

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020

Vård- och omsorgsnämnden

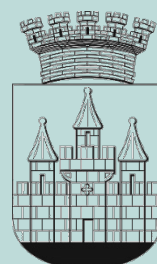
Kvalitetsstrateg Linda Svensson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Susanne Leijon

Diarienummer

VOO 2021/0160

2020-02-26



**LUNDS  
KOMMUN**

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
Systematiskt kvalitetsarbete .....	3
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för god kvalitet och patientsäkerhet.....	4
Informationssäkerhet.....	5
<b>Planera för kvalitet och patientsäkerhet</b> .....	<b>6</b>
Avvikelse .....	6
Synpunkter och klagomål.....	8
Risikanalyt .....	10
Övergripande mål och strategier för 2020.....	11
<b>Genomföra förbättringsåtgärder</b> .....	<b>13</b>
<b>Studera och utvärdera</b> .....	<b>14</b>
Egenkontroll .....	14
Verksamhetsuppföljning med inriktning på patientsäkerhet .....	15
Verksamhetsuppföljning genom dokumentationsgranskning .....	16
Kvalitetsuppföljning på brukarnivå .....	17
<b>Agera och förbättra</b> .....	<b>18</b>
Mål och strategier för kommande år .....	18

## Inledning

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är en redovisning av det systematiska kvalitetsarbetet som vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter i intern regi bedriver. Det pågår ett aktivt arbete på alla organisatoriska nivåer inom förvaltningen för att uppnå en god kvalitet på vård- och omsorgsarbete och patientsäkerhet med brukaren/patienten i centrum där värderingar, arbetssätt och verktyg har en stor betydelse.

Pandemin med covid-19 påverkade förvaltningens arbete under större delen av året och stora omställningar gjordes. Delar av kvalitetsarbetet hade fokus på att förebygga smittspridning av covid-19 och att säkerställa att bemanningen var tillfredsställande. Trots detta genomfördes många förbättrings- och utvecklingsarbeten inom alla verksamhetsområden.

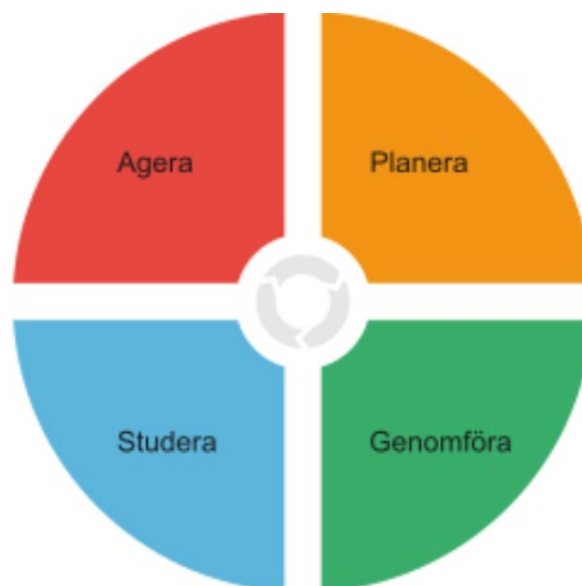
Förkortningar av lagar som används i dokumentet:

- HSL – hälso- och sjukvårdslag
- LSS – lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
- SoL – socialtjänstlag

## Systematiskt kvalitetsarbete

Förvaltningen strävar efter att använda arbetssättet med PGSA-hjulet vid förbättringsarbete på alla organisatoriska nivåer. Arbetssättet innebär att ta fram underlag, göra riskanalyser, besluta om och genomföra förbättringsåtgärder och att följa upp resultat. Det innebär också att involvera medarbetare och till viss del brukare/patienter och närstående i förbättringsarbetet, och att sprida lärdomar både inom enheten och inom förvaltningen. PGSA betyder följande:

1. **Planera** – orsaken till ett kvalitetsproblem fastställs så att beslut om förbättringsåtgärder kan baseras på fakta.
2. **Genomföra** – beslutade förbättringsåtgärder genomförs.
3. **Studera** – effekterna av genomförda åtgärder studeras och utvärderas för att bedöma om de ledde till avsedd förbättring.
4. **Agera** – vid lyckade förbättringsåtgärder permanentas den nya förbättrade nivån och lärdomen sprids. I annat fall tas kvalitetsproblemet ytterligare ett varv i PGSA-hjulet.



