

**DET HÄR ÄR
BOTKYRKA**

**BOTKYRKA
KOMMUN**



Uppföljning hemtjänst 2021–2022

Utifrån framtagen uppföljningsmodell



RAPPORT

BOTKYRKA
KOMMUN



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Inledning | 3 |
| Metod | 3 |
| Resultat | 5 |
| Ledningssystem för kvalitet | 5 |
| Organisation och styrning | 6 |
| Hälsa- och sjukvård | 8 |
| Arbetsätt | 10 |
| Social dokumentation | 11 |
| Trygghet och säkerhet | 13 |
| Mat och måltider | 15 |
| Digital teknik | 15 |
| Specifika krav för externa utförare | 16 |
| Sammantaget resultat | 17 |
| Åtgärdsplaner | 18 |



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Inledning

För att säkerställa en trygg och säker omsorg av god kvalitet är det viktigt att vård- och omsorgsnämndens verksamheter, och de verksamheter som nämnden har avtal med, följs upp regelbundet utifrån ställda krav. Med anledning av detta antog vård- och omsorgsnämnden år 2020 en modell för att följa upp samtliga utförare. Uppföljningsmodellen bygger på tre delar: uppföljning av *strukturkvalitet*, *processkvalitet* och *resultatkvalitet*. Tillsammans ger dessa delar en helhetsbild av den totala kvaliteten.

Verksamheterna har följts upp på samma sätt oavsett regiform. Utöver det följs även upp att de externa utförarna har de tillstånd som krävs för att bedriva hemtjänst och hantera livsmedel. Uppföljningen består av nedanstående delar:

- Intervjuer vid verksamhetsbesök
- Observationer vid verksamhetsbesök
- Genomgång av insamlade rutiner
- Genomgång av avvikelser, synpunkter, egenkontroller och genomförandeplaner
- Information från förvaltningens IT-funktion kring användandet av kravställda system och digital teknik

Metod

Under hösten 2021 kontaktade uppföljande utvecklingsledare ansvariga chefer vid samtliga 14 enheter och bokade tid för verksamhetsbesök. De förberedelser som varje enhet behövde göra inför besöket var att se till att en till två medarbetare i verksamheten, vars huvudsakliga arbetsuppgifter är att ge stöd till brukaren i vardagen, fanns tillgängliga för en intervju under tidpunkten för verksamhetsbesöket. Ansvarig chef för verksamheten skulle också närvara vid besöket. För de externa hemtjänstutförarna innebar det att den chef som kommunen godkänt skulle delta.

Vid verksamhetsbesöket hos respektive hemtjänstenhet har uppföljande utvecklingsledare haft en intervju med ansvarig chef. Intervju har även genomförts med medarbetare separat. Har det varit två medarbetare har dessa intervjuats tillsammans. Under verksamhetsbesöket har även en rundvandring gjorts i lokalerna.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Följande kravområden har berörts under verksamhetsbesöket:

- Ledningssystem för kvalitet
- Organisation och styrning
- Hälso- och sjukvård
- Arbetsätt
- Social dokumentation och förvaring
- Trygghet och säkerhet
- Mat och måltider
- Digitala system och välfärdsteknik

Efter verksamhetsbesöket har uppföljande utvecklingsledare bedömt intervjuaren på frågorna tillsammans med aktuella rutiner, avvikelser, synpunkter, egenkontroller och genomförandeplaner. Bedömningen har gjorts utifrån kriterierna nedan.

| | |
|--|----------------------------|
| | Finns/uppnås |
| | Finns delvis/uppnås delvis |
| | Saknas/uppnås ej |

Bedömningarna med eventuella kommentarer har skickats till ansvarig chef för sakgranskning. För de krav som har fått gul eller röd bedömning krävs en åtgärdsplan för vilka åtgärder som ska vidtas samt tidplan över när dessa ska vara genomförda.



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Resultat

Ledningssystem för kvalitet

Krav ställs på att det ska finnas ett ledningssystem för att planera, leda, följa upp och förbättra verksamheten. Syftet med ledningssystem för kvalitet är att skapa systematik, struktur och samordning av verksamhetens kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska innehålla processer, styrdokument och hur samverkan ska ske. Av ledningssystemet ska framgå hur det systematiska förbättringsarbetet sker i form av riskanalys, egenkontroll, rapporteringsskyldighet, synpunkter och klagomål. Ledningssystemet ska beskriva hur personalen medverkar och hur dokumentationsskyldigheten säkerställs.

Figuren nedan visar i vilken grad de olika utförarna uppfyller de krav som ställs inom området. Grönt står för att kraven uppfylls helt, gult för att kraven delvis uppfylls och rött för att kraven inte uppnås alls.

