfullmäktige
Beslutsdatum:	Klicka eller tryck här för att ange text.
Antagen till följd av lag:	Nej
Revisionsdatum:	–
Dokumentansvarig:	Klicka eller tryck här för att ange text.
Uppföljning:	–

Inledning

En stor andel av Sveriges vuxna befolkning, ungefär var sjätte person, ger vård eller stöd till någon de står nära på grund av sjukdom, hög ålder eller funktionsnedsättning. Anhöriga utför ett omfattande praktiskt, organisatoriskt och emotionellt arbete som utgör en avlastning för den offentliga vården och omsorgen.

En del anhöriga har ett omsorgsansvar som pågår dygnet runt och kraftigt begränsar deras möjligheter till återhämtning och till att få ägna sig åt arbete, studier, fritidsaktiviteter och sociala relationer. För vissa, exempelvis föräldrar till barn med omfattande funktionsnedsättningar, kan anhörigskapet innebära ett livslångt åtagande. Att ge anhörigomsorg kan vara en positiv och berikande erfarenhet. Samtidigt medför anhörigskapet påfrestningar för många, med negativa konsekvenser för anhörigas fysiska och psykiska hälsa, ekonomi och livskvalitet. Befolkningsstudier genomförda av Socialstyrelsen 2012 och Nationellt kompetenscentrum anhöriga 2018 har visat att personer som regelbundet ger vård, hjälp eller stöd till någon de står nära har sämre upplevd hälsa än övriga befolkningen. Konsekvenser för barn som är anhöriga kan vara påtagliga, både här och nu och i framtiden.

Enligt Socialtjänstlagen (2001:453) är kommunerna skyldiga att erbjuda stöd till anhöriga som ger vård eller stöd till någon de står nära som är långvarigt sjuk eller äldre eller som har funktionshinder. Bestämmelsen har gällt sedan 2009 och gäller för hela socialtjänsten och alla dess målgrupper och verksamheter.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att stärka och utveckla stödet för barn som anhöriga och anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende (S2021/03118 och S2021/03341). Barns anhörigskap kan i hög grad påverka deras livsvillkor. Konsekvenserna för barnen är påtagliga, både här och nu och i framtiden. Anhöriga kan påverkas av de omständigheter som uppstår kring den som har ett beroende. Stadens policy kan appliceras på alla anhöriga men ska kompletteras efter att regeringsuppdragen slutredovisats 2026 i syfte att på ett tydligt sätt omfatta alla anhöriga.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att stärka och utveckla stödet för barn som anhöriga och anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende (S2021/03118 och S2021/03341). Stadens policy bör därför ses över efter att uppdragen slutredovisats 2026.

Begreppsdefinitioner i Solna stad

Anhörig

Anhörig är den som påverkas av en hjälpbehövande person. Det kan innebära att behöva stödja någon som på grund av sjukdom, ålder eller funktionsnedsättning behöver hjälp i vardagen. Det kan också innebära att påverkas av de omständigheter som uppstår kring den som har ett skadligt bruk, beroende eller kriminell livsstil. En anhörig kan vara någon inom familjen, släkten eller vänkretsen, till exempel en partner, förälder, barn, syskon, barnbarn, sammanboende, vän eller granne.

Den enskilde

Den som tar emot hjälp av en anhörig eller är föremål för den anhöriges oro benämns som den enskilde.

Syfte

Solna stads stöd till anhöriga syftar till att synliggöra anhöriga och deras behov samt när det är möjligt, göra anhöriga delaktiga i vården och omsorgen om den enskilde. Syftet är även att bidra till att förebygga att anhöriga själva utvecklar en egen ohälsa.

Inriktning

Stöd till anhöriga ska finnas inom alla stadens verksamheter, kommunala och upphandlade. Stödet ska

1. riktas till alla anhöriga som bor i Solna eller hjälper en enskild bosatt i Solna, oberoende av om den enskilde har insatser från kommunen eller inte
2. utgå från att anhörigas hjälp och stöd till enskilda är ett frivilligt åtagande med undantag från vissa skyldigheter mellan makar och för vårdnadshavare
3. baseras på och utvecklas i enlighet med evidensbaserat kunskapsunderlag, nationella strategier, föreskrifter och lagar

Utförande

Stödet till anhöriga ska utföras med ett anhörigperspektiv/familjeperspektiv, utifrån en proaktiv ansats, genom flexibilitet och individuell anpassning samt utifrån samverkan och samordning.

Anhörigperspektiv/familjeperspektiv

Anhörigperspektiv/familjeperspektiv handlar om ett riktat förhållningssätt till familjen eller andra personer som är viktiga för den enskilde eller påverkas av den enskildes situation. Grunden är att uppmärksamma och informera anhöriga, att lyssna på och tillvara ta deras erfarenheter samt att förstå individuella behov och om hur livssituationen påverkas.

Anhörigperspektivet/familjeperspektivet ska följa den enskilde och anhöriga genom hela vård- och omsorgsförloppet, såväl vid planering, genomförande som uppföljning. Det är viktigt att uppmärksamma att varken sekretesslagstiftningen eller tystnadsplikten hindrar en verksamhet att anta ett anhörigperspektiv.

Proaktiv ansats

Det är viktigt att tidigt uppmärksamma anhöriga och deras behov. Genom att synliggöra anhöriga och ta reda på hur anhöriga mår och vilket stöd de behöver kan den ohälsa som drabbar många anhöriga hindras eller lindras. Många anhöriga som är utan, eller inte får rätt stöd, får ta ett alldeles för tungt ansvar. Många anhöriga är inte alltid medvetna om sina behov, rätten till stöd eller vart de kan vända sig för att få hjälp. Kommunen är skyldig att informera anhöriga om rätten till stöd och vilket stöd som kan erbjudas.

Flexibilitet och individuell anpassning

Det stöd som anhöriga ger den enskilde är mångfacetterat och vilket stöd som den anhörige själv behöver varierar i varje enskilt fall. Enligt Socialtjänstlagen (2201:453) ska stödet till anhöriga kännetecknas av individualisering, flexibilitet och kvalitet. Anhörigas behov av stöd kan förändras över tid, beroende på förändringar i den enskildes tillstånd och den egna livssituationen eller hälsan. Av dessa skäl är det viktigt att anhöriga erbjuds olika stödinsatser som kan kombineras och anpassas efter deras individuella och föränderliga behov. För att tillgodose anhörigas olika behov av stöd behöver hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverka.

Samverkan och samordning

En fungerande vård och omsorg är en förutsättning för att den hjälp som en anhörig ger sin enskilde ska vara frivillig och hålla en rimlig nivå. Anhöriga som koordinerar olika vård- och omsorgskontakter till följd av brister i vårdens och omsorgens samordningsansvar behöver uppmärksammas. Förutom myndigheters allmänna skyldighet att samverka med varandra inom sina

verksamhetsområden ska socialtjänsten samverka med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar, vårdgivare och andra regioner.

Ansvarsfördelning

Varje berörd nämnd och förvaltning har ansvar för att policyn omsätts och efterlevs. En precisering sker i samband med verksamhetsplanering och presenteras i verksamhetsplaner och/eller i särskilda handlingsprogram.

Uppföljning

Uppföljning av verksamhetsplaner och/eller handlingsprogram redovisas i de berörda nämndernas interna årsredovisning. Målsättningen är att alla verksamheter har anvisningar och rutiner för utförande av anhörigstöd som efterlevs i det dagliga arbetet.

Referenser

Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi. Socialstyrelsen artikelnummer 2021-6-7464

Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi. Socialstyrelsen artikelnummer 2020-11-7045

Nationell anhörigstrategi inom hälso- och sjukvård och omsorg.
Regeringskansliet, dnr 2022/02134

Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
Att förstå och möta anhörigas situation och behov. Socialstyrelsen
artikelnummer 2023-11-8815

SFS 2001:453. Socialtjänstlag



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2024-02-13
ON/2024:11

Avtalsuppföljning vård- och omsorgsboende LOV utanför Solna 2023

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2023.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen omfattar tre verksamheter och 17 personer skrivna i Solna som bor i dessa verksamheter.

Avtalsuppföljningen för innevarande år har haft fokus på verksamheternas utvecklingsplan efter uppföljning 2022.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av verksamhetens utvecklingsplan och inhämtat skriftligt svar hur arbetet fortlöpt innan uppföljningen. Avtalsuppföljningen har genomförts via teams där verksamhetschef och andra nyckelpersoner har deltagit samt två fysiska besök i en verksamhet. Under uppföljningen har en diskussion genomförts gällande kvarvarande utvecklingsområden. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden januari 2023 till och med januari 2024.

Verksamheterna har arbetat med sina utvecklingsplaner och har rutiner för att säkra kvaliteten vid chefsbyten. Den sociala dokumentationen har utvecklats och alla verksamheter har system att dokumentera i vilket har underlättat för medarbetarna. Verksamheterna behöver även framöver arbeta med att utveckla den enskildes delaktighet i genomförandeplanen och hur den är kopplad till den sociala journalen och de egenkontroller som görs.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där det framgår hur arbetet fortlöpt under året.

Handlingar

Avtalsuppföljningar vård- och omsorgsboende LOV utanför Solna

Helena Åman
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 arbetsätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

Avtalsuppföljning 2023

LOV UTANFÖR SOLNA



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför årligen avtalsuppföljningar av vård- och omsorgsboenden utanför Solna när det bor fler än fem Solnabor. Avtalsuppföljningen omfattar tre vård- och omsorgsboenden som har avtal enligt LOV. Uppföljningen har genomförts på samtliga områden och delområden. Verksamheter som följts upp är Villa Botvid (Vardaga), Persikan (Kavat vård) och Hammarby slott.

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 som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler Solnabor till godo.

Tillvägagångssätt och metod

Kvalitetsutvecklaren har följt upp verksamheternas utvecklingsplaner sedan föregående års uppföljning. Avtalsuppföljningen har genomförts både digitalt med teamsmöte och fysiskt besök i verksamheten. Vid uppföljningsmötet gjordes en genomgång av utvecklingsplanen som verksamhetschefen svarat på.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att beskriva i kvalitetsberättelsen som ska inkomma 31 januari 2024 hur verksamheten kommer fortsätta sitt utvecklingsarbete.


















Sammanfattande bedömning












Samtliga verksamheter har ett tydligt och nära ledarskap där medarbetarna har regelbundna arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Personalkontinuiteten är relativt hög och verksamheterna arbetar aktivt med vårdtyngdsmätningar för att säkerställa att varje våning har en bemanning utifrån boendes behov. Verksamheterna har ett systematiskt kvalitetsarbete med rutiner, egenkontroller och riskanalyser. Rutiner lyfts regelbundet på arbetsplatsträffar och presenteras på verksamheternas intranät. Verksamheten har rutiner för synpunkter och klagomål som åtgärdas och diskuteras på arbetsplatsträffar.

Boendes delaktighet framkommer delvis i utformandet av genomförandeplanen när insatser planeras hur stödet ska ges. Verksamheterna erbjuder även olika råd där boende och närstående kan vara med och påverka, exempel på råd som erbjuds är råd gällande mat och måltider och aktiviteter. Verksamheterna arbetar med kontaktmannaskap och arbetssättet är väl förankrat i verksamheten och alla erbjuder egentid en timme i veckan med ansvarig kontaktman.































Gemensamt utvecklingsområde för verksamheterna är den sociala dokumentationen där den enskildes delaktighet vid upprättandet av genomförandeplanen kan utvecklas. Vidare behöver verksamheterna arbeta med det som skrivs i social journal.

Bedömning

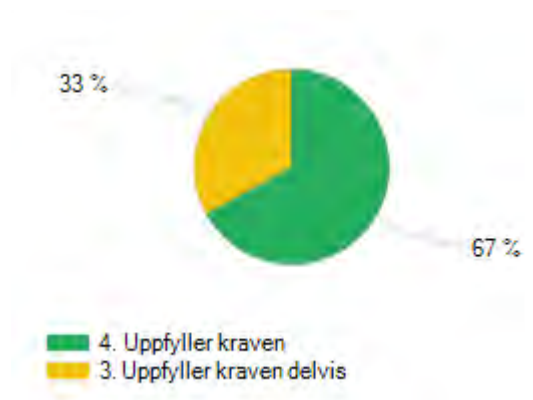
Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)	 4. Uppfyller kraven 67 (%)  3. Uppfyller kraven delvis 33 (%)
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven 67 (%)  3. Uppfyller kraven delvis 33 (%)	 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Samverkan	 4. Uppfyller kraven 67 (%)  3. Uppfyller kraven delvis 33 (%)	 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven 100 (%)	 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven 100 (%)	 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven 100 (%)	 4. Uppfyller kraven 100 (%)

Område	Resultat 2022		Resultat 2023	
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	67 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)		
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	33 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	67 (%)		
Ekonomisk kontroll	 4. Uppfyller kraven	67 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)		

Tabellen nedan redovisar verksamheternas poäng på områdesnivå.

	Villa Botvid	Hammarby slott	Persikan	SUMMA
Ledning & organisation	 3	 4	 4	11
Personal & utbildning	 4	 4	 4	12
Samverkan	 4	 4	 4	12
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4	 4	 4	12
Social dokumentation	 3	 3	 3	9
Självbestämmande & integritet	 4	 4	 4	12
Bemötande & anhörigstöd	 4	 4	 4	12
Mat och måltider	 4	 4	 4	12
Aktiviteter och fritid	 4	 4	 4	12
Säkerhet	 4	 4	 4	12
SBA	 4	 4	 4	12
SUMMA	42	43	42	

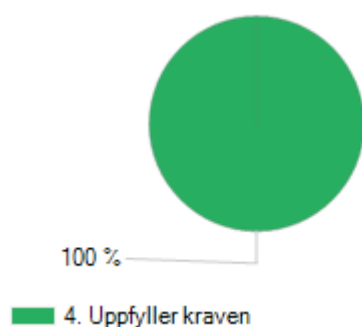
Ledning och organisation



Verksamheterna har ett nära ledarskap och en tydlig arbetsledning. Det finns en namngiven ersättare när ordinarie verksamhetschef är ledig och information ges till alla medarbetare. Arbetsplatsträffar genomförs regelbundet varje månad med tydlig agenda och som protokollförs. Minnesanteckningar finns tillgängliga för alla via interna system och pärmar. Verksamheterna behöver ta fram rutiner som ska säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.

En verksamhet inväntar ett nytt tillstånd ifrån IVO och de andra två verksamheterna har tillstånd sedan tidigare från IVO att bedriva vård- och omsorgsboende och ansvarig verksamhetschef finns angivet på tillståndet.

Personal och utbildning

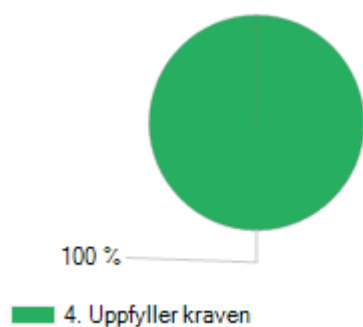


Verksamheterna har en relativt hög personalkontinuitet och medarbetarna har erfarenhet att arbeta inom äldreomsorgen. Verksamheterna är grundbemannade utifrån ett schema och tillför resurser vid behov. Verksamheten eftersträvar att anställa undersköterskor vid nyrekrytering vilket har fungerat relativt bra. Verksamheterna har flera undersköterskor som fått intyg på skyddad yrkestitel. Samtliga verksamheter har rutiner för introduktion av nya medarbetare och det finns checklistor samt skriftligt material att lämna. Uppföljning av introduktionen kan utvecklas i en av verksamheterna med inriktning på andra funktioner som arbetar i verksamheten.

Samtliga verksamheter arbetar utifrån en övergripande kompetensutvecklingsplan. Vid medarbetarsamtalet diskuteras individuella kompetenssatsningar för varje medarbetare, som sen ligger till grund för de kompetenssatsningar som framkommer i den generella utbildningsplanen.

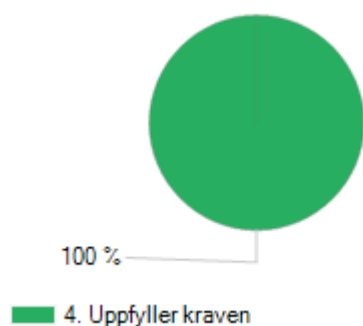
Verksamheterna har tydliga rutiner och arbetssätt för att säkra bemanningen vid planerad och oplanerad frånvaro. Tillgången av vikarier är relativt god. Verksamheterna har rutiner för att inventera rekryteringsbehov både på kort och lång sikt.

Samverkan



Verksamheterna har inarbetade arbetssätt för att samverka både internt och externt. Det finns rutiner för samverkan med HSL- personal, ledning och rapportering mellan medarbetarna. Verksamheterna är positiva till samverkan med andra aktörer efter att samtycke har inhämtats från den enskilde.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

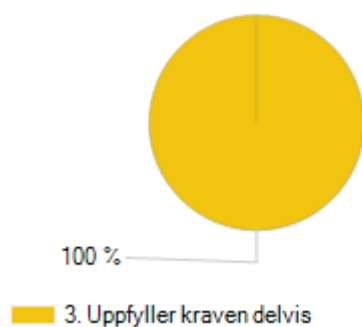


Verksamheterna arbetar systematiskt i sitt kvalitetsarbete med att göra riskanalyser och egenkontroller. Egenkontroller genomförs oftast utifrån ett planerat årshjul. Rutiner följs upp en gång per år om att de är aktuella och presenteras muntligt på arbetsplatsträffar och finns sedan tillgängliga på företagets interna webbsida.

Samtliga verksamheter har rutiner för avvikelserapportering och några av utförarna har system där medarbetarna kan rapportera avvikelser direkt då de uppmärksammas. Återkoppling av inkomna och åtgärdade avvikelser, klagomål och synpunkter ges på arbetsplatsträffar. Verksamhetens medarbetare löser de flesta avvikelser när det uppstår och troligtvis därav att det är en låg rapportering. Verksamheterna har utvecklat sina arbetssätt gällande muntligt framförda klagomål och synpunkter.

Verksamheter är positiva till att medarbetarna inkommer med förslag, idéer och önskemål om hur arbetet kan utvecklas. Verksamheterna arbetar med olika ombudsroller där medarbetarna får ett särskilt ansvar att utveckla metoder och arbetssätt.

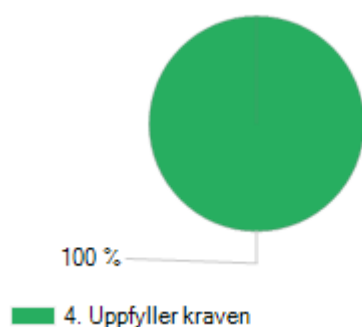
Social dokumentation



Verksamheterna har rutiner gällande social dokumentation och för dokumentation utifrån sökord i safe doc. Rutinen för social dokumentation är förankrad hos medarbetarna. Verksamheterna behöver fortsätta utveckla boendes delaktighet vid upprättandet av genomförandeplanen.

Den sociala journalen har blivit bättre men verksamheterna behöver sluta med att göra sammanfattningar då det riskera att blir dubbeldokumentation. Den sociala journalen ska föras i kronologisk ordning, det ska framgå vilka åtgärder som vidtagits och har återkopplats till den enskilde, och det ska vara enkelt att följa den dokumentation som förs.

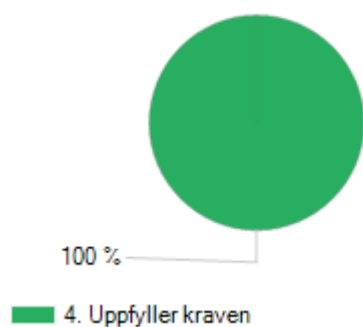
Självbestämmande och integritet



Verksamheterna arbetar med kontaktmannaskap och det finns nedskrivit vad som ingår i uppdraget. Varje boende har två kontaktmän för att säkerställa att någon alltid är i tjänst. En verksamhet har en intern utbildning för vad som ingår i kontaktmannens uppdrag och kontrollerar att det efterlevs. I alla verksamheter kan boende byta kontaktman som personkemin inte skulle stämma. Verksamheterna erbjuder egentid med kontaktmannen varje vecka.

Det finns rutiner och checklista för att ta emot en ny boende i verksamheten. Det finns skriftligt material att lämna till en ny boende och anhörig. Alla verksamheter har boråd för att möjliggöra för boende att komma med synpunkter och förbättringsförslag på verksamheten.

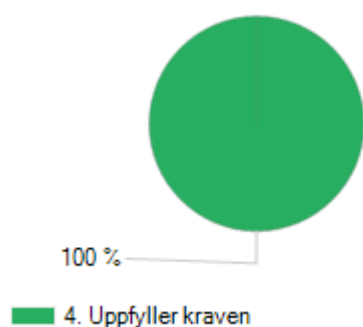
Bemötande och anhörigstöd



Verksamheterna har arbetat med att implementera värdegrunden hos medarbetarna för att utveckla bemötande till de äldre. I en av verksamheterna behöver arbetet med bemötandeplaner utvecklas. Solna stads kvalitetsdeklaration för vård och omsorgsboende är implementerad hos medarbetarna och den är en del vid upprättandet av genomförandeplanen.

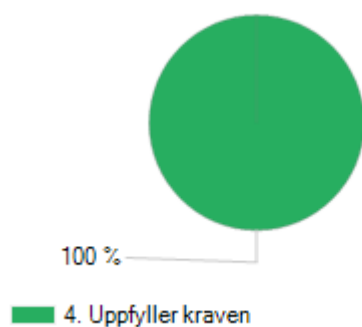
Verksamheterna erbjuder stöd till anhöriga och oftast är det verksamhetschef och sjuksköterska som ansvarar för kontakten. En av verksamheterna erbjuder anhörigcirklar via demensakademin och flera bjuder in till närståendeträffar.

Mat och måltider



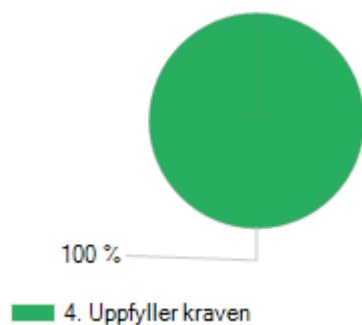
Alla verksamheter har arbetat med att utveckla matupplevelsen för de boende vilket har lett till att måltidsupplevelsen är positiv. Det finns matråd och möjlighet att välja mellan två rätter. Verksamheterna har god följsamhet i de rutiner som omfattar livsmedelshygien. Vid måltidsobservationen i en av verksamheterna var det några som fick vänta med att äta då flera var i behov av måltidsstöd vilket ny är åtgärdat.

Aktiviteter och fritid



Verksamheterna anordnar aktiviteter under både vardagar och helger och har utsedda medarbetare som ansvarar för att planera aktiviteter och fånga in synpunkter från de boende. Arbetet med gemensamma aktiviteter är igång och det erbjuds aktiviteter flera gånger i veckan både i grupp men även individuella aktiviteter. Det finns aktivitetsråd där boende kan komma med önskemål om aktiviteter.

Säkerhet

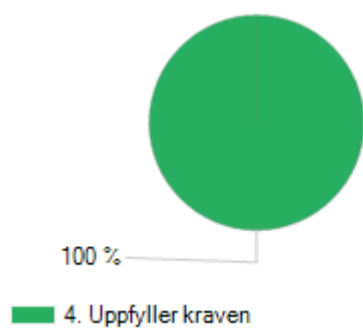


Alla verksamheter har rutiner för sekretess och tystnadsplikt och rutinen ingår i introduktionen och lyfts på arbetsplatsträffar en gång per år. Rutiner gällande boendes lägenhetsnycklar samt medicinskåp behöver ses över i ett par verksamheter så att de efterlevs och implementeras hos medarbetarna. Verksamheterna har rutiner för privata medel.

Verksamheterna har rutiner för de larm som används i verksamheten, egenkontroller att larmen fungerar genomförs varje dag. Verksamhetens team bestående av sjuksköterska, paramedicinska medarbetare samt omvårdnadspersonal säkerställer att larmen kan användas av de som bor i verksamheten. Om den enskilde tackar nej till larm så planeras täta tillsynsbesök in för att stärka tryggheten.

Verksamheter har rutiner om hot och våld och utvecklat dessa för att fånga in flera situationer som kan vara aktuella.

Ekonomisk kontroll



Verksamheterna uppfyller de ekonomiska ramarna för avtalet.

Avtalsuppföljning 2023

HAMMARBY SLOTT



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför avtalsuppföljningar på stadens vård- och omsorgsboenden med LOV-avtal när det bor fem eller fler Solna medborgare i verksamheten. Syftet med uppföljningen är att säkra att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheten bedrivs enligt regelverk.

Uppföljningen har genomförts på Hammarby Slott som är ett vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom och som drivs av They care. Hammarby slott ligger i ett naturskönt område i Upplands Väsby och har 48 lägenheter. I verksamheten bor vid uppföljningstillfället tio personer från Solna.

Metod för uppföljning

Verksamheten har haft tre uppföljningar under 2023 där det varit två fysiska besök och ett teamsmöte. Besöken har genomfört den 24 januari 2023 tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska, den 25 april 2023 tillsammans med medicinskt ansvarig för rehabilitering. Den sista uppföljningen gjordes den 17 juli 2023 via teams tillsammans med verksamhetschefen. Uppföljningen har haft fokus på verksamhetens utvecklingsplan. Avtalsuppföljningen har genomförts genom både fysiska besök i verksamheten och via teams. Vid uppföljningarna har sjuksköterskor och sjukgymnast/fysioterapeut intervjuas samt verksamhetschef samt måltidsobservation och dokumentationsgranskning.

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

Sammanfattande bedömning

Hammarby slott är ett vård- och omsorgsboende beläget i Upplands-Väsby och erbjuder daglig utevistelse till alla boende. Verksamheten har ett nära och tillgängligt ledarskap med engagerade medarbetare. Verksamheten har kommit igång med sina fysiska träffar med både medarbetare, boende och närstående efter pandemin. Verksamheten har haft en del personalomsättning under året men vid uppföljningstillfället är det tämligen stabilt i medarbetargruppen.

