

Socialförvaltningen

HSL - Redovisning av avtals- och kvalitetsuppföljning 2025



Innehållsförteckning

1	Inledning.....	4
2	Kvalitet och lagkrav	5
3	Syfte och mål.....	6
4	Metod	7
5	Resultat	8
6	Diskussion och slutsats	18

I Inledning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är kommunen huvudman med ansvar för att erbjuda en god kommunal hälso- och sjukvård på lika villkor. Det är endast kommun eller region som kan vara huvudman för hälso- och sjukvård. Kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar innebär behandling, omvårdnad, förebyggande arbete samt rehabilitering och habilitering utfört av legitimerad sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Ansvar för omvårdnad omfattar inte det som kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser eller särskilda kompetens. För huvudmannen har MAS samt MAR ett tillsynsansvar över vårdgivarens utförande av hälso- och sjukvård. Vid tillsyn granskas de lokala rutiner som finns, att dessa följer gällande regelverk samt hur vårdgivaren säkerställer personalens följsamhet genom egenkontroller.

Vårdgivare är den som utför hälso- och sjukvård, vilket kan vara i kommunens egen regi eller bedrivas av privata utförare. Vårdgivare är skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård så att kraven på god och säker vård uppfylls enligt lag. Vårdgivaren ansvarar för att hålla sig uppdaterad kring gällande lagstiftning, författningar, nationella riktlinjer och skapa de lokala skriftliga rutiner som är relevanta för verksamheten. Vårdgivarens skriftliga rutiner ska anpassas efter lokala förutsättningar och tydliggöra vilka aktiviteter som ska utföras, av vem, när och hur. De lokala rutinerna ska ha en tydlig koppling till sjuksköterskans, arbetsterapeutens och fysioterapeutens kompetensområden. Verksamheten ska ha särskilda rutiner/styrande dokument som beskriver hur verksamheten ska upprätthållas till en tolerabel nivå vid extraordinära händelser så som längre strömavbrott, höjd beredskap, pandemi och kris.

Enligt Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) ska det för varje vårdgivare finnas en verksamhetschef för hälso- och sjukvård. Ansvar för verksamhetschef regleras i Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80). Verksamhetschef enligt HSL har ett samlat ledningsansvar och ansvarar för att den enskildes behov av säkerhet, kontinuitet och samordning i vården tillgodoses. I det samlade ledningsansvaret ingår att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att organisatoriskt planera, leda och kontrollera verksamheten. Verksamhetschef enligt HSL ska ansvara för att senast den 1 mars årligen sammanfatta arbetet i en patientsäkerhetsberättelse.

Årets verksamhetsuppföljning omfattar verksamheter med vårdgivaransvar inom äldreomsorg, LSS och socialpsykiatri, vilket innefattar verksamheter inom egen regi och privata utförare.

2 Kvalitet och lagkrav

I den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För verksamheter som arbetar med rehabilitering kan det istället finnas en arbetsterapeut eller fysioterapeut som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

MAS och MAR har ett särskilt medicinskt ansvar för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- besluten om delegering är patientsäkra
- patientjournaler förs
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det

Vid uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården utgår MAS och MAR utifrån det lagstadgade ansvaret som MAS och MAR har. I årets uppföljning har fokusområdet utgått ifrån att patienten ska erhålla en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

3 Syfte och mål

Syftet med verksamhetsuppföljning är att säkerställa att den kommunala hälso- och sjukvården är av god kvalitet, håller god hygienisk standard, tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt vara lättillgänglig. Målet är att i dialog med verksamheterna stimulera till ett förbättrat patientsäkerhetsarbete och bidra till en utveckling av hälso- och sjukvården.

4 Metod

Verksamhetsuppföljning har genomförts i två steg. I det första steget har respektive verksamhetschef besvarat en skriftlig enkät via Stratsys uppföljningsmodul där ett flertal frågor ställdes. Följande dokument begärdes in: Qusta (ett kvalitetsinstrument för hälso- och sjukvård i kommunens särskilda boenden för äldre), apoteksgranskningsprotokoll med handlingsplan, patientsäkerhetsberättelse, vårdhygienisk egenkontroll med handlingsplan.