Figur 1. Uppfyllda krav för området ledningssystem för kvalitet

| | Akvarellen | Alby | Fittja | Grödinge | Hallunda | Natten | Norsborg | Römossen | Storvreten | Tumba | Aros | Eveo | Nyckeln | SAAND |
|---------------------|------------|-------|--------|----------|----------|--------|----------|----------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|
| Samverkan | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Synpunkter/klagomål | Grönt | Gult | Grönt | Gult | Grönt | Grönt | Gult | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Rutin för lex Sarah | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Systematik | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Egenkontroll | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |

Samtliga 14 enheter beskriver att och hur de samverkar, både inom den egna enheten och externt. Exempel på olika samverkansformer som lyfts under verksamhetsbesöken är samverkan med vårdcentraler, primärvårdsrehab, biståndshandläggare, ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) och andra hemtjänstenheter. Bedömningen är att samverkan fungerar bra över lag.

Samtliga enheter har ett arbetssätt för hur de hanterar inkomna synpunkter och klagomål. Vid uppföljningen framkommer att två av enheterna behöver utveckla sin systematik för att arbeta med synpunkter för att skapa mer av ett lärande. Arbetssätt för att säkerställa att informationen når alla medarbetare behöver även tas fram inom samma enheter. Under



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

uppföljningen framkommer även att mycket av det som inkommer hanteras muntligt i en av de granskade enheterna.

Rutiner för lex Sarah finns och anses följas inom fyra enheter. Skriftliga rutiner finns dock framtagna för samtliga enheter men vid uppföljningstillfällena framgick att inom kommunens tio hemtjänstenheter i egen regi är det inga eller ett fåtal inrapporterade avvikelser (år 2021). Detta gör det över lag svårt att bedöma om rutinen följs. Vid verksamhetsbesöket framgår däremot att medarbetarna känner till sin skyldighet att rapportera avvikelser och vet att det finns en rutin för detta. De tillfrågade från en av enheterna lyfter dock att det är oklart om samtliga medarbetare känner till rutinen.

Fyra av enheterna har en systematik i att sammanställa risker, rapporter, synpunkter och klagomål för att kunna se om det finns mönster som pekar på brister i verksamhetens kvalitet. För samtliga tio enheter i kommunens egen regi finns ett framtaget system för hur risker, avvikelser och missförhållanden samt synpunkter och klagomål regelbundet ska följas för att verksamheten ska komma till rätta med större brister och systemfel. Idag hanteras dock dessa delar främst på individnivå medan det saknas en systematik för att följa dem samlat på enhetsnivå. Detta gör att orsakerna inte alltid åtgärdas utan bara symtomen, vilket får konsekvenser för utvecklingen av verksamhetens kvalitet.

Fyra av enheterna har ett framtaget arbets sätt för att fortlöpande utöva egenkontroll, det vill säga undersöka den verksamhet som har bedrivits. Egenkontroller ska göras så ofta och i den omfattningen som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. För samtliga tio enheter i kommunens egen regi finns ett gemensamt ledningssystem där ett antal egenkontroller ingår. Uppföljningen visar dock att framtagna egenkontroller inte genomförs med den regelbundenhet som skulle behövas. Däremot genomför enheterna ett flertal andra egenkontroller regelbundet, såsom temperaturmätning av kylda matlådor, uppföljning av basala hygienrutiner och mätning av personalkontinuiteten.

Organisation och styrning

Krav som ställs inom området organisation och styrning rör bland annat rätt utbildad chef, rutiner för bemanning, utbildad personal, introduktion av nyanställda, krav på hemtjänstlokalen och användandet av arbetskläder.



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Figuren nedan visar i vilken grad de olika utförarna uppfyller de krav som ställs inom området. Grönt står för att kraven uppfylls helt, gult för att kraven delvis uppfylls och rött för att kraven inte uppnås alls.

Figur 2. Uppfyllda krav för området organisation och styrning

| | Akvarellen | Alby | Fittja | Grödinge | Hallunda | Natten | Norsborg | Römossen | Storvreten | Tumba | Aros | Eveo | Nyckeln | SAAND |
|-------------------------------------|------------|-------|--------|----------|----------|--------|----------|----------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|
| Utbildning personal (minst 50% usk) | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Rutin för bemanning | Grönt | Gult | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Gult | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Rutin för introduktion | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Gult | Grönt | Gult | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Introduktion till alla nya | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Korrekta arbetskläder | Rött | Rött | Grönt | Rött | Grönt | Grönt | Rött | Rött | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Tvätt av arbetskläder | Rött | Grönt | Grönt | Grönt | Rött | Rött | Grönt | Rött | Grönt | Rött | Grönt | Rött | Grönt | Grönt |

Uppföljningen visar att samtliga chefer finns i verksamheten vardagar mellan 8.00-17.00, i enlighet med krav, och att personalen vet var de ska vända sig övrig tid. I samtliga verksamheter är minst 50 procent av personalen utbildade undersköterskor i enlighet med kraven.

Vidare framgår att alla verksamheter har rutiner för att säkerställa att personalen har den kompetens som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter samt att bemanningen ska vara tillräcklig. I två av enheterna är dock inte rutinen för bemanning känd, men det finns ett fungerande arbetssätt för hur bemanningen hanteras.

