

Uppföljningsrapport

Uppföljning enligt plan för verksamhetsuppföljning 2019-2022

Kommunal utförare
Hälso- och sjukvårdsorganisation 3
Hälso- och sjukvård

Diarienummer: VON 2022/0250

Datum: 2023-01-20

Sammanfattning

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Vård- och omsorgsnämnden har en riktlinje för arbetet med uppföljning av vård- och omsorgsverksamhet (VON 2020/0487-5) och en plan för verksamhetsuppföljning 2019-2022. Uppföljningarna genomförs av uppföljningsteamet på beställnings- och uppföljningsenheten. Denna rapport redovisar resultatet av genomförd uppföljning 2022-11-18 av kommunal utförare, Hälso- och sjukvårdsorganisation 3, verksamhetsområde hälso- och sjukvård.

Metoden är intervjubaserad och ger en ögonblicksbild av verksamheten. En bedömning av svar görs utifrån en tregradig skala; godkänd (grön), delvis godkänd (gul) och inte godkänd (röd). För de frågor där brister framkommer upprättas en åtgärdsplan. I rapporten redovisas en sammanställning av resultatet, det vill säga vilken bedömning respektive fråga har fått. Det förekommer ett fåtal frågor, som inte bedöms utan enbart har ställts för att erhålla information och som särredovisas. Därutöver redovisas inhämtade uppgifter från ekonomienheten och myndighetsutövningen samt information om eventuella tillsyner och brukarundersökningar. Sist redovisas information om löpande kontroller.

Sammanställning av resultat för bedömda frågor vid genomförd uppföljning:

36 frågor	Godkänd	Delvis godkänd	Inte godkänd
Hälso- och sjukvårdsorganisation 3	34 (94 %)	1 (3 %)	1 (3 %)

Inledning

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Utifrån lagstiftning ställs samma kvalitetskrav på privata utförare som på 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 2020/0487-5. 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.

I planen för verksamhetsuppföljning 2019-2022 framgår planerad uppföljning av kommunala och privata utförare för respektive år. Uppföljningarna genomförs av uppföljningsteamet på beställnings- och uppföljningsenheten, som har ett sammanhållande ansvar. I teamet ingår sakkunniga, medicinskt ansvariga och socialt ansvarig samordnare.

Verksamhet

Uppföljningen ingår i planen för verksamhetsuppföljning. Hälso- och sjukvårdsorganisation 3 har hälso- och sjukvårdsansvar för tre enheter inom särskilt boende med drygt 220 brukare. Enheterna är Värmlandsgatan 16, Sandbyhovsgatan 4 och Kalkstensvägen 5. De arbetar även mot korttidsboendet på Gamla Övägen 27. På enheten arbetar cirka 30 medarbetare: sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. På enheten finns det palliativa teamet som arbetar mot samtliga verksamheter inom kommunens egenregi.

Genomförande

Innan uppföljning av enheten har kontakt tagits med ansvarig chef. Därefter har informationsbrev och frågor skickats ut till chefen. Som underlag inför uppföljningstillfället har även dokument och uppgifter på vård- och omsorgskontoret inhämtats. Uppföljningen ger en ögonblicksbild av verksamheten.

Intervjun genomfördes digitalt via Teams av en sakkunnig och en utredare den 18 november 2022. På intervjun deltog enhetschef och en medarbetare. Efter uppföljningen har intervjusvaren på frågorna bedömts tillsammans med aktuella dokument och uppgifter.

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. Sedan 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. Det förekommer ett fåtal frågor som ställs enbart för att erhålla information. Dessa bedöms inte enligt skalan ovan och särredovisas i slutet av rapporten.

Uppföljningsrapporten skickas till ansvarig chef och delges på vård- och omsorgsnämnden samt publiceras därefter internt och externt. För de frågor som har fått en gul eller röd bedömning krävs att chefen inkommer med en åtgärdsplan över vilka åtgärder som ska vidtas samt tidplan över när dessa ska vara genomförda. Åtgärdsplanen ska ha inkommit till uppföljningsansvarig på beställnings- och uppföljningsenheten inom 30 dagar.

Som stöd i uppföljningsarbetet med frågor och bedömning används kravsorteraren från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Det är ett verktyg för stöd i arbetet med uppföljning på enhetsnivå i syfte att underlätta strukturering och analys i systematisk uppföljning.

Resultatredovisning

Kommunal utförare, Hälso-och sjukvårdsorganisation 3

Av 36 bedömda frågor vid genomförd uppföljning visar det sammanställda resultatet att 34 frågor får godkänt (grönt) svar, 1 delvis godkänt (gult) svar och 1 svar bedöms som inte godkänt (rött). Procentuellt innebär resultatet att 94 procent av svaren är godkända 3 procent delvis godkända och 3 procent är inte godkända. En fråga har bedömts som inte aktuell. Det har inte varit möjligt att hämta uppgifter om måluppfyllelse för avvikelshantering ur Webfocus. Därför har frågan inte kunnat bedömas.

