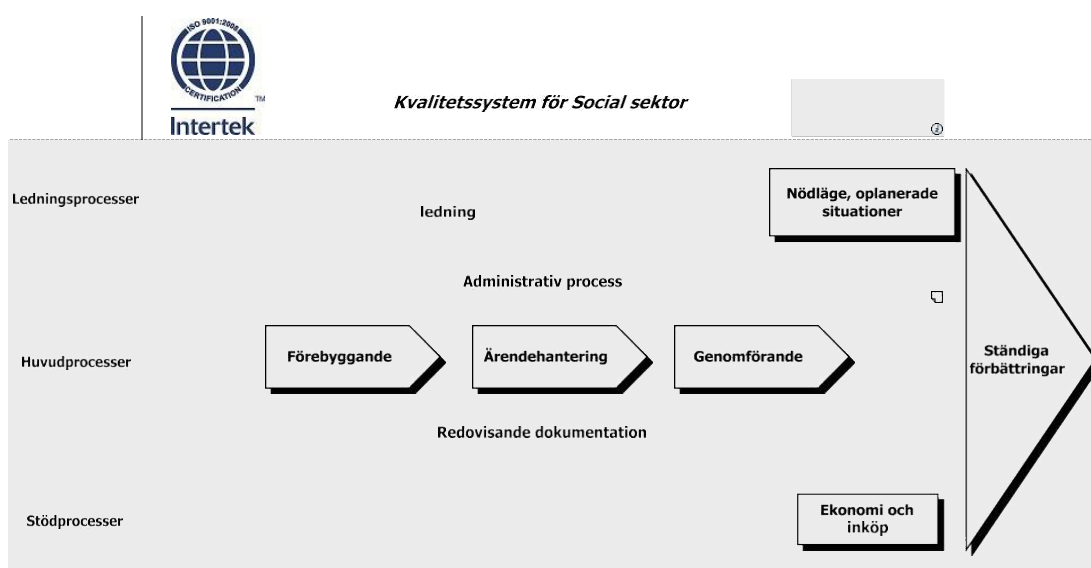


SOCIAL SEKTOR
Stab och administration

Intern revision av Hälso- och sjukvårdsverksamheten

Intern revision av hälso- och sjukvårdsverksamheten genomfördes 2018-12-12 av bitr. socialchef, Annika Mellberg och kvalitetscontroller Anders Svensson. Från verksamheten deltog enhetschef Annelie Elofsson och enhetschef Marie Kjellberg samt en från personalen.

Den interna revisionen av social sektors verksamheter utgår ifrån kraven i ISO 9001:2015.



Att förstå organisationen och dess förutsättningar; kontrollera att medarbetarna förstår helheten i kvalitetsledningssystemet.

<i>Vilken information har medarbetarna fått om kvalitetsledningssystemet, uppbyggnad och syfte?</i>	Medarbetarna har kunskap om kvalitetsledningssystemet och dess uppbyggnad och syfte. Det hänvisas till kvalitetsledningssystemet i det dagliga arbetet. Vid introduktion av nyanställda används kvalitetsledningssystemet.
<i>Finns nödvändiga processer och rutiner i kvalitetsledningssystemet? Om inte, vilka saknas?</i>	Processen för verksamheten är känd och korrekt. Rutiner och riktlinjer är kontinuerligt under utveckling. Risker finns beskrivna i processens olika delar. Verksamheten upplever att det kan vara svårt att hitta i systemet.
<i>Fungerar samverkan mellan processerna? Om inte, förslag på förbättringar.</i>	Samarbetet med andra processer fungerar bra.

SOCIAL SEKTOR
Stab och administration

Ledarskap och åtagande

<i>Hur fungerar ledarskap, stöd och handledning?</i>	Ledarskapet för verksamheten fungerar bra och präglas av en öppen dialog och god tillgänglighet. Enhetschef för sjuksköterskor upplever att gruppen är i största laget, men personalen upplever ändå tillgängligheten som god. Arbetsplatsträffar sker fyra gånger per år.
<i>Vilken kunskap har medarbetarna om lagstiftning, riktlinjer, mål och kvalitetspolicy?</i>	Kunskap om lagstiftning, riktlinjer, mål och kvalitetspolicy finns. Värdegrunden hålls levande genom verksamhetsdiskussioner på apt. Önskemål finns om gemensamt värdegrundsarbete i tvärprofessionella grupper.
<i>Hur arbetar verksamheten med inkomna brukarundersökningar, synpunkter och avvikelser?</i>	Det finns inga specifika brukarundersökningar för HSL-verksamheten. Äldreomsorgens brukarundersökningar mailas ut till samtliga medarbetare. Inkomna tillbudsanmälningar, olyckor, synpunkter och avvikelser hanteras i den egna verksamheten med berörda. Om det rör något övergripande tas det upp på apt.