Samtliga enheter erbjuder introduktion till sina medarbetare och har godkända skriftliga rutiner för introduktion. I två av enheterna utgår dock inte introduktionen från någon mall/checklista, vilket innebär att det kan vara svårt att säkerställa att alla nya medarbetare får samma introduktion.

Uppföljningen visar vidare att samtliga enheter har lokaler där det finns dusch samt tillgång till enskilt ombyte för personalen.

Korrekta arbetskläder används i 9 av 14 enheter. Vid verksamhetsbesöken framkom att orsaker till att arbetskläder inte används är bland annat att det inte finns tillräckligt med kläder till timvikarier. Det har även varit vissa utmaningar kring att hitta bra passform på arbetsbyxor vilket har inneburit att personal använt egna byxor.



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

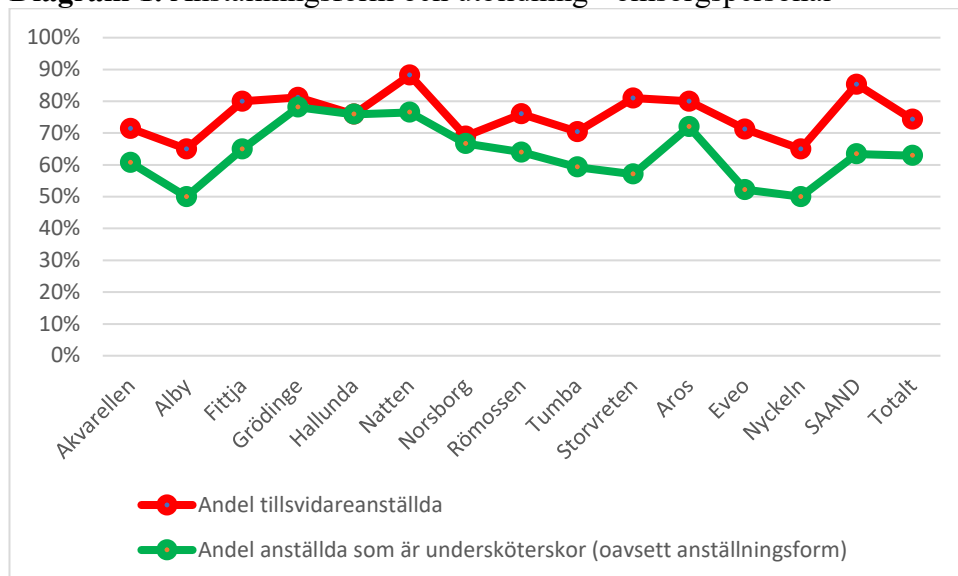
2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Arbetskläder tvättas korrekt i 8 av 14 enheter. Orsaker till bristande tvätthantering uppgavs bland annat vara att arbetskläder tvättas i hemmet samt att daglig tvätt av arbetsbyxor inte alltid utförs.

I diagrammet nedan framgår andel årsarbetare som är tillsvidareanställda och hur utbildningsnivån ser ut. Resultatet visar att kravet på att minst 50 procent av personalen är utbildade undersköterskor uppnås.

Diagram 1. Anställningsform och utbildning - omsorgspersonal



Hälso- och sjukvård

Kraven inom området hälso- och sjukvård rör bland annat rutiner för kontakt med hälso- och sjukvård, hygienrutiner, utbildning i förflyttningsteknik samt rutiner för munhälsa och egenvård.

Figuren nedan visar i vilken grad de olika utförarna uppfyller de krav som ställs inom området. Grönt står för att kraven uppfylls helt, gult för att kraven delvis uppfylls och rött för att kraven inte uppnås alls.



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Figur 3. Uppfyllda krav för området hälso- och sjukvård

| | Akvarellen | Alby | Fittja | Grödinge | Hallunda | Natten | Norsborg | Römossen | Storvreten | Tumba | Aros | Eveo | Nyckeln | SAAND |
|----------------------------------|------------|------|--------|----------|----------|--------|----------|----------|------------|-------|------|------|---------|-------|
| Rutin för kontakt med HSV | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Rutin för god hygien | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Rutin för hjälpmedel | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Utbildning i förflyttningsteknik | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Rutin för munhälsa | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | - | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Rutin för egenvård | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Rutin vid dödsfall | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

Resultatet visar att samtliga enheter har rutiner för kontakt med hälso- och sjukvården. För tio av enheterna (inom kommunens egen regi) behöver den skriftliga rutinen dock kompletteras med information om samtycke. Orsaken till att alla tio enheter behöver göra samma komplettering är att samtliga hemtjänstenheter i kommunens egen regi har samma rutiner inom alla uppföljningsområden. Detta innebär att om en rutin saknas, eller innehåller någon brist, blir bedömningsresultatet samma för alla enheter inom egen regi. I en av enheterna lyfts även att det rent generellt finns oklarheter gällande när kontakt ska tas med hälso- och sjukvården. För en av de externa hemtjänstutförarna behöver rutinen förtydligas i vilka situationer kontakt med hälso- och sjukvård ska tas. Rutinen bör även uppdateras då vissa delar av den inte längre är aktuella.