Verksamheten har en stabil sjuksköterskegrupp och uppfyller kraven i avtalet. Verksamheten har haft klagomål och brister i sin verksamhet och uppföljning har genomförts flera gånger under 2023. Verksamheten har arbetat på bra med sina utvecklingsområden och flera har kunnat avslutas.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med verksamhetens kvalitetsberättelse för 2023 senast den 31 januari 2024. I kvalitetsberättelsen ska verksamhetens arbete med avvikelser och egenkontroller framkomma samt vidtagna åtgärder. Kvalitetsberättelsen kommer att granskas och återkoppling ske utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklare kommer fortsätta följa upp verksamhetens arbete med egenkontroller under året.

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
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	● 4. Uppfyller kraven	● 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
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Tydligt arbetssätt finns och tillämpas i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Ledning och organisation

Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som tillämpas i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Introduktion av sjuksköterska
✓ Aktiviteten är slutförd.	Personalbemanningen
✓ Aktiviteten är slutförd.	Bemanning utifrån avtal

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Det finns rutiner för extern och intern samverkan som tillämpas i verksamheten.

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

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.


Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Medarbetarnas delaktighet i verksamheten
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens arbete med avvikelser

Social dokumentation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har arbetat med att utveckla den sociala dokumentationen och genomförandeplanen. Verksamheten arbetar med egenkontroller och att ge stöd till medarbetare och dokumentationen har utvecklats positivt.


Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Genomförandeplaner

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Social journal

Självbestämmande och integritet

-  4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som är förankrade.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är slutförd.	Boendemöten

Bemötande och anhörigstöd


-  4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Mat och måltider

-  4. Uppfyller kraven

Verksamhetens medarbetare har god kunskap om livsmedelshygien och utför de kontroller som efterfrågas. Verksamheten har utvecklat arbetssätt för att göra måltidssituationen till en trevlig stund på dagen.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är slutförd.	Mat och måltider

Aktiviteter och fritid


-  4. Uppfyller kraven

Verksamheten erbjuder flera aktiviteter varje dag och aktivitetsansvariga arbetar aktivt med att fänga in förslag och önskemål från boende. Under helgen är aktiviteterna knutna till våningen.

Säkerhet

-  4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är slutförd.	Nyckelhantering

Ekonomisk kontroll

-  4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschefen har arbetat i verksamheten i flera år och är utbildad socionom och leder och fördelar det dagliga arbetet. Verksamhetschefen har även ansvar för hälso- och sjukvården och har delegerat ansvaret till en sjuksköterska i verksamheten. Verksamheten har en ledningsgrupp bestående av fyra personer som fördelar ansvaret mellan sig att finnas till hands för medarbetare kvällar, helger och nätter. Det finns rutiner för verksamhetschefens semester och frånvaro. Verksamhetschefen har en person som avlastar henne med en del praktiska göromål vilket är en ny funktion sedan 2022. Verksamheten har tagit fram en rutin och checklista för att säkerställa att kvaliteten bibehålls vid chefsbyte.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en anpassad mötesstruktur med våningsmöten var 14:e dag och arbetsplatsträffar 10 gånger per år. Verksamheten har kommit igång med sina fysiska träffar under våren. Till mötena bjuds även vikarier in och alla möten protokollförs och är tillgängliga för alla medarbetare. Medarbetarna ska signera att de tagit del av protokollen vilket kontrolleras av verksamhetschefen. Teammöten genomförs varje vecka där sjuksköterska, kontaktman, fysioterapeut och verksamhetschef går igenom varje boende inför rondan som är en gång i veckan. Beslut som fattas på mötet följs upp på nästkommande möte för att säkerställa att besluten har en förankring. Verksamheten har korta beslutsvägar vilket innebär att vissa utvecklingsfrågor och inköp kan ske snabbt vid behov av förändringar i till exempel aktiviteter
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO om att bedriva vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom. Verksamhetschefen står som föreståndare på tillståndet.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har en planerad bemanning på varje våningsplan med 10,93 tjänster och alla medarbetare har vårdutbildning (undersköterska eller vårdbiträdesutbildning). Verksamheten har haft en del personalomsättning av omvårdnadspersonal under året. Sjuksköterska finns dagtid 07.00-17.00 måndag till söndag. They care anlitar arbetsterapeut på konsultbasis och har en fysioterapeut på heltid. Verksamheten har många vikarierar att tillgå och verksamhetschefen "knyter" vikarier till varje våning för att öka personalkontinuiteten. Verksamheten har haft en viss personalomsättning under året och har nyligen anställt flera nya medarbetare.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har en kravspecifikation för kompetens och vid nyrekrytering eftersträvas undersköterskekompetens. Verksamheten säkerställer att medarbetarna har kunskap i svenska språket och där behov finns av förstärkning i språket upprättas en handlingsplan. Rekrytering upptar mycket tid då det är svårt att få tag på undersköterskor, flera som arbetar i verksamheten håller på att utbilda sig till undersköterskor för att kunna arbeta kvar. Verksamheten arbetar aktivt med att ta emot praktikanter för att rekrytera framtida medarbetare.
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner och checklista för introduktion för både vårdpersonal och sjuksköterska. Rutin och checklista har förenklats med enklare språk och tydlig ansvarsfördelning av introduktionen. Verksamheten har skriftlig information som lämnas vid introduktionen som pågår under tre dagar. Verksamhetschefen följer upp introduktionen muntligt vid två tillfällen. Första uppföljningen görs i samband med introduktionen och sedan efter en månad vilket dokumenteras på en särskild blankett för att underlätta egenkontrollen av introduktionsrutinen.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamheten har en övergripande kompetensutvecklingsplan för vilka utbildningssatsningar som ska genomföras under året och under vilken period. Personalchefen håller i medarbetarsamtalen och där följs de individuella utvecklingsplanerna upp och uppdateras. Under 2022 kommer en kompetenssatsning på demens då verksamheten har en demensvårds utvecklare. Utbildningen kommer att ske i fyra etapper och erbjudas

Delområde	Kommentar
	alla medarbetare i verksamheten.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för intern samverkan där det framkommer interna möten.
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för intern samverkan där det framkommer interna möten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p><u>Risanalyser</u> Verksamheten inleder sitt systematiska kvalitetsarbete genom att göra riskanalyser på verksamhetsnivå, organisation och medarbetare samt individnivå. Utifrån de identifierade riskerna så görs en planering över de egenkontroller som verksamheten ska fokusera på under året.</p> <p><u>Egenkontroller</u> Verksamheten gör egenkontroller utifrån ett fastslaget årshjul med olika intervall. Områden som följs upp är dokumentation, klagomål och synpunkter, aktuella genomförandeplaner, SBA-arbetet, fall, trycksår med flera.</p> <p><u>Rutiner</u> Verksamhetschefen i samråd med ansvarig personalrepresentant ansvarar för att upprätta nya rutiner och för att följa upp att rutinerna är aktuella. Rutinerna förankras och implementeras på arbetsplatsträffar. Verksamheten har system för att dokumentera, analysera och åtgärda de avvikelser som framkommer i verksamheten och det leder till förändrade rutiner och arbetssätt i verksamheten. Verksamheten har utvecklat sina arbetssätt i kvalitetsberättelsen.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för synpunkter och klagomål samt rapport om missförhållanden och rutinen är förankrad hos medarbetarna. Verksamhetschefen har genomgång av rutinen för rapport om missförhållande var fjärde månad. Verksamheten arbetar systematiskt med att sammanställa inkomna avvikelser och antalet avvikelser har ökat i samband med utbildningssatsningar. Medarbetare skriver oftare avvikelser i samband med hälso- och sjukvården men antalet avvikelser inom socialtjänsten har ökat. Medarbetarna skriver alla avvikelser på olika blanketter i avvaktan på att ett nytt system för dokumentation har köpts in. Medarbetarna är delaktiga i arbetet med synpunkter och klagomål som inkommer och gör handlingsplaner samt vidtar åtgärder.
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Medarbetarna är delaktiga i utvecklingen av verksamheten genom arbetsplatsträffar och planeringsdagar - det arbetet har delvis kommit igång efter pandemin. Verksamheten har en personalrepresentant som deltar vid ledningsgruppens kvalitetsutvecklingsmöten. Verksamhetschefen och personalrepresentanten är ansvariga för att upprätta rutiner och förankra rutinerna i arbetsgruppen. Medarbetarna är delaktig i att upprätta den riskanalys som ligger till grund för de egenkontroller som ska göras under verksamhetsåret.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Verksamheten har upprättade och aktuella genomförandeplaner för samtliga boende från Solna. Av genomförandeplanen framgår de insatser som den enskilde behöver stöd i samt mål och delmål där det finns möjlighet att beskriva det. Det framgår att insatser ska göras under dagen men ingen exakt tidpunkt eller vem som kommer att ge stödet. Samverkan med anhöriga finns beskrivet i planen. Kvalitetsutvecklare tog del av tre genomförandeplaner varav alla innehöll samtliga delar som förväntas av en genomförandeplan. Verksamheten har utvecklat sina arbetssätt för att fånga in den enskildes önskemål och de framgår hur hen varit delaktig i upprättandet.

Delområde	Kommentar
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten för sin sociala journal i Safe doc, verksamheten ska byta dokumentationssystem inom kort. Journalen innehåller delvis avvikelser från genomförandeplanen, händelser av betydelse och faktiska omständigheter. Social journal förs löpande av alla medarbetare. Verksamhetens aktivitetsansvarig är metodstödare inom system gällande behörigheter och utbildar löpande sina kollegor. Verksamhetschefen följer upp social journal varje vecka och ger specifikt inriktade insatser till medarbetare som behöver extra stöd. Verksamheten har arbetat med att utveckla den sociala journalen med att beskriva händelser, vidtagna åtgärder och resultat. Verksamheten är på god väg och arbetar systematisk med att utveckla innehållet i journalen. Verksamheten har det som fortsatt utvecklingsområde även framöver.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har riktlinjer för social dokumentation och egenkontroller görs kontinuerligt. Egenkontroller som görs resulterar i olika åtgärder som kan vara av mer övergripande karaktär och ibland individuellt stöd från dokumentationsstödjaren.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner för kontaktmannaskap om vad som ingår i kontaktmannens uppdrag. Rutinen är förankrad hos medarbetarna. Varje boende har två ansvariga kontaktmän under dagen samt en kontaktman på natten. Boende har kännedom om att de kan byta kontaktman om så önskas. Kontaktmannen är den som har egentid med sin boende och har kontakt med anhöriga och företrädare utifrån inhämtat samtycke.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har informationsmaterial att lämna till en ny boende som flyttar in. Materialet har uppdaterat och det används en checklista för att säkerställa att allt kommer med. Verksamheten har tagit fram en rutin för informationsöverföring. I rutinen framgår det vem som ansvarar för vilken information utifrån funktion och ansvar. Förändringar förmedlas oftast genom kontaktmannen som har regelbunden kontakt med anhöriga och god man. Verksamhetschefen skickar ut månadsbrev till närstående och företrädare. Verksamheten har återupptagit sina närstående möten som sker var fjärde månad.
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Den enskildes självbestämmande framkommer vid framtagandet av genomförandeplanen och i beskrivningen av hur det individuella stödet ska utformas. Boende har möjlighet att inkomma med klagomål och synpunkter på verksamheten. Verksamhetens aktivitetsansvarig håller i boenderåd där den enskilde kan lyfta fram önskemål om aktiviteter, maträtter och annat som de önskar föra fram till ledningen. Aktivitetsansvariga träffar alla boende och det blir naturligt att lyfta fram sina synpunkter och förslag. Återkoppling sker på nästkommande möte - alla möten protokollförs.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamhetens värdegrund har implementerats hos medarbetare på arbetsplatsträffar. Verksamheten kommer att arbeta med bemötande frågor utifrån verksamhetens nya funktion, demensvårdsutvecklare som kommer att erbjuda utbildning i bemötande till alla medarbetare. Redan idag diskuteras bemötande och arbetssätt på teammöten varje vecka, där kan medarbetare få stöd, tids och råd i olika situationer. Verksamhetschefen har informerat om Solna stads kvalitetsdeklaration och den förvaras i boendepärmen för att vara tillgänglig när genomförandeplanen och uppföljningar görs på individnivå.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten erbjuder stöd till anhöriga i form av samtal med läkare, sjuksköterska eller ledning. Det vanligaste är att kontaktmannen identifierar att det finns behov av stöd och hänvisar till verksamhetschefen som bjuder in till samtal. Verksamhetschefen informerar även om det anhörigstöd som Solna stad kan erbjuda inom den förebyggande verksamheten.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Boende ges möjlighet att välja mellan två olika rätter och den rätt som får flest önskingar beställs. Om boende absolut inte tycker om maten kan annan kost erbjudas. Verksamheten har egenkontroller att måltidsordning och rutiner för måltider följs en gång i veckan. Verksamheten har infört boråd där boende kan lämna önskemål på olika maträtter. När genomförandeplanen upprättas frågas det specifikt efter den enskildes favoriträtter. Måltiden var lugn och tv och radio var avstängda medarbetare småpratade medan de gav måltidsstöd. det var flera som var i behov av måltidsstöd och någon fick vänta på sin tur att få stöd med matintaget. Medarbetarna har ett fint bemötande till boenden och samtalet flödar vid uppföljningstillfället. Verksamheten har utvecklat sina arbetsätt för att säkra upp att de våningar där boenden har ett större behov av måltidsstöd kan få hjälp av andra resurser inom verksamheten.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för livsmedelshygien och genomför de kontroller som efterfrågas. Medarbetarna har kunskap om livsmedelshygien. Vid måltidsobservationen användes förkläden, håret var uppsatt och medarbetarna bar inga smycken och klockor.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Verksamheten har aktivitetsansvariga och det erbjuds flera aktiviteter varje dag måndag - fredag. Boende har möjlighet att komma med egna förslag både muntligt och skriftligt. Aktiviteter som sker under dagen presenteras på varje våning och boende får hjälp att komma till lokalen. Aktiviteter erbjuds både inom- och utomhus och enligt verksamhetschefen erbjuds alla promenad två gånger per dag. Boende har även inplanerad tid med sin kontaktman en gång i veckan och då erbjuds möjlighet till individuella aktiviteter. Under helgen erbjuds våningsaktiviteter i form av bakning, sång och promenader. Aktivitetsansvarig har skapat ett schema för helgens aktiviteter och egenkontroll av dessa görs varje måndag för att säkerställa att aktiviteter även erbjuds under helgen.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har information om tystnadsplikt och alla medarbetare får en genomgång av tystnadsplikt och skriver under vid introduktionstillfället. Verksamhetschefen går igenom tystnadspliktens omfattning två gånger per år för att säkerställa att medarbetarna har kunskap om lagstiftningen
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner för den enskildes nycklar och de förvaras i ett låst skåp. Lägenhetsnycklarna kvitteras vid uttag och återlämning. Verksamhetschefen gör egenkontroller över att nyckelrutinen efterlevs var 4-6:e vecka. Verksamheten har rutiner för verksamhetens nycklar och hur dessa ska signeras vid varje arbetspass början. Rutinen är förankrad och verksamhetschefen gör egenkontroller regelbundet.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten håller på att uppdatera sina skriftliga rutiner och ändrat arbetsätt med boendes privata medel för att öka säkerheten i hanteringen. Rutinen fungerar bra och är väl implementerad.
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för trygghetslarm och andra larm som används i verksamheten. Verksamheten gör en individuell bedömning om den enskilde klarar av att hantera ett trygghetslarm vilket framkommer i den sociala journalen. För boende som saknar förmåga att använda larm och påkalla hjälptillgodoses behovet av tillsyn genom täta fysiska besök, som beskrivs i genomförandeplanen. Verksamheten håller för närvarande på att uppdatera sitt larm till en digitallösning med flera funktioner men övergången är inte helt klar vid uppföljningstillfället.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld som är anpassade utifrån olika situationer. Verksamheten har haft utbildning och samtal om våld och hot vid teammöten för att öka medarbetarnas kunskap. Medarbetarna har även fått information om vikten av att uppmärksamma blåmärken och oro.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 61 låg risk
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Organisations nummer 556767 - 1994 Namn: Hammarbygruppen vård och omsorg AB Godkänd för F-skatt Ja Registrerad för moms Nej Registrerad som arbetsgivare Ja Beslutade arbetsgivaravgifter: December 2023 593 694 November 2023 620 680

Avtalsuppföljning 2023

PERSIKAN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning gällande LOV-avtal för vård- och omsorgsboenden när fler än fem Solnabor bor i verksamheten. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheten för de som har avtal med Solna stad.

Persikan är belägen i Akalla och drivs av Kavat vård. Verksamheten har tillstånd från IVO att driva vård- och omsorgsboende. Persikan är ett boende för persisktalande äldre personer med demenssjukdom. Persikan har ett LOV-avtal med Solna stad sedan 2013. Persikan har sju personer från Solna som bor i verksamheten vid uppföljningstillfället.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp verksamhetens kvarvarande utvecklingsområden i utvecklingsplanen efter uppföljning 2022. Avtalsuppföljningen har genomförts digitalt i form av teammöte den 21 juli 2023 med verksamhetschefen. Vid uppföljningsmötet i juli gjordes en genomgång av de svar som verksamhetschefen skickat in före uppföljningen. Verksamhetschefen har fått en skriftlig återkoppling efter uppföljningen.

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

Sammanfattande bedömning

Verksamheten ligger i rymliga och nybyggda lokaler i Akalla och vänder sig till persisktalande personer med demenssjukdom. Verksamhetschefen har mångårig erfarenhet av att arbeta som ledare och har engagerade medarbetare. Personalkontinuiteten är hög och arbetsgruppen har boende i fokus. Verksamheten har påbörjat arbetet med att komma tillbaka i tidigare rutiner efter pandemin och är nu i fas.

Verksamheten har återupptaget arbete med kompetensutveckling för medarbetare och kommer att satsa på svenska språket och en utbildningsåtgärdsplan som Stockholm stad erbjuder undersköterskor.

Verksamhetens sociala dokumentation har utvecklats och blivit mer tillgänglig för medarbetare då social journal och genomförandeplan finns tillgänglig i telefonen och medarbetare skriver direkt i mobilen.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med verksamhetens kvalitetsberättelse för 2023 senast den 31 januari 2024. I kvalitetsberättelsen ska verksamhetens arbete med avvikelser och egenkontroller framkomma samt vidtagna åtgärder. Kvalitetsberättelsen kommer att granskas och återkoppling ske utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklare kommer fortsätta följa upp verksamhetens arbete med egenkontroller under året.

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	3. Uppfyller kraven delvis	4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven
Samverkan	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4. Uppfyller kraven	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
Mat och måltider	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	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 har rutiner som är implementerade.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens organisation

Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och efterlevs i verksamheten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Social dokumentation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner för social dokumentation och som är implementerade hos medarbetare. Verksamheten behöver arbeta med att minska antalet veckosammanfattningar och utveckla den enskildes delaktighet vid upprättande av genomförandeplan.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Genomförandeplan
✓ Aktiviteten är slutförd.	Social journal

Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt som är implementerade hos medarbetare.

Mat och måltider

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutin och arbetssätt gällande mat och måltider.

Aktiviteter och fritid

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner för hur aktiviteter ska genomföras och den enskilde har möjlighet att vara med och påverka.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Aktiviteter

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och som följs.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Läkemedelsskåp

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Ledning består av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef och omvårdnadskoordinator. Verksamhetschefen är utbildad sjuksköterska och har lång erfarenhet av arbete i ledande ställning. Omvårdnadskoordinator är undersköterska som ansvarar för att leda och planera det dagliga arbetet på våningen. På kvällar och helger finns en skiftledare som ansvarar för att leda arbetet och vid behov tas kontakt med chefsjouren, som finns tillgänglig dygnet runt. Verksamheten har rutiner för chefsbyte samt att det finns en driftsledare som ger stöd vid chefsbyten och också under semesterperioden till biträdande chefer.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig mötesstruktur med lokal ledningsgrupp som träffas varje vecka, APT en gång i månaden, våningsmöte vid behov och planeringsdagar två gånger per år. Mötena har en fast agenda och protokollförs så de är tillgängliga för alla som är berörda. Verksamheten har tvärprofessionella omvårdnadsmöten med sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal för att följa upp att vården kring den enskilde är bra. Tvärprofessionella mötena har återigen kommit i gång efter pandemin och en planering har gjorts för att följa upp varje boende individuellt. Uppföljningsmöten återkopplas till boende om det blir förändringar i genomförandeplan och /eller vårdplan.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten och nuvarande verksamhetschef är angiven på tillståndet.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamhetens medarbetare är till stor del tillsvidareanställda och personalkontinuiteten är hög. Vid sjukdom av ordinarie medarbetare finns vikarier att boka in. Verksamheten har en grundbemanning utifrån schema och om behoven förändras genom att en vårdtyngds mätning genomförts tas vikarier in tills grundbemanningen har ändrats.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamhetens medarbetare är utbildade undersköterskor till 90% och vid nyrekrytering efterfrågas undersköterskekompetens. Verksamheten är inriktad på persisktalande boende och det är viktigt att medarbetare har kunskap och förståelse för språket och traditioner. Rekrytering är en utmaning för hela verksamhetsområdet och sedan pandemin har det varit svårare att rekrytera medarbetare med rätt kompetens. .
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för introduktion av nya medarbetare. Checklista används som stöd vid introduktionen och det finns skriftligt material att lämna till ny medarbetare i samband med introduktion. Ny medarbetare går dubbelt två arbetspass, ett morgon- och ett kvällspass. Alla medarbetare har kunskap om att introducera nya medarbetare. Verksamhetschefen följer upp introduktionen muntligt och skriftligt efter två veckor.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamheten erbjuder både fysiska utbildningar och webbutbildningar till sina medarbetare. I verksamhetens generella utbildningsplan så kommer satsningar göras inom yrkessvenska för att utveckla det svenska språket. Verksamheten deltar också stjärnmärkta medarbetare i samarbete med Stockholmsstad som är en kompetensutvecklings inom demenssjukdom. Vidare kommer alla medarbetare att göra Demens ABC+. Alla medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan som ligger till grund för den generella utbildningsplanen som upprättas. Där finns även andra satsningar som framkommit vid uppföljningar, avvikelser och egenkontroller.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har identifierat de interna processerna och den samverkan som behövs inom verksamheten och överlämningar sker mellan varje arbetspass muntligt och tid för att ta del av dokumentationen. Verksamheten har rutin för intern samverkan med en tydlig struktur för möten med HSL personal, ledning och

Delområde	Kommentar
	rapportering mellan medarbetare.
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för extern samverkan och rutinen är implementerad hos medarbetarna

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har ett kvalitetsledningssystem med tydliga rutiner för att utveckla verksamhetens kvalitet.</p> <p>Rutiner finns både på en övergripande och på en lokal nivå i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att tillsammans med kvalitetschefen göra en årlig översyn så att rutiner är aktuella och uppdaterade. Nya och förändrade rutiner presenteras på APT-möten och skickas därefter ut via Safe doc. Alla rutiner finns på intranätet och i en pärm. Nyanställda får en genomgång av rutinerna under introduktionstiden.</p> <p>Verksamheten gör egenkontroller utifrån ett årshjul. Egenkontrollen omfattar i stort sett samtliga verksamhetsområden med en övervikt mot hälso- och sjukvården. Egenkontroll görs av social dokumentation, följsamhet i olika rutiner, basala hygienrutiner och signeringar. En gång varje år görs en central uppföljning av kvalitetschefen inom Kavat vård.</p> <p>Det finns en rutin för när riskanalyser ska göras och som beskriver vilka risker som ska bedömas - arbetsmiljö, kvalitet och risker för den enskilde. Riskanalyser bedöms och analyseras utifrån olika nivåer i organisation. Riskanalyser gällande boende är mer förankrat hos medarbetare än övriga områden.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har rutiner för avvikelser, klagomål- och synpunkter och rutinen är förankrad hos medarbetare. Medarbetarna kan skriva avvikelser direkt i systemet och skicka till ansvarig chef och det har lett till att fler avvikelser blir dokumenterade. Inkomna avvikelser och klagomål utreds och analyseras av verksamhetschefen, som också ansvarar för att åtgärder vidtas. Avvikelser diskuteras på ledningsgruppsmöten samt återkopplas till medarbetare på arbetsplatsträffar.</p> <p>Rutiner finns för LEX Sarah och dessa går igenom en gång per år. Inga rapporter om missförhållanden har rapporterats under året.</p> <p>Rutinen för klagomål är förankrad i verksamheten och det finns blanketter tillgängliga för anhöriga och boende. Verksamheten har arbetat med att ta emot muntliga klagomål och säkerställer att de blir nedskrivna och lämnade till verksamhetschefen.</p>
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har kvalitetsfrågor på agendan vid arbetsplatsträffar och då återförs avvikelser/klagomål som inkommit och vilka åtgärder som vidtagits i en lärande process. Vidtagna åtgärder kan resultera i förändrade rutiner och arbetssätt som diskuterades på arbetsplatsträffarna.</p> <p>Verksamhetens medarbetare har ombudsroller där de har särskilda ansvarsområden som de ansvarar för - både att säkerställa att rutiner finns och att informera kollegor om nya arbetssätt och rutiner. Verksamheten har förtydligt medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet genom en stående punkt på arbetsplatsträffen.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	<p>Genomförandeplaner finns för samtliga personer från Solna och uppföljning görs var sjätte månad eller oftare om behov finns. I planen så framgår i de insatser som den enskilde har behov av delmål finns beskrivet. Genomförandeplanen visar på planerade insatser under dagen. Verksamheten dokumenterar i Safe doc och har en app i telefonen där medarbetare kan ta del av genomförandeplanen.</p> <p>Verksamheten har utvecklat sitt arbete för att fånga in den enskilde önskemål vilket framgår av genomförandeplanen. Verksamheten beskriver den enskilde delaktighet på ett tydligt sätt.</p>
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten använder Safe doc som dokumentationsstöd. Medarbetare har möjlighet att dokumentera i både dator och i mobiltelefon vilket har gjort dokumentationen mer tillgänglig. Det ger medarbetare möjlighet att dokumentera i nära anslutning till att insatsen ges. Journalen förs i kronologisk ordning och verksamheten använder olika sökord att dokumentera under. Verksamheten gör fortfarande veckosammanfattningar men det har minskat i omfattning.</p> <p>Verksamhetschefen har ett pågående utvecklingsarbete med hur</p>