I steg två genomfördes ett verksamhetsbesök för fördjupade frågeställningar och förtydligande diskussioner, där flera yrkeskategorier har varit representerade. En bedömning gjordes därefter för att fastställa om avtal-/kvalitetskrav uppfylldes utifrån tre nivåer:

Grön: Uppfyller avtal-/kvalitetskrav

Gul: Uppfyller delvis avtal-/kvalitetskrav

Röd: Bedöms ej uppfylla avtal-/kvalitetskrav

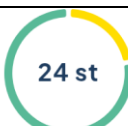
5 Resultat

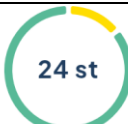
Resultatet är en sammanställning från alla verksamheter som ingår i MAS och MAR:s uppföljningsansvar. Enkätfrågorna till verksamheterna har varit riktade utifrån vilken typ av verksamhet det är varför svarsantalet varierar beroende på fråga. I uppföljningsmodulen får respektive verksamhet en fullständig rapport med resultat, kommentarer samt åtgärdskrav.

5.1 Sammanställning av resultat

5.1.1 Frågeformulär samtliga verksamheter HSL

Frågor	Österåkers bedömning
Beskriv hur verksamheten arbetar teambaserat kring patienten.	 17 st - Uppfyller delvis avtals-/kvalitet skrav 3 st (18%) - Uppfyller avtals-/kvalitet skrav 14 st (82%)
Har verksamheten en anställd sjuksköterska med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel? Ja/nej	 17 st - Uppfyller delvis avtals-/kvalitet skrav 2 st (12%) - Bedöms ej uppfylla avtals-/kvalitet skrav 2 st (12%) - Uppfyller avtals-/kvalitet skrav 13 st (76%)

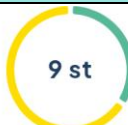
Frågor	Österåkers bedömning
Har vårdgivaren tillräcklig bemanning för att tillgodose det hälso- och sjukvårdsbehov som finns hos respektive patient? Ja/nej	 30 st - Uppfyller delvis avtals-/kvalitet skrav 5 st (17%) - Uppfyller avtals-/kvalitet skrav 25 st (83%)
Hur många patienter (ange i procent) med demensdiagnos har en registrerad bedömning i BPSD-register sedan september 2024?	 9 st - Uppfyller avtals-/kvalitets krav 2 st (22%) - Uppfyller delvis avtals-/kvalitets krav 2 st (22%) - Bedöms ej uppfylla avtals-/kvalitets krav 5 st (56%)
Hur säkerställer verksamheten att omvårdnadspersonal som handhar medicintekniska produkter (MTP) såsom arbetstekniska- och individuellt förskrivna hjälpmedel kontinuerligt får erforderlig utbildning?	 32 st Uppfyller avtals-/kvalitetskrav 32 st (100%)
Har verksamheten rutin för att identifiera risk för undernäring/felnäring i samband med inflytt? Ja/nej	 24 st - Uppfyller delvis avtals-/kvalitet skrav 5 st (21%) - Uppfyller avtals-/kvalitet skrav 19 st (79%)

Frågor	Österåkers bedömning
Hur säkerställer verksamheten att patienternas behov av rehabilitering/habilitering och hjälpmedel blir tillgodosedda i enlighet med patientens behov?	 17 st ● Uppfyller 17 st (100%) avtals-/kvalitetskrav
Hur säkerställer verksamheten att åtgärder som är ordinerade av legitimerad medarbetare i en vårdplan/rehabiliteringsplan blir utförda av ansvariga stödassistenter/undersköterskor/omvårdnadspersonal?	 24 st ◆ Uppfyller delvis 3 st (13%) avtals-/kvalitetsskrav ● Uppfyller 21 st (88%) avtals-/kvalitetsskrav
Har verksamheten en rutin för hur och vid vilka tillfällen sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut ska kontaktas? Ja/nej	 31 st ◆ Uppfyller delvis 1 st (3%) avtals-/kvalitetsskrav ● Uppfyller 30 st (97%) avtals-/kvalitetsskrav
Har verksamheten en skriftlig rutin som säkerställer processen vid in- och utskrivning från/till slutenvård? Ja/nej	 14 st ◆ Uppfyller delvis 4 st (29%) avtals-/kvalitetsskrav ● Uppfyller 10 st (71%) avtals-/kvalitetsskrav
Har verksamheten rutiner som tydliggör ansvarsområden vid väntade och oväntade dödsfall inklusive omhändertagande och transport av avliden ?	 32 st ● Uppfyller 32 st (100%) avtals-/kvalitetskrav