Samtliga enheter har rutiner för att säkerställa en god hygienisk standard samt arbetar på ett tydligt sätt för en god omsorg med minimal risk för smittspridning.

Rutiner för hjälpmedel saknas helt för samtliga enheter i egen regi och för en av de externa utförarna. Däremot beskriver samtliga utförare på ett tydligt sätt hur de tar kontakt med primärvårdsrehab och att utbildning i användandet av hjälpmedel sker vid behov.

Vid verksamhetsbesöken hos enheterna inom kommunens egen regi framkom även att det sker utbildning i förflyttningsteknik hemma hos berörd brukare genom primärvårdsrehab. I övrigt lär medarbetarna varandra. Ett samlat utbildningstillfälle för samtlig personal då generell förflyttningsteknik går igenom har inte genomförts på länge. Samtliga fyra



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

externa hemtjänstutförare utbildar sin personal i förflyttningsteknik men tar även del av utbildning av primärvårdsrehab hemma hos brukare.

Samtliga enheter har framtagna rutiner för munhälsa. Vid verksamhetsbesöken framgår dock att rutinen inte är känd hos sex av enheterna. Undantaget från detta är kommunens nattpatrull i och med att munvård hanteras av den utförare som är verksam under morgonen och på kvällen när brukaren vaknar respektive lägger sig.

Samtliga enheter har framtagna rutiner för egenvård. Vid verksamhetsbesöken framgår dock att hos fyra av enheterna i kommunens egen regi är inte rutinen känd. Hos två av de externa hemtjänstutförarna behöver rutinen förtydligas då det inte framgår att egenvård beviljas som en insats enligt socialtjänstlagen och endast utförs utifrån beställning från biståndshandläggaren.

Tydliga rutiner och arbetssätt när en brukare avlider i hemmet finns hos 13 enheter. Hos en enhet finns en rutin men det framgår inte tydligt vad medarbetaren förväntas göra.

Arbetssätt

Krav inom området arbetssätt rör bland annat kontaktmannaskap, rutin för byte av personal och tid, samt rutin för hot och våld i nära relationer. Figuren nedan visar i vilken grad de olika utförarna uppfyller de krav som ställs inom området. Grönt står för att kraven uppfylls helt, gult för att kraven delvis uppfylls och rött för att kraven inte uppnås alls.

Figur 4. Uppfyllda krav för området arbetssätt

| | Akvarellen | Alby | Fittja | Grödinge | Hallunda | Natten | Norsborg | Römossen | Storvreten | Tumba | Aros | Eveo | Nyckeln | SAAND |
|----------------------------|------------|------|--------|----------|----------|--------|----------|----------|------------|-------|------|------|---------|-------|
| Brukare har kontaktman | | | | | | | | | | | | | | |
| Rutin för kontaktman | | | | | | | | | | | | | | |
| Rutin för byte av personal | | | | | | | | | | | | | | |
| Rutin för hot och våld | | | | | | | | | | | | | | |



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Vid verksamhetsbesöken framkom att inom tolv enheter har samtliga brukare en utsedd kontaktman. Hos övriga två enheter höll kontaktmannaskapet precis på att omorganiseras och detta uppgavs vara anledningen till att inte alla brukare hade en kontaktman vid tidpunkten för uppföljningen. Samtliga enheter har skriftliga rutiner och arbetssätt kring kontaktmannaskap.

Samtliga enheter har en rutin för hur verksamheten ska informera brukaren vid byte av tid och/eller personal. För samtliga tio enheter inom kommunens egen regi behöver rutinen förtydligas då det inte framgår hur byte av personal ska förmedlas till brukaren. Trots att medarbetarna är tydliga med att inte tala om vem som kommer närmast, bör det framgå av rutinen att i de fall brukaren har informerats om vilken medarbetare som kommer, är det viktigt att meddela brukaren vid förändring av personal. För tre av de externa hemtjänstutförarna behöver också rutinerna förtydligas med exempelvis hur informationen ska nå brukaren samt hur lång tid i förväg brukaren ska meddelas. Vid uppföljningar framgår det dock att samtliga intervjuade medarbetare har ett fungerande arbetssätt kring detta.

Samtliga 14 enheter har rutiner för hot och våld i nära relationer. Inom en enhet skulle dock rutinen behöva utvecklas då det inte framkommer vad våld i nära relation kan vara, vilka tecken som medarbetaren bör vara uppmärksam på och hur medarbetaren ska agera vid misstanke om våld samt vilket stöd och vilken hjälp som finns att få för våldsutsatta.

Social dokumentation

Krav inom området social dokumentation rör bland annat rutin för informationsöverföring, rutin för genomförandeplaner samt förvaring av akter. Figuren nedan visar i vilken grad de olika utförarna uppfyller de krav som ställs inom området. Grönt står för att kraven uppfylls helt, gult för att kraven delvis uppfylls och rött för att kraven inte uppnås alls.