Delområde	Kommentar
	journalanteckningar ska upprättas och vad den ska innehålla. Verksamheten har social journal kvar som utvecklingsområde. Egentiden som den enskilde har rätt till dokumenteras varje vecka under eget sökord för att säkerställa att den erbjuds och genomförs enligt planering.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner för social dokumentation. Verksamheten har dokumentationsstödare som kan hjälpa kollegor att korrektur läsa och få stöd med formuleringar. Verksamheten har egenkontroller för social dokumentation. Egenkontrollen av genomförandeplanen har visat att verksamheten behöver utveckla sina arbetssätt att beskriva den enskildes delaktighet i upprättandet samt att skriva kärnfullt hur i den enskilde önskar få sina insatser utförda.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar med kontaktmannaskap och skriftlig rutin finns med en checklista. Alla medarbetare har uppdrag som kontaktman som ordinarie eller vice. Det framgår att boende kan byta kontaktman. den egentid som verksamheten erbjuder varje boende ges av kontaktmannen och dokumenteras i den sociala journalen. Verksamheten gör egenkontroller att kontaktmannens ansvar fullföljs och att medarbetarna är förtroga med vad som ingår i uppdraget.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin och en checklista för att ta emot en ny brukare i verksamheten. Rutinen behöver ses över och kompletteras för att fullfölja båda lagstiftningarna SoL och HSL. Verksamheten har skriftligt material att överlämna om verksamheten. Vid behov och större förändringar skickar verksamhetschefen ut informationsbrev till anhöriga och medarbetare, som kan hjälpa till att sprida informationen.
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten har tidigare haft bomöten och bjudit in till anhörigträffar två gånger per år och det har kommit igång efter pandemin. Verksamhetens medarbetare bjuder in till samtal om delaktighet utifrån varje boendes individuella behov. Boende erbjuds samtal med sin kontaktman som ansvarar för att fånga in synpunkter och för att förmedla dem till gruppen.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetat med företagets värdegrund för att utveckla bemötandet hos medarbetarna samt för att utarbeta bemötandeplaner. Verksamheten kommer fortsätta sitt arbete med bemötandeplaner för de personer där behov finns. Värdegrundsfrågor diskuteras på arbetsplatsträffar och det arbetet kommer att bli tydligare nu när verksamheten kan ha fysiska träffar. Verksamheten har informerat om och implementerat Solna stads kvalitetsdeklaration för vård- och omsorgsboenden hos medarbetarna.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten erbjuder stöd till anhöriga och oftast är det verksamhetschef och sjuksköterska som ger stöd. Verksamheten har kännedom om det anhörigstöd som Solna kan erbjuda.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Verksamheten har boenderåd och då finns det möjlighet att vara med och påverka valet av maträtter. Kontaktmannen har ett ansvar att lyssna in måltidsönskemål när den enskilde har egen tid inplanerat. Verksamheten har en persisk inriktning vilket innebär att traditionell persisk mat lagas av egen kock. Måltiden är en viktig del av dagen, dukningen var trevlig och samtalen flöt på under lunchen.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten har en anställd kock som lagar persisk mat till alla som bor på boendet. Boendet har tre våningsplan och det innebär att kocken flyttar runt i huset och lagar mat på olika avdelningar så att alla boenden ska få känna lukten av den mat som lagas. Det innebär att verksamheten har särskilda regler att följa utifrån livsmedelslagstiftningen. Verksamheten har haft kontroller och allt är till belåtenhet. Medarbetare har inte tillgång till köket på samma sätt som andra verksamheter de dagar då kocken lagar mat i köket. Dock har de medarbetare som vistas i köket förkläde och uppsatt hår.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Verksamheten har aktivitetsansvarig som ansvarar för att planera och fånga in förslag på olika aktiviteter. Aktiviteter anordnas varje dag under veckorna och på helgen ansvarar medarbetarna för att göra olika aktiviteter. Boende har forum att lyfta önskemål om olika aktiviteter. Verksamheten arbetar just nu med att utvärdera det aktiviteter som erbjuds för inför planeringen till hösten. Verksamheten har gemensamma aktiviteter i mindre skala som kommit igång efter pandemin. Kontaktmannen har egentid med sina boende en timme i veckan och det finns möjlighet att samla och spara tid för att göra en längre utflykt som ett alternativ för de som inte önskar delta i allmänna aktiviteter. Boendes egentid registreras i Safe doc för att säkerställa att alla får den som planerat.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheterna har skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess. I samband med introduktion skriver medarbetare på tystnadsplikt. Rutinen lyfts på APT en gång per år för att säkerställa att medarbetare har kunskap om rutinen.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutiner för nyckelhantering finns och boendes nycklar förvaras i ett låst skåp på kontoret. All hantering av boendes nycklar signeras, vid uttag och återlämning av nycklar. Verksamheten har huvudnycklar som kvitteras ut till de medarbetare som arbetar under dygnet och som passar till samtliga dörrar. Nycklar till boendes läkemedelsskåp förvaras i låst skåp, rutiner för nyckelhantering finns och varje uttag och återlämning signeras. Verksamhetschefen gör stickkontroller att rutinen följs.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för privata medel och det är kontaktmannen som ansvarar för de inköp som ska göras utifrån den upprättade överenskommelsen, alla brukare har bankkort för att slippa hantera kontanter, Kontaktmannen redovisar de kvitton som är efter att inköp har genomförts. Det finns blankett för överenskommelse för hur privata medel ska användas som ska upprättas hos alla personer som bor i verksamheten. Verksamheten har säkerställt att det finns skriftliga överenskommelser. Den enskildes anhöriga/företrädare håller koll på det som handlas och gör de egenkontroller som krävs vid misstanke att privata medel används på ett felaktigt sätt så kontaktas verksamhetschefen.
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för de larm som finns i verksamheten. Vanligast är trygghetslarm och rörelselarm och larmen testas varje dag. Verksamhetens team gör en individuell bedömning av den enskildes behov av larm samt säkerställer att den enskilde kan larma vid behov och detta dokumenteras i Safe doc. Om den enskilde tackar nej till larm och inte kan använda larm planeras täta tillsynsbesök in.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har uppdaterat sina rutiner för hot och våld. Rutin för våld i nära relation och hur riskanalys ska göras finns när risker har identifierats. Medarbetarna reflekterar och diskuterar hot och våld på arbetsplatsträffar.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 94 mycket låg risk																
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table> <tr> <td>Organisationsnummer</td> <td>556455-5208</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Kavat Vård 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><u>Beslutade arbetsgivaravgifter</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>December 2023</td> <td>4 757 725</td> </tr> <tr> <td>November 2023</td> <td>4 178 184</td> </tr> </table>	Organisationsnummer	556455-5208	Namn:	Kavat Vård AB	Godkänd för F-skatt	JA	Registrerad för moms	JA	Registrerad som arbetsgivare	JA	<u>Beslutade arbetsgivaravgifter</u>		December 2023	4 757 725	November 2023	4 178 184
Organisationsnummer	556455-5208																
Namn:	Kavat Vård AB																
Godkänd för F-skatt	JA																
Registrerad för moms	JA																
Registrerad som arbetsgivare	JA																
<u>Beslutade arbetsgivaravgifter</u>																	
December 2023	4 757 725																
November 2023	4 178 184																

Avtalsuppföljning 2023

VILLA BOTVID



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning gällande LOV - avtal för vård och omsorgsboenden när fler än fem Solnabor bor i verksamheten. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheten för de som har avtal med Solna stad.

Villa Botvid ligger i Botkyrka och drivs av Vardaga som har tillstånd från IVO att driva vård- och omsorgsboende. Villa Botvid har haft LOV-avtal med Solna stad sedan 2018. Villa Botvid har totalt 81 platser fördelat på tre våningsplan med nio lägenheter per avdelning men några platser har stängts under pandemin. Villa Botvid som erbjuder lägenheter för personer med demenssjukdom och för personer med somatiska besvär. Villa Botvid har för tillfället ingen person från Solna boende i verksamheten vid uppföljningstillfället.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp verksamhetens utvecklingsplan efter uppföljningen 2022. Uppföljningen har genomfört den 22 januari 2024 via teams med ansvarig verksamhetschef. Vid uppföljningsmötet i juli gjordes en genomgång av de svar som verksamhetschefen skickat in före uppföljningen. Verksamhetschefen har fått en skriftlig återkoppling efter uppföljningen.

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

Sammanfattande bedömning

Villa Botvid har en ny verksamhetschef som började i verksamheten i augusti 2023 och är utbildad sjuksköterska. Verksamheten har sett över sin ledningsorganisation och sina rutiner vid chefsfrånvaro. Villa Botvid tar emot personer med demenssjukdom och personer med somatiska sjukdomar. Verksamheten har öppnat flera avdelningar under hösten som varit stängda sedan pandemin och rekryterat nya medarbetare. Verksamheten har arbetet vidare med att minska antalet begränsningsåtgärder i den fysiska miljön.

Verksamhetens medarbetare är engagerade och har den enskildes intressen för ögonen med ett fint bemötande. Verksamheten har ett utvecklingsområde och det är den social dokumentationen.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med verksamhetens kvalitetsberättelse för 2023 senast den 31 januari 2024. I kvalitetsberättelsen ska verksamhetens arbete med avvikelser och egenkontroller framkomma samt vidtagna åtgärder. Kvalitetsberättelsen kommer att granskas och återkoppling ske utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklare kommer fortsätta följa upp verksamhetens arbete med egenkontroller under året.

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 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
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Det finns rutiner som tillämpas i verksamheten. Verksamheten ska inkomma med ett aktuellt IVO-tillstånd för den nya föreståndaren när det är klart.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	IVO tillstånd
✓ Aktiviteten är slutförd.	Ledning och organisationen
✓ Aktiviteten är slutförd.	Ledning och organisation

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som efterlevs i verksamheten.

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och används i verksamheten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som tillämpas delvis.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Genomförandeplan
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Mat och måltider

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Aktiviteter och fritid

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Ekonomisk kontroll


- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven.





Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamheten har en ny verksamhetschef som tillträdde sin tjänst i augusti 2023. Verksamhetschefen är utbildad sjuksköterska och har flera års erfarenhet av arbete ledande ställning. Verksamheten har därutöver tre gruppchefer och fyra sjuksköterskor. Gruppcheferna deltar i det dagliga omvårdnadsarbetet och har avsatt tid för administration och planering. Verksamhetens gruppchefer arbetar var tredje helg och sjuksköterskorna var fjärde helg vilket innebär att det finns chefstöd på plats under helgen. Verksamheten har rutiner för ersättare vid verksamhetschefens frånvaro. Arbetsledning under andra tider så finns det en chefsjour att kontakta. Verksamheten har rutiner för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte och företaget använder sig av mentorskap när en ny chef tar över en verksamhet.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har schemalagda arbetsplatsträffar tio gånger per år och det är verksamhetschefen som ansvarar för mötet. Minnesanteckningar förs och är tillgängliga för alla medarbetare. Teammöten äger rum varje vecka och då deltar

Delområde	Kommentar
	<p>sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktman för respektive boende. Alla boende lyfts på teammöten minst två gånger per år för att säkerställa att insatser ges på ett korrekt sätt.</p> <p>Vidare har medarbetarna regelbundna reflektionsmöten med ansvarig gruppchef. Gruppcheferna har reflektionssamtal med varandras grupper så att alla ska ges utrymme att prata. Under mötet kan medarbetarna lyfta angelägna frågor i olika situationer med boende där medarbetaren önskar stöd.</p> <p>Ledningsgruppen träffas varje vecka och där ingår verksamhetschef, gruppchef för sjuksköterskor samt gruppchefer från våningarna.</p> <p>Arbetsplatsträffar och andra möten som genomförs har en tydlig agenda och minnesanteckningar förs så att information från möten finns tillgänglig för alla.</p>
IVO-tillstånd  2. Delvis godkänd	Verksamhetschefen är ny och det finns en inskickad ansökan till IVO om föreständarbyte. Verksamhetschefen ansvarar att skicka tillståndet när är klart.


Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning  3. Godkänd	Verksamheten har den personaltäthet som utlovats och därutöver följs bemanningen utifrån de vårdbehovsmätningar som genomförs. Vid frånvaro ersätts ordinarie medarbetare med vikarie och ibland stärker även gruppchefen upp i verksamheten. Verksamheten eftersträvar fastanställd personal och personalkontinuiteten är hög. Verksamheten har under hösten öppnat upp tidigare stängda platser och har rekryterat nya medarbetare under hösten. Verksamheten uppfyller sina krav gällande sjuksköterskebemanning och rehabiliteringspersonal.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare  3. Godkänd	Rutiner finns för rekrytering av nya medarbetare och verksamheten rekryterar enbart undersköterskor. Verksamheten upplever att det finns underlag för att rekrytera utbildade medarbetare och verksamhetschefen har erbjudit högre tjänstgöringsgrad i samband med att nya platser öppnats upp.
Introduktion av nya medarbetare  3. Godkänd	Verksamheten har tydliga rutiner och checklista för att introduktion av nya medarbetare. Förutbestämd gruppchef och medarbetare ansvarar för introduktionen. Det finns skriftligt material att lämna till ny medarbetare. Introduktionen är i två dagar, ett kvällspass och ett dag pass. Uppföljningen görs efter två månader för att säkerställa att medarbetaren har kommit in i alla arbetsuppgifter. Uppföljningen dokumenteras i den checklista som användes under introduktionen.
Kompetensutveckling  3. Godkänd	Verksamhetens medarbetare har god verksamhetskännedom och alla är utbildade undersköterskor. Verksamheten har en generell utbildningsplan för verksamheten och vid medarbetarsamtal har utbildningsbehov följts upp och fyllts på den övergripande utbildningsplanen. Utbildning till medarbetare erbjuds utifrån kompetenstrappan som finns i LÄRA och verksamhetschefen följer upp hur utbildningar fortlöper.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för intern samverkan som beskriver samverkansformer internt och deras syfte.
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	Lokal rutin för extern samverkan finns. Identifierade samverkansaktörer beskrivs och i vilka frågor respektive aktör ska kontaktas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. Godkänd	Verksamheten har rutiner finns på en övergripande och på en lokal nivå i verksamheten. Samtliga rutiner finns på intranätet samt finns tillgängliga i en pärm på varje våningsplan. Verksamhetschefen tillsammans med gruppcheferna ansvarar för att rutiner är aktuella. Vid förändringar i rutinen görs en muntlig genomgång på arbetsplatsträffen. Nya rutiner finns också publicerade på första sidan i intranätet. Genomgång av rutiner ingår som en del i introduktionen av nya

Delområde	Kommentar
	<p>medarbetare.</p> <p>Verksamheten gör egenkontroller utifrån ett årshjul och omfattar i stort sett samtliga verksamhetsområden med en övervikt mot hälso-och sjukvården. Vardaga genomför egenkontroller två gånger per år som täcker in samtliga verksamhetsområden såsom social dokumentation, följsamhet i olika rutiner, basala hygienrutiner, signeringar med flera. Arbetet med egenkontroller har lett till att utvecklingsområden identifierats gällande kompetensbrister om demenssjukdom och inkontinens. Ambea gör centrala kvalitetsuppföljningar två gånger per år</p> <p>Det finns en rutin för när riskanalyser ska göras och som beskriver vilka risker som ska bedömas - arbetsmiljö, kvalitet och risker för den enskilde. Riskanalyser bedöms och analyseras utifrån olika nivåer i organisation. Riskanalyser gällande boende är mer förankrat hos medarbetare än övriga områden. Identifierade riskområden i verksamheten är kompetens kring brand och hot och våld.</p> <p>Verksamheten har arbetat systematiskt med att minska begränsningsområden i den fysiska miljön för de som bor i verksamheten vilket resulterat i en lugnare miljö både för de som bor i verksamheten och deras anhöriga.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutiner för avvikelser, klagomål och synpunkter samt rapport om missförhållanden. Verksamheten gör strukturerade egenkontroller av kännedom av Lex Sarah en gång per år. Avvikelser som inkommit återrapporteras till medarbetare på arbetsplatsträffar, kvalitetsråd och boenderåd. Anhöriga som klagat får en muntlig återkoppling av verksamhetschefen.</p> <p>Avvikelser som rapporteras i förbättringsloggen sammanställs för att ringa in områden som behöver utvecklas ytterligare i verksamheten.</p>
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har forum såsom kvalitetsråd och miljöråd där utsedda medarbetare representerar medarbetargruppen och kan lyfta olika utvecklingsfrågor och förslag till förbättringar. Mötet protokollförs och minnesanteckningar mejlas ut och förvaras i en pärm som är tillgänglig för alla. Information från mötet ska presenteras på arbetsplatsträffar och det arbetet har återupptagits nu när fysiska möten är tillgängliga. Kvalitets- och miljöråd har en egen punkt på agendan på arbetsplatsträffen. Alla medarbetare ska dokumentera i förbättringsloggen när brister i verksamheten uppmärksammas men även förbättringsområden. När en registrering gjorts i loggen går ett automatisk mejl till ansvarig chef som följer upp och återkopplar till den som skrivit in avvikelserna.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten gör egenkontroller för att säkra att genomförandeplaner upprättas inom två veckor. Det går att utläsa av journalen när genomförandeplanen är upprättad och/eller redigerad och nästa uppföljning ska ske. Verksamheten kan utveckla hur den enskilde varit delaktig i upprättandet så att det framgår på ett tydligt sätt.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutiner för social dokumentation som är implementerade hos medarbetare. Gruppcheferna ger stöd till medarbetare som känner sig osäkra. Verksamheten för en kronologisk social journal i dokumentationssystemet Safe doc. Verksamheten arbetar med att utveckla den social journalen för att den enskilde med att det som skrivs blir mer kärnfullt och återkoppling med vidtagna åtgärder.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har en lokal rutin för egenkontroll för social dokumentation. Gruppcheferna och dokumentationsstödjare gör egenkontroll regelbundet av den sociala dokumentationen att språket är värderingsfritt och att riktlinjer efterlevs. Egenkontroller görs två gånger per termin samt att gruppchefer stämmer av social journal varje månad.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Kontaktmannaskap</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har en lokal rutin för kontaktmannaskap där ansvaret för vad som ingår i uppdraget framkommer. När ordinarie kontaktman inte är i tjänst finns en ersättare. Arbetet med kontaktmannaskap är förankrat hos alla medarbetare. Innan uppdraget ges deltar kontaktmannen i en internutbildning. Medarbetarna kan vara kontaktman för en eller flera boende.</p> <p>Det framgår av rutinen att den enskilde kan byta kontaktman om den enskilde inte trivs med sin kontaktman. Kontaktmannen ansvarar för kontakten med anhöriga</p>

Delområde	Kommentar
	och upprättar genomförandeplanen. Kontaktmannen planerar in egentid och säkerställer att genomförandeplanen är uppdaterad och följs av de andra medarbetarna. Kontaktmannen deltar på teammöten om det finns behov av dessa möten.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner och en checklista för att ta emot en ny boende i verksamheten. Verksamhetschefen skickar ut ett välkomstbrev och information om nyttan med en levnadsberättelse samt utser en kontaktman för den person som ska flytta in. Vid inflyttning lämnas skriftligt informationsmaterial av verksamhetschefen. Planeringsmöte med den enskilde görs efter sju dagar, då får den enskilde möjlighet att berätta hur hen vill ha det och vad som är viktigt för just mig. Uppföljningsmöte med gruppchef sker efter en månad.
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten har boråd tre gånger per år för hela verksamheten där boende kan komma med förslag och synpunkter. Förutom dessa möten genomförs andra möten där boende kan vara med och påverka verksamhetens inriktning såsom aktivitetsråd, boråd och matråd. Förslag och synpunkter som framkommer från de enskilda personerna läggs in i förbättringsloggen så de kan följas upp. Återkoppling ges i anslutning till andra möten eller enskilt till den det berör.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamhetens vision är "Vi gör världen lite bättre, en människa i taget" där uppdraget utgår från en mängd beskrivna värdeord. Verksamheten har ett pågående arbete om värdegrund och bemötande på arbetsplatsträffar som kommer att utvecklas under hösten då fysiska träffar har kommit igång som planerat. Verksamheten har informerat alla medarbetare på en arbetsplatsträff om Solna stads kvalitetsdeklaration och den finns tillgänglig i personalrummet.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för att erbjuda stöd till anhöriga. Verksamheten erbjuder även anhörigcirklar via demensakademin och anhörigmöten och det har kommit igång efter pandemin. Det finns även möjlighet att få stöd av omvårdnadsansvarig sjuksköterska vid behov. Verksamheten anordnar närståendeträffar två gånger per år och har kännedom om det anhörigstöd som Solna stad kan erbjuda och även hänvisa till.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Verksamheten har en lokal rutin gällande individanpassad mat. Villa Botvids koncept utgår från "den goda dagen" och till den finns en måltidspärm och en kostpärm med olika måltider som är anpassad för personer med nedsatt hälsa. Verksamheten har måltidsombud på varje våningsplan som ansvarar för mat och måltider som helhet. Måltidsombudet ska fånga in vad boende tycker om maten och matens kvalitet. Det finns ett gemensamt forum genom matrådet att komma med synpunkter. Verksamheten gör egenkontroller genom pedagogiska måltider och måltidsobservation regelbundet.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för livsmedelshygien och gör egenkontroller utifrån en särskild signeringslista. Avvikelser från rutinerna rapporteras i förbättringsloggen. Vid måltidsobservation användes inga förkläden men håret var uppsatt och medarbetarna bar kortärmad och inga smycken på händerna. .

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Verksamheten har en aktivitetsansvarig som ansvarar för ett aktivitetsråd där boende kan komma med förslag. Verksamheten har även boenderåd där aktiviteter är en punkt på agendan och där boende kan vara med och påverka. Verksamheten erbjuder en mängd aktiviteter varje dag och på helgen finns två aktiviteter att välja mellan. Aktiviteterna genomförs på de olika avdelningarna på respektive våning för att fler ska lära känna varandra. Verksamheten erbjuder också egentid till alla boende med sin kontaktman. Kontaktmannen ansvarar för att planera in egentid med de boende som hen ansvarar för. Vidare erbjuder verksamheten utevistelse varje dag och det finns en ny anlagd trädgård vid boendet.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har genomgång av tystnadsplikt och sekretess vid introduktion för nya medarbetare. Alla medarbetare skriver under att de tagit del av informationen. Verksamhetschef/gruppledare ansvarar för att göra en muntlig genomgång av innebörden av sekretess och tystnadsplikt en gång per år till alla medarbetare för att säkerställa att alla medarbetare har kännedom om vad som gäller.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för en säker nyckelhantering av både lägenhetsnycklar och nycklar till läkemedelsskåpen. Rutinen har uppdaterats och finns tillgänglig vid alla nyckelskåp. Verksamheten har också tagit fram nya signeringslistor och arbetssättet och rutinen är implementerad.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för hur privata medel ska hanteras. Kontaktmannen upprättar en ansvarsförbindelse med godman/företrädare vad pengarna ska användas till. Kontaktmannen ansvarar för att betalkort och kontanter förvaras på ett betryggande sätt. Kontaktmannen ansvarar för att ta emot pengar och återrapportera och redovisa till godman/förvaltare. Avvikelse rapporteras direkt till verksamhetschefen som vidtar åtgärder. Gruppchefen ansvarar för att göra egenkontroller varje halvår.
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för trygghetslarm och andra larm som används i verksamheten. Verksamheten gör en individuell bedömning om den enskilde klarar av att hantera ett trygghetslarm vilket framkommer i den sociala journalen. För boende som saknar förmåga att använda larm och påkalla hjälp tillgodoses behovet av tillsyn genom täta fysiska besök. Verksamheten gör dagliga egenkontroller för att säkerställa att alla larm fungerar som de ska.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har lokala rutiner för hot och våld. Rutinen har omarbetats och omfattar nu även en handlingsplan för medarbetare om hur de ska gå till väga i hot- och våldssituationer. Rutinen har implementerats på arbetsplatsträffar.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 83																
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table> <tr> <td>Organisationsnummer</td> <td>556455–5208</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Vardaga Opalen</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Beslutade arbetsgivaravgifter</td> <td></td> </tr> <tr> <td>December 2023</td> <td>6 239 316</td> </tr> <tr> <td>November 2023</td> <td>6 232 659</td> </tr> </table>	Organisationsnummer	556455–5208	Namn:	Vardaga Opalen	Godkänd för F-skatt	JA	Registrerad för moms	JA	Registrerad som arbetsgivare	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter		December 2023	6 239 316	November 2023	6 232 659
Organisationsnummer	556455–5208																
Namn:	Vardaga Opalen																
Godkänd för F-skatt	JA																
Registrerad för moms	JA																
Registrerad som arbetsgivare	JA																
Beslutade arbetsgivaravgifter																	
December 2023	6 239 316																
November 2023	6 232 659																



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2024-01-25
ON/2024:14

Avtalsuppföljning av hemtjänstutförare med högst 10 kunder år 2023

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av avtalsuppföljningen för 2023.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har under 2023 omfattat sju verksamheter.

Kvalitetsutvecklare har följt upp verksamheternas arbete med utvecklingsplanen baserad på 2022 års avtalsuppföljning. Uppföljningen gjordes digitalt via Teams under perioden november till december 2023. 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.

Det framgår av årets avtalsuppföljningar att utvecklingsarbetet går framåt för verksamheterna inom hemtjänst. 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 efter föregående års uppföljning med fokus på kvarstående utvecklingsområden.

Helena Åman
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.