Frågor	Österåkers bedömning
Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.	 32 st  Uppfyller delvis avtals-/kvalitet skrav 13 st (41%)  Uppfyller avtals-/kvalitet skrav 19 st (59%)
Har verksamheten en rutin som säkerställer att personer med rätt till avgiftsfri munhälsobedömning får detta av avtalad leverantör? Ja/nej	 14 st  Uppfyller delvis avtals-/kvalitet skrav 1 st (7%)  Uppfyller avtals-/kvalitet skrav 13 st (93%)
Har alla patienter/brukare med skyddsåtgärd ett dokumenterat syfte med åtgärden, dokumenterat samtycke samt en plan för uppföljning? Ja/nej	 31 st  Uppfyller delvis avtals-/kvalitet skrav 4 st (13%)  Uppfyller avtals-/kvalitet skrav 27 st (87%)
Vid identifierad risk för suicid, självskada finns det då en upprättad hälsoplan/vårdplan med mål, åtgärder, planerad uppföljning	 13 st  Uppfyller delvis avtals-/kvalitet skrav 1 st (8%)  Uppfyller avtals-/kvalitet skrav 12 st (92%)

Frågor	Österåkers bedömning
Hur arbetar verksamhetens palliativa ombud för att stötta kollegor och sprida kunskap på arbetsplatsen?	 10 st - Uppfyller delvis avtals-/kvalitetskrav 2 st (20%) - Uppfyller avtals-/kvalitetskrav 8 st (80%)

5.1.2 Granskning av rutiner och processer

Frågor	Österåkers bedömning
Bifoga ifylld Qusta	 9 st - Uppfyller avtals-/kvalitetskrav 3 st (33%) - Uppfyller delvis avtals-/kvalitetskrav 6 st (67%)
Bifoga patientsäkerhetsberättelsen.	 14 st Uppfyller avtals-/kvalitetskrav 14 st (100%)
Bifoga senaste apoteksgranskningsrapport samt beskrivning över åtgärder som har vidtagits utifrån farmaceutens identifierade förbättringsområden.	 17 st - Uppfyller avtals-/kvalitetsskrav 4 st (24%) - Uppfyller delvis avtals-/kvalitetsskrav 13 st (76%)

Frågor	Österåkers bedömning
Bifoga senaste vårdhygieniska egenkontrollen (VEK)	 9 st  Uppfyller delvis 2 st (22%) avtals-/kvalitets krav  Uppfyller 7 st (78%) avtals-/kvalitets krav

5.2 Resultat per verksamhet

Resultatet per verksamhet som presenteras i rapporten visar endast de frågor som ej eller delvis uppfyller avtals-/ och kvalitetskrav.

5.2.1 LSS

Uppföljningsdel	Frågor	Österåkers bedömning	Enhet
Frågeformulär	Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.		Gruppbostad Bergsättra
	Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.		Gruppbostad Kanalvägen 5
	Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.		Gruppbostad Skonaren
	Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.		Gruppbostad Skånsta
	Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.		Gruppbostad Smedby
	Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.		Servicebostad Malvan
	Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.		Servicebostad Norrgårdsvägen
	Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.		Servicebostad Runö Gärd