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Figur 5. Uppfyllda krav för området organisation och styrning

| | Akvarellen | Alby | Fittja | Grödinge | Hallunda | Natten | Norsborg | Römossen | Storvreten | Tumba | Aros | Eveo | Nyckeln | SAAND |
|----------------------------------|------------|------|--------|----------|----------|--------|----------|----------|------------|-------|------|------|---------|-------|
| Rutin för informationsöverföring | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Rutin för genomförandeplaner | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Förvaring av akter | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Arkivering av akter | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

Vid verksamhetsbesöken framkom att samtliga enheter har rutiner för informationsöverföring mellan olika personalkategorier och arbetspass samt mellan olika utförare. För samtliga enheter inom kommunens egen regi behöver rutinen förtydligas då all överföring mellan utförare ska ske via meddelandefunktionen i verksamhetssystemet (för att säkerställa att informationen går fram och kan följas i efterhand). I dagsläget sker överrapportering på olika sätt beroende på vilken tidpunkt den sker vilket riskerar att missförstås. Detta bekräftades även vid verksamhetsbesöken då några av cheferna lyfte att det förekommer att det ibland sker missar i överrapporteringen mellan dag-/kvällspersonal och nattpersonalen.

Rutinen för kommunens hemtjänst i egen regi behöver även förtydligas för att undvika att personuppgifter förekommer i det sms som kvällspersonalen skickar till natten, det vill säga att det ska framgå av rutinen vad detta sms ska innehålla (det vill säga absolut inga personuppgifter). Rutinerna som tre av de externa hemtjänstutförarna har behöver också förtydligas då det inte framgår hur informationsöverföringen mellan utförare ska ske. Vid uppföljningen blir det dock tydligt att det finns ett fungerande arbetssätt som innebär att informationen förmedlas via Lifecare.

Samtliga enheter har rutiner för hur genomförandeplaner upprättas och hålls aktuella. För samtliga enheter inom kommunens egen regi framgår dock av rutinen att brukaruppgifter hanteras i en lösenordskyddad Excel-fil som ett arbetsverktyg för cheferna att följa upprättade genomförandeplaner. Möjligheten att genomföra hanteringen via Lifecare bör i stället undersökas för att säkerställa sekretessen. Rutinen hos en av de externa hemtjänstutförarna behöver utvecklas då det inte framgår hur genomförandeplaner ska hållas aktuella. Rutinen är heller inte anpassad utifrån de krav kommunen ställt på vad en genomförandeplan ska innehålla.



RAPPORT

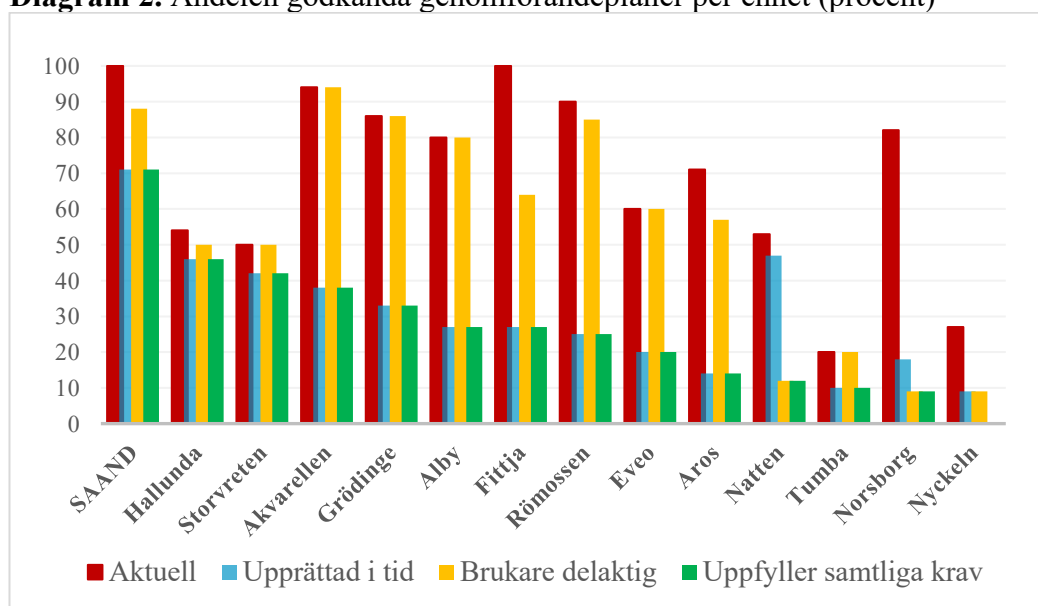
Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Det som dock är värt att nämna är att under samtliga verksamhetsbesök framgick att rutiner för genomförandeplaner är kända inom enheterna men att stickprovsgranskningen visar sämre följsamhet till rutinen för de flesta enheter. Som nedanstående figur visar finns det främst brister när det kommer till att upprätta genomförandeplanen i tid. Enligt ställda krav och Socialstyrelsens riktlinjer ska en genomförandeplan tas fram inom en månad efter att en insats verkställts och en uppdatering av planen ska göras om mer varaktiga förändringar sker av brukarens insatser. Granskningen visar att brister finns på båda dessa punkter. Det framgår även i genomgången av de stickprov som gjorts att det finns brister kopplat till brukardelaktigheten.

