



# UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Kommunal utförare

Hemsjukvården Söder och Norr

Diarienummer: VON 2019/0134, 2019/0136

Datum: 2019-11-20

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET  
BESTÄLLNINGS- OCH UPPFÖLJNINGSENHETEN

## Inledning

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Utifrån lagkrav ställs samma kvalitetskrav på privata utförare som på egna kommunala verksamheter.

Varje nämnd ansvarar för uppföljning och kontroll inom sitt ansvarsområde och ska med utgångspunkt från kommunfullmäktiges program (KS 2016/1121) ta fram riktlinjer för när och på vilket sätt avtal, överenskommelser och uppdrag i verksamheter ska följas upp.

Vård- och omsorgsnämnden har en riktlinje för arbetet med uppföljning av vård- och omsorgsverksamhet (VON 2019/0086). Riktlinjen omfattar uppföljning kommunala och privata utförare och beskriver syfte, ansvar och former för uppföljning. Syftet med att göra uppföljning är att kontrollera att lagar, förordningar och föreskrifter följs, att uppdragen utförs enligt de krav som avtalats, att uppsatta mål uppfylls, att den enskilde får vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet och att utveckla och förbättra kvalitet och effektivitet i verksamheten.

Det finns en uppföljningsplan för 2019-2022, där den planerade uppföljningen av kommunala och privata utförare redovisas för respektive år. Uppföljning kan även ske på förekommen anledning eller utifrån ett årligt tema.

Den planerade uppföljningen genomförs av uppföljningsteamet på beställnings- och uppföljningsenheten. Uppföljningsteamet har ett sammanhållande ansvar. I teamet ingår sakkunniga, medicinskt ansvariga och socialt ansvarig samordnare.

## Verksamhet

Uppföljningen ingår i den beslutade uppföljningsplanen för 2019-2022. Vid planering av uppföljningsbesöket av kommunens hemsjukvård framkom att enhetschefen för Hemsjukvården Norr även var tf. enhetschef för Hemsjukvården Söder. Den tf. enhetschefen har haft ett tätt samarbete med tidigare enhetschef för Hemsjukvård Söder och därmed god kännedom om enheten. Uppföljningen genomfördes på båda enheterna vid samma tillfälle vilket gav en helhetsbild av hemsjukvårdens verksamhet.

Hemsjukvården Söder har 26 årsarbetare och Norr har 21,8 årsarbetare. Antal patienter med insatser från hemsjukvården vid uppföljningsbesöket är på Söder 646 och på Norr 568.

## Metod

Innan uppföljningsbesöket så har kontakt tagits med ansvarig chef via telefon och e-post. Informationsbrev och frågor har skickats ut innan besöket. Ansvarig uppföljare och meduppföljare har även tagit del av dokument och uppgifter på vård- och omsorgskontoret som använts som underlag vid intervjun.

Besök och intervju har genomförts av sakkunnig samt medicinskt ansvarig sjuksköterska fredagen den 6 september. Vid besöket på enheten deltog ordinarie enhetschef för norra enheten som även var tillförordnad chef för den södra enheten. En sjuksköterska från respektive söder och norr deltog vid besöket. Efter besöket har intervju svaren på frågorna bedömts tillsammans med resultat från de dokument som vid besöket visades upp på begäran samt uppgifter från vård- och omsorgskontoret.

Uppgifter gällande bemanning och ekonomisk status har inhämtats från ekonomienheten som följer upp eventuella krav på förbättringsåtgärder enligt gällande rutiner.

Bedömning för respektive fråga har gjorts enligt följande färgschema:

|                |
|----------------|
| Godkänd        |
| Delvis godkänd |
| Inte godkänd   |

Noterade svar har skickats ut till ansvarig chef för eventuell justering. Slutligen har en sammanställning av resultatet gjorts, som redovisas i slutet av denna rapport uppdelad på de frågor som ställts vid uppföljningsbesöket och bedömt resultat i enlighet med ovanstående färgskala. Av frågorna förekommer ett antal frågor som ställs för att enbart erhålla information. Dessa frågor bedöms inte enligt skalan ovan och särredovisas i slutet av rapporten.