Avtalsuppföljning 2023

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 2023 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, 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. Samtliga verksamheter drivs utifrån avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV).

Metod för uppföljning

Uppföljningen gjordes via teammöten under perioden november till december 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2022 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

Det som beskrivs i 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.

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 efter föregående års uppföljning med fokus på kvarstående utvecklingsområden.

Sammanfattande bedömning

Det framgår av årets avtalsuppföljningar att utvecklingsarbetet går framåt för verksamheterna inom hemtjänst.

Starka områden generellt sett är ledning och organisation, 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 även fortsättningsvis att arbeta mot en samsyn kring tillämpningen av dessa och erbjuda stöd till 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 återkommande utvecklingsområde i uppföljningen. Därav ligger det som en aktivitet i förvaltningens verksamhetsplan att säkerställa och kontinuerligt förbättra den sociala dokumentationen. Aktiviteten syftar till att uppfylla ställda krav i lagstiftning samt att kontinuerligt förbättra kvaliteten på social dokumentation för att på så sätt förbättra omsorgen om den enskilde med hemtjänstinsatser.

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.

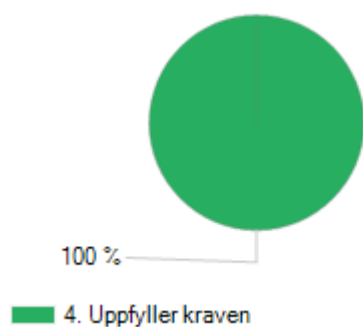
● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

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

Bedömning

Område	Resultat 2022		Resultat 2023	
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	86 (%)	● 4. Uppfyller kraven	86 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	86 (%)	● 4. Uppfyller kraven	86 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	43 (%)	● 4. Uppfyller kraven	43 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	57 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	57 (%)
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)

Ledning och organisation



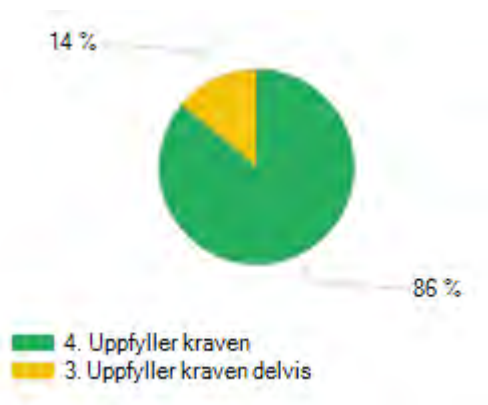
Samtliga verksamheter leds av chefer som har den utbildning och/eller den erfarenhet som avtalet kräver. Ledning finns tillgänglig för medarbetarna mellan klockan 7.00 och klockan 22.00 då verksamheterna bedrivs.

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 enskild regi har aktuellt tillstånd från IVO.

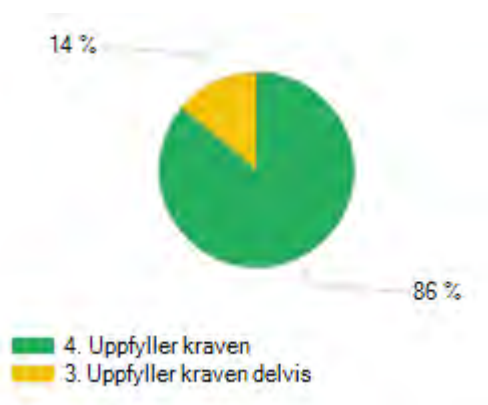
Personal och utbildning



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.

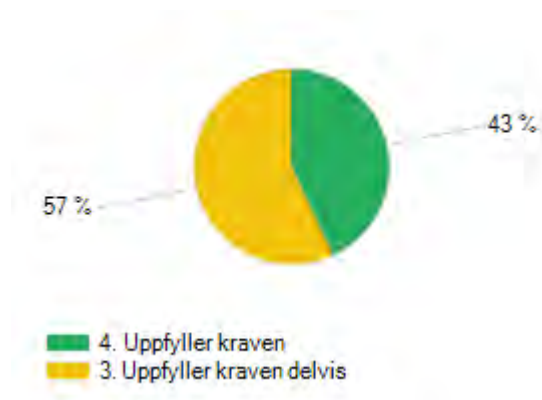
I verksamheterna har man arbetssätt för att identifiera behov av kompetensutveckling. Alla verksamheter har dokumenterat behovet i en generell kompetensutvecklingsplan, och utförarna har upprättat individuella kompetensutvecklingsplaner för sina medarbetare. En av verksamheterna behöver förtydliga den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

Samverkan



Samtliga utförare har upprättade rutiner för intern och extern samverkan. En av verksamheterna har dock kvarstående utvecklingsområde, då rutinen behöver förtydligas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



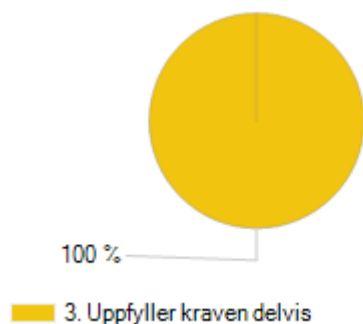
Samtliga verksamheter har rutiner framtagna för medarbetarna som stöd för att följa ledningssystemet. Implementeringen av detta arbete har sin start i introduktionen och uppföljningen av introduktionen. Rutiner aktualiseras därefter löpande på APT, medarbetarsamtal och på dagliga avstämningar då situationen 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 behöver följas upp för att det ska ges möjlighet att utvärdera om dessa givit effekt.

Ett par verksamheter behöver utveckla arbetet med avvikelser, klagomål och synpunkter. Händelserna hanteras men dokumenteras inte i den utsträckning som krävs.

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



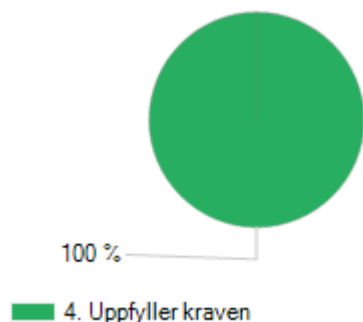
Social dokumentation är ett utvecklingsområde för samtliga utförare av hemtjänst. I verksamheterna upprättas genomförandeplaner tillsammans med kund, vilket stärker kundernas delaktighet och inflytande över planeringen av insatserna. Utförarna uppger att det är en utmaning att använda genomförandeplanen 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. Tre verksamheter behöver se över utformningen av egenkontrollen för att på så sätt identifiera bristande följsamhet mot gällande riktlinje. Verksamheterna behöver även dokumentera de åtgärder som sätts in, samt följa upp huruvida dessa givit önskad effekt.

Samtliga verksamheter gör loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används och kan uppvisa protokoll för detta.

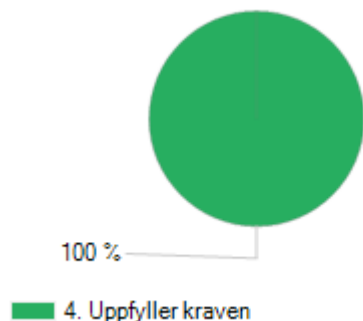
Självbestämmande och integritet



Samtliga utförare uppfyller kraven inom självbestämmande och integritet. Rutiner och arbetssätt bedöms vara väl förankrade avseende kontaktmans 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.

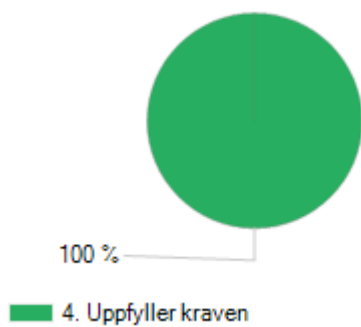
Bemötande och anhörigstöd



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.

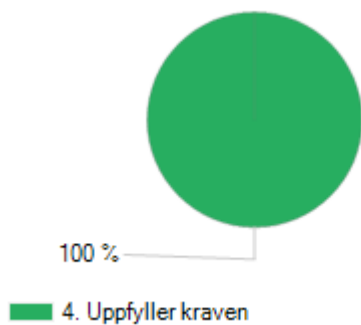
Alla utförare har arbetssätt för hur de fångar upp anhöriga och arbetar med anhörigstöd. Samtliga verksamheter har rutin för anhörigstöd.

Säkerhet



Samtliga utförare har sedan 2022 rutiner och arbetssätt för de delområden som rymms inom området säkerhet; tystnadsplikt och sekretess, nyckelhantering, privata medel och hot och våld.

Ekonomisk kontroll



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

Avtalsuppföljning 2023

ALFAHEM AB



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 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 två 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

Uppföljningen gjordes via teammöte den 24 november 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

Det som beskrivs i 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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån utvecklingsplanen. Utvecklingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av utvecklingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Utvecklingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 januari 2024.

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 2022	Resultat 2023
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	◆ 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 två av tre delområden.

Verksamheten behöver säkerställa den sociala dokumentationen i enlighet med riktlinje.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Egenkontroll social dokumentation
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Social journal
✓ Aktiviteten är slutförd.	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.
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. Kvalitetsutvecklare har granskat inskickad riskanalys. Identifierade risker behöver beskrivas på ett tydligare sätt. Av riskanalysen ska det framgå vilka som deltagit i upprättandet, datum för uppföljning av åtgärd och ansvarig för åtgärd.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kunds samtycke gjort granskning av genomförandeplan. 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. Av granskningen framgår att beskrivning av hur kund varit delaktighet i upprättandet saknas. Beskrivning om hur insatsen ska utföras behöver utvecklas, liksom när och av vem. Det ska även framgå av genomförandeplanen vad den enskilde klarar av att göra själv i de olika momenten.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått kunds samtycke till att granska social journal, något som inte finns dokumenterat i journalen. 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. Det förekommer arbetsanteckningar i journalen.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför egenkontroll av området där utvecklingsområden identifierats och åtgärder planerats in. I verksamheten görs loggkontroll av hur behörigheterna till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar framgår. Arbetet med kontaktmannaskap är väl förankrat i verksamheten, vilket även framgår av intervju med medarbetare. Samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Kunden informeras om rätten att byta kontaktperson. Verksamhetschef följer upp arbetet hos kund och får då information om hur kontaktmannaskapet fungerar.

Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. Vid välkomstbesöket får nya kunder en pärm av verksamhetschef med väsentlig information om verksamheten. Där finns även blankett för klagomål och synpunkter, Solna stads kvalitetsdeklaration, samt kontaktuppgifter till verksamheten. Kunderna får information om förändringar i verksamheten via telefonsamtal från ledning och kontaktperson. Vid större förändringar informeras kunderna skriftligt. Verksamhetschef besöker kunderna en gång per månad för att följa upp hur kunden upplever att insatserna fungerar.
------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bemötande och anhängstöd

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: 65
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Alfahem AB Organisationsnummer: 165591815179 Namn: Alfahem AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 aug-23 60 708,00 jul-23 66 540,00

Avtalsuppföljning 2023

BÄST OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 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 fjorton 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

Uppföljningen gjordes via teammöte den 7 november 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån utvecklingsplanen. Utvecklingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av utvecklingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Utvecklingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 december 2023.

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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 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 avvikelser.	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, synpunkter och klagomål 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.

Verksamheten behöver säkerställa den sociala dokumentationen i enlighet med riktlinje. Egenkontrollen ska utgå från riktlinjen och omfattas av dokumentationskrav.

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.

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	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

Delområde	Kommentar
	<p>arbetsätt 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>
<p>Kompetensutveckling</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<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 för att möjliggöra uppföljning.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<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>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för intern samverkan där strukturen för hur och mellan vilka samverkan ska ske internt.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet, vilket sker dels informellt i dagliga samtal i form av förbättringsarbete och förslag, dels mer strukturerat på APT. Återkoppling av utfall från exempelvis kundenkäter, egenkontroller, avvikelser och klagomål sker på APT och/eller enskilda samtal beroende på frågan.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutiner för hur man arbetar med avvikelser, synpunkter och klagomål. I samband med introduktion av nya medarbetare ges information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter lyfts frågan minst en gång per år i samband med APT. Av intervju med medarbetare framgår att rapporteringsskyldigheten är känd.</p> <p>I verksamheten saknas dokumenterade avvikelser, synpunkter och klagomål för innevarande år. I och med detta finns inte förutsättningar för att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser. Arbetet omfattas av dokumentationskrav.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<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 identifierad avvikelse. Detta arbete kvarstår.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kundernas samtycke gjort en granskning av genomförandeplaner. Det framgår av genomförandeplanerna hur kunden varit delaktig i upprättandet av denna. Beskrivningen av hur insatsen ska genomföras behöver utvecklas, liksom information om den enskildes förmågor i de olika momenten. Det saknas information om vem som ska utföra insatsen och när insatsen ska utföras.
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 det saknas dokumentation om vidtagna åtgärder, exempelvis då kund vid upprepade tillfällen tackar nej till insats. Dokumentation saknas när en beställning inkommit, beslut har verkställts och genomförandeplan upprättats/reviderats.
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.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktnannskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för kontaktnannskap där kontaktnannens ansvar framgår. Arbetet med kontaktnannskap är väl förankrat i verksamheten, vilket även framgår av intervju med medarbetare. Alla kunder har en utsedd kontaktnann. Arbetet organiseras så att en känd vikarie ersätter kontaktnannen vid dennes frånvaro. I samband med välkomstbesöket får kunden information om möjligheten att byta kontaktnann, 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 kontaktnann.

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. Kontaktnannen 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.

Delområde	Kommentar
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 Rating: 95
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p>Bäst Omsorg</p> <hr/> <p>Organisationsnummer: 556902-5462</p> <p>Namn: Bäst Omsorg i Stockholm AB</p> <p>Godkänd för F-skatt: JA</p> <p>Registrerad för moms: JA</p> <p>Registrerad som arbetsgivare: JA</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter:1</p> <p>aug-23 202 168,00</p> <p>jul-23 215 187,00</p>

Avtalsuppföljning 2023

MÅNGKULTURELL HEMTJÄNST



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 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

Uppföljningen gjordes via teammöte den 3 november 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån utvecklingsplanen. Utvecklingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av utvecklingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Utvecklingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 december 2023.

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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 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 förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med	Revidera rutin extern samverkan

Status	Utvecklingsområden
avvikelse.	

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 pågår med avvikelse.	Dokumentera avvikelser
✓ Aktiviteten är slutförd.	Revidera rutiner
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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 omfattas av dokumentationskrav.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Egenkontroll social dokumentation
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Social journal
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 arbets sätt 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 självskattningsatt 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.


Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan. Av verksamhetens självskattning framgår att rutinen under 2022 har förtydligats. Arbete kvarstår även i år gällande vem som ansvarar för vilken typ av samverkan. Samtliga samverkansparter ska omfattas.

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 två klagomål och en synpunkt 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	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kundernas samtycke gjort en granskning av genomförandeplaner. Hur kunden varit delaktig beskrivs i genomförandeplanerna som granskats. En kund saknar upprättad genomförandeplan och en genomförandeplan är inte reviderad utifrån den senaste beställningen. Hur insatser ska genomföras behöver beskrivas på ett tydligare sätt, liksom när insatsen ska utföras och av vem. Vid några av insatserna saknas information om genomförandet. Datum för uppföljning av en genomförandeplan är inte i enlighet med det intervall som anges i stadens riktlinje för social dokumentation.
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. Av granskningen framgår att det ofta är enhetschef som skriver anteckningarna i journalen, vilket är felaktigt då det är medarbetaren som utför insatsen som ska föra dokumentation. Det framkommer vid uppföljningen att man i verksamheten dokumenterar både på papper och i Lifecare. Den enskildes journal ska föras sammanhållen.
Egenkontroll social dokumentation	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför loggkontroll.

Delområde	Kommentar
 2. Delvis godkänd	Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation fyra gånger per år. Cheferna granskar dokumentationen dagligen. Av dokumentgranskning framgår det dock inte av egenkontrollen vilka delar av den sociala dokumentationen som granskats, vad som framkommit av egenkontrollen, vilka eventuella åtgärder som vidtagits samt uppföljning av dessa.





Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Verksamheten har en rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar framgår. Arbetet med kontaktmannaskap är väl förankrat i verksamheten, vilket även framgår av intervju med medarbetare.</p> <p>Kontaktmannen är den person som presenterar ny vikarie för kund, vilket innebär att de vikarier som ska utföra insatserna alltid är kända för kunden.</p>
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 hembäringen och går igenom vid det första hembesöket.
Stöd till närstående  3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hur de arbetar med att identifiera behov av och ge stöd till anhöriga.

Säkerhet

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

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																		
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Mångkulturell hemtjänst Rating: 70																		
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">Mångkulturell hemtjänst</td> </tr> <tr> <td>Organisationsnummer:</td> <td>556707-5352</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Mångkulturell Hemtjänst i StockholmAB</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td>NEJ</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Beslutade arbetsgivaravgifter:1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>aug-23</td> <td>122 990,00</td> </tr> <tr> <td>jul-23</td> <td>115 722,00</td> </tr> </table>	Mångkulturell hemtjänst		Organisationsnummer:	556707-5352	Namn:	Mångkulturell Hemtjänst i StockholmAB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	NEJ	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter:1		aug-23	122 990,00	jul-23	115 722,00
Mångkulturell hemtjänst																			
Organisationsnummer:	556707-5352																		
Namn:	Mångkulturell Hemtjänst i StockholmAB																		
Godkänd för F-skatt:	JA																		
Registrerad för moms:	NEJ																		
Registrerad som arbetsgivare:	JA																		
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																			
aug-23	122 990,00																		
jul-23	115 722,00																		

Avtalsuppföljning 2023

OLIR



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 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 fyra kunder i Solna. Olir AB är även verksam i Vaxholm. Kontoret finns beläget på Åkerbyvägen i Täby.

Metod för uppföljning

Uppföljningen gjordes via teammöte den 28 november 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

Det som beskrivs i 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 dokumentation 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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån utvecklingsplanen. Utvecklingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av utvecklingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Utvecklingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 januari 2024.

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 2022	Resultat 2023
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	◆ 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 vara utformad på sådant sätt att avvikelser från riktlinje identifieras.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Dokumentation egenkontroll social dokumentation
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Social journal
✓ Aktiviteten är slutförd.	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. Dokumentationen 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, samt hur man i verksamheten har skattat identifierad risk. Dokumentationen av arbetet med egenkontroller behöver förtydligas så att det framgår hur man kommit fram till det resultat som redovisas.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kunds samtycke gjort granskning av genomförandeplan. Av granskade genomförandeplaner framgår att kunden varit delaktig i upprättandet, men inte på vilket sätt. Hur insatsen ska utföras kan utvecklas på så sätt att det framgår vad den enskilde själv klarar att utföra i de olika momenten. I genomförandeplanerna finns hänvisningar till utförarens bemötandepolicy och rutin för tvätt, vilket inte hör hemma i den enskildes genomförandeplan. Information om när insatserna ska utföras och av vem saknas.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått kunds samtycke till att granska social journal, något som inte finns dokumenterat i journalen. Övriga samtycken finns dock dokumenterade. Granskningen av social journal visar att ärendet inte kan följas i journalen; dokumentation om exempelvis mottagen beställning och upprättad/reviderad genomförandeplan saknas. Journalanteckningarna beskriver vad som utförts hos kund under en dag, där en sammanfattning gjorts som speglar planeringen enligt genomförandeplanen. Detta ska inte dokumenteras i social

Delområde	Kommentar
	journal, såvida det inte avviker från grundplaneringen. Det framkommer med regelbundenhet att en kund besvärar av huvudvärk, men dokumenterad åtgärd saknas.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten arbetar regelbundet med egenkontroll av social dokumentation. Kvalitetsutvecklare har inför granskningen fått ta del av en sammanfattning av utfallet. Av egenkontrollen framkommer att flertalet avsteg från riktlinje som styr social dokumentation inte identifierats i egenkontrollen. I verksamheten görs loggkontroll av hur behörigheterna till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

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

Bemötande och anhängigstöd

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

Säkerhet

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

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Olir Rating: 93
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 aug-23 65 260,00 jul-23 74 806,00

Avtalsuppföljning 2023

OMSORGSJOUREN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 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 två kunder i Solna. 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

Uppföljningen gjordes via teammöte den 23 november 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån utvecklingsplanen. Utvecklingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av utvecklingsplanen ska det framgå hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt löpande under året. Utvecklingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 januari 2024.

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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 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 arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två av tre delområden.

Verksamheten behöver säkerställa den sociala dokumentationen i enlighet med riktlinje.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 avstämning med medarbetarna.

Delområde	Kommentar
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. Handlungsplaner 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	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kundernas samtycke gjort en granskning av genomförandeplaner. Det framgår av genomförandeplanerna hur kunden varit delaktig i upprättandet av denna. Beskrivningen av hur insatserna ska genomföras behöver förtydligas och på vilket sätt den enskilde är delaktig i momenten. När insatsen planeras att utföras behöver framgå, liksom vem som ska utföra insatsen.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått samtycke till att ta del av de enskildas journaler, något som dokumenteras i de granskade journalerna. I samband med granskningen uppmärksammades vissa arbetsanteckningar. I en journal framkommer att kund ofta mår dåligt, men av journalen framgår inga vidtagna åtgärder och ingen återkoppling efter kontakt med exempelvis vårdgivare. Det saknas anteckning i journalen när genomförandeplanen uppdaterats och när ny beställning inkommit.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför egenkontroll av området där utvecklingsområden identifierats och åtgärder planerats in. I verksamheten görs loggkontroll av hur behörigheterna till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

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

Bemötande och anhörigstöd

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

Säkerhet

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

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	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>Beslutade arbetsgivaravgifter:1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>aug-23</td> <td>469 041,00</td> </tr> <tr> <td>jul-23</td> <td>441 650,00</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		aug-23	469 041,00	jul-23	441 650,00
Omsorgsjouren																			
Organisationsnummer:	556858-9336																		
Namn:	Omsorgsjouren Sverige AB																		
Godkänd för F-skatt:	JA																		
Registrerad för moms:	JA																		
Registrerad som arbetsgivare:	JA																		
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																			
aug-23	469 041,00																		
jul-23	441 650,00																		

Avtalsuppföljning 2023

SAGAC



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 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 sex 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

Uppföljningen gjordes via teammöte den 20 november 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

Det som beskrivs i 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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån utvecklingsplanen. Utvecklingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av utvecklingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Utvecklingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 december 2023.

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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 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.	Förtydliga rutin lex Sarah
✓ Aktiviteten är slutförd.	Uppdatera rutinpärm
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förtydliga blankett för klagomål och synpunkter

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 två av tre delområden.

Verksamheten behöver säkerställa den sociala dokumentationen i enlighet med riktlinje.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 rapporteringskyldigheten 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 behövs 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>Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kundernas samtycke gjort en granskning av genomförandeplaner. Av de granskade genomförandeplanerna framgår hur den enskilde varit delaktig i upprättandet.</p> <p>Hur insatserna ska utföras beskrivs relativt tydligt, men informationen bör flyttas från rubriken vad till hur för att förtydliga ytterligare. Vad den enskilde själv klarar av att göra i de olika momenten behöver beskrivas. Vissa beviljade insatser saknas i genomförandeplanen.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kundernas samtycke gjort en granskning av social journal. Dokumenterat samtycke för detta saknas, och övriga inhämtade samtycken behöver uppdateras. Av granskade journaler saknas information om vilka åtgärder som vidtagits. Det är svårt att följa ärendets gång, då det saknas anteckning om när genomförandeplanen upprättats/reviderats och när ny beställning inkommit. Vissa begrepp som används frekvent behöver ses över, då dessa kan uppfattas negativa.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har en rutin för social dokumentation. Verksamheten har genom regelbunden egenkontroll av området identifierat utvecklingsområden och gör loggkontroll av hur behörigheterna används.</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 synpunktsshantering 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 anhängstöd

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 anhängstöd; 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 tystnadspliktens innebörd.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Sagac Rating: 96
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 aug-23 223 265,00 jul-23 210 964,00

Avtalsuppföljning 2023

AB VESTA CARE



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 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 har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet (LOV) sedan 1 juli 2017. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten nio kunder i Solna. AB Vesta Care är också verksam i Sundbyberg och Järfälla. Kontoret finns på Turebergs allé i Sollentuna, där medarbetarna startar och avslutar sin arbetsdag.

Metod för uppföljning

Uppföljningen gjordes via teammöte den 8 december 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

Det som beskrivs i 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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån utvecklingsplanen. Utvecklingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av utvecklingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Utvecklingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 januari 2024.

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
	Hot och våld
	Nyckelhantering
Säkerhet	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
	Kreditvärdighet
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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 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.

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 två av tre delområden.