Diagram 2. Andelen godkända genomförandeplaner per enhet (procent)

Vid verksamhetsbesöken framkom att fem enheter inte förvarar akter enligt ställda krav. De brister som finns är att aktskåpet inte är brandsäkert eller att det inte har ett fungerande lås. Samtliga enheter hanterar dock arkiveringen av akter korrekt.

Trygghet och säkerhet

Krav inom området trygghet och säkerhet rör bland annat rutin för nyckelhantering, att personalen använder korrekt identifikation samt rutin



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

för när brukare inte öppnar dörren. Figuren nedan visar i vilken grad de olika utförarna uppfyller de krav som ställs inom området. Grönt står för att kraven uppfylls helt, gult för att kraven delvis uppfylls och rött för att kraven inte uppnås alls.

Figur 6. Uppfyllda krav för området trygghet och säkerhet

| | Akvarellen | Alby | Fittja | Grödinge | Hallunda | Natten | Norsborg | Römossen | Storvreten | Tumba | Aros | Eveo | Nyckeln | SAAND |
|-------------------------------|------------|-------|--------|----------|----------|--------|----------|----------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|
| Rutin för nyckelhantering | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Identifikation | Rött | Rött | Rött | Grönt | Rött | Rött | Rött | Rött | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Rött | Grönt |
| Rutin när brukare inte öppnar | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Rutin för egna medel | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | - | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Rutin för skyddsåtgärder | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Rött | Grönt | Grönt | Rött | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |

Samtliga enheter har godkända rutiner och arbetssätt för utlämning, kvittens och återlämning av nycklar.

När det gäller kraven på att kunna uppvisa identifikation som innehåller foto, namn och uppgifter om vilken hemtjänstutförare personen är anställd hos visar verksamhetsbesöken på vissa brister. För åtta enheter saknas denna typ av fotoidentifikation till samtliga medarbetare. Däremot har de allra flesta medarbetare någon form av namnskylt på sig vid besök hos brukare.

Samtliga enheter har godkända rutiner och ett fungerande arbetssätt för hur de ska agera om en brukare inte öppnar dörren vid inplanerat besök.

Samtliga enheter har rutiner för egna medel, det vill säga rutiner för sparande av kvitton och ordnad dokumentation. Undantaget från detta är kommunens nattpatrull där dessa frågor hanteras av den utförare som är verksam hos brukaren under dagtid.

Rutiner för skyddsåtgärder finns i samtliga enheter. I två enheter är rutinen dock inte känd.



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

Mat och måltider

Krav inom området mat och måltider rör rutiner och arbetssätt för bland annat förebyggande av viktförändringar samt rutiner för livsmedelshantering. Figuren nedan visar i vilken grad de olika utförarna uppfyller de krav som ställs inom området. Grönt står för att kraven uppfylls helt, gult för att kraven delvis uppfylls och rött för att kraven inte uppnås alls.

Figur 7. Uppfyllda krav för området mat och måltider

| | Akvarellen | Alby | Fittja | Grödinge | Hallunda | Natten | Norsborg | Römossen | Storvreten | Tumba | Aros | Eveo | Nyckeln | SAAND |
|---------------------------------------|------------|-------|--------|----------|----------|--------|----------|----------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|
| Rutin vid aptitlöshet/viktförändring | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | - | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt | Grönt |
| Rutin för livsmedelshantering/-hygien | Gult | Gult | Gult | Gult | Gult | - | Gult | Gult | Gult | Gult | Grönt | Grönt | Rött | Grönt |

Samtliga enheter har godkända rutiner och arbetssätt för hur personalen ska agera vid exempelvis aptitlöshet, ofrivillig viktförändring hos brukare eller om brukaren inte verkar tillgodogöra sig tillräckligt med näring. Undantaget från detta är kommunens nattpatrull där dessa frågor hanteras av den utförare som är verksam hos brukaren under dag- och kvällstid.

Vad gäller livsmedelshantering och livsmedelshygien så finns det rutiner för detta inom samtliga enheter. En enhet har en rutin för hanteringen av matlådor men där saknas information om temperaturmätning samt information om livsmedelshygien vid inköp och matlagning. För samtliga enheter i kommunens egen regi finns en rutin för matlådor medan det saknas rutin för inköp och matlagning. Undantaget från detta är kommunens nattpatrull där dessa frågor hanteras av den utförare som är verksam hos brukaren under dag- och kvällstid.