Underlag till förvaltningens kvalitetsarbete hämtas från bland annat interna rapporter och uppföljningar och från statistik i nationella kvalitetsregister och undersökningar. För att kunna basera mål för kommande år på aktuell fakta så har förvaltningen en arbetsgång med att redovisa till exempel avvikelser per kvalitetsår, det vill säga en period som nu senast omfattade oktober 2019 till september 2020. Det innebär att resultatet kan användas som underlag vid förvaltningens och verksamheternas verksamhetsberättelser och verksamhetsplaner som avser ett vanligt kalenderår.

Upplägget av den här kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen följer arbetssättet med PGSA-hjulet från och med avsnittet med rubriken *Planera för kvalitet och patient-säkerhet*.

## Organisation och ansvar

Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskriver bland annat fördelningen av ansvar och befogenheter mellan chefer och medarbetare när det gäller arbetet med kvalitet och patientsäkerhet. Som stöd i det arbetet finns kvalitetsstrategier på förvaltningsnivå och kvalitetsutvecklare på verksamhetsnivå. Smittskydd och Vårdhygien är exempel på expertfunktioner inom Region Skåne som stödjer förvaltningens förebyggande arbete med vårdrelaterade infektioner och smittspridning, och som under år 2020 främst var inriktat på covid-19.

### Exempel på ansvarsområde utifrån roll i förvaltningen:

- Vård- och omsorgsdirektören ansvarar övergripande för att leda och fördela det systematiska kvalitetsarbetet inom förvaltningen
- Kvalitetschefen ansvarar för att samordna och årligen revidera förvaltningens systematiska kvalitetsarbete
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att granskningar och uppföljningar inom hälso- och sjukvårdsområdet genomförs
- Enhets- och verksamhetschefer samt myndighetschef ansvarar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- Alla medarbetare ansvarar för att vara delaktiga i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

## Samverkan för god kvalitet och patientsäkerhet

I förvaltningen samverkar olika yrkesprofessioner, enheter och aktörer för att aktivt förebygga att brukare/patienter med behov av vård och omsorg inte ska drabbas av vårdskada eller få insatser av bristande kvalitet. Det finns rutiner och avtal som reglerar samverkan inom flera identifierade områden. Uppföljning av hur samverkan fungerar görs regelbundet på möten i olika grupper och nätverk.

### Exempel på rutiner och avtal för samverkan:

#### Inom förvaltningen

Det finns ett flertal rutiner som beskriver hur samverkan ska bedrivas vid till exempel vårdpreventivt arbete och för att förhindra smittspridning av covid-19.

### **Inom kommunen**

Förvaltningen har tillsammans med socialförvaltningen flera gemensamma rutiner om samverkan som exempelvis gäller hjälpmedel och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

### **Med andra kommuner**

Rutin finns om samverkan mellan en brukares bosättningskommun och vistelsekommun.

### **Med Region Skåne**

Samverkan regleras i ett avtal som består av en grundöverenskommelse, utvecklingsplan och en del om organisering av regional samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner avseende hälso- och sjukvård.

## **Informationssäkerhet**

Förvaltningen ansvarar för att obehöriga inte ska kunna ta del av brukares/patienters personuppgifter. Hanteringen av personuppgifter är organiserad så att den tar hänsyn till brukares/patienters personliga integritet samt upprätthåller förtroendet för förvaltningens behandling av uppgifterna. En informationssäkerhetsklassning är gjord med hjälp av Sveriges Kommuner och Regioners verktyg KLASSA och en handlingsplan finns framtagen utifrån identifierade sårbarhetsområden. Arbete med att ta fram underlag för en upphandling av nytt verksamhetssystem pågår, där informationssäkerhet finns med som ett viktigt framtida krav samt även krav på tvåfaktorsinloggning och att behörighetsinställningarna ska kunna anpassas mer till användarna.

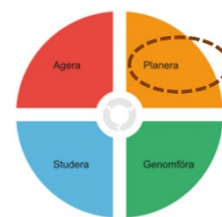
En risk- och sårbarhetsanalys kommer att genomföras under februari 2021 gällande behörighetstilldelning för legitimerad personal. Tidigare risk- och sårbarhetsanalys visade att det krävs en större uppgradering av verksamhetssystemet för att möta moderna krav på behörighetshantering och informationssäkerhet.