Frågor	Bedömning
Ledning och styrning	
Har det för enheten tagits fram en krisplan/kontinuitetsplan, som är en verksamhetsspecifik beredskapsplan?	Godkänd
Görs loggkontroller två gånger per år i enlighet med riktlinjen?	Godkänd
Systematiskt kvalitetsarbete	
Har ni en plan för hur ni systematiskt ska arbeta med egenkontroll?	Godkänd
Arbetar ni med riskanalyser enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete?	Godkänd
Uppfyller ni kvalitetsmål för avvikelshantering?	Kan inte bedömas
Informeras personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?	Godkänd
Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?	Godkänd
Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden enligt lex Sarah?	Godkänd
Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada enligt lex Maria?	Godkänd
Medarbetare	
Säkerställer ni att alla nyanställda medarbetare får den introduktionen som krävs för att klara av arbetet?	Godkänd
Genomgår personalen utbildning i brand- och säkerhetsarbete?	Godkänd
Erhåller alla medarbetare individuella kompetensutvecklingsinsatser utifrån behov?	Godkänd
Känner alla medarbetare till att kommunen är ett finskt förvaltningsområde (FFO)?	Inte godkänd
Verksamhet och arbetssätt	
Arbetar ni utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt?	Godkänd
Finns arbetssätt och metoder som är anpassade efter vård- och omsorgstagares behov?	Godkänd
Bedrivs värdegrundsarbete utifrån lagstiftning och kommunens värdegrund?	Godkänd
Tillgodoser ni vård- och omsorgstagare behov av auktoriserad tolk?	Godkänd
Har varje vård- och omsorgstagare en fast vårdkontakt?	Godkänd
Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder?	Godkänd
Säkerställer personal patientens identitet?	Godkänd

Känner alla medarbetare till vad lex Maja innebär?	Delvis godkänd
Följs rutin för att hantera situationer där vård- och omsorgstagare inte öppnar eller inte är anträffbar?	Inte aktuell
Följer ni rutinen för överrapportering mellan dag- och nattpersonal utifrån vård- och omsorgstagares behov?	Godkänd
Hälso- och sjukvård	
Finns rutin för hur personal tar kontakt med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när vård- och omsorgstagares hälsotillstånd fordrar det?	Godkänd
Finns rutin för vård till vård?	Godkänd
Finns arbetssätt för säker hantering av läkemedel på enheten?	Godkänd
Följs vård- och omsorgskontorets direktiv och instruktioner avseende vårdhygien?	Godkänd
Sker samverkan mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och enhetschef i samband med delegeringar utifrån vård- och omsorgskontorets direktiv?	Godkänd
Erbjuds alla vård- och omsorgstagare en rehabiliteringsnivåbedömning (SÄBO)?	Godkänd
Dokumentation	
Har medarbetarna de praktiska förutsättningar, såsom avsatt tid, plats, tillgång till dator och behörighet för att kunna fullgöra sin dokumentationsplikt?	Godkänd
Sker fortlöpande dokumentation?	Godkänd
Finns rutin eller arbetssätt för att informera patienter om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns?	Godkänd
Har medarbetarna den kunskap som krävs för att kunna dokumentera?	Godkänd
Sker kontinuerlig kvalitetsgranskning av dokumentationen?	Godkänd
Har alla patienter en aktuell vårdplan? Frågan avser patienter med insatser enligt HSL.	Godkänd
Har alla patienter fått möjlighet att vara delaktiga i upprättande av vårdplan?	Godkänd
Dokumenteras hälso- och sjukvårdsinsatser enligt vård- och omsorgskontorets dokumentationsdirektiv?	Godkänd
Samverkan	
Har vård- och omsorgstagare som är i behov av samtidiga insatser blivit erbjuden en upprättad samordnad individuell plan (SIP)?	Godkänd

Övriga frågor	Kommentar
Känner alla medarbetare till Sveriges nationella minoriteter?	Ja.
Fungerar samverkan vid genomförande av SIP?	Delvis.
Samverkar ni med legala företrädare och närstående?	Ja.
Samverkar ni med andra organisationer/vårdgivare?	Ja.
Samverkar ni med andra verksamheter inom kommunen?	Ja.

Inhämtade uppgifter

Ekonomienheten

Hälsa- och sjukvårdsorganisation 3	Bedömning
Enheten skulle enligt resursfördelningsmodellen ha 24,5 årsarbetare (ÅA). Utfallet per november månad är 21,01 ÅA. Enheten bedöms som godkänd, men visar underskott på grund av inhyrda sjuksköterskor.	Godkänd

Information

Frågor	Kommentar
Har tillsyn genomförts från andra myndigheter?	Nej.
Har enheten deltagit i nationella brukarundersökningar?	Inte aktuellt.