Digital teknik

Krav inom området digital teknik omfattar bland annat att samtliga hemtjänstenheter ska använda sig av Botkyrka kommuns verksamhetssystem Lifecare för att verkställa insats, skapa genomförandeplan, läsa och skriva social journal, frånvarorapportera, utföra brukarens besöksplanering samt för att schemalägga personal. Utföraren ska även använda Phoniore Care för insatsregistrering, dokumentation och



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

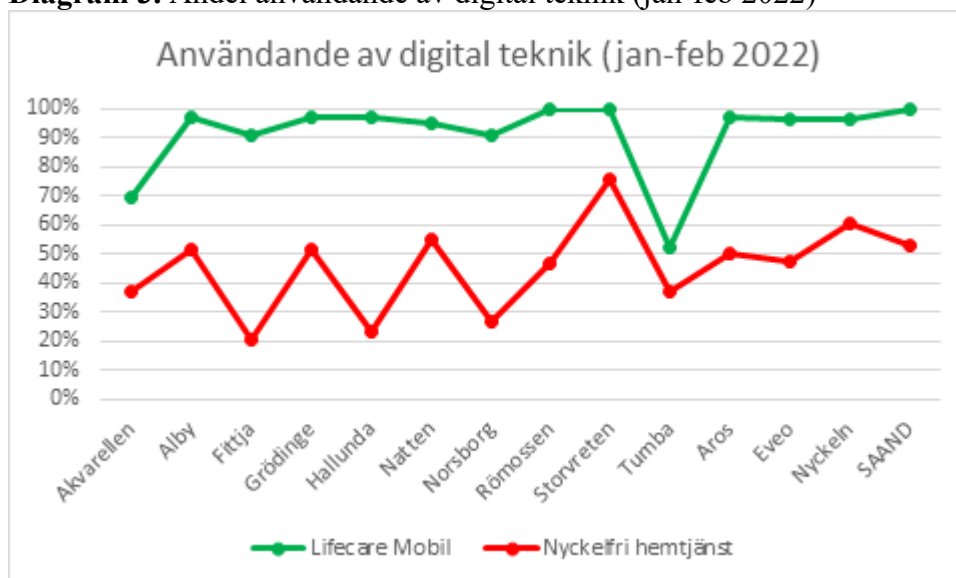
2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

kommunikation. Kommunens system för digital nyckelhantering ska också användas.

I diagrammet nedan går att följa samtliga enheters användande av Lifecare Mobil samt användande av digital nyckelhantering under januari och februari 2022.

Diagram 3. Andel användande av digital teknik (jan-feb 2022)



När det gäller nyckelfri hemtjänst bör beaktas att det är relativt nyligen infört och att implementering pågår. Utöver ovan har det under uppföljningen framkommit indikationer på att två av de externa utförarna inte använder Lifecare planering fullt ut som även det är ett kravställt system.

Specifika krav för externa utförare

Utöver de områden som gås igenom ovan finns ytterligare några krav som endast rör de externa hemtjänstutförarna. Dessa områden handlar bland annat om giltigt tillståndsbevis och lokalens geografiska placering.

Vid verksamhetsbesöken hos de externa hemtjänstutförarna kunde konstateras att samtliga fyra utförare uppgett korrekt adress till sin lokal. Samtliga lokaler var även belägna som mest 30 minuter från Tumba, i enlighet med ställda krav.



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

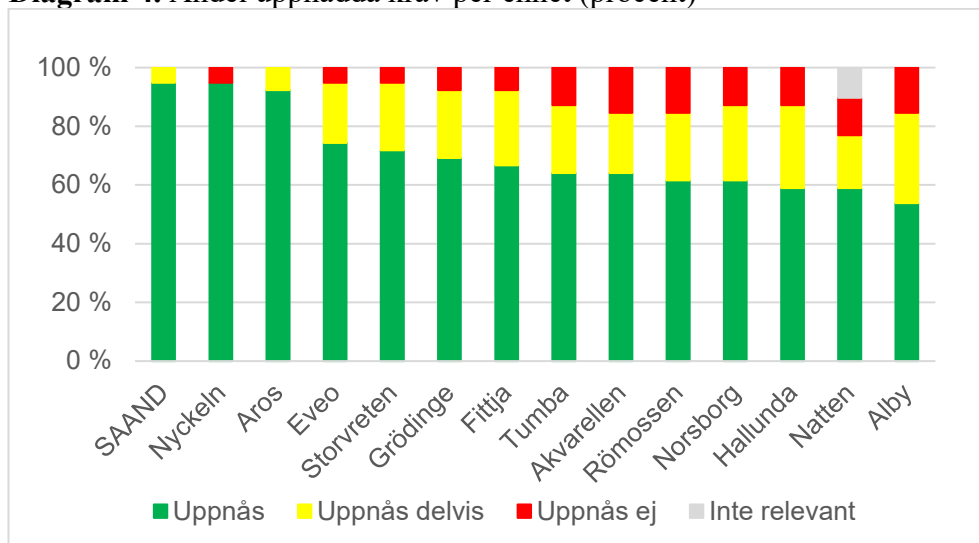
I samband med uppföljningen har även säkerställts att samtliga utförare har ett giltigt tillståndsbevis från IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Däremot kan konstateras att bara två av enheterna har registrerat sig och är godkända hos kontrollmyndighet för livsmedelshantering av matlådor. Det framgår vid kontakt att övriga två enheter har missat detta krav och uppger att de därför kommer att registrera sig snarast.