Samtliga administratörer har nu behörighet för att kunna följa att medarbetare SoL/LSS har rätt behörighet i verksamhetssystemet. Motsvarande utbildning ska genomföras under mars 2021 för de administratörer som arbetar mot legitimerad personal.

Systematiska och återkommande stickprovskontroller av journalloggar genomfördes enligt förvaltningens rutin för att granska om medarbetare obehörigen läser journaler. Den nuvarande rutinen fastställdes under 2019 men möter inte kraven på informationssäkerhet fullt ut. Ny rutin håller på att tas fram och beräknas vara klar under februari 2021. En robot kommer då månadsvis att ta fram loggningsunderlag för granskning av slumpmässigt utvalda medarbetare.

## Planera för kvalitet och patientsäkerhet

I förvaltningens planering för kvalitet och patientsäkerhet ingår det att formulera mätbara mål. Som underlag till målen finns resultat från till exempel avvikelser, nationella undersökningar och verksamhetsuppföljningar. Förvaltningen genomför riskanalyser utifrån dessa underlag för att sedan planera, besluta och genomföra åtgärder och på så vis uppnå målen på en god kvalitet och patientsäkerhet.



### Avvikelse

Avvikelse och missförhållanden som är kopplade till brukare/patienter rapporteras skriftligt av medarbetare direkt i förvaltningens verksamhetssystem.

#### **Medarbetarnas rapporteringsskyldighet**

Medarbetare har en skyldighet att rapportera händelser som påverkar patientsäkerheten, det vill säga händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Även andra typer av negativa händelser, tillbud och missförhållanden som drabbar eller riskerar att drabba brukare måste rapporteras. Förvaltningen har rutiner och flödesscheman som beskriver hur dessa avvikelser och missförhållanden ska hanteras. Medarbetare som upptäcker en avvikelse rapporterar den i verksamhetssystemets avvikelsemodul. Misstanke om missförhållande enligt lex Sarah rapporteras i förvaltningens dokumenthanteringssystem.

#### **Utredning av avvikelser**

Rapporterade avvikelser utreds av legitimerad personal, chef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska beroende på ärendetyp och allvarlighetsgrad. Syftet med utredningarna är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkar dem. Syftet är också att ge underlag till beslut om förbättringsåtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna om avvikelserna inte helt går att förhindra. Genom att chefer och legitimerad personal fortlöpande informerar och återkopplar avvikelseutredningar till alla medarbetare så ökar också lärandet i verksamheterna och det riskförebyggande arbetet stärks.

Exempel på lärdomar från avvikelseutredningar:

#### **Läkemedelshantering**

För att säkerställa medarbetares kompetens och därigenom upprätthålla patientsäkerhet är det viktigt att medarbetare SoL/LSS som ska delegeras för läkemedelshantering genomgår alla tre delar i förvaltningens delegeringsutbildning; webbutbildning, central utbildning och digitalt kunskapstest.

#### **Fallhändelser**

Det ger en förbättrad vårdkvalitet när fallhändelser kan förhindras genom att medarbetare arbetar aktivt med vårdprevention enligt Senior alerts metoder och verktyg.

#### **Utförande av SoL/LSS-insats**

Kvaliteten på omvårdnaden ökar när arbetsgruppen för dialog och skapar samsyn om arbetssätt kring den enskilde brukaren.

### **Brukares/patienters och närståendes delaktighet**

Brukare/patienter och ibland närstående erbjuds till viss del att medverka i verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genom att involveras i avvikelsetutredningar. De blir dock inte erbjudna att medverka i alla utredningar och det beror bland annat på vilken typ av händelse som utreds, avvikelstens allvarlighetsgrad och den enskilda brukarens/patientens kognitiva förmåga att medverka.

### **Resultat och analys**

Förvaltningen gör årligen en övergripande sammanställning och analys av rapporterade avvikelser och missförhållanden, som i sin tur bygger på analyser och kommentarer från chefer på enhets- och verksamhetsnivå. Den övergripande sammanställningen och analysen finns i dokumentet *Avvikelser kvalitetsåret 2019/2020*.