Uppföljningsdel	Frågor	Österåkers bedömning	Enhet
	Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.	♦	HSE
	Har alla patienter/brukare med skyddsåtgärd ett dokumenterat syfte med åtgärden, dokumenterat samtycke samt en plan för uppföljning? Ja/nej	♦	Gruppbostad Skånsta
	Har vårdgivaren tillräcklig bemanning för att tillgodose det hälso- och sjukvårdsbehov som finns hos respektive patient? Ja/nej	♦	Servicebostad Malvan
	Har vårdgivaren tillräcklig bemanning för att tillgodose det hälso- och sjukvårdsbehov som finns hos respektive patient? Ja/nej	♦	Servicebostad Norrgårdsvägen
	Har vårdgivaren tillräcklig bemanning för att tillgodose det hälso- och sjukvårdsbehov som finns hos respektive patient? Ja/nej	♦	HSE
	Har verksamheten rutin för att identifiera risk för undernäring/felnäring i samband med inflytt? Ja/nej	♦	Servicebostad Malvan
	Har verksamheten rutin för att identifiera risk för undernäring/felnäring i samband med inflytt? Ja/nej	♦	Servicebostad Norrgårdsvägen
	Har verksamheten rutin för att identifiera risk för undernäring/felnäring i samband med inflytt? Ja/nej	♦	Servicebostad Runö Gård
	Har verksamheten en rutin som säkerställer att personer med rätt till avgiftsfri munhälsobedömning får detta av avtalad leverantör? Ja/nej	♦	Gruppbostad Skogstäppan
	Har verksamheten en skriftlig rutin som säkerställer processen vid in- och utskrivning från/till slutenvård? Ja/nej	♦	HSE

5.2.2 Socialpsykiatri

Uppföljningsdel	Österåkers bedömning	Enhet
Frågeformulär	Har verksamheten en rutin som säkerställer att personer med rätt till avgiftsfri munhälsobedömning får detta av avtalad leverantör? Ja/nej	Gruppbostad Skogstäppan

5.2.3 Äldreomsorg

Uppföljningsdel	Österåkers bedömning	Enhet
Frågeformulär	Har verksamheten en anställd sjuksköterska med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel? Ja/nej	Attendo Kantarellvägen
	Har verksamheten en anställd sjuksköterska med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel? Ja/nej	Enebackens äldreboende
	Har verksamheten en anställd sjuksköterska med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel? Ja/nej	Muskötvägen 25
	Har verksamheten en anställd sjuksköterska med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel? Ja/nej	Vårdbo
	Hur många patienter (ange i procent) med demensdiagnos har en registrerad bedömning i BPSD-register sedan september 2024?	Attendo Kantarellvägen
	Hur många patienter (ange i procent) med demensdiagnos har en registrerad bedömning i BPSD-register sedan september 2024?	Enebackens äldreboende
	Hur många patienter (ange i procent) med demensdiagnos har en registrerad bedömning i BPSD-register sedan september 2024?	Humana Norrgårdshöjden
	Hur många patienter (ange i procent) med demensdiagnos har en registrerad bedömning i BPSD-register sedan september 2024?	Muskötvägen 25
	Hur många patienter (ange i procent) med demensdiagnos har en registrerad bedömning i BPSD-register sedan september 2024?	Smedbygården
	Hur många patienter (ange i procent) med demensdiagnos har en registrerad bedömning i BPSD-register sedan september 2024?	Villa Näs
	Hur många patienter (ange i procent) med demensdiagnos har en registrerad bedömning i BPSD-register sedan september 2024?	Vårdbo
	Beskriv hur verksamheten arbetar teambaserat kring patienten.	Enebackens äldreboende
	Beskriv hur verksamheten arbetar teambaserat kring patienten.	Hörnans dagverksamhet
	Beskriv hur verksamheten arbetar teambaserat kring patienten.	Enebacken korttidsboende