Som en del i uppföljningen har kommunledningsförvaltningens upphandlingsenhet skickat ut en egenrapportering av arbetsrättsliga villkor, till samtliga externa utförare, som de har besvarat. I dagsläget är det inget som upphandlingsenheten ser att utförarna behöver åtgärda. Aros, Eveo och SAAND tillämpar det kollektivavtal som är angett som riktmärke i upphandlingen. Nyckeln tillämpar villkoren i Äldreomsorg mellan Kommunal och Almega Vårdföretagarna utan att vara bunden av dessa villkor. Ingen av leverantörerna anlitar underleverantörer för uppdragets utförande. Samtliga har intygat på heder och samvete att de följer de arbetsrättsliga villkoren som angetts i upphandlingen.

Sammantaget resultat

Av nedanstående figur framgår andelen uppnådda krav per enhet utifrån samtliga uppställda krav.

Diagram 4. Andel uppnådda krav per enhet (procent)



Efter genomförd uppföljning kan konstateras att det finns vissa delar i hemtjänstens verksamhet där samtliga utförare uppfyller alla krav. Exempel



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

på dessa är följsamhet till basala hygienrutiner, hur personalen ska agera när en brukare saknar aptit eller minskar i vikt, hantering av brukarens nycklar, hur personalen ska agera när en brukare avlider eller inte öppnar dörren samt att alla nyanställda får introduktion.

Däremot visar uppföljningen på vissa brister för kommunens hemtjänst i egen regi när det gäller systematiken kring uppföljning av avvikelser, synpunkter och risker samt egenkontroller.

Uppföljningen visar även på ett behov av att samordna inköp av arbetskläder och tjänsteidentifikation inom kommunens egen regi då brister uppvisas inom ett flertal enheter samtidigt som det finns enheter som uppfyller kraven att lära av. Uppföljningen visar även på ett behov av att samordna utbildning i förflyttningsteknik inom kommunens egen regi då det var länge sedan en sådan utbildning genomfördes.

En säker förvaring av akter är också ett förbättringsområde för kommunens hemtjänst i egen regi då vissa skåp inte är brandsäkra och andra inte går att låsa.

Under uppföljningen uppmärksammades att samtliga externa hemtjänstutförare har, i sina utförarpresentationer som finns på kommunens hemsida, uppgett specialkompetens såsom exempelvis demens och psykisk ohälsa som en del av sin marknadsföring. I samband med verksamhetsbesöken fick de externa utförarna beskriva hur de arbetar utifrån sin specialkompetens. Bedömningen görs att arbetssätt finns inom enheterna för respektive specialkompetensområde.

Kommunens hemtjänst i egen regi har, i sin utförarpresentation på kommunens hemsida, endast uppgett att kommunen gör stora satsningar på kompetensutveckling men inte specificerat vilka. Här bedöms att det finns möjlighet för kommunens hemtjänst att marknadsföra sig genom att vara mer specifik kring de satsningar som görs inom verksamheten.

Åtgärdsplaner

Vid uppföljningen av samtliga hemtjänstenheter har, som tidigare nämnts, bedömningen av frågor/krav gjorts utifrån bedömningskriterierna:

- Finns/uppnås



RAPPORT

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2022:00120

2022-04-19

Kod: 3.7.0.1

- Finns delvis/uppnås delvis
- Saknas/uppnås ej

Det första bedömningskriteriet räknas som godkänt och de två övriga som avvikelser. Utifrån den uppföljning som gjorts har samtliga hemtjänstenheter avvikelser i mindre eller något större omfattning som behöver åtgärdas.

Inom de kravområden där enheten fått värderingen 1 (tillfredställande) uppnås krav, det finns en systematik i utförandet och rutiner finns samt används. Här krävs inga åtgärder. Inom de kravområden där enheten fått värderingen 2 (med anmärkning) är det något eller några krav som bara uppnås delvis. Det är bra kvalitet men systematik i utförandet och rutiner saknas. Här krävs åtgärder i form av dialog med enheten och anmärkningarna följs upp vid nästa uppföljningstillfälle. Inom de kravområden där enheten fått värderingen 3 (med avvikelse) är det något eller några krav som inte uppnås och det är fel och brister i större omfattning. Här krävs åtgärder i form av dialog med enheten. Enheten behöver även inkomma med en åtgärdsplan inom given tidsplan som ska godkännas av vård- och omsorgsförvaltningen. Avvikelsen ska vara åtgärdad inom fyra veckor.

Samtliga hemtjänstenheter har nu fått ta del av sitt resultat efter genomförd uppföljning. I de fall en avvikelse eller brist har upptäckts ska den analyseras och åtgärdas skyndsamt av enheten eller inom given tidsram, beroende på dess omfattning. Varje enhet ansvarar för att ta fram en åtgärdsplan, i de fall det krävs, som beskriver hur bristerna ska rättas till. Ansvarig uppföljare bedömer i dessa fall i första steg om åtgärdsplanen är tillräcklig och följer i nästa steg upp att åtgärder vidtagits.