#### **SoL- och LSS-avvikelser och lex Sarah-ärenden**

Under kvalitetsåret rapporterades 2 729 SoL- och LSS-avvikelser i intern och extern verksamhet vilket var en minskning med 20 procent jämfört med föregående år. Antalet lex Sarah-ärenden som rapporterades var totalt 132 varav 7 bedömdes vara så allvarliga att de anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg. Fördelningen av avvikelser och lex Sarah-ärenden per ärende-typ visas i nedanstående tabell.

Ärendetyp	Antal SoL- och LSS-avvikelser	Antal lex Sarah-ärenden
Bemötande	116	26
Dokumentation	701	8
Handläggning av ärende	293	3
Utförande av insats	1 289	55
Övrigt	330	40
<b>Summa</b>	<b>2 729</b>	<b>132</b>

Liksom under föregående kvalitetsår var ärendetypen *Utförande av insats* den med högst antal rapporterade avvikelser. Efter analys av avvikelserna inom den ärendetypen identifierade till exempel verksamhetsområdet Boende LSS att brist på erfarna medarbetare var en av bakomliggande orsaker till avvikelserna. Verksamheten genomförde därefter en del riktade förbättringsåtgärder.

Strukturella problem i själva hanteringen av SoL- och LSS-avvikelser som uppmärksammades för att par år sedan är fortfarande inte åtgärdade, vilket bland annat beror på att förvaltningen inväntar ett nytt verksamhetssystem. Utvecklingsområde och strategi inför nästa kvalitetsår är att ytterligare utveckla och kvalitetssäkra arbetssätt och metoder kring avvikelser.

## HSL-avvikelser

Under kvalitetsåret rapporterades totalt 8 576 avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter vilket var en liten ökning jämfört med föregående års resultat på 8 408. Avvikelserna fördelades mellan olika ärendetyper enligt nedanstående tabell.

Ärendetyp	Antal HSL-avvikelser
Läkemedelshantering	3 038
Fallhändelser	4 903
Medicinsk omvårdnad	476
Medicinteknisk utrustning	54
Medicintekniska produkter - hjälpmedel	43
Rehabilitering	62
<b>Summa</b>	<b>8 576</b>

Fallhändelser utgjorde även i år en betydande andel av de rapporterade avvikelserna. Antalet avvikelser gällande läkemedelshantering minskade något, men för övrigt var både det totala antalet avvikelser och andelen avvikelser fördelade på ärendetyper nästan identiska med föregående år.

En analys visade att en av bakomliggande orsaker till fallhändelser var brister i den enskildes hemmiljö. Inom till exempel hemvården genomfördes fallpreventiva hembesök där översyn av tillgängligheten i hemmen och av befintliga hjälpmedel gjordes.

## Lex Maria

Under kvalitetsåret anmäldes *en* allvarlig händelse enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg. Utredning och analys visade på brist vid utlämning av nya dosrullar till patient och bristande följsamhet till befintlig rutin gällande överlämnande av läkemedel till patient. En av åtgärderna som vidtogs var att införa arbetssättet att medarbetare som lämnar ut dosrullar och/eller överlämnar läkemedelsdos vid varje tillfälle ska låta patienten själv läsa sitt namn på dosrullen/dospåsen/dosetten.

## Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål lämnas både muntligt och skriftligt och inkommer från bland annat brukare/patienter, närstående, medarbetare och myndigheter. Under året reviderades rutin och flödesschema som beskriver hur förvaltningen tar tillvara synpunkter och klagomål.

## Resultat och analys

Förvaltningen gör årligen en övergripande sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter som bygger på analyser och kommentarer från berörda enhets- och verksamhetschefer. Den övergripande sammanställningen och analysen finns i dokumentet *Avvikelser kvalitetsåret 2019/2020*. Klagomål som inkommer via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg sammanställs och analyseras årligen av medicinskt ansvarig sjuksköterska.