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 är slutförd.	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 välkomstbrev 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

Delområde	Kommentar
	nyanställda medarbetaren vid ett par tillfällen, samt följer upp med brukare hur det fungerar utifrån dennes perspektiv.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling. Arbetet har sin grund i det systematiska kvalitetsarbetet och utifrån arbetet med klagomål, synpunkter och avvikelser identifieras kunskapsluckor. Verksamhetschef framhåller kvalitetsberättelsen som ett verktyg för att identifiera vilken typ av utvecklingsinsats som kan behövas. Utöver detta beaktas medarbetarnas tips och förslag på kompetenshöjande insatser som framkommer via medarbetarsamtal, på APT eller spontant i samtal.</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	Verksamheten har en upprättad rutin för intern samverkan. Där framgår struktur för intern samverkan och ansvarsfördelningen funktioner emellan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<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. Enhetsschef 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>

Delområde	Kommentar
	Av självskattning framgår att rutinen för avvikelshantering har förtydligats gällande verksamhetschefens ansvar i processen.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Genomgående i verksamhetens rutiner är kvalitetshjulet identifierat och väl beskrivet. Systematiken är tydlig och de olika delarna hänger väl samman. Verksamheten gör regelbundna egenkontroller och riskanalyser av identifierade områden, sätter in åtgärder och följer upp effekten av dessa. Medarbetarna involveras i detta arbete i samband med APT, och i vissa fall i analysarbetet. Verksamheten har utarbetat rutiner utifrån behov, och dessa revideras av verksamhetschef regelbundet utifrån årshjulet. Rutinerna finns tillgängliga i en pärm för medarbetarna, och de viktigaste rutinerna får medarbetaren utskrivna i samband med introduktionen. Av självskattning framgår det att samtliga rutiner reviderats under året och att datum för detta framgår.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kunds samtycke gjort granskning av genomförandeplan. Av granskade akter har samtliga kunder aktuell genomförandeplan, den är upprättad i tid och uppföljningsdatum framgår. Det framgår av genomförandeplanen att den enskilde varit delaktig i upprättandet, men saknas information om hur kunden varit delaktig. Hur insatserna ska utföras behöver beskrivas på ett tydligare sätt, och det behöver framgå av genomförandeplanen vad den enskilde klarar av att utföra i de olika momenten. Det saknas information om när insatsen ska utföras och av vem.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått kunds samtycke till att granska social journal, något som inte finns dokumenterat i journalen. Samtycke till biståndshandläggare finns inhämtat och dokumenterat, men inte till närstående som omnämns i genomförandeplanen. Av de granskade journalerna framkommer att det är sparsamt med journalanteckningar, och de flesta anteckningar handlar om att kund har tackat nej till insats. Orsak till detta saknas på vissa håll. Journalanteckning saknas om inkommen beställning och upprättad/reviderad genomförandeplan, vilket gör att det inte går att följa ärendet.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin framtagen för social dokumentation. Av egenkontroller som gjorts i verksamheten gällande social dokumentation framkommer att dokumentationen har förbättrats sedan föregående år. I verksamheten görs loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Rutin för kontaktmannaskap finns upprättad i verksamheten. Av rutinen framgår kontaktmannens ansvar, och av intervju med medarbetare framkommer att rutinen är implementerad i verksamheten. Vid det första mötet med ny kund informeras kunden om möjligheten att byta kontaktman. Enhetschef kontaktar kunden efter givet intervall och följer upp hur det fungerar med kontaktmannaskapet. På samma sätt följer enhetschef upp med medarbetaren hur kontaktmannaskapet fungerar. Enhetschef eller verksamhetschef följer upp arbetet hos kund genom "spontana" besök hos kund utifrån fastställd checklista. Av självskattning framgår att rutinen har förtydligats med information om hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för mottagande av ny kund. Varje ny kund får en pärm med bland annat information om och kontaktinformation till verksamheten och kommunen. I samband med första hembesöket tillfrågas kunden hur kontakten med verksamheten ska gå till och via vilken typ av

Delområde	Kommentar
	<p>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	<p>Verksamheten har en värdegrundspolicy som är känd av medarbetare. På APT aktualiseras värdegrunds- och bemötandefrågor utifrån arbetet med avvikelser, klagomål och synpunkter.</p> <p>Solnas stads kvalitetsdeklaration är integrerad i dokument såsom värdegrundspolicy och styrande rutiner.</p>
Stöd till närstående 3. Godkänd	<p>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.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld 3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för hot och våld som belyser våld i nära relationer.</p> <p>Av självskattning framgår att verksamheten tagit fram en policy för hot och våld i arbetet.</p>
Nyckelhantering 3. Godkänd	<p>I verksamheten finns rutiner och arbetssätt samt utrustning för säker nyckelhantering.</p>
Privata medel 3. Godkänd	<p>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.</p>
Tystnadsplikt och sekretess 3. Godkänd	<p>I samband med introduktionen får den nyanställda medarbetaren information om tystnadsplikten och dess innebörd, samt skriver under dokumentet. Medarbetaren får även rutinen utskrivet. Av intervju med medarbetare framgår att tystnadsplikten är väl känd i verksamheten.</p>

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet 3. Godkänd	AB Vesta Care Rating: 60
Skattekontroll 3. Godkänd	AB Vesta Care <hr/> Organisationsnummer: 556843-1521 Namn: Sollentuna Omsorg AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 aug-23 293 963,00 jul-23 300 218,00



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2024-01-25
ON/2024:15

Avtalsuppföljning av hemtjänstutförare med fler än 10 kunder samt trygghetslarm och nattpatrull år 2023

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av avtalsuppföljningen för 2023.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har under 2023 omfattat sex verksamheter.

Kvalitetsutvecklare har följt upp verksamheternas arbete med utvecklingsplanen baserad på 2022 års avtalsuppföljning. Uppföljningen gjordes via fysiska besök i verksamheterna under perioden september till november 2023, bortsett från en verksamhet där uppföljningen gjordes via Teams. 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.

Det framgår tydligt av årets avtalsuppföljningar att samtliga verksamheter har arbetat med utvecklingsplanen under året. Starka områden generellt sett är ledning och organisation, personal och utbildning, samverkan, 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 efter föregående års uppföljning med fokus på kvarstående utvecklingsområden.

Helena Åman
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.

Avtalsuppföljning 2023

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 2023 omfattat 13 hemtjänstverksamheter. Avtalsuppföljningarna för verksamhetsområde hemtjänst är uppdelade 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, och där kvalitetsutvecklare år 2021 gjorde en uppföljning av samtliga områden. Samtliga verksamheter drivs utifrån avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV).

Metod för uppföljning

Uppföljningen gjordes via fysiska besök i verksamheterna under perioden september till november 2023, bortsett från en verksamhet där uppföljningen gjordes via Teams. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2022 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandepplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

Det som beskrivs i 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. Denna omfattar dock inte de verksamheter som bedrivs 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 av årets avtalsuppföljningar att utvecklingsarbetet går framåt för verksamheterna inom hemtjänst.

Starka områden generellt sett är ledning och organisation, personal och utbildning, samverkan, bemötande och anhängstöd, 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 även fortsättningsvis att arbeta mot en samsyn kring tillämpningen av dessa och erbjuda stöd till 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 återkommande utvecklingsområde i uppföljningen. Därav ligger det som en aktivitet i förvaltningens verksamhetsplan att säkerställa och kontinuerligt förbättra den sociala dokumentationen. Aktiviteten syftar till att uppfylla ställda krav i lagstiftning samt att kontinuerligt förbättra kvaliteten på social dokumentation för att på så sätt förbättra omsorgen om den enskilde med hemtjänstinsatser.

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.

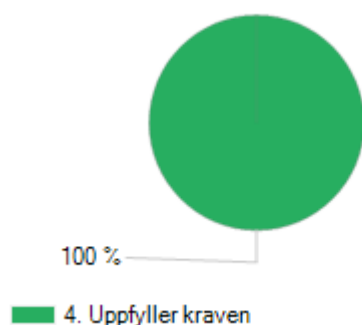
● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

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

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven 83 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 17 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven 50 (%) ◆ 3. Uppfyller kraven delvis 50 (%)	● 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 100 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)	● 4. Uppfyller kraven 100 (%)

Ledning och organisation



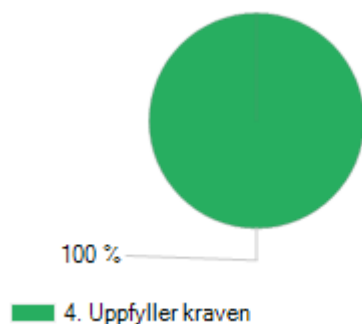
Samtliga verksamheter leds av chefer som har den utbildning och/eller den erfarenhet som avtalet kräver. Ledning finns tillgänglig för medarbetarna mellan klockan 7.00 och klockan 22.00 då verksamheterna bedrivs och

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 enskild 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

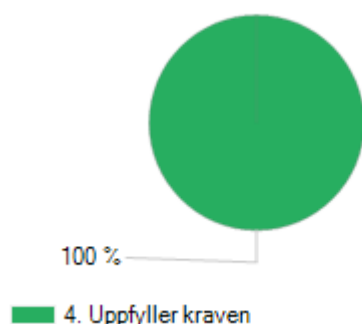


Verksamheterna har rutiner och arbetssätt för att säkerställa bemanningen.

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.

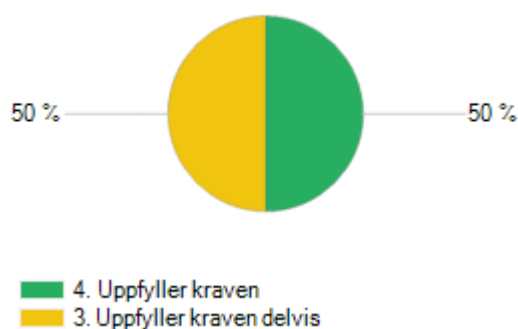
I verksamheterna har man arbetssätt för att identifiera behov av kompetensutveckling. Alla verksamheter har dokumenterat behovet i en generell kompetensutvecklingsplan, och utförarna har upprättat individuella kompetensutvecklingsplaner för sina medarbetare.

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



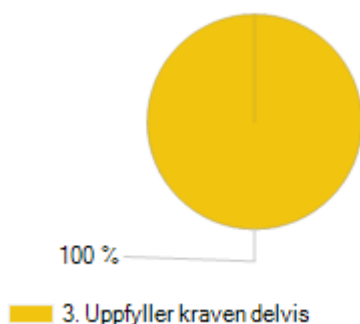
Samtliga verksamheter har rutiner framtagna för medarbetarna som stöd för att följa ledningssystemet. Implementeringen av detta arbete har sin start i introduktionen och uppföljningen av introduktionen. Rutiner aktualiseras därefter löpande på APT, medarbetarsamtal och på dagliga avstämningar då situationen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

Ett par verksamheter behöver utveckla arbetet med avvikelshantering. Vissa avvikelser som granskats borde enligt kvalitetsutvecklarens bedömning ha utretts enligt reglerna om risk för missförhållande. Verksamheterna har generellt en upparbetad struktur för hantering av avvikelser och dessa rapporteras i varierande grad.

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 behöver 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 inom 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 omvårdnadsförvaltningens dokumentationssystem Lifecare utförare.

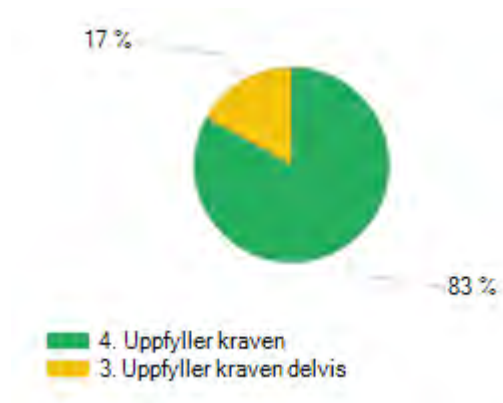
Alla verksamheter för social journal. Överlag finns utvecklingspotential gällande frekvens och innehåll i den sociala journalen.

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 huruvida dessa givit önskad effekt.

Samtliga verksamheter gör loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används och kan uppvisa protokoll för detta.

Självbestämmande och integritet

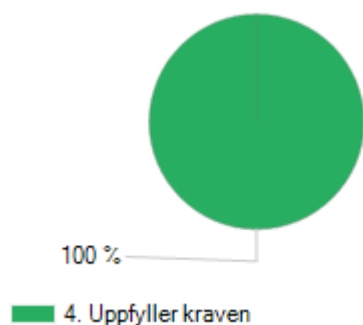


I stort sett alla utförare uppfyller kraven inom självbestämmande och integritet. Rutiner och arbetssätt bedöms vara väl förankrade avseende kontaktmannens ansvar, informationsöverföring till kund både i uppstart av hemtjänst samt löpande under den tid insatserna pågår.

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.

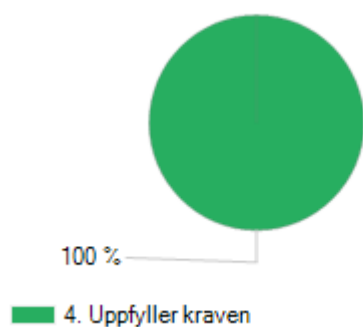
Bemötande och anhängigstöd



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 arbetar med anhängigstöd. Samtliga verksamheter har rutin för anhängigstöd.

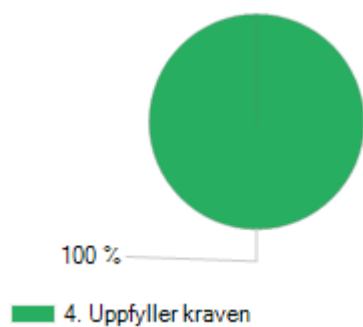
Säkerhet



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.

Avtalsuppföljning 2023

ADELA OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har uppdrag av 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 Framnäbacken i Solna, där medarbetarna startar och avslutar sin arbetsdag.

Metod för uppföljning

Uppföljningen gjordes på plats i verksamheten den 27 september 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

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 kvarstår sedan förra årets avtalsuppföljning 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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån handlingsplanen. Handlingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av handlingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Handlingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 december 2023.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

behov

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

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

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

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

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

Bedömning av *områden*

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

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

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

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

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

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 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.	Risakanalys

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 två av tre delområden.

Verksamheten ska föra dokumentation i enlighet med Solna stads riktlinjer.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplaner
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	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 kvällspatrull för överrapportering i personalrummet, då finns även kommunansvarig och samordnare på plats under måndag till fredag. På helger finns det alltid en arbetsledare i tjänst. Protokollförda APT hålls en gång per månad för daggruppen och kvälls- och helgruppen, 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.

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.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan som omfattar externa samverkanspartner. 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 självskattning 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 det saknas information om vilken medarbetare från som deltagit i upprättandet/revideringen av denna. Hur insatsen ska utföras behöver förtydligas, samt information om vad den enskilde

Delområde	Kommentar
	klaras av att göra själv. 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 finns dokumenterat i journalen. lakttagelser som medarbetarna gör ska följas upp av en åtgärd som ska framgå av journalen, vilket det inte gör i dagsläget. I samband med granskningen har arbetsanteckningar kopplat till närvaroregistrering hos kund påträffats. Det saknas journalanteckningar gällande inkomna klagomål. Det ska framgå av journalen när en ny beställning mottagits, samt när genomförandeplanen upprättats eller reviderats.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. 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.

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 kontaktuppgifter 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 81
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Adela Omsorg <hr/> Organisationsnummer: 556844-3609 Namn: AB Adela Omsorg Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 jul-23 909 392,00 aug-23 922 684,00

Avtalsuppföljning 2023

ALLEGIO OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har uppdrag av 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

Uppföljningen gjordes på plats i verksamheten den 21 september 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

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 kvarstår 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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån handlingsplanen. Handlingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av handlingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Handlingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 december 2023.

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 2022	Resultat 2023
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	◆ 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 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	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.

Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>I verksamheten har cirka 62% av medarbetarna undersköterskeutbildning. Medarbetarna har individuella kompetensutvecklingsplaner som tas fram under medarbetarsamtalet och följs upp under lönesamtalet.</p> <p>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.</p>

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	<p>Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan.</p> <p>Utifrån självskattning omfattar rutinen samtliga samverkansparter, och det framgår vem i verksamheten som ansvarar för vilken typ av samverkan samt hur denna ska ske.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Dokumentationen av egenkontroll av basala hygienrutiner brister då det saknas information om planerade åtgärder vid identifierade avvikelser. Egenkontrollen av basal hygien behöver också omfatta samtliga områden som berörs (utöver arbetskläder, smycken och nagellack). Av egenkontrollerna behöver det även framgå vem som utfört denna.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har en upprättad rutin för avvikelser och en tydlig struktur för hantering av avvikelser-, synpunkt- 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.</p> <p>Antalet rapporterade avvikelser har ökat avsevärt under året, vilket visar på att verksamhetens åtgärder givit resultat.</p>
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, när insatsen ska utföras och av vem.

Delområde	Kommentar
	Hur insatsen ska utföras behöver förtydligas, samt vad den enskilde klarar av att göra själv i de olika momenten.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått samtycke till att ta del av de enskildas journaler, något som finns dokumenterat i de enskildas journaler. Av journalanteckningarna framgår när genomförandeplanen upprättas. Journalanteckning saknas när ny beställning inkommit, detta behöver finnas med för att kunna följa ärendets gång. Vid ett flertal tillfällen saknas åtgärd och uppföljning av den enskildes förändrade hälsotillstånd. Under granskningen har ovidkommande anteckningar påträffats i journalen.
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. Av granskad egenkontroll framkommer att verksamheten använder olika dokument för olika delar av egenkontrollen, vilket gör att det är svårt att få en överblick av vad som granskats. Det framkommer inte vilka åtgärder som planeras att vidtas vid identifierad avvikelse. Egenkontrollen av social journal utgår från huruvida månadsanteckning/veckoanteckning finns i journalen, vilket kan vara en av anledningarna till att utfallet av egenkontrollen skiljer sig från granskningen av social dokumentation; de brister som identifierats har inte hittats i egenkontrollen.

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.

Delområde	Kommentar
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: 94
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Allegio Omsorg AB Organisationsnummer: 559019-7975 Namn: Allegio Omsorg AB Godkänd för F-skatt: Ja Registrerad för moms: Ja Registrerad som arbetsgivare: Ja Beslutade arbetsgivaravgifter:1 jul-23 4 935 217,00 aug-23 5 218 795,00

Avtalsuppföljning 2023

ATTENDO



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har uppdrag av 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

Uppföljningen gjordes på plats i verksamheten den 4 oktober 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

Det som beskrivs i 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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån handlingsplanen. Handlingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av handlingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Handlingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 december 2023.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

Personal och utbildning

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

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

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

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

Bedömningsanvisningar

Bedömning av delområden

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

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

Bedömning av områden

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

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat

arbetet med att åtgärda identifierade brister.

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

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

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

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

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 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 för två av tre delområden.

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

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Det finns en rutin för introduktion som genomförs i tre led; med verksamhetschef, planeringsledare och handledare. En checklista används vid introduktionen och nya medarbetare får skriftlig information om verksamheten och viktiga rutiner.</p> <p>Regelbunden avstämning mellan handledare och ledning sker under introduktionen. I verksamheten följer ledningen upp checklistan tillsammans med medarbetaren vid ett senare tillfälle, vilket dokumenteras i checklistan.</p>
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>Andelen utbildade undersköterskor utgör drygt 60 % av tillsvidareanställda medarbetare. I verksamheten finns ett demensteam med demenscertifierade undersköterskor och teamet är fördelat på samtliga enheter.</p> <p>I samband med utvecklingssamtalet tas en individuell kompetensutvecklingsplan fram tillsammans med medarbetaren, och denna följs upp året efter. Behovet av kompetensutveckling identifieras i samtal och möten med medarbetare samt kundernas behov.</p> <p>Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan. Utifrån verksamhetens</p>

Delområde	Kommentar
	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 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
Medarbetardelaktighet 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

Delområde	Kommentar
	<p>samband med byte av planeringsledare, inför jul- och sommarledigheter, hantering av matlådor och så vidare. Utfallet återkopplas till medarbetarna på APT och/eller vid behov på morgon- och kvällsmöten.</p> <p>Verksamheten har en rutinpärm tillgänglig för medarbetarna som är strukturerad utifrån verksamhetens processer, vilket gör det lätt att hitta den rutin man söker. Förankring av rutiner sker i samband med introduktion och uppföljningen av denna, på APT samt på morgon- och kvällsmöten. Rutinpärmen är känd bland medarbetarna. En gång per år revideras samtliga rutiner av verksamhetscheferna.</p> <p>Av verksamhetens självskattning framkommer att samtliga rutiner reviderats det senaste året.</p>



Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Av de granskade genomförandeplanerna är samtliga aktuella. Cirkatider för när de olika insatserna ska utföras framgår, liksom namnet på fast omsorgskontakt.</p> <p>Informationen om hur insatserna ska utföras kan utvecklas, samt innehålla information om vad den enskilde klarar av att utföra själv i de olika momenten. Den enskildes delaktighet framgår, men det behöver förtydligas i genomförandeplanen på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Vid granskning av de sociala journalerna framkommer att händelser av betydelse finns dokumenterade. Av journalerna går det inte alltid att följa när beställning inkom, genomförandeplan har upprättats och uppföljning av denna har skett. Det påträffades arbetsanteckningar i journalen. I en av journalerna var det fåtal anteckningar gjorda.</p>
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Egenkontrollen görs veckovis, där planeringsledare säkerställer att medarbetarna dokumenterar.</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</p>

Delområde	Kommentar
	närstående som kan behöva stöd.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hot och våld, samt en rutin för hur de arbetar för att agera vid våld i nära relationer.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin finns för säker nyckelhantering. Följsamheten till denna följs upp genom egenkontroll varje vecka.
Privata medel ● 3. Godkänd	Attendos enheter har kända rutiner och etablerade arbetsätt. 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 Rating: 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 aug-23 72 385 115,00 jul-23 68 660 330,00

Avtalsuppföljning 2023

HUMANIORA



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad. Då Humaniora hemtjänst drivs i egen regi följs verksamheten upp utifrån överenskommelsen mellan omvårdnadsnämnden och verksamheten.

Verksamhetsbeskrivning

Humaniora är kommunens egna utförare av hemtjänst. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten cirka 630 kunder i Solna. Humanioras hemtjänst är indelade i sex grupper utifrån geografiska områden. Varje grupp leds närmast av en gruppchef. Ansvarig för verksamheten är verksamhetschef med lång erfarenhet av ledarskap inom vård och omsorg.

Metod för uppföljning

Uppföljningen gjordes på plats i verksamheten den 25 oktober 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

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 föregående år med en verksamhetsstödare som arbetar med kvalitetsfrågor. I varje grupp stötts gruppchef med administrativt stöd. Nytt för hösten 2023 är att Humaniora vård och omsorg har rekryterat en kvalitetsansvarig.

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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån utvecklingsplanen. Utvecklingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av utvecklingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Utvecklingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 december 2023.

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 2022	Resultat 2023
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	◆ 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

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.	Arbeta systematiskt för att identifiera behov av kompetensutveckling
✓ Aktiviteten är slutförd.	Dokumentera uppföljning introduktion
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 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.	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 två av tre 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 är slutförd.	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
--------	--------------------

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.

Delområde	Kommentar
	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 utbudet från staden, krav på utbildning, önskemål från personal samt de utbildningar som genomförs per regelbundenhet såsom förflyttningsteknik. Medarbetarna i verksamheten har 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 kontaktmannaskapet. De flesta som arbetar på dagen har heltid med förlagt arbete var tredje eller varannan helg. Kvällstid arbetar en kvällsgrupp för att hålla hög kontinuitet. Vikarier är knutna till respektive geografiskt område. Vid brist på ersättare omprioriteras arbetet och/eller omfördelas. Under sommarsemester bokas vikarie enligt schema för att hålla hög kontinuitet.

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 avvikelse-, 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. Vissa granskade avvikelser är av den allvarlighetsgrad att de borde ha rapporterats enligt rutin för lex Sarah.
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. Riskbedömningar görs i verksamheten utifrån arbetsmiljöperspektiv. Bedömningen är att arbetet med egenkontroller och riskbedömningar inte fullföljs i och med att dokumentation saknas gällande uppföljning av insatta åtgärder och utvärdering av

Delområde	Kommentar
	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. Verksamheten behöver utföra och dokumentera riskanalyser utifrån kvalitets- och kundperspektiv.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kundernas samtycke gjort en granskning av genomförandeplaner i var och en av de sex olika grupperna inom Humaniora. Nedan följer en sammanfattning av granskningen. Granskningen av genomförandeplaner visar att det framgår hur den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Samtliga granskade genomförandeplaner är reviderade i oktober. När insatser ska utföras framgår med angiven tid, och vem som ska utföra insatserna framgår i alla grupper utom en. Information om hur insatserna ska utföras kan utvecklas, samt vad den enskilde själv har förmåga att göra.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kundernas samtycke gjort en granskning av social journal i var och en av de sex olika grupperna inom Humaniora. Nedan följer en sammanfattning av granskningen. I samtliga journaler finns samtycke till kvalitetsutvecklare dokumenterat. Information framkommer i journalen när genomförandeplanen upprättats/reviderats. 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. Anteckningar har gjorts retroaktivt med intervall upp till några månader, vilket inte är förenligt med de regler som styr social dokumentation.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation med regelbundenhet. Egenkontrollen har under året utvecklats och systematiseras. Verksamheten gör loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Av enkät framgår att rutin finns för kontaktmannens uppdrag och dennes ansvarsområde. Information ges till kund om rätten att byta kontaktman, vilket även framgår av Solna stads kvalitetsdeklaration som sitter i kundernas hempärm. Det framgår av intervju med verksamhetschef och gruppchef att samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Gruppchef brukar kontakta kunden för att höra hur kontaktmannaskapet fungerar. Medarbetarna är organiserade i mindre grupper. När ordinarie kontaktman är frånvarande, ersätts denne av van kollega.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för mottagande av ny kund. Den nya kunden får en pärm med väsentlig information. Information om förändringar i verksamheten skickas med personalen ut till kunden, som tillsammans går igenom detta.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten har man värdegrundstavlor, och hänvisar till värdegrunden i olika typer av samtal med medarbetare. Kvalitetsdeklarationen ges till nya kunder och sitter i kundpärmerna.

Delområde	Kommentar
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.

Avtalsuppföljning 2023

LARM OCH NATT



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad. Då nattpatrull och trygghetslarm drivs i egen regi av Humaniora vård och omsorg följs verksamheten upp utifrån överenskommelsen mellan omvårdnadsnämnden och verksamheten.

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 strax över 100 kunder, varav 15 har digitala tillsynsbesök nattetid. Trygghetslarmet hade vid uppföljningstillfället cirka 1 350 kunder i Solna.

Metod för uppföljning

Uppföljningen gjordes på plats i verksamheten den 25 oktober 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

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 föregående år förstärkts med en verksamhetsstödare som arbetar med kvalitetsfrågor. Nytt för hösten 2023 är att Humaniora vård och omsorg har rekryterat en kvalitetsansvarig.

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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån utvecklingsplanen. Utvecklingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av utvecklingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Utvecklingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 januari 2024.

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 2022	Resultat 2023
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	◆ 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
✓ 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 två av tre delområden.

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Dokumentera egenkontroll social dokumentation
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Sammanhållen journalföring
✓ Aktiviteten är slutförd.	Loggkontroll behörighet
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 i trygghetslarmets verksamhet.