Planering

<i>Har medarbetarna kunskap om målen?</i>	Årets mål och handlingsplaner i styrkortet är upprättade på Apt för sjuksköterskorna samt på yrkesträffar för fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Medarbetarna känner till mål och handlingsplaner. Socialnämndens mål anses svåra att bryta ned till verksamhetsnivå.
<i>Har medarbetarna deltagit och varit aktiva i upprättandet av handlingsplaner samt uppföljning av dessa?</i>	Har skett på apt samt yrkesträffar.

Stöd

<i>Hur fungerar det systematiska arbetsmiljöarbetet? APT och medarbetarsamtal?</i>	Verksamheten har ett väl fungerande SAM-arbete. Under året har brandskydds- och skyddsronnd genomförts. APT sker fyra gånger om året, kvalitetsträffar fyra gånger om året samt yrkesträffar en gång per vecka. Samtliga har erhållit medarbetarsamtal. LOSAM 4 ggr/år.
<i>Kontroll av dokumentation i procapita.</i>	HSL-uppdrag, ordinationer och daglig dokumentation finns utan anmärkning. Övergång sker till ny dokumentationsstruktur med anledning av nytt lagkrav från 2019. Verksamhetssystemet byts ut, vilket påverkar dokumentationen. Vid stickprovskontroll av HSL-uppdrag, bedömningar och ordinationer samt behandlingar och mål konstateras att dessa är skrivna enligt gängse praxis och uppdaterade enligt gällande rutin.

SOCIAL SEKTOR

Stab och administration

<i>Vilken kompetens har medarbetarna och anser man sig ha tillräcklig kompetens för arbetet?</i>	Samtlig personal har relevant utbildning och legitimation. Kompetensutveckling sker kontinuerligt i verksamheten, mellan 2-5 tillfällen per person. Många utbildningar sker som webbutbildning. Samtliga medarbetare har kompetensutvecklingsplan.
--	--

Verksamhet

<i>Följer ärendehanteringsprocessen och genomförandeprocessen lagstiftning, mål och riktlinjer?</i>	Ja, lagstiftning, mål och riktlinjer följs i befintliga processer. Processer gällande rehabilitering och hjälpmedel behöver upprättas.
<i>Hur tas synpunkter och avvikelser emot och behandlas.</i>	Synpunkter och avvikelser behandlas enligt gällande rutiner.
<i>Hantering av synpunkter och avvikelser för att förebygga mänskliga misstag.</i>	Kunskapen om var rutinerna för avvikelser och synpunkter finns är kända och korrekt hanterade.
<i>Finns rutiner och riktlinjer i den omfattning som krävs för verksamheten och fungerar de?</i>	Riktlinjer och rutiner finns och uppdateras kontinuerligt.

Utvärdering av prestanda

<i>Kontroll av riskbedömningar och handlingsplaner.</i>	Tre risk och konsekvensanalyser är gjorda i verksamheten under år 2018. Bland annat inför helgarbetet inför den kommande julhelgen.
<i>Måluppfyllelse i styrkort.</i>	För sjuksköterskorna är samtliga av årets mål uppfyllda. För arbetsterapeuterna är 8 av 11 mål uppfyllda, för fysioterapeuterna är 8 av 10 mål uppfyllda.
<i>Resultat från nationella kvalitetsuppföljningar och nationella kvalitetsregister.</i>	BPSD-skattningar registreras i det nationella registret. Registrering sker även i det palliativa registret. Planering pågår för att registrera i Senior Alert fr.o.m. 2019.
<i>Hantering av externa synpunkter, utredning, svar och eventuella förbättringsåtgärder.</i>	Externa synpunkter är hanterade och besvarade enligt gällande rutiner.

Bedömning

Processen gällande hälso- och sjukvård är välfungerande. Tydliga riktlinjer och arbetsrutiner finns, efterföljs och hålls uppdaterade. Ett tydligt och nära ledarskap finns. Engagerad och medveten personal som präglas av ett gott samarbete mellan både chef och medarbetare. Värdegrunden hålls levande i verksamheten.

SOCIAL SEKTOR
Stab och administration

Socialnämndens mål är kända för medarbetarna.

Apt sker fyra gånger om året. Samtliga medarbetare har haft medarbetarsamtal. Samtliga medarbetare har också en kompetensutvecklingsplan.

De förbättringsområden som framkom vid senaste intern revision (2015-10-26) är åtgärdade.

Förbättringsområden

- Inga förbättringsområden har identifierats

Höör den 12 december 2018

Annika Mellberg
Bitr. Socialchef

Anders Svensson
Kvalitetscontroller