Den slutliga enhetsrapporten skickas till ansvarig chef samt delges på vård- och omsorgsnämnden. För de frågor som har fått en gul eller röd bedömning krävs att ansvarig chef inkommer med en åtgärdsplan över vilka åtgärder som ska vidtas samt tidplan över när åtgärder ska vara genomförda. Åtgärdsplanen ska ha inkommit till uppföljningsansvarig på beställnings- och uppföljningsenheten inom 30 dagar efter att uppföljningsrapporten är klar.

Som stöd i uppföljningsarbetet med frågor, viktning och bedömning har kravsorseraren från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) använts. Det är ett verktyg för stöd i arbetet med uppföljning på enhetsnivå i syfte att underlätta strukturering och analys i systematisk uppföljning.

## Kommunikation

|            |                                                                                                                                                   |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2019-06-27 | Utskick förslag besöksdatum                                                                                                                       |
| 2019-07-30 | Besöksdatum bokad                                                                                                                                 |
| 2019-08-05 | Skriftlig information via e-post inför uppföljningsbesök                                                                                          |
| 2019-09-06 | Besök på enheten, Hantverkaregatan 5, av uppföljningsansvarig och MAS – intervju med enhetschef och sjuksköterska från hemsjukvård söder och norr |
| 2019-09-12 | Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt                                                         |
| 2019-11-20 | Uppföljningsrapport klar                                                                                                                          |
| 2019-12-19 | Eventuell åtgärdsplan ska vara inskickad till uppföljningsansvarig                                                                                |

## Resultatredovisning – Hemsjukvården Söder och Norr

| FRÅGOR                                                                                                                                | BEDÖMNING | BRIST                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------|
| 1. Har utföraren en strategi för att hålla sig uppdaterade med nyheter och förändringar inom sitt ansvarsområde?                      |           |                                                                 |
| 2. Säkerställer utföraren att medarbetare är insatt i och följer de för verksamheten gällande styrdokument?                           |           |                                                                 |
| 3. Säkerställs att medarbetarna har behörighet, kunskap och kompetens för att hantera verksamhetssystem?                              |           |                                                                 |
| 4. Har enheten en rutin för kommunikation och dokumentation i samband med ev. driftsavbrott?                                          |           |                                                                 |
| 5. Görs loggkontroller två gånger per år?                                                                                             |           |                                                                 |
| 6. Arbetar ni med riskanalyser?                                                                                                       |           |                                                                 |
| 7. Arbetar ni med egenkontroll?                                                                                                       |           |                                                                 |
| 8. Var finns rutiner?                                                                                                                 |           |                                                                 |
| 9. Arbetar enheten med avvikelser enligt avvikelsehandboken?                                                                          |           |                                                                 |
| 10. Informeras personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?                                                                      |           |                                                                 |
| 11. Informeras patienter om hur synpunkter och klagomål lämnas?                                                                       |           |                                                                 |
| 12. Har eventuella brott som begåtts polisanmälts?                                                                                    |           |                                                                 |
| 13. Informeras personal om rapporterings-skyldigheten avseende avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada (lex Maria)? |           |                                                                 |
| 14. Informeras personal om möjlighet att rapportera enligt Lex Maja?                                                                  |           | All personal har inte fått information om vad Lex Maja innebär. |
| 15. Görs felanmälan till förvaltaren vid uppkommen brist i fastigheten?                                                               |           |                                                                 |