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

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 självskattning, har en pärm och en digital mapp färdigställt med rutiner för gruppcheferna, detta med syfte att säkra verksamhetens kvalitet i händelse av chefsbyte.</p>
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	<p>Då verksamheten bedrivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till IVO:s omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.</p>




Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  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 sommarsemester 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 avvikelser- och klagomålshantering. Återkoppling av dessa sker i samband med 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. Vissa granskade avvikelser är av den allvarlighetsgrad att de borde ha rapporterats enligt rutin för lex Sarah.
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.

Delområde	Kommentar
	Riskbedömningar görs i verksamheten utifrån arbetsmiljöperspektiv. Bedömningen är att arbetet med egenkontroller och riskbedömningar inte fullföljs i och med att dokumentation saknas gällande uppföljning av insatta åtgärder och utvärdering av åtgärdernas effekt. I samband med uppföljningen framkommer att åtgärdsplaner framtagna utifrån avvikelser, klagomål och synpunkter inte följs upp i den utsträckning att det går att bedöma på vilket sätt kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade händelser. Verksamheten behöver utveckla på vilket sätt man arbetar med uppföljning av insatta åtgärder och utvärderar effekten av dessa. Verksamheten behöver utföra och dokumentera riskanalyser utifrån kvalitets- och kundperspektiv.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kundernas samtycke gjort en granskning av genomförandeplaner i Nattpatrullen. 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 behöver beskrivas på ett tydligare sätt. I vissa granskade genomförandeplaner är det otydligt hur många besök per natt som den enskilde ska ha. Genomförandeplanerna följs inte upp i enlighet med Solna stads riktlinje.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kundernas samtycke gjort en granskning av social journal i nattpatrullen och trygghetslarmet. Nedan följer en sammanfattning av granskningen. I samtliga journaler för nattpatrullen finns samtycke till kvalitetsutvecklare dokumenterat. Information framkommer i journalen för kunder i nattpatrull när genomförandeplanen upprättats/reviderats. 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 avböjer besök med regelbundenhet. Det finns utmaningar att följa ett ärende över tid då journalföringen är bristfällig. Anteckningar har gjorts retroaktivt med intervall upp till några månader, vilket inte är förenligt med de regler som styr social dokumentation. Granskningen av social journal i trygghetslarmet visar att samtycken inte finns dokumenterat. Det saknas journalanteckning om inkommen beställning. Inom trygghetslarmets verksamhet behöver de enskildas journalhandlingar förvaras i sammanhållen personakt. Dessa ska i sin tur hållas förvarade i låsta skåp för att så långt som möjligt värna den enskildes integritet.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation med regelbundenhet. Egenkontrollen har under året utvecklats och systematiseras. Verksamheten gör loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

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. Det finns ett informationsbrev framtaget för nya kunder i nattpatrullen, med väsentlig information om verksamheten såsom kontaktuppgifter till verksamheten och information om var de kan vända sig med klagomål och synpunkter. Arbete pågår med motsvarande information till nya kunder inom trygghetslarmets verksamhet.

Bemötande och anhängstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande	I verksamheten har man värdegrundstavlur, och hänvisar till värdegrunden i olika typer av samtal med medarbetare. Solna stads kvalitetsdeklaration för

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	trygghetslarm ges till nya kunder.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheterna har en upprättad rutin för hur de arbetar med stöd till anhöriga.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för hot och våld utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Av intervju med medarbetare framgår att rutinen är implementerad i verksamheten. Det finns en rutin för agerande vid misstanke om våld i nära relationer.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin och utrustning för en säker nyckelhantering.
Privata medel ■ Ej genomförd	Ej aktuell.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Det finns en rutin för tystnadsplikt som varje ny medarbetare tar del av, skriver under och får en kopia av. Av intervju med medarbetare framgår att tystnadsplikten är känd.

Avtalsuppföljning 2023

PROFFSSYSTEMN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2023 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 cirka 15 kunder i Solna. Proffssystem är även verksamma med hemtjänst i Järfälla, Upplands Väsby, Upplands-bro och i flera av Stockholms stadsdelar.

Metod för uppföljning

Uppföljningen gjordes via teammöte den 9 november 2023. Grunden för årets uppföljning var den utvecklingsplan som togs fram baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Såväl styrande som redovisande dokument har granskats. Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har genom stickprov granskat genomförandeplaner och sociala journaler med kundernas samtycke.

Det som beskrivs i 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 fortsätta att arbeta med de utvecklingsområden som kvarstår utifrån handlingsplanen. Handlingsplanen är ett levande dokument som löpande ska utvärderas och revideras. Gällande insatta åtgärder som genomförts, men inte givit önskad effekt, behöver verksamheten utvärdera orsaken till detta samt vidta ytterligare åtgärder.

Av handlingsplanen ska det framgå 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 löpande under året. Handlingsplanen ska vara förvaltningen tillhanda senast den 31 december 2023.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

behov

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

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

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

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

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

Bedömning av *områden*

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

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

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

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 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.

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.	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 två av tre delområden.

Verksamheten behöver säkerställa den sociala dokumentationen i enlighet med Solna stads riktlinje för social dokumentation.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Genomförandeplan
✓ Aktiviteten är slutförd.	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.
Verksamhetens interna samverkan	I verksamheten finns en rutin för intern samverkan. Av intervju med medarbetare framkommer att de upplever att intern samverkan fungerar väl.

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	

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 självskattning 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	Kvalitetsutvecklare har genom stickprov med kundernas samtycke gjort en granskning av genomförandeplaner. Vid granskningen av genomförandeplaner framgår på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Beskrivningen av hur insatserna ska utföras kan utvecklas, liksom vad den enskilde själv har förmåga att göra i de olika momenten. När insatserna planeras att utföras behöver framgå av genomförandeplanen, liksom vem som ska utföra insatserna. Det behöver även framgå om den enskilde använder hjälpmedel av något slag.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Kvalitetsutvecklare från förvaltningen har fått samtycke till att ta del av de enskildas journaler vilket finns dokumenterat i några journaler, men inte alla. Vid granskningen framkommer att det återkommande finns sammanfattningar i journalen, vilket ska undvikas. Dokumentation om vidtagna åtgärder saknas. Arbetsanteckningar har påträffats i journalföringen. Det saknas anteckningar om ny beställning, upprättad/reviderad genomförandeplan och kontakter med biståndshandläggare, vilket gör det svårt att följa ärendets gång.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. 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. I verksamheten görs loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för kontaktmannaskap där dennes ansvarsområden beskrivs. I samband med intervjun berättar medarbetare att denna är väl förankrad i verksamheten och att ersättare utses vid kontaktmannens frånvaro; det finns en vice kontaktman. Samordnare eller enhetschef följer upp med både kund och medarbetare hur kontaktmannaskapet fungerar, och om kunden inte är nöjd så finns möjlighet att byta. Samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Av intervju med kunder framkommer att de upplever sig ha en förtroendefull relation till sin kontaktman.
Tillgänglighet och information 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. Samordnare gör ett första hembesök och lämnar väsentlig information till kund; dels muntligt, dels genom en pärm som överlämnas. Samordnaren är den person som oftast förmedlar information om tillfälliga förändringar via telefon till kunden.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande 3. Godkänd	Som anställd i Proffssystem förbinder sig medarbetaren att följa verksamhetens bemötandepolicy och värdegrund. Dessa går igenom i samband med anställningen och hålls därefter vid liv i verksamheten genom arbete med fallbeskrivningar och daglig dialog i gruppen.
Stöd till närstående 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin och arbetssätt i stöd till anhöriga. De erbjuder anhörigträffar och ger information om var man kan vända sig för att få stöd.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld 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 utskrivna. Av intervju med medarbetare framgår att tystnadsplikten är väl känd i verksamheten.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet 3. Godkänd	Proffssystem Rating: 98
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 aug-23 593 862,00 jul-23 581 856,00



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2024-02-05
ON/2024:18

Uppföljningsplan 2024

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden fastställer uppföljningsplanen för 2024.

Sammanfattning

Enligt kommunallagen får kommuner själva ta hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens område eller överlämna driften av kommunala angelägenheter till privata utförare genom avtal. Oavsett driftform ska fullmäktige genom ett program ange hur mål och riktlinjer som gäller för dessa angelägenheter ska följas upp samt hur allmänhetens insyn i privata utförarnas verksamhet ska tillgodoses. Syftet med skyldigheten är att systematiskt följa upp och kontrollera verksamheterna.

Omvårdnadsnämnden upprättar årligen en plan för kvalitetsuppföljning för att på ett strukturerat sätt genomföra uppföljningarna med syfte att säkerställa att verksamheterna uppnår en god kvalitet. Uppföljningsplanen utgör ett stöd i uppföljningen och innehåller information om vilka verksamhetsområden som ska följas upp, vilka metoder som ska användas samt vem som är ansvarig. Det är väsentligt att det planeras och avsätts resurser för händelsestyrd uppföljning, det vill säga uppföljning som sker på förekommen anledning.

Staben för kvalitetsutveckling och avdelningen för myndighetsutövning ansvarar för att uppföljningsplanen genomförs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, och Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, har ansvar för att kvalitetssäkra, genomföra tillsyn och granska den kommunala hälso- och sjukvården.

I uppföljningsplanen 2024 beskrivs hur verksamheterna kommer att följas upp under året. Uppföljningen för 2024 kommer att vara behovsanpassad och riskbaserad samt utgår från identifierade risker, nämndmål och särskilda fokusområden utifrån ett brukarperspektiv.

Helena Åhman
Förvaltningschef

Patrik Ulander
Stabschef kvalitetsutveckling

OMVÅRDNADSFÖRVALTNINGEN

Uppföljningsplan 2024



SOLNA STAD

Innehållsförteckning:

Bakgrund	4
Uppföljning	4
Ansvar för avtalsuppföljning.....	5
Ansvar för individuppföljning	5
Uppföljningen följer ett årshjul	5
Uppföljning av staben för kvalitetsutveckling	5
Fördjupad avtalsuppföljning.	5
Förenklad uppföljning.....	6
Granskning av kvalitetsberättelse.....	6
Fokusområden	7
Riskbaserad uppföljning	7
Besök i verksamhet.....	7
Uppföljning av utvecklingsplaner.....	8
Brukar- och enhetsundersökningar	8
Övriga uppföljningar.....	8
Uppföljning av hälso- och sjukvård 2024.....	9
Externa utförare MAS/MAR.....	9
Kommunal Primärvård 2.0 och God och Nära vård	9
Individuppföljning av avdelningen för myndighetsutövning SoL ..	10
Biståndshandläggarens ansvar.....	10
Uppföljning av beslut i hemtjänst	10
Uppföljning av beslut i dagverksamhet	10
Uppföljning av beslut på korttidsplats/växelvård – särskilt boende.....	11
Uppföljning av beslut av boendestöd över 65 år	11
Uppföljning av beslut i särskilt boende	12
Uppföljning vid nyinflyttning.....	12
Övriga individuppföljningar.....	12

Individuppföljning av avdelningen för myndighetsutövning LSS ..	13
9 § 1 Råd och stöd	13
9 § 2 Uppföljning av beslut biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för assistans.....	13
9 § 3 Uppföljning av beslut biträde av ledsagning	14
9 § 4 Uppföljning av beslut biträde av kontaktperson	14
9 § 5 Uppföljning av beslut avlösarservice i hemmet.....	14
9 § 6 Uppföljning av beslut korttidsvistelse utanför det egna hemmet	14
9 § 7 Uppföljning av beslut korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år	14
9 § 8 Uppföljning av beslut boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn	15
9 § 9 Uppföljning av beslut bostad med särskild service för vuxna eller annan anpassad bostad.....	15
9 § 10 Uppföljning Daglig verksamhet.....	15

Bilaga:

Uppföljningsplan Omvårdnadsnämnden 2024

Bakgrund

Enligt kommunallagen får kommuner själva ta hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens område eller överlämna driften av kommunala angelägenheter till privata utförare genom avtal. Oavsett driftform ska fullmäktige genom ett program ange hur mål och riktlinjer som gäller för dessa angelägenheter ska följas upp samt hur allmänhetens insyn i privata utförarnas verksamhet ska tillgodoses. Syftet med skyldigheten är att systematiskt följa upp och kontrollera sin verksamhet.

Uppföljningsplanen utgör ett stöd i uppföljningen och innehåller information om vilka avtal som ska följas upp, vilka metoder som ska användas samt vem som är ansvarig. Det är väsentligt att det planeras och avsätts resurser för händelsestyrd uppföljning, det vill säga uppföljning som sker på förekommen anledning.

Uppföljning

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 hur verksamheterna kommer att följas upp under 2024. Uppföljningen för 2024 kommer att utgå från identifierade risker, nämndmål och särskilda fokusområden utifrån ett brukarperspektiv och fler frekventa besök i verksamheterna. I uppföljningsplanen framgår vilka metoder som används och vem som ansvarar för uppföljningen.

Avtalsuppföljningen ska utifrån ett begränsat antal krav med tydliga kriterier fokusera på effekten av insatserna för den enskilde. Avtalsuppföljningens transparens och likvärdighet ska leda till en holistisk bedömning över verksamheten.

Den slutliga bedömningen redovisas i en rapport som beskriver verksamhetens utvecklingsarbete per granskat område. Utifrån uppföljningsrapporten och de förbättringsområden som identifieras utarbetar verksamheten en

utvecklingsplan där ansvarig för genomförandet och tidplan framgår. Utföraren ansvarar för att tillgängliggöra uppföljningen.

Ansvar för avtalsuppföljning

Staben för kvalitetsutveckling är den enhet inom omvårdnadsförvaltningen som har det huvudsakliga ansvaret för avtalsuppföljningen. Arbetet utgörs av kvalitetsutvecklare inom äldre- och funktionshinderområdet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) medverkar i uppföljningen gällande hälso- och sjukvårdslagen.

Ansvar för individuppföljning

Uppföljningen på individnivå görs av handläggare som arbetar på avdelningen för myndighetsutövning.

Uppföljningen följer ett årshjul

Uppföljningsrapporterna redovisas löpande under året till nämnden. Under Q3 analyseras resultaten för att ta fram en ny uppföljningsplan för nästkommande år. Utöver identifierade utvecklingsområden kommer uppföljningsplanen att utgå från nämndens verksamhetsplan för kommande år.

Uppföljningen av verksamheter kan göras vid flera tillfällen under året och kan ske löpande utifrån uppvisat resultat. Uppföljningen kan bestå av avtalsuppföljning, uppföljning av fokusområden, individuppföljning, årliga uppföljningar av kvalitetsindikatorer och resultatanalys av brukarundersökningar.

Uppföljning av staben för kvalitetsutveckling

Nedan beskrivs de metoder som omvårdnadsförvaltningen använder sig av vid uppföljning. Uppföljningsmetoderna syftar till att komplettera varandra för att förvaltningen ska få en helhetssyn av kvaliteten i granskade verksamheter. Uppföljning avser såväl privata som kommunala verksamheter.

Fördjupad avtalsuppföljning.

En fördjupad uppföljning innebär en genomlysning av hela verksamheten utifrån SOSFS 2011:9 och avtalet/anbudet. Avtalsuppföljning genomförs utifrån uppställda kriterier för varje område. Fördjupad uppföljning görs vid verksamhetsövergång, ägarbyte, nystartade verksamhet som har varit i drift minst ett år. Fördjupad avtalsuppföljning kan vara motiverad vid uppenbara brister i verksamheten och inför beslut för förlängning av avtal.

Avtalsuppföljningen tydliggör om verksamheterna följer avtalet respektive överenskommelsen samt hur kvaliteten i verksamheten utvecklas.

Avtalsuppföljningar genomförs inom hemtjänst, dagverksamhet, vård- och omsorgsboende, bostad med särskild service, daglig verksamhet och boendestöd.

Vid avtalsuppföljningen används olika metoder för att samla information och fakta som underlag för den slutliga bedömningen. Metoder som används är bland annat webbenkäter, besök i verksamheten med observation på plats, samtal, intervjuer eller dialogmöten med enskilda personer som tar emot hjälp och stöd, anhöriga, medarbetare och verksamhetschef.

Den slutliga bedömningen redovisas i en rapport som beskriver verksamhetens utvecklingsarbete per granskat område. Utifrån uppföljningsrapporten och de förbättringsområden som identifieras utarbetar verksamheten en utvecklingsplan där ansvarig för genomförandet och tidplan framgår.

Sammanställning av rapporterna redovisas till nämnd som ett beslutsärende och till ärendet biläggs rapporter från samtliga verksamheter. Utföraren ansvarar för att tillgängliggöra uppföljningen.

Förenklad uppföljning

Förenklad uppföljning görs i verksamheter med en stabil ledning och en verksamhet som uppvisar etablerade arbets sätt. För att skapa sig en helhetsbild över verksamheten kan flera metoder användas. Verksamheter med avtal utifrån valfrihetssystemet inom hemtjänst med färre än tio kunder och övriga verksamheter med färre än fem personer från Solna görs en förenklad uppföljning.

Förenklad uppföljning innebär specifika riktade frågor som kan ställas i en enkät, rutiner kan begäras in för granskning och stickprovskontroller. När det gäller verksamheter som är belägna i andra kommuner kommer kvalitetsutvecklaren samverka och begära in uppföljningsrapporter för att få kompletterande information.

Granskning av kvalitetsberättelse

Av det allmänna rådet till 7 kap. 1§ SOSFS 2011:9 framgår att arbetet med ett systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse. I kvalitetsberättelsen ska det framgå hur

verksamheten har arbetat med uppföljning och utvärdering kopplat till verksamhetens utvecklingsplan och omvårdnadsnämndens mål.

Varje år utarbetar verksamheterna en kvalitetsberättelse som skickas in till staben för kvalitetsutveckling för granskning. Verksamheten får en muntlig återkoppling och resultatet är en del av uppföljningen.

Fokusområden

Utifrån avtalsuppföljningarnas sammanställda resultat och nämndens viljeriktning väljs fokusområden. Det kan vara generella förbättringsområden som framkommit vid avtalsuppföljningarna samt synpunkter och klagomål eller rapporter om missförhållanden på en aggregerad nivå.

Det kan också vara områden som förvaltningen eller nämnden vill ha belysta, nya metoder/arbetsätt och/eller aktuell forskning som behöver implementeras i verksamheterna.

Resultatet från hur verksamheten arbetar med fokusområden redovisas till kvalitetsutvecklarna vid avtalsuppföljningar.

Riskbaserad uppföljning

Riskbaserad uppföljning görs vid återkommande klagomål, chefsbyten, rapport om missförhållanden och om verksamheten inte har arbetat aktivt med sin utvecklingsplan eller har en låg grad av samverkan med beställaren.

Det kan föranleda ett oanmält besök i verksamheten och kan i vissa fall resultera i en genomlysning av verksamheten.

Besök i verksamhet

Staben för kvalitetsutveckling gör besök i verksamheten. Besöken kan vara både föranmälda men det kan också ske oanmälda besök. Oanmälda besök kan ske på förekommen anledning eller som en kompletterande uppföljningsmetod.

På vård- och omsorgsboende inom Solna samt gruppboende/serviceboende enligt LSS inom Solna ska årligen minst ett oanmält besök göras. Besöken utgår från tydliga kriterier och utförs av minst två kvalitetsutvecklare och kan utföras dag- eller kvällstid.

Uppföljning av utvecklingsplaner

Varje uppföljning oavsett metod genererar en utvecklingsplan där identifierade förbättringsområden beskrivs. Kvalitetsutvecklaren ansvarar för att följa upp hur arbetet med verksamhetens utvecklingsplan fortlöpt. Uppföljningen redovisas till nämnden som ett beslutsärende.

Brukar- och enhetsundersökningar

Resultatet från brukarundersökningar visar på brukarnas och anhörigas upplevelser av kvaliteten i verksamheten. Enhetsundersökningen genomförs för att stimulera till kunskaps- och verksamhetsutveckling på främst lokal nivå. Socialstyrelsen och SKR som ansvarar för att genomföra undersökningen.

Verksamheterna ansvarar för att återredovisa en handlingsplan för hur de arbetar för att förbättra resultatet. Analys av resultat samt åtgärdsplanerna redovisas i verksamhetens årliga kvalitetsberättelse.

Övriga uppföljningar

Förenklad uppföljning av verksamheternas systematiska brandskyddsarbete görs vid behov och rapporteras till omvårdnadsnämnden

Exempel på tillfälle då förenklad uppföljning görs är vid nystart eller anmärkning efter tillsyn från brandförsvaret.

En sammanställning och uppföljning av rapportering av missförhållanden görs en gång per år till omvårdnadsnämnden.

Uppföljning av hälso- och sjukvård 2024

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR har ansvar för att kvalitetssäkra, genomföra tillsyn och granska den Kommunala hälso- och sjukvården.

Externa utförares MAS/MAR

Externa utförare för vård- och omsorgsboendet ska 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.

Externa utförares MAS ansvar för hälso- och sjukvårdens ansvarsområden samt för uppföljning och tillsyn.

Verksamhetschef och eller MAS ska informera Solna stads MAS/ MAR 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).

Kommunal Primärvård 2.0 och God och Nära vård

Syftet med Kommunal primärvård 2.0 och God och Nära vård, GNV är att individen ska få en god, sömnlös och personcentrerad vård och omsorg. En god och ändamålsenlig hälso- och sjukvård i Solna stad utgår från att samordna utifrån individens behov vid olika typer av vårdövergångar och insatser.

De fokusområden som prioriteras och följs upp under 2024 finns i Omvårdsnämndens uppföljningsplan.

Individuppföljning av avdelningen för myndighetsutövning SoL

Biståndshandläggarens ansvar

Omvårdnadsnämnden har gett delegation till biståndshandläggaren, för att fatta beslut samt ansvaret för att följa upp att insatserna utförs enligt beställning.

Uppföljning av beslut i hemtjänst

Hemtjänst kan beviljas när individen inte själv kan tillgodose sina behov och/eller få dem tillgodosedda på annat sätt och där individen inte uppnår en skälig levnadsnivå.

En individuell uppföljning görs alltid innan det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla, vilket är minst en gång per år.

Förutom den uppföljning som är styrd till beslutet ingår det i biståndshandläggarens ansvar att kontrollera att beställning och genomförandeplan överensstämmer för de personer som har omfattande omvårdnadsinsatser samt där ärendet är komplext. I dessa ärenden följs beslutet upp en månad efter det att beslutet är fattat.

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 andra avvikelser.

En uppföljning ska även göras om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde.

Uppföljning av beslut i dagverksamhet

Biståndsbedömd dagverksamhet för personer med funktionshinder och med demenssjukdom syftar till att underlätta för den enskilde att bo hemma och skapa möjlighet till kontakt med andra.

En individuell uppföljning görs alltid när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla. Uppföljningen görs minst en gång per år eller om behov föreligger. Exempelvis kan det vara så stora förändringar att utföraren har svårt att

tillgodose den enskildes behov eller att individen inte kan tillgodogöra sig verksamhetens innehåll.

Uppföljning av beslut på korttidsplats/växelvård – särskilt boende

Korttidsplats/växelvård är till för de personer som tillfälligtvis eller i perioder inte kan få behovet av omvårdnad, trygghet och säkerhet tillgodosett i det egna hemmet.

För korttidsplats sker en individuell uppföljning i regel inom två veckor eller tidigare om behov föreligger ex. om förändringar är så stora att utföraren har svårt att tillgodose den enskildes behov.

För växelvård sker en individuell uppföljning inom tre månader om det är första gången den enskilde beviljats växelvård, därefter minst en gång per år eller om behov föreligger.

Vid dessa tillfällen deltar förutom personen och dennes närstående även representanter från utföraren och beställaren.

Uppföljning av beslut av boendestöd över 65 år

För personer som inte har haft boendestöd tidigare och får ett sådant beslut, ska en tremånaders uppföljning göras från det att handläggaren mottagit genomförandeplan från utföraren. Då jämförs beställningen med genomförandeplanen för att säkerställa att beslutet och beställningen ligger rätt.

För personer som kommer över från socialförvaltningen när de fyller 65 år, finns en rutin mellan socialförvaltningen och omvårdnadsförvaltningen att den enskilde får behålla samma intervall för boendestöd som funnits tidigare. Eftersom den enskilde byter utförare ska en tremånaders uppföljning göras av handläggaren på omvårdnadsförvaltningen. Då jämförs beställningen med genomförandeplanen för att säkerställa att beslutet och beställningen ligger rätt. Genomförandeplanen från utföraren ska skickas till handläggaren inom tre månader.

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

Särskilt boende omfattar permanent boende i olika boendeformer med heldygnsomsorg exempelvis vård- och omsorgsboende, demensboende, psykiogeriatriskt boende, gruppboende med psykiatrisk inriktning, HVB-hem. Särskilt boende är till för de personer som inte längre kan få behovet av omvårdnad, trygghet och säkerhet tillgodosett i det egna hemmet. Beviljas permanent boende, så ska personen även ha ett individuellt hemtjänstbeslut i boendet. Personer som beviljas särskilt boende bor i regel kvar på boendet även om deras hjälpbehov förändras.

Uppföljning vid nyinflyttning

Biståndshandläggare gör uppföljning av personer som flyttat in på boende tre till fem månader efter inflyttningen på individnivå enligt utarbetad rutin. Därefter görs uppföljning om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Samverkan sker då mellan berörda parter, den enskilde och anhörig.

Övriga individuppföljningar

Övriga individuppföljningar kan exempelvis vara anhörigstöd i olika former och ledsagarservice. En uppföljning görs alltid årligen samt om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde.

Vid dessa tillfällen deltar förutom personen och dennes närstående även representanter från utföraren och beställaren.

Individuppföljning av avdelningen för myndighetsutövning 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 av 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 kunna koppla av eller 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 om insatsen är återkommande. Är insatsen av tillfällig karaktär följs insatsen inte upp.

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.

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 annars minst en gång vartannat år eller om behov föreligger.