Uppföljningsdel	Österåkers bedömning	Enhet
Har vårdgivaren tillräcklig bemanning för att tillgodose det hälso- och sjukvårdsbehov som finns hos respektive patient? Ja/nej	♦	Enebackens äldreboende
Har vårdgivaren tillräcklig bemanning för att tillgodose det hälso- och sjukvårdsbehov som finns hos respektive patient? Ja/nej	♦	Enebacken korttidsboende
Har verksamheten rutin för att identifiera risk för undernäring/felnäring i samband med inflytt? Ja/nej	♦	Enebackens äldreboende
Har verksamheten rutin för att identifiera risk för undernäring/felnäring i samband med inflytt? Ja/nej	♦	Enebacken korttidsboende
Hur säkerställer verksamheten att åtgärder som är ordinerade av legitimerad medarbetare i en vårdplan/rehabiliteringsplan blir utförda av ansvariga stödassistent/undersköterskor/omvårdnadspersonal?	♦	Enebackens äldreboende
Hur säkerställer verksamheten att åtgärder som är ordinerade av legitimerad medarbetare i en vårdplan/rehabiliteringsplan blir utförda av ansvariga stödassistent/undersköterskor/omvårdnadspersonal?	♦	Smedbygården
Hur säkerställer verksamheten att åtgärder som är ordinerade av legitimerad medarbetare i en vårdplan/rehabiliteringsplan blir utförda av ansvariga stödassistent/undersköterskor/omvårdnadspersonal?	♦	Enebacken korttidsboende
Har verksamheten en skriftlig rutin som säkerställer processen vid in- och utskrivning från/till slutenvård? Ja/nej	♦	Enebackens äldreboende
Har verksamheten en skriftlig rutin som säkerställer processen vid in- och utskrivning från/till slutenvård? Ja/nej	♦	Görjansängen
Har verksamheten en skriftlig rutin som säkerställer processen vid in- och utskrivning från/till slutenvård? Ja/nej	♦	Enebacken korttidsboende
Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.	♦	Enebackens äldreboende
Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.	♦	Görjansängen
Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.	♦	Hörnans dagverksamhet
Beskriv verksamhetens systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelserapportering.	♦	Enebacken korttidsboende
Hur arbetar verksamhetens palliativa ombud för att stötta kollegor och sprida kunskap på arbetsplatsen?	♦	Enebackens äldreboende
Hur arbetar verksamhetens palliativa ombud för att stötta kollegor och sprida kunskap på arbetsplatsen?	♦	Solskiftets äldreboende
Har verksamheten en rutin för hur och vid vilka tillfällen sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut ska kontaktas? Ja/nej	♦	Muskötvägen 25

Uppföljningsdel		Österåkers bedömning	Enhet
	Har alla patienter/brukare med skyddsåtgärd ett dokumenterat syfte med åtgärden, dokumenterat samtycke samt en plan för uppföljning? Ja/nej		Muskötvägen 25
	Har alla patienter/brukare med skyddsåtgärd ett dokumenterat syfte med åtgärden, dokumenterat samtycke samt en plan för uppföljning? Ja/nej		Smedbygården
	Har alla patienter/brukare med skyddsåtgärd ett dokumenterat syfte med åtgärden, dokumenterat samtycke samt en plan för uppföljning? Ja/nej		Villa Näs

6 Diskussion och slutsats

För de områden där verksamheterna i år ej har bedömts uppfylla avtal-/kvalitetskrav har verksamheterna ombetts vidta eller inkomma med åtgärder för hur bristen ska avhjälpas inom satt tidsram utifrån bristens art. Uppföljning av åtgärder görs av MAS och MAR under året.

Årets verksamhetsuppföljning visar att det finns flera gemensamma utvecklingsområden. Det området som flest verksamheter ej uppnår avtals- och kvalitetskrav är registrering i kvalitetsregistret BPSD, ett nationellt kvalitetsregister för personer med demenssjukdom vars syfte är att kvalitetssäkra och förbättra omvårdnaden genom att systematiskt kartlägga, utreda orsaker till och följa upp beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Det är ett viktigt verktyg för att öka livskvaliteten hos dessa patienter.

Andra utvecklingsområden är att säkra kompetens inom förskrivning av inkontinenshjälpmedel och dokumentationens alla delar kring skyddsåtgärder.

Gällande apoteksgranskningen så har de flesta verksamheterna fått delvis uppfyllda avtals- och kvalitetskrav vilket visar att hantering av läkemedel inom kommunal hälso- och sjukvård är en mycket komplex uppgift. Genom förflyttningen av en mer avancerad vård från en vårdmiljö någon form av biståndsbedömt boende krävs en mycket god samverkan och väl genomarbetade rutiner och processer gällande läkemedelshantering.

Resultatet av Qusta visar att verksamheterna överlag har rutiner och processer för att säkra en god hälso- och sjukvård. Det finns generellt behov av kompetenshöjning inom området psykisk ohälsa. Några verksamheter behöver stärka sina rutiner gällande medicintekniska produkter. I resultatet syns även att några verksamheter har ett pågående arbete med förändring av vissa processer och rutiner för att säkra att hälso- och sjukvården uppfyller kraven.