|                                                                                                                            |  |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16. Finns tillgång till brandskyddsutrustning såsom brandsläckare, brandfilt, första förbandstavla och brandvarnare?       |  |                                                                                            |
| 17. Sker riskbedömning av arbetsmiljön i enskildes hem och upprättats handlingsplan vid behov?                             |  | Riskbedömning i enskildas hem genomförs inte systematiskt. Handlingsplaner upprättas inte. |
| 18. Har medarbetare genomgått utbildning i brand- och säkerhetsarbete?                                                     |  |                                                                                            |
| 19. Har det för enheten tagits fram en kontinuitetsplan, som är en verksamhetsspecifik beredskapsplan?                     |  |                                                                                            |
| 20. Får nyanställda medarbetare ett individuellt utformat Introduktionsprogram?                                            |  |                                                                                            |
| 21. Erhåller medarbetarna kontinuerlig och adekvat kompetensutveckling?                                                    |  |                                                                                            |
| 22. Har alla tillsvidareanställda medarbetare möjlighet att arbeta heltid (om de vill)?                                    |  |                                                                                            |
| 23. Utgår arbetet med patienterna från ett rehabiliterande förhållningssätt?                                               |  |                                                                                            |
| 24. Bedrivs ett aktivt och strukturerat arbete med värdegrundsfrågor?                                                      |  |                                                                                            |
| 25. Anlitar utföraren auktoriserad tolk om behov av detta finns?                                                           |  |                                                                                            |
| 26. Sker samverkan med att identifiera och förebygga undernäring och felnäring hos patienten?                              |  |                                                                                            |
| 27. Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder?                                                                            |  | Riktlinjen är inte aktualiserad i gruppen gällande skyddsåtgärder.                         |
| 28. Följs riktlinje för arbetstekniska hjälpmedel?                                                                         |  |                                                                                            |
| 29. Följs direktivet för Medicinteknisk utrustning för hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter?                                |  |                                                                                            |
| 30. Finns rutin så kontakt tas med patientansvarig läkare eller annan vårdgivare när patientens hälsotillstånd fodrar det? |  |                                                                                            |

|                                                                                                                              |  |                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31. Finns strategier/arbetsätt för att säkerställa kontinuiteten för patienten i kontakten med hemsjukvården?                |  |                                                                                           |
| 32. Har lokal rutin för läkemedelshantering upprättats i samverkan med hemtjänstenheterna?                                   |  | Brister i upprättande av lokala rutiner för hantering av läkemedel på hemtjänstenheterna. |
| 33. Genomförs individuell utprovning inför förskrivning och tillhandahållande av inkontinenshjälpmedel?                      |  |                                                                                           |
| 34. Sker samverkan och medverkan i kvalitetsregister som Senior alert, BPSD och Palliativa registret?                        |  |                                                                                           |
| 35. Arbetar ni enligt direktivet för uppsökande och nödvändig tandvård?                                                      |  |                                                                                           |
| 36. Följs vård- och omsorgskontorets direktiv och instruktioner avseende vårdhygien?                                         |  |                                                                                           |
| 37. Sker delegering i samverkan utifrån vård- och omsorgskontorets direktiv?                                                 |  |                                                                                           |
| 38. Har medarbetarna praktiska förutsättningar för att fullgöra sin dokumentationsplikt?                                     |  |                                                                                           |
| 39. Fungerar vårdplaner som underlag för utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser samt uppföljning av insatserna?           |  |                                                                                           |
| 40. Har hemsjukvården initierat eller medverkat vid någon SIP                                                                |  |                                                                                           |
| 41. Förvaras handlingar och information rörande patienternas personliga förhållanden så att obehöriga inte kan komma åt dem? |  |                                                                                           |
| 42. Samverkar ni med andra i kommunen?                                                                                       |  |                                                                                           |
| 43. Samverkar ni med legala företrädare och anhöriga?                                                                        |  |                                                                                           |
| 44. Samverkar ni med andra vårdgivare?                                                                                       |  |                                                                                           |
| 45. Finns verksamhetsberättelse från föregående år?                                                                          |  |                                                                                           |
| 46. Finns aktuell verksamhetsplan?                                                                                           |  |                                                                                           |

| FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS                         | JA | NEJ | KOMMENTAR                                                   |
|------------------------------------------------|----|-----|-------------------------------------------------------------|
| Har IVO genomfört någon tillsyn?               |    | x   |                                                             |
| Har arbetsmiljöverket genomfört någon tillsyn? | x  |     | Ja. Flera gånger senast sommaren 2018. Ärendet är avslutat. |

## Inhämtade uppgifter

### Ekonomienheten

Hemsjukvården söder och norr har enligt resursfördelningsmodell 60 ÅA.

Utfallet per augusti månad är 48,46 ÅA men trots prognos för 2019 visar ett underskott på – 3,6 MSEK på grund av kostnad för inhyrda sjuksköterskor.

Enhetens ekonomiska status är inte godkänd och förbättringsåtgärder krävs för att nå budget i balans.