Uppföljningsplan Omvårdnadsnämnden 2024

Avtalsuppföljning av verksamheter inom SoL och LSS		
Ansvarig: Staben för kvalitetsutveckling		
Verksamhet	Uppföljningsmetod	Rapporteras till
Boendestöd	Brukarundersökningsresultat Granskningar av kvalitetsberättelser Besök i verksamheten Fokusområde: Socialdokumentation och Avvikelser	Omvårdnadsnämnden. Redovisas i form av förenklad rapport för nämnd 1 gång/år
Hemtjänst	Uppföljning av utvecklingsplan Uppföljning av fokusområden Granskningar av kvalitetsberättelser Fokusområde: Fast omsorgskontakt och Socialdokumentation	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år
Dagverksamhet	Uppföljning av utvecklingsplan Fokusområde: Socialdokumentation	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
LSS 9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Förenklad uppföljning Fokusområde: Socialdokumentation	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
LSS 9§7 korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	Förenklad uppföljning Fokusområde: Socialdokumentation	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
LSS 9§9 Gruppboendestäder och serviceboendestäder	Uppföljning av utvecklingsplan i vissa verksamheter Granskningar av kvalitetsberättelser Minst ett oanmält besök per verksamhet under 2024 Brukarundersökningsresultat Fokusområde: Socialdokumentation	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år

LSS 9§10 Daglig verksamhet	Fördjupad uppföljning på nya verksamheter som har fler än fem brukare. Granskning av Kvalitetsberättelser Brukarundersökningsresultat Fokusområde: Socialdokumentation	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
Vård- och omsorgsboende	Uppföljning av utvecklingsplaner/anbudsutfästelser Granskningar av kvalitetsberättelser Besök i verksamheten Minst ett oanmält besök Uppföljning av fokusområden, Ensamhet och måltid samt socialdokumentation	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
Vård- och omsorgsboende LOV-enstaka platser utanför Solna	Förenklad uppföljning Besök i verksamheten Uppföljning av riskverksamheters utvecklingsplan	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
LSS 9§9 Gruppboende och serviceboende LOV	Förenklad uppföljning	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.

Kommunal Primärvård och God och Nära vård		
Ansvarig: MAS och MAR		
Verksamhet	Metod och frekvens	Rapporteras till
Vård- och omsorgsboenden och Dagverksamheter	Uppföljning för att säkerställa att hanteringen av Medicintekniska produkter sker enligt regelverk	Redovisas för Omvårdnadsnämnden 1 gång / per år via en kvalitetsrapport
Vård- och omsorgsboenden	Uppföljning för att säkerställa att förebyggande arbetet med nutrition och måltidsobservation sker enligt regelverk	Redovisas för Omvårdnadsnämnden 1 gång / per år via en kvalitetsrapport
LSS service- och gruppboendestäder och Dagliga verksamheter	Uppföljning för att säkerställa att hanteringen av Medicintekniska produkter sker enligt regelverk	Redovisas för Omvårdnadsnämnden 1 gång / per år via en kvalitetsrapport
LSS service- och gruppboendestäder och Dagliga verksamheter	Uppföljning för att säkerställa att förebyggande arbetet med nutrition och måltidsobservation sker enligt regelverk	Redovisas för Omvårdnadsnämnden 1 gång / per år via en kvalitetsrapport.

Vård- och omsorgsboende, Hemtjänst och dagverksamheter		
Ansvarig: Avdelningen för myndighetsutövning SoL		
Verksamhet	Metod och frekvens	Rapporteras till
Uppföljning på individnivå Vård- och omsorgsboende	Biståndshandläggare gör uppföljningar av individuella biståndsbeslut för personer 3–5 månader efter inflyttning samt vid påkallat behov.	Biträdande avdelningschef SoL
Verkställda beslut Vård- och omsorgsboende	Rapportering av boende-samordnaren dagligen på vardagar under mappen G/admin/corona/säbo samt sammanställs veckovis	Avdelningschef, Myndighet SoL, Förvaltningschef, Controllers, Kvalificerad utredare
Ej verkställda beslut Vård- och omsorgsboende	Rapporteras månadsvis av boendesamordnare Kvartalsvis till IVO och Omvårdnadsnämnden	Avdelningschef, SoL IVO, Omvårdnadsnämnden
Dagverksamhet Funktionsbevarande och demensdagvård	Biståndshandläggare gör uppföljning av individuella biståndsbeslut, i samband med att beslutet upphör samt vid påkallat behov.	Biträdande avdelningschef SoL
Hemtjänst	Biståndshandläggare gör uppföljning av individuella biståndsbeslut, i samband med att beslutet upphör samt vid påkallat behov. Vid omfattande omvårdnadsinsatser och vid komplexa ärenden görs en uppföljning efter en månad.	Biträdande avdelningschef SoL

LSS Gruppboendestäder, daglig verksamhet och boendestöd		
Ansvarig: Avdelningen för myndighetsutövning LSS		
Verksamhet	Metod och frekvens	Rapporteras till
LSS Boende Ej verkställda beslut	Rapportering av boende-samordnaren månadsvis Rapportering av samordnare 1 gång/kvartal	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	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.	Omvårdnadsnämnden Redovisas för nämnden 1 gång/år.
LSS Daglig verksamhet (DV) Ej verkställda beslut	Rapportering av samordnare 1 gång/kvartal	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 görs en individuppföljning på DV. Redovisas 1 gång/månad	Avdelningschef
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.	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.	Avdelningschef
Boendestöd Uppföljning av beslut	Handläggare gör en uppföljning inom 3 månader från det att genomförandeplanen inkommit.	Avdelningschefer LSS och SOL

Ärende 11

Handlingarna publiceras ej med hänvisning till sekretesskänsligt innehåll.

Om du önskar ta del av handlingen kontaktar du omvårdnadsnämnden som gör en prövning enligt offentlighets- och sekretesslagen (OSL).



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2024-01-11
ON/2023:7

Arkivbeskrivning och dokument- och informationshanteringsplan för omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden beslutar att

- anta *Arkivbeskrivning och dokument- och informationshanteringsplan för omvårdnadsnämnden*
- antagandet av dokument- och informationshanteringsplanerna anses som gallringsbeslut
- dokument- och informationshanteringsplanen för omvårdnadsnämnden ersätter rådande dokumenthanteringsplan (ON/2022:95) och gäller retroaktivt för den information som ännu inte levererats till stadsarkivet.

Sammanfattning

Enligt Arkivlag 1990:782 ska en myndighet som alstrar handlingar utforma en tydlig arkivbeskrivning som i text beskriver vilka handlingar som alstras samt i vilket syfte, hur de hanteras och vilka som har åtkomst till dem. Beskrivningen utgår från dess arbetsuppgifter och organisation och redovisar dessa så att den som söker information kan göra sig en föreställning om vilka handlingstyper som alstras.

Dokument- och informationshanteringsplanen anger vilka handlingar som ska bevaras för all framtid och vilka som ska gallras. Dokument- och informationshanteringsplanen är ett verktyg för Solna stad att leva upp till arkiv- och offentlighetslagstiftningens krav när det gäller hanteringen av allmänna handlingar. Då Solna stad numera har ett e-arkiv ska hanteringen och bevarandet av handlingarna till största möjliga mån ske digitalt. Från och med 1 januari 2024 tar stadsarkivet inte längre emot analoga akter från LEX, varför förvaltningen kommer se över sina arbetssätt och rutiner under 2024 för att uppnå en helt digital hantering av ärenden i LEX.

I arbetet med att ta fram dokument- och informationshanteringsplaner har Solna stad använt en processtyrd modell som bygger på Sveriges Kommuner och Regioners förslag till ett nationellt klassificeringssystem för dokumentation. Syftet med en processtyrd dokument- och informationshanteringsplan är att inom varje område identifiera de processer som bedrivs, det vill säga redogöra på ett strukturerat sätt vad verksamheterna gör. Denna struktur är inte beroende av tillhörighet inom förvaltningen. Dokument- och informationshanteringsplanen är strukturerade utifrån tre olika processer; styrprocesser, stödprocesser och kärnprocesser.



- Omvårdnadsnämndens dokument- och informationshanteringsplan beskriver omvårdnadsförvaltningens kärnprocesser samt förvaltningsspecifika styr- och stödprocesser. Planen är ett komplement till den stadsgemensamma dokument- och informationshanteringsplanen.

Arkivbeskrivning och dokument- och informationshanteringsplanen ska ses som ett levande dokument som revideras och aktualitetsprövas löpande. Enligt rådande delegationsordning (ON/2023:3) har omvårdnadsnämnden delegerat till förvaltningschef att revidera omvårdnadsnämndens dokument- och informationshanteringsplan.

Helena Åhman
Förvaltningschef

Arkivbeskrivning och dokument- och informationshanteringsplan

Omvårdnadsnämnden



SOLNA STAD



Arkivbeskrivning och dokument- och informationshanteringsplan

Enligt Arkivlag 1990:782 ska en myndighet som alstrar handlingar utforma en tydlig arkivbeskrivning som i text beskriver vilka handlingar som alstras samt i vilket syfte, hur de hanteras och vilka som har åtkomst till dem.

En arkivbeskrivning ska ge en överblick över hanteringen av de allmänna handlingarna och hur myndigheten är organiserad. Beskrivningen ska utgå från dess arbetsuppgifter och organisation och redovisa dessa så att den som söker information kan göra sig en föreställning om vilka handlingstyper som alstras.

Dokument- och informationshanteringsplanen anger vilka handlingar som ska bevaras för all framtid och vilka som ska gallras. Dokument- och informationshanteringsplanen är ett verktyg för myndigheten som hjälper den att leva upp till arkiv- och offentlighetslagstiftningens krav när det gäller hanteringen av allmänna handlingar. Att leva upp till de rådande lagkraven innebär att Solna stad skyndsamt kan lämna ut allmänna handlingar, öka transparensen, säkra den interna hanteringen av känsliga handlingar och bevara handlingar av olika medium ur ett långtidsbevarandeperspektiv. Därför har fullmäktige beslutat att myndigheterna, nämnder och kommunala bolag, ska upprätta en dokument- och informationshanteringsplan för den egna verksamheten.

Dokument- och informationshanteringsplaner upprättas av respektive nämnd, kommunalt bolag och stiftelse i samråd med stadsarkivarien som är Arkivmyndighetens företrädare i arkivfrågor. Enligt Arkivreglemente KS/2020:57 ska detta dokument gå på remiss till stadsarkivarien och kan efter godkännande antas i nämnd, kommunala bolagets styrelse liksom i stiftelsens styrelse. Dokumentet anses sedan som ett godkänt gallringsbeslut samt gäller retroaktivt för den information som ännu inte levererats till stadsarkivet. Framtida revideringar av detta dokument görs på delegation från nämnden till förvaltningschef.

Dokumenttyp:	Styrande dokument
Giltighetstid:	Tills vidare
Beslutande organ:	Omvårdnadsnämnden
Beslutsdatum:	2024-02-20 § xx
Antagen till följd av lag:	Arkivlagen
Revisionsdatum:	
Dokumentansvarig:	Omvårdnadsförvaltningen, förvaltningschef
Uppföljning:	Löpande

Innehållsförteckning

Arkivbeskrivning och dokument- och informationshanteringsplan	2
Innehållsförteckning	3
Omvårdnadsnämndens arkivbeskrivning	4
Omvårdnadsnämnden	4
Särskilda lagar och förordningar	5
Lokala föreskrifter:.....	5
Handlingsslag	5
IT-system	6
Omvårdnadsnämndens dokument- och informationshanteringsplan	9
Upprättande, fastställande och revidering av dokument- och informationshanteringsplan	10
Gallring och avhändande.....	10
Gallring.....	10
Gallringsbeslut.....	11
Ersättningsskanning	11
Dokument- och informationshanteringsplan	13
Förvaltningsspecifika styrprocesser	13
Följa upp och utveckla	13
Förvaltningsspecifika stödprocesser	14
Hantera inköp, upphandling och avtal.....	14
Systemförvaltning	15
Hantera säkerhet	15
Informationsförvaltning.....	15
Administrera personal/HR.....	16
Kärnprocesser	16
Utföra förebyggande aktiviteter och service	16
Handlägga bistånd och insatser.....	17
Genomföra uppdrag.....	22
Utföra hälso- och sjukvård på vård- och omsorgsboende, dagverksamhet, daglig verksamhet samt LSS-boenden.....	27

Omvårdnadsnämndens arkivbeskrivning

Omvårdnadsnämnden

Nämnden ansvarar för service, omsorg och vård av äldre och andra vuxna med funktionsnedsättning samt för verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Nämnden har ansvar för personer med psykiska funktionsnedsättningar från och med den dag de fyller 65 år. Nämnden har även ansvar för den hälso- och sjukvård som åvilar kommunen genom lag eller avtal.

Ansvarsområdet omfattar myndighetsutövning och verksamheterna styrs i stor utsträckning av Socialtjänstlagen (SoL), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Nämnden ansvarar för de uppgifter som kommunen har enligt ovanstående lagar samt socialtjänstförordningen, hälso- och sjukvårdslagen (HSL), patientsäkerhetslagen, Lag om bostadsanpassningsbidrag och Lag om riksfärdtjänst.

Vidare har nämnden att ta hänsyn till övrig lagstiftning som påverkar den kommunala verksamheten.

Nämndens verksamheter omfattar:

- Hemtjänstinsatser
- Avlösning i hemmet
- Dagverksamheter
- Daglig verksamhet
- Anhörigstöd
- Boendestöd för personer som omfattas av LSS samt till personer med neuropsykiatriska funktionshinder och/eller med socialpsykiatriska problem
- Bostadsanpassningsbidrag
- Kommunalt bostadstillägg till personer med funktionsnedsättning
- Särskilt boende med vård och omsorg för äldre och andra vuxna med funktionsnedsättning
- Riksfärdtjänst
- Handläggning av färdtjänst (enligt färdtjänstavtal med regionen)
- Hälso- och sjukvård och medicintekniska produkter i särskilda boendeformer och på dagverksamhet (ej läkarinstanser)
- Insatser för särskilt stöd av service enligt punkt enligt 9 § punkt 2–10 LSS
- Hälso- och sjukvård gällande basal hemsjukvård inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostad med särskild service och i daglig verksamhet (LSS)
- Förebyggande och social verksamhet för främjande av äldres psykiska och fysiska hälsa

Omvårdnadsnämnden har 9 ledamöter och 9 ersättare.

Särskilda lagar och förordningar

De arbetsuppgifter som omvårdnadsnämndens lednings- och styrfunktion inbegriper, samt övriga verksamheter, finns återgivna i Reglemente för omvårdnadsnämnden (KF 2022-12-19 239 §). En rad andra lagar och förordningar reglerar arbetet inom omvårdnadsnämndens förvaltning varav de grundläggande är:

- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Arkivlagen (1990:782)
- Bokföringslagen (1999:1078)
- FL Förvaltningslagen (2017:900)
- GDPR Dataskyddsförordningen. General Data Protection Regulation (2016/679)
- KL Kommunallagen (2017:725)
- Lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag
- Lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning
- Lag om offentlig upphandling (2016:1145)
- Lag (1997:735) om riksfärdtjänst
- LSS Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- Livsmedelslagen (2006:804)
- Livsmedelsverkets föreskrifter om livsmedelshygien
- OSL Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- SoL Socialtjänstlag (2001:453)
- Tryckfrihetsförordning (1949:105)

Lokala föreskrifter:

Solna stads arkivreglemente (KS/2020:57), Solna stads informationssäkerhetspolicy (KS/2018:100).

Handlingsslag

Omvårdnadsnämndens viktigare handlingstyper utgörs av protokoll och diarieförda handlingar (till exempel tjänsteskrivelser, remisser, delegeringsbeslut och avtal), samt personakter och upphandlings- och ekonomihandlingar. Handlingar av tillfällig eller ringa betydelse registreras inte (KS 2019:151).

Omvårdnadsnämnden hanterar inom ramen för sin verksamhet information lagrad på olika medier och i olika format. Då nämnden tar emot information från allmänheten kan formaten variera och nämnden behöver beredskap för att hantera mottagande och lagring av de vanligast förekommande medierna och formaten på marknaden. De som produceras av omvårdnadsnämnden och som är vanligast förekommande är:

- Olika former av PDF, bild- och videofiler: .tif, .tiff, .jpg, .jpeg, .bmp, .gif, .png, .mp4, .mov, .msg
- Ljudfiler: .mp4, .mp3, .wav
- Datafiler: .tmx, .rad
- MS-Office filer: .doc, .docx, .odt, .rtf, .xlsx, .xls, .ppt, pptx, .txt, .accdb
- Fysiska medier: USB

- Komprimerade filer, .zip
- Papper: olika former av kvalitéer för avtal och handlingar som ska sparas för evigt, åldersbeständigt papper (Svenskt arkiv) ISO 11798:2000 och ISO 9706
- Webbfiler: HTML

IT-system

I omvårdnadsnämndens verksamhet används flera olika system för informationshantering. År 1991 infördes ärendehanteringssystemet LEX. Under 2020 - 2021 upphandlades ett e-arkiv (iiPax) för exportering av handlingar från stadens övriga verksamhetssystem för bevarande i e-arkivet.

Omvårdnadsnämnden		
System	Beskrivning	Produktleverantör
Artologik Helpdesk	Kontakt med Solna stad sker via Kontaktcenter och ärenden skapas och flödas via systemet Artologik Helpdesk (Helpdesk)	Artisan Global Media
LEX	Stadens ärendehanteringssystem och diarium för stadens alla myndigheter att registrera allmänna handlingar, upprätta ärenden, handlägga ärenden, skapa och lagra handlingar, skapa sammanträden med tillhörande handlingar, expediera beslut med tillhörande handlingar, samt visa valda delar av systemets metadata.	Solar Plexus IT Strategi AB
Stratsys	System för verksamhetsplanering och verksamhetsuppföljning. I systemet görs stadens och nämndernas verksamhetsplan och budget, budgetuppföljning, delårsrapport, årsredovisning, internkontroll med mera. Systemet användas även för kvalitetsledning och övrig verksamhetsuppföljning med mera.	Stratsys
Qlikview	Stadens beslutsstödsystem som används för att planera och följa upp stadens och nämndernas ekonomi, personal och inköp. Qlikview hämtar kontinuerligt utfallsdata från stadens ekonomi-, löne- och upphandlingssystem.	Qlikview
Lifecare	I Lifecare Handläggare följer Socialstyrelsens vägledning för behovsriktat och systematiskt arbetssätt. I Lifecare Handläggare arbetar man med utredningar som grundar sig på IBIC-processen där handläggaren ska kunna hantera ansökan, inhämta fakta, bedöma behov, besluta och följa upp. Men det går även att följa en mer generell utredningsprocess där handläggaren kan arbeta med aktualisering, utreda, besluta och utforma uppdrag. Beställningar som skickas via Lifecare Handläggare kan verkställas i Procapita eller Lifecare Utförare.	Tieto Evry

Kommunens handläggare kan utreda och fatta beslut utifrån lagrum SOL, LSS och RFTJ. Utförare tar emot sina uppdrag genom att hantera de beställningar som skickas från kommunens handläggare.

När beställningarna är accepterade i **Lifecare Utförare** kan utföraren sedan jobba vidare med brukarens insatser, upprätta genomförandeplaner och dokumentera. Utföraren kan administrera de anställda som ska kunna logga in och jobba med brukaren i Lifecare.

Lifecare Boende är en modul som har till syfte att underlätta administrationen kring de brukare som har fått ett beslut om särskilt boende och som ska erbjudas lägenhet. Besluten kommer från Lifecare Handläggare. I Lifecare boende hanteras bland annat kön till lägenheter, möjlighet att erbjuda lägenhet, placera i lägenhet samt skriva kontrakt om lägenhet.

Lifecare Planering används för att lägga upp personalens arbetsdag och tydliggöra arbetsuppgifterna vidare till utförarpersonalen. Här kan man även lägga in beskrivningar om hur hjälpen ska utföras samt begränsa tidsfönster för att bemöta kundens önskemål och behov.

Lifecare Mobil Omsorg används i mobiltelefonen av personalen för att dokumentera utförda eller avböjda besök hos kund. I systemet används även funktion för att göra social dokumentation och lämna vidare meddelande till nästkommande personal.

Lifecare HSL används av Solnas utförare inom HSL egen regi. Systemet ger stöd för utredning och behandlingsplanering i patientens vårdprocess och journalföring. Från en vårdbegäran är det möjligt att starta en vårdprocess, utföra och följa upp planer för utredning och behandling.

Lifecare Avvikelsehantering HSL vårdskada är en helt fristående tjänst som stödjer processen kring rapportering och utredning av vårdskador inom

	<p>hälso-och sjukvård. Vårdgivare ska utreda alla händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Används för att förebygga. Tjänsten följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40) och Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria HSLF-FS 2017:41).</p> <p>Lifecare Avvikelsehantering SOL/LSS är en helt fristående tjänst som stödjer handläggningsprocessen kring rapportering och utredning av missförhållande och andra avvikelser enligt SOL/LSS. Här kan man utreda alla händelser som medfört eller hade kunnat medföra missförhållande. Tjänsten följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna föreskrifter och allmänna råd om Lex-Sarah (SOSFS 2011:5) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).</p>	
Procapita	Fakturering till vård- och omsorgskunder. Behörighetsstyrning.	Tieto Evry
Phoniro	Registrerar besök, uppföljning, ersättningsunderlag. Registrerar nattbesök, även tillsyn via kamera. Hantering av mobiltelefoner i den digitala miljön. Är det slutliga steget för att kontrollera utförda besök.	Phoniro Care
BAB2	Handlägger bidrag om bostadsanpassningar.	Fujitsu
Lifecare SP	Samordning av utskrivningsplanering för patienter inom regionen. Hanterar kallelse till SIP i samband med utskrivningsplanering.	Tieto/Region Stockholm
ECOS	Alkolås för bilar.	BRA Security
PAAM	Mjukvara för att hantera kunders nycklar i digital miljö.	PAAM Axsor
Telenta	Larm på äldreboende.	Telenta
SoFT	Handlägga färdtjänstutredningar.	Region Stockholm
EsMaker	Producera enkäter, anmälningsformulär.	Entergate

NPÖ	Nationell patientöversikt (NPÖ) är en tjänst som möjliggör för vårdgivare att, med patients samtycke, få direktåtkomst till journaluppgifter.	Region Stockholm
Symfoni	Utfärda tandvårdsstödsintyg.	Region Stockholm
Pascal	Används för förskrivning och beställningar av läkemedel för dospatienter.	Region Stockholm
Senior Alert	Används inom vårdprevention som bedömningsinstrument för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.	Central personuppgiftsansvarig är Region Jönköping
Vaccinera	Journalföring av utförda vaccinationer av säsongsinfluensan, pneumokocker och covid-19 i Region Stockholm.	Region Stockholm
BPSD	Nationellt kvalitetsregister för att minska beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom genom multiprofessionella vårdåtgärder.	Region Skåne
TakeCare	Journalssystem/vårdinformationssystem. Endast läsbehörighet.	Acceptus/Region Stockholm
Palliativa registret	Nationellt kvalitetsregister där vårdpersonal rapporterar hur vård i livets slutskede varit.	Region Kalmar
Procedo	Beställningssystem för läkemedel.	Region Stockholm
Rain-dance	Redovisningssystem	CGI
MenyIT	Matbeställningar inom hemtjänst	Catering care (Restaurang Trekanten)
Kund-portal	Beställningssystem för riksfärdtjänst	Riksfärdtjänsten Sverige AB

Omvårdnadsnämndens dokument- och informationshanteringsplan

Dokument- och informationshanteringsplanen är ett verktyg för att hålla god ordning på de allmänna handlingar som finns hos Solna stad. Den är en förteckning över de olika handlingarna, ger anvisningar för hur de ska hanteras och om de ska bevaras eller gallras. Planen innehåller också uppgifter om registrering, typ av medium, förvaring, sekretess och när handlingarna ska levereras till stadsarkivet samt om handlingarna förvaras i ett IT-system eller om de förvaras på annat sätt. Anmärkningsfältet ger information om när handlingen kan gallras samt innehåller stöd i bedömningen kring när handlingen ska anses vara gallringsbar eller inte.

I arbetet med att ta fram dokument- och informationshanteringsplaner har Solna stad använt en processtyrd modell som bygger på Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) förslag till ett nationellt klassificeringssystem för dokumentation. Syftet med en processtyrd dokument- och informationshanteringsplan är att inom varje område identifiera de processer som bedrivs, det vill säga redogöra på ett strukturerat sätt vad verksamheterna gör. Denna struktur är inte beroende av tillhörighet inom förvaltningen.

Stadens och förvaltningens dokument- och informationshanteringsplaner är uppdelade i styrprocesser, stödprocesser och kärnprocesser. Styr- och stödprocesser som är gemensamma för hela staden återfinns i den stadsgemensamma dokument- och informationshanteringsplanen.

Upprättande, fastställande och revidering av dokument- och informationshanteringsplan

En dokument- och informationshanteringsplan anger vilka handlingar som ska bevaras för all framtid och vilka som ska gallras. Över lag ansvarar handläggaren i ett ärende för att informationen och handlingarna som alstras i ärendet hanteras i enlighet med dokument- och informationshanteringsplanen. Inom stadsledningsförvaltningens kansli finns en funktion för registratur tillika arkivredogörare som ansvarar för att ge stöd och vägledning till förvaltningen i frågor som rör tolkning och användning av dokument- och informationshanteringsplaner. Arkivansvarig ansvarar för att dokumentet hålls uppdaterat och att en årlig revidering av dokumentet genomförs. Omvårdnadsnämnden antar planen.

Gallring och avhändande

Gallring

Att gallra innebär att informationen förstörs. Allmänna handlingar ska som regel bevaras och gallring får endast ske i enlighet med dokument- och informationshanteringsplanen. Notera att det i en del speciallagar (t.ex. bokföringslagen, forskningsakter, socialtjänstakter etc.) finns regler för bevarande under en viss tid. Detta innebär emellertid inte att man får lov att gallra handlingarna när tiden löpt ut. Arkivlagens bestämmelser tar då över och det är alltid nämndens eller det kommunala bolaget/stiftelsens dokument- och informationshanteringsplan som reglerar gallringen. Om handlingstypen inte finns med i dokument- och informationshanteringsplanen ska handlingarna bevaras tills dess att arkivmyndigheten fattat ett gallringsbeslut i samråd med berörd nämnd/kommunalt bolag/stiftelse.