## Klagomål och synpunkter till förvaltningen

Antalet klagomål och synpunkter som inkom till förvaltningen minskade med två procent jämfört med föregående år. Det inkom dock många synpunkter gällande abonnemangsavgift för hjälpmedel och om förvaltningens hantering av coronapandemin, vilket föranledde att förvaltningen delvis ändrade sitt arbetssätt genom att spara dessa synpunkter i annan särskild ordning. Under året reviderades ärendetyperna som ett led i att försöka synliggöra och fånga upp de synpunkter och klagomål som tidigare registrerats under *övrigt*. Revideringen ledde till att typerna *information*, *nämndsbeslut* och *tillgänglighet* lades till.

Antalet registrerade klagomål per enhet var relativt få vilket antagligen bidrog till att inga analyser gjordes på varken verksamhets- eller förvaltningsnivå i år för att hitta mönster eller trender som indikerade kvalitetsbrister. Nedanstående tabell visar antalet klagomål och synpunkter fördelade på ärendetyp. Resultatet inkluderar klagomål som lämnats till verksamheter i extern regi.

Ärendetyp	Antal klagomål och synpunkter
Beröm	30
Bemötande	28
Dokumentation	2
Handläggning av ärende	20
Information	11
Nämndsbeslut	14
Tillgänglighet	5
Utförande av insats	60
Övrigt	54
Rapporterade på fel period i Stratsys	8
<b>Summa</b>	<b>232</b>

## Klagomål via Inspektionen för vård och omsorg

Från Inspektionen för vård och omsorg inkom fyra klagomål under kvalitetsåret som hanterades och utreddes av berörda chefer och kvalitetsutvecklare enligt rutin. Ett av klagomålen gällde brist på kommunikation med primärvårdsläkare och överlämnades därför till berörd vårdcentral. De övriga klagomålen handlade om brister vid utförande av insats och medicinsk omvårdnad. En av analyserna visade att det dels var många olika medarbetare som utförde en insats hos en specifik brukare och dels att flera av dessa medarbetare inte hade tillräcklig kunskap för att utföra insatsen på rätt sätt. En av lärdomarna i detta fall var att det är extra viktigt att begränsa antalet medarbetare hos brukare med behov av insatser som inte är vanligt förekommande.

## Klagomål via patientnämnden

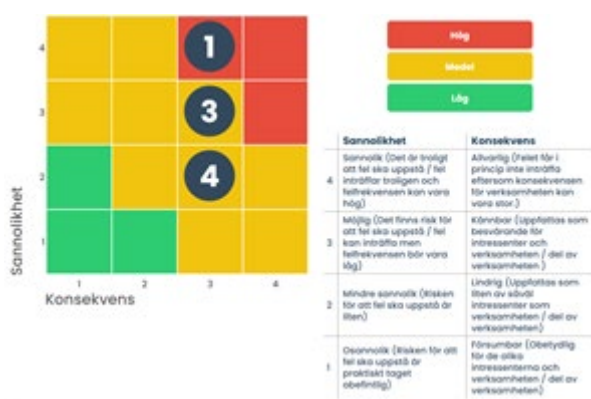
Den årliga sammanställningen från patientnämnden visade att åtta personer vände sig till dem med klagomål under 2020. I tre av fallen skickades klagomålen vidare till förvaltningen för yttrande av medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschefer. Klagomålen handlade om olika typer av brister vid vård och behandling, som till exempel att ett speciellt trygghetslarm inte blev installerat hos en patient som utlovats.

Analysen visade att orsaken berodde på tekniska problem men att uppgiften utfördes på annat sätt. Detta hade dock inte kommunicerats med närstående vilket är en brist.

## Riskanalys

I arbetet med systematiskt kvalitetsarbete genomförs riskanalyser på identifierade händelser som har inträffat eller skulle kunna inträffa och som gör att förvaltningen inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och beslut.

Förvaltningen genomför årligen riskanalyser i samband med uppstarten av arbetet med intern kontroll och egenkontroll. I förvaltningens IT-ledningsstöd finns en "bruttoriskbank" med identifierade händelser som är riskbedömda efter sannolikhet och konsekvens enligt denna modell av riskmatris:



Syftet med att genomföra riskanalyser på dessa typer av händelser är att avgöra om riskerna är acceptabla eller inte, och därefter välja de händelser som är viktigast att hantera och förebygga med tanke på kvalitet och patientsäkerhet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska, enhets- och verksamhetschefer gör dessutom riskanalyser fortlöpande under året när icke önskvärda händelser uppkommer.