När gallringsfristen för en handlingstyp har löpt ut ska gallringen också verkställas. Det är kostsamt och ineffektivt att lagra mer information än nödvändigt och det finns också risk för att handlingar som ska bevaras försvinner in bland det som ska gallras. Om någon begär att få ta del av en handling som enligt dokument- och informationshanteringsplanen skulle ha varit gallrad, men som av någon anledning undgått gallring, ska gallringen inte verkställas innan eventuellt utlämnande. Gallringsfristerna ska formuleras på ett enhetligt sätt, så att det finns en gemensam förståelse för vad de avser.

- **Bevaras** – Handlingen har värderats ur ett kulturarvsperspektiv eller lagstiftning så viktig att den ska sparas för all framtid och skickas därför till stadsarkivet för slutarkivering.

- **Vid inaktualitet** - Handlingen bedöms bara vara av intresse så länge den är i bruk och kan därefter gallras.
- **Årsintervall för förvaring** av handlingar på respektive nämnd/kommunalt bolag. 10, 7, 5, 3, 2 respektive 1 år - Handlingen gallras eller bevaras efter tidsfristens utlöpande. Till exempel ska en handling som uppkom under 2008 med en gallringsfrist på 10 år gallras år 2019.
- **Vid avslutat avtal, anställning eller konsultuppdrag** - Handlingen bedöms bara vara av intresse under ett specifikt förhållande och kan därför slutarkiveras omedelbart efter avslut eller två år efter sista anteckning.
- **Gallring av sekretesshandlingar** - Handlingar som omfattas av sekretess eller är integritetskänsliga ska alltid brännas eller tuggas. Finns det ingen dokumentförstörare som kan tugga sönder handlingarna på plats kan man lägga dem i särskilda behållare för gallring av sekretesshandlingar.

Gallringsbeslut

Kommunfullmäktige i Solna har fattat beslut om gallring av handlingar av ringa eller tillfällig betydelse (KS 2019:151). Bland annat ska följande handlingar gallras vid inaktualitet:

- Handlingar inkomna för kännedom och som inte föranleder någon åtgärd eller tillför sakuppgift i ärendet.
- Övertaliga kopior/dubletter
- Inkomna handlingar som inte berör Solna stads nämnders eller bolags verksamhetsområden.
- Inkomna handlingar som är obegripliga
- Externt reklammaterial och broschyrer, inbjudningar till kurser, seminarier samt cirkulärskrivelser
- Loggar för e-post
- Olika former för elektroniska spår, ex cookie-filer, historikfiler, som inkommit till eller upprättats hos myndigheten via Internetuppkoppling

Ersättningsskanning

Kommunstyrelsen har beslutat om Riktlinjer för ersättningsskanning (KS/2022:32).

Skanning genomförs i syfte att ersätta en handling som inkommit eller upprättats som pappersoriginal med en digital handling. Kanslienheten har utformat en vägledning för hur hanteringen och kontroll av inskannade handlingar kan genomföras i staden (Från papper till digitalt – Vägledning för skanning av pappershandlingar).

Varje myndighet ska göra en bedömning av vilka handlingar som måste finnas kvar i pappersoriginal. Bedömningen sker utifrån myndighetens specifika förutsättningar och informationens sammanhang samt dess eventuella beroenden till annan information. Den bör även omfatta en analys av vilka risker som kan bli följden av att endast en inskannad bild bevaras.

Efter att en handling har ersättningsskannats är det den digitala handlingen som tas om hand för arkivering. Om man ska göra sig av med ett pappersoriginal som är en allmän handling krävs det dock ett beslut om gallring. I varje nämnds dokument- och

informationshanteringsplan ska det antecknas om en analog handlingstyp ersättningsskannas. Detta utgör ett gallringsbeslut och pappershandlingen kan därefter gallras.



Dokument- och informationshanteringsplan

Förvaltnings specifika styrprocesser

Styrprocesser är processer som navigerar och styr verksamheten. I staden finns stadsgemensamma styrprocesser och allmänna handlingar som är kopplade till dem. Omvårdnadsförvaltningens styrprocesser omfattar förvaltnings specifika processer eller handlingar och är ett komplement till de stadsgemensamma.

Följa upp och utveckla

Verksamhetsutveckling och uppföljning

Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings- plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Följa upp kvaliteten	Patientsäkerhetsberättelse verksamhetsnivå egen regi	Digitalt	G:	Gallras vid inaktualitet	Nej		Skickas in till Staben för kvalitetsutveckling
	Patientsäkerhetsberättelse från utförare egen regi och externa utförare	Digitalt	LEX	Bevaras	5 år efter diarieföring		
	Patientsäkerhetsberättelse förvaltningsnivå	Digitalt	LEX	Bevaras	5 år efter diarieföring		
	Kvalitetsberättelse – verksamhetsnivå egen regi	Digitalt	G:	Gallras vid inaktualitet	Nej		Skickas in till Staben för kvalitetsutveckling
Utveckla kvaliteten	Utvecklingsplan – verksamhetsnivå egen regi	Digitalt	G:	Gallras vid inaktualitet	Nej		Skickas in till Staben för kvalitetsutveckling
Avvikelse- hantering	Avvikelse och klagomål - individärende	Digitalt Analogt	Lifecare Avvikelse/Stratsys	Gallras 5 år efter avslutat ärende Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter avslutat ärende		
	HSL-avvikelse	Digitalt	Lifecare HSL	Gallras 10 år efter avslutat ärende Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter avslutat ärende		
	Avvikelse och klagomål – verksamhet/avtal av mindre vikt	Digitalt	OneDrive/G:	Gallras 1 år efter avtalets utgång	Nej		
	Avvikelse och klagomål – verksamhet/avtal av vikt	Digitalt	Lex	Bevaras	5 år efter sista anteckning		Diarieförs i avtalsärendet
	Intern avvikelse av mindre vikt	Digitalt Analogt	Lifecare Avvikelse/Stratsys	Gallras 1 år efter avslutat ärende	Nej		

	Intern avvikelse av vikt	Digitalt	Lifecare Avvikelse/Stratsys	Bevaras	5 år efter sista anteckning		
	Lex Sarah: utredning, anmälan, beslut	Digitalt	Lex	Bevaras	5 år efter sista anteckning		Anmälan görs via IVO:s e-tjänst eller skickas med post
	Lex Maria: utredning, anmälan, beslut	Digitalt	Lex	Bevaras	5 år efter sista anteckning		Anmälan görs via IVO:s e-tjänst eller skickas med post Kopia på beslut skickas till berörd verksamhet inom egen regi
Ta fram statistikunderlag	Sammanställning av ej verkställda beslut	Digitalt	OneDrive	Gallras 2 år efter upprättande	Nej		Redovisas digitalt till Inspektionen för vård och omsorg kvartalsvis Nämndärende per kvartal

Förvaltningsspecifika stödprocesser

Stödprocesser är processer som stödjer leverans till den enskilde. I staden finns stadsgemensamma stödprocesser och allmänna handlingar som är kopplade till dem. Omvårdnadsförvaltningens stödprocesser omfattar förvaltningsspecifika processer eller handlingar och är ett komplement till de stadsgemensamma.

Hantera inköp, upphandling och avtal

Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvaringsplats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Hantera individavtal	Individavtal	Digitalt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter avtalets utgång Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter avtalets utgång		
Hantera hyresavtal	Hyresavtal mellan Solna stad och medborgare	Analogt Digitalt	G:	Gallras 2 år efter avtalets utgång	Nej		
Följa upp avtal	Avtalsuppföljningsrapport	Digitalt	LEX	Bevaras	5 år efter upprättande		
	Kvalitetsberättelse från utförare	Digitalt	LEX	Bevaras	5 år efter handling inkommit		
	Utvecklingsplan från utförare	Digitalt	LEX	Bevaras	5 år efter handling inkommit		
Beställa från underleverantör	Beställning av matlådor och tvätt	Analogt Digitalt	MenyIT	Gallras vid inaktualitet	Nej		
Hantera medicintekniska produkter	Register över medicintekniska produkter	Digitalt	G:	Gallras 3 år efter att produkten avyttrats	Nej		
	Kvalitetskontroller produkter och medicintekniska besiktningar	Digitalt	G:	Gallras 3 år efter att produkten avyttrats	Nej		
	Ankomstkontroll och service av medicintekniska produkter	Analogt		Gallras 3 år efter utförd kontroll/service	Nej		

Systemförvaltning							
<i>Hantera IT-system</i>							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings-plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Förvalta IT-system	Förteckning över omvårdnadsförvaltningens IT-system	Digitalt	Teams	Gallras vid inaktualitet	Nej		
Hantera utlämning av NFC-tag och batterier	Dokumentation av antal utlämnade NFC-tag och batterier	Analogt		Gallras vid inaktualitet	Nej		
Hantera säkerhet							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings-plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Hantera narkotika	Förbrukningsjournal narkotika (förrådsadministration)	Analogt		Gallras 10 år efter att sista dos givits	Nej		
Informationsförvaltning							
<i>Hantera personuppgifter</i>							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings-plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Hantera listor med personuppgifter	Förteckning över hemtjänstagare	Digitalt	Lifecare Utförare/Teams	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Register över innehavare av trygghetslarm	Analogt Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Register över brukares nycklar	Analogt	Aktskåp	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Nyckelkvittens till kund/brukares boende	Analogt	Personakt	Gallras 2 år efter insats avslutats	Nej		
	Adresslista till volontärer	Digitalt	Teams/Onedrive	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Kontaktuppgift till deltagare	Digitalt	G:/Onedrive/Teams	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Deltagarlista seniorträff	Digitalt och analogt	Onedrive/Teams	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Deltagarlista dagverksamhet	Analogt	Pärm	Gallras vid inaktualitet	Nej		Skickas digitalt via Life Care till avdelningen för myndighetsutövning

	Närvarolista dagverksamhet	Analogt	Pärm	Gallras vid inaktualitet	Nej		Skickas digitalt via Life Care till avdelningen för myndighetsutövning
	Uppdatering av kommunens invånarregister	Digitalt Analogt	Procapita Pärm	Gallras vid inaktualitet	Nej		Inhämtas digitalt från KIR
Administrera personal/HR							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings- plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Ta emot delegering	Delegering av HSL-uppgifter från regionen	Analogt		Gallras 1 år efter delegeringens utgång	Nej		

Kärnprocesser							
Kärnprocesser är processer som levererar direkt nytta till den enskilde.							
Utföra förebyggande aktiviteter och service							
Förebyggande verksamhet består av							
<ul style="list-style-type: none"> • Seniorträffar • Fixarservice • Anhörig- och demensteamet • Förebyggande hembesök • Volontärverksamhet • Digitala fixare 							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings- plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Planera genomförande	Demensintyg	Analogt	Läst skåp	Gallras vid inaktualitet	Nej		
Genomföra	Hälsoinformation	Digitalt	G:	Gallras vid inaktualitet	Nej		

Handlägga bistånd och insatser

På omvårdnadsförvaltningen finns en avdelning för myndighetsutövning som hanterar ansökningar, utreder behov och fattar beslut om insatser i enskilda ärenden. Personakten utgör grunden för dokumentation i ett enskilt ärende. Dokumentationen ska utvisa initiering, utredning, beslut, insatser samt uppföljning rörande den enskilde. Till personakten förs åtskilliga handlingar som är av tillfällig betydelse under pågående handläggning eller åtgärd, och som kan gallras utan förlust av viktig information i ärendet. Sådana handlingar kan gallras när de är inaktuella. Handlingar som förvaras i personakten behöver inte diarieföras. Inkommer eller upprättas handlingar som omfattas av sekretessen men inte rör en enskild utan helt eller delvis handlar om verksamheten ska handlingen istället diarieföras.

Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvaringsplats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Aktualisera	Ansökan om bistånd eller insats	Digitalt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Anmälan/information som inte tillhör ärende men ger upphov till ärende tex orosanmälan, inskrivningsmeddelande	Analogt	Personakt	Gallras 5 år sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Anmälan/information som inte tillhör ärende och inte ger upphov till ärende tex orosanmälan, inskrivningsmeddelande	Analogt	Pärm	Gallras 2 år efter anmälan/information inkommit	Nej		
	Begäran om verkställighet från annan kommun för person tillfälligt vistas i Solna	Digitalt Analogt	Lifecare Handläggare	Gallras 2 år efter begäran inkommit	Nej		
Utreda	Utredningar i enskilt ärende	Digitalt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Inkommen, utgående och upprättad handling av betydelse i ärendet	Digitalt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Inhämtad uppgift från andra myndigheter (t.ex. Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten)	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter uppgift inhämtats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter uppgift inhämtats		
	Behovsintyg (t.ex. intyg från arbetsterapeut, dietist)	Analogt	Personakt	Gallras efter 5 år efter intyg inkommit Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter intyg inkommit		
	Samtycke	Digitalt Analogt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter samtyckets utgång Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter samtyckets utgång		

	Fullmakt	Digitalt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
	Inkommen synpunkt vid kommunicering inför beslut	Digitalt Analogt	Lifecare Handläggare Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Läkarintyg	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
	Underlag för egenvård med praktisk hjälp (egenvårdsintyg)	Digitalt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
	SIP	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Besluta	Beslut om enskilt ärende om bistånd/insats	Digitalt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Utforma uppdrag	Beställning av uppdrag till utförare	Digitalt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Begäran till annan kommun att verkställa insats för Solnabor	Digitalt Analogt	Lifecare Handläggare Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Följa upp	Resultat av genomförd uppföljning i enskilt ärende	Digitalt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Begärda underlag från utförare, t.ex. genomförandeplan, handlingsplan	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		Underlag från egen regi överförs digitalt i Lifecare
	Skäl för avslutad insats i enskilt ärende	Digitalt	Lifecare Handläggare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Handlägga bostadsanpassning							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings- plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Aktualisera	Ansökningsblankett om bostadsanpassningsbidrag, reparationsbidrag samt återställningsbidrag	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		

	Anmälan/information som inte tillhör ärende men ger upphov till ärende	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
	Intyg om bostadsanpassningsbidrag	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
	Offert som bifogas ansökan eller som inhämtas åt sökande	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
Utreda	Utredning i enskilt ärende om bostadsanpassningsbidrag	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
	Inkommen, utgående och upprättad handling av betydelse i ärendet	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
	Inkommen, utgående och upprättad handling av tillfällig betydelse och/eller rutinmässig karaktär	Digitalt	BAB2	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Fullmakt för utbetalning av bidrag	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende	Nej		
	Underlag för fastställande av skäligt bidragsbelopp	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende	Nej		
	Inhämtad uppgift från andra förvaltningar ex bygglov, plan- och fasadritning	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
	Behovsintyg ex intyg av specialistläkare	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende	Nej		
	Fullmakt	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende	Nej		
	Registerutdrag om ställföreträdarskap	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende	Nej		
	Tjänsteanteckning	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		Tjänsteanteckningar av mindre vikt kan gallras vid inaktualitet
	Kommunicering inför beslut	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende	Nej		
	Fastighetsägarens medgivande till bostadsanpassning	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
	Begäran om offert/kostnadsberäkning för bostadsanpassningsbidrag	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende			
	Hembesöksrapport	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
	Samtycke	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende	Nej		
	Utbetalningsunderlag vid ansökan om bidrag i efterhand	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende	Nej		
Utbetalningsunderlag för utbetalning av bidrag till sökandes konto	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende	Nej			

Besluta	Beslut om bostadsanpassningsbidrag, reparationsbidrag och återställningsbidrag:	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
	Missiv till Förvaltningsrätten	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
Utforma uppdrag	Informationsbrev till entreprenör om åtgärder som bidraget beviljats för	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
Följa upp	Resultat av genomförd åtgärd	Digitalt	BAB2	Bevaras	10 år efter avslutat ärende		
	Registrering av utbetalda bidragsbelopp i ärendet	Digitalt	BAB2	Gallras 10 år efter avslutat ärende	Nej		
Handlägga riksfärdtjänst							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvaringsplats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Aktualisera	Ansökan om riksfärdtjänst	Analogt		Gallras 5 år efter ansökan inkommit	Nej		
Utreda och besluta	Utredning	Analogt		Gallras 5 år efter utredning avslutats	Nej		
	Inkommen, utgående och upprättad handling av betydelse i ärendet	Analogt		Gallras 5 år efter handling inkommit	Nej		
Besluta	Beslut	Analogt		Gallras 5 år efter beslut tagits	Nej		Beslut dokumenteras i samma dokument som utredning
Utforma uppdrag	Kopia på beställning	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter beställning gjorts	Nej		Beställning görs i Riksfärdtjänstportalen
Handlägga färdtjänst							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvaringsplats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Aktualisera	Kopia på ansökan om färdtjänst	Analogt		Gallras 3 månader efter ansökan inkommit	Nej		Registreras i SoFT
	Intyg tex läkarintyg, intyg för högkostnadsskydd	Analogt		Gallras 3 månader efter intyg inkommit	Nej		Registreras i SoFT
Utreda	Kopia på utredning	Analogt		Gallras 3 månader efter utredning avslutats	Nej		Registreras i SoFT
	Inkommen, utgående och upprättad handling av betydelse i ärendet	Analogt		Gallras 3 månader efter handling inkommit	Nej		Registreras i SoFT
	Behovsintyg	Analogt		Gallras 3 månader efter intyg inkommit	Nej		Registreras i SoFT
	Registerutdrag om ställföreträderskap	Analogt		Gallras 3 månader efter utdrag gjorts	Nej		Registreras i SoFT

Handläggga avgifter							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvaringsplats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Aktualisera	Ansökan om kommunalt bostadstillägg för personer med funktionsnedsättning (KBF/IMB/Tillfällig nedsättning)	Digitalt	Lifecare Avgifter	Gallras 5 år efter ansökan inkommit Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter ansökan inkommit		
Utreda	Inkomstförfrågan	Analogt	Pärm	Gallras 5 år efter uppgift inhämtats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter uppgift inhämtats		
	Hysesavi, Pensionsavgifter (privata) mm	Analogt	Pärm	Gallras 5 år efter uppgift inkommit Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter uppgift inkommit		
	Inhämtad uppgift från andra myndigheter (Försäkringskassa, Pensionsmyndigheten)	Digitalt	Lifecare Avgifter	Gallras 5 år efter uppgift inhämtats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter uppgift inhämtats		
	KBF/IMB/Tillfällig nedsättning utredningar	Digitalt	Lifecare Avgifter	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Månadsavvikelse från utförare	Digitalt	G:	Gallras 7 år efter handling inkommit	Nej		
Besluta	Beslut om avgift	Digitalt	Lifecare Avgifter	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Beslut om individuellt minimibelopp (IMB)/ kommunalt bostadstillägg för personer med funktionsnedsättning (KBF)	Digitalt	Lifecare Avgifter	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Delgivning av utredning och beslut om avgift (Avgiftsbeslut)	Digitalt	Lifecare Avgifter	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Beslut om Tillfällig nedsättning med underskrift från angiven förslagsställare och beslutsfattare	Digitalt Analogt	Lifecare Avgifter Pärm	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		

Genomföra uppdrag							
Hemtjänst, nattpatrull, trygghetslarm							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings-plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Planera genomförande	Genomförandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Levnadsberättelse	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Samtycke	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
	SIP	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
Genomföra insats	Journalanteckning	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Korrespondens av vikt med kund/närstående/ställföreträdare/ombud	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		Viktig information skickas vidare till avdelningen för myndighetsutövning via Life Care Utförare.
	Besökskvittens	Digitalt	Phoniro	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Kopia på underlag för egenvård med praktisk hjälp (egenvårdsintyg)	Analogt	Personakt	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Notering om åtgärd efter larm	Digitalt	Lifecare mobil omsorg	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Följa upp genomförande	Reviderad genomförandeplan	Digitalt	Life Care utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Reviderad handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Analogt		Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		

Hemgångsteam							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings-plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Planera genomförande	Dokumentation till dag 5-möte	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Levnadsberättelse	Analogt		Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		Scannas och skickas till hemtjänst och handläggare i Lifecare meddelande
	Handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Samtycke	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
	Kopia av anteckningar från annan kommun/region	Analogt	Personakt	Gallras vid inaktualitet	Nej		
Genomföra insats	Journalanteckningar	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Kopia på beslut från Försäkringskassan, avtal, räkningar	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
	Korrespondens av vikt med kund/närstående/ställföreträdare/o mbud	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Kopia på underlag för egenvård med praktisk hjälp (egenvårdsintyg)	Analogt	Personakt	Gallras vid inaktualitet	Nej		
Följa upp genomförande	Funktionsbevarandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare (meddelandefunktionen)	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Vård- och omsorgsboende, korttidsboende och växelvårdsboende							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings-plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Planera genomförande	Genomförandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Levnadsberättelse	Analogt		Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		

	Handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Digitalt	G:	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Samtycke	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
	SIP	Analogt		Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Kopia av anteckningar från annan kommun/region	Analogt Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
Genomföra insats	Journalanteckning	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Korrespondens av vikt med boende/närstående/ställföreträdare /ombud	Analogt		Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Dokumentation från inflyttningsamtal	Analogt		Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Följa upp genomförande	Reviderad genomförandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Reviderad handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Digitalt	G:	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Dagverksamhet							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvaringsplats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Planera genomförande	Genomförandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Digitalt	G:	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Samtycke	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
	SIP	Analogt		Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		

Genomföra insats	Journalanteckning	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Korrespondens av vikt med den enskilde/närstående/ställföreträdare/ombud	Digitalt Analogt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Följa upp genomförande	Reviderad genomförandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Personlig assistans							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvaringsplats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Planera genomförande	Genomförandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Samtycke	Digitalt Analogt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
	SIP	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Kopia av anteckningar från annan kommun/region	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
Genomföra insats	Journalanteckning	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Korrespondens av vikt med brukare/närstående/ställföreträdare/ombud	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Underlag för egenvård med praktisk hjälp (egenvårdsintyg)	Analogt		Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Dokumentation från 1:a hembesöket	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Tidsredovisning LASS	Digitalt	Phoniro	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Kopia på beslut från Försäkringskassan, avtal, räkningar	Analogt	Pärm	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		

Följa upp genomförande	Reviderad genomförandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Reviderad handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Analogt		Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
LSS-boende (grupp- och servicebostad)							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvarings-plats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Planera genomförande	Genomförandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Digitalt Analogt	G: pärm	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Samtycke	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
	SIP	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Kopia av anteckningar från annan kommun/region	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter insats avslutats Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter insats avslutats		
Genomföra insats	Journalanteckning	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Korrespondens av vikt med brukare/närstående/ställföreträdare /ombud	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Underlag för egenvård med praktisk hjälp (egenvårdsintyg)	Analogt	HSL-pärmen	Gallras vid inaktualitet	Nej		
	Dokumentation från inflyttningssamtal	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Följa upp genomförande	Reviderad genomförandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Reviderad handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		

Ledsagarservice, avlösarservice, kontaktperson							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvaringsplats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Planera genomförande	Handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Genomföra insats	Journalanteckning	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Följa upp genomförande	Reviderad genomförandeplan	Digitalt	Lifecare Utförare	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
	Reviderad handlingsplan utifrån riskanalys på individnivå	Analogt	Personakt	Gallras 5 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	5 år efter sista anteckning		
Utföra hälso- och sjukvård på vård- och omsorgsboende, dagverksamhet, daglig verksamhet samt LSS-boenden							
Aktivitet	Handlingstyp	Medium	Förvaringsplats	Gallras	Till stadsarkivet	Lagrum	Anmärkning
Planera genomförande	Hälsoplan	Digitalt	Lifecare HSL	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	Epikris (inkommen)	Digitalt Analogt	Lifecare HSL Pappersjournal	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	Riskbedömning (kvalitetsregister)	Digitalt	Senior alert	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	Samtycke	Digitalt	Lifecare HSL	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	SIP	Digitalt Analogt	Lifecare HSL Pappersjournal	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
Genomföra insats	Instruktion (individuellt)	Digitalt	Lifecare HSL	Gallras 10 år efter sista upprättande Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista upprättande		
	Ordinationshandling	Analogt	Pappersjournal	Gallras 10 år efter sista upprättande Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista upprättande		Kopia hos patient kan gallras vid inaktualitet
	Signeringslista, läkemedel	Analogt	Pappersjournal	Gallras 10 år efter sista signering Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista signering		

	Signeringslista, ej läkemedel	Analogt	Pappersjournal	Gallras 6 månader efter sista signering	Nej		
	Förbrukningsjournal narkotika (individuell)	Analogt	Pappersjournal	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista signering		
	Beslut om och skriftlig delegering från sjuksköterska till omvårdnadspersonal	Digitalt Analogt	G:	Gallras 10 år efter delegeringens utgång Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter delegeringens utgång		
	Anamnes	Digitalt	Lifecare HSL	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	Risk-/funktions- och aktivitetsbedömning	Digitalt	Lifecare HSL	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	Fotografi	Digitalt Analogt	Lifecare HSL Pappersjournal	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	Hjälpmiddelsordination	Digitalt	Lifecare HSL	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	Sondmatningsschema	Digitalt	G:	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	Journalanteckning	Digitalt	Lifecare HSL	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	Dokumentation av genomförd åtgärd	Digitalt	Lifecare HSL	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		
	Dokumentation i kvalitetsregister	Digitalt	BPSD/Senior Alert/Palliativa registret	Se anm.			Region Skåne administrerar och sköter gallringen. Bevaras genom journalanteckning i Lifecare HSL
Uppföljning	Journalanteckning	Digitalt	Lifecare HSL	Gallras 10 år efter sista anteckning Bevara födda 5, 15, 25	10 år efter sista anteckning		