### Exempel på genomförda riskanalyser:

Risker i kvalitetsarbetet (Vård- och omsorgsnämnden)							
Process	Aktivitet	Riskanalys	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Kommentar	Egenkontroll
Vård och behandling	Smärtskattning	Risk finns för otillräcklig eller bristfällig smärtlindring.	3. Möjlig	3. Kännbar	9		Granska om medarbetarna följer rutin om smärtskattning.
	Senior alert - riskbedömning och uppföljning	Risk finns att patienters tillstånd försämras genom att det förebyggande arbetet inte bedrivs och följs upp på ett strukturerat sätt.	3. Möjlig	3. Kännbar	9		Granska om medarbetarna följer rutinen Vårdprevention enligt Senior alert.
Vård och omsorg vid demenssjukdom	Att arbeta enligt BPSD-metoden	Risk finns för att personer får ökad BPSD-problematik genom att åtgärder och bemötandeplan inte följs upp på ett strukturerat sätt.	3. Möjlig	3. Kännbar	9		Granska om medarbetarna följer rutinen Att arbeta enligt BPSD-metoden.
Rekryterings- och introduktionsprocessen	Introduktion för nyanställda.	Risk att brukarna inte får sina behov tillgodosedda då medarbetare utför arbetsuppgifter på ett felaktigt sätt.	4. Sannolik	3. Kännbar	12		Säkerställa att nyanställda genomgår introduktionsutbildning, steg 1.

## Övergripande mål och strategier för 2020

Övergripande mål och strategier för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete beslutas på olika nivåer i förvaltningen beroende på ansvar och befogenheter. Verksamhetens kvalitet säkras genom att till exempel använda olika typer av statistikuppgifter och granskningsresultat i förbättringsarbetet med riskanalyser och att ta fram nya mål. För att kunna följa upp resultat på ett enkelt och rättvisande sätt görs målen mätbara.

Under 2020 arbetade förvaltningen med flertalet övergripande mål, fokusområden och strategier för att höja vård- och omsorgskvaliteten och patientsäkerheten. Dessa beskrivs närmare i bland annat dokumenten *Verksamhetsplan 2020*, *Årsanalys 2020* och *Nationella kvalitetsregister 2019*.

Ett urval av mål, kopplingar till resultat från tidigare år och strategier för 2020 presenteras här:

### **Nämndens utvecklingsmål - antal beslut som verkställs genom digitala insatser ska öka**

Genom att använda ny teknik och smarta arbetssätt skapas en effektiv vård och omsorg som leder till ökad tillgänglighet och självständighet samt trygghet och kvalitet för brukarna. Möjligheter att i första hand tillgodose behov genom en digital insats ska utvecklas, med brukarens individuella behov i centrum.

### **Verksamhetsmål - alla enheter ska ha ett resultat på över 60 procent i minst tolv frågor i den nationella brukarundersökningen**

Det var inte alla enheter inom verksamhetsområdena Särskilt boende för äldre och Hemvård, rehabilitering och service för seniorer som nådde upp till målet under 2019. För att öka kvaliteten i äldreomsorgen pågår det ett kontinuerligt kvalitetsarbetet i verksamheterna.

### **Utvecklingsmål tillsammans med Region Skåne - patienter med behov av en särskilt organiserad teambaserad vårdform ska ha tillgång till denna**

Patienter som uppfyller kriterierna för inskrivning i mobilt vårdteam ska fortlöpande bli erbjudna den här vårdformen.

### **Egenkontrollmål - antalet registreringar i BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) ska vara fler än antalet registrerade personer**

Under 2019 fanns det enheter inom verksamhetsområdena Särskilt boende för äldre och Hemvård, rehabilitering och service för seniorer som inte nådde målet. För att öka vårdkvaliteten och patientsäkerheten arbetar förvaltningens demensteam sedan 2019 med ett fokuserat fördjupningsarbete i syfte att öka kunskapen om demenssjukdomar/kognitiva sjukdomar och personcentrerad omvårdnad samt förbättra arbetet med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens i BPSD-registret.

### **Egenkontrollmål - minst 75 procent av planerade åtgärder vid konstaterad risk enligt Senior alert ska följas upp inom planerad tid**

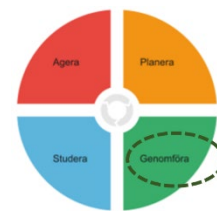
Resultatet för verksamhetsområdena Särskilt boende för äldre och Hemvård, rehabilitering och service för seniorer 2019 visade att uppföljningsdelen i det vårdförebyggande arbetet hade ett lågt utfallsvärde. En av strategierna för att öka vårdkvaliteten och patientsäkerheten var att strukturera det vårdpreventiva arbetssättet.

**Egenkontrollmål - kvalitetsindikatorn *Utförd smärtskattning* i Svenska palliativregistret ska ha ett utfallsvärde på 100 procent**

Utfallsvärdet 2019 för kvalitetsindikatorn *Utförd smärtskattning* inom verksamhetsområdena Särskilt boende för äldre och Hemvård, rehabilitering och service för seniorer nådde inte upp till kraven i förvaltningens rutin om smärtskattning. Strategin under 2020 var att höja vårdkvaliteten och patientsäkerheten genom att öka medarbetarnas kunskap om palliativ vård och smärtskattning.

## Genomföra förbättringsåtgärder

Flera förbättringsåtgärder genomfördes under året med syfte att öka förvaltningens vård- och omsorgskvalitet och patientsäkerhet samt uppnå beslutade mål. Åtgärderna beskrivs mer detaljerat i respektive verksamhetsområdes verksamhetsberättelse för 2020.



Nedan visas exempel på genomförda åtgärder kopplade till mål:

### **Nämndens utvecklingsmål - antal beslut som verkställs genom digitala insatser ska öka**

Verksamheten implementerade ett flertal nya digitala insatser under året som till exempel en sensor med syfte för brukare att ha kontroll över matintag, mobilt trygghetslarm och hotellås på lägenhetsdörrar i särskilda boenden som låses upp endast när lägenhetsinnehavaren eller medarbetare närmar sig dörren.

### **Verksamhetsmål - alla enheter ska ha ett resultat på över 60 procent i minst tolv frågor i den nationella brukarundersökningen**

Verksamheten arbetade på olika sätt under året med de tre frågorna vars resultat var lägre än 60 procent i brukarundersökningen. Analys och utveckling utifrån resultatet fortgår.

### **Utvecklingsmål tillsammans med Region Skåne - patienter med behov av en särskilt organiserad teambaserad vårdform ska ha tillgång till denna**

Verksamheten arbetade upp en bra grundstruktur för inskrivning i det mobila vårdteamet, och patienter erbjöds tillgång till vårdformen fortlöpande under året.

### **Egenkontrollmål - antalet registreringar i BPSD-registret ska vara fler än antalet registrerade personer**

Under 2020 genomfördes utbildningar för medarbetare om bland annat demenssjukdomar och personcentrerad vård. Det gjordes även monitorering av BPSD-registret där uppgifter jämfördes med uppgifter i patientjournalen, och där det lokala BPSD-teamet tillsammans med Silviasystem fick leta efter förbättrings- och utvecklingsområden. Demensteamet erbjöd enheterna stöd i att komma igång och/eller utveckla sina rutiner för att öka antalet registreringar i registret och förbättra kvaliteten i registreringarna.

### **Egenkontrollmål - minst 75 procent av planerade åtgärder vid konstaterad risk enligt Senior alert ska följas upp inom planerad tid**

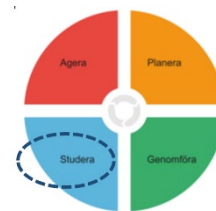
En åtgärd som vidtogs av verksamheten för att nå målet var att schemalägga regelbundna Senior alert-möten, för att på dem bland annat kunna genomföra riskbedömningar och uppföljningar av planerade åtgärder vid konstaterad risk.

### **Egenkontrollmål - kvalitetsindikatorn Utförd smärtskattning i Svenska palliativregistret ska ha ett utfallsvärde på 100 procent**

För att höja vårdkvaliteten och utfallsvärdet av kvalitetsindikatorn *Utförd smärtskattning* genomfördes föreläsningar för sjuksköterskor om smärtskattning, och flera enheter startade upp studiecirkelar om palliativ vård.

## Studera och utvärdera

Förvaltningen studerar och utvärderar effekterna av genomförda åtgärder för att bedöma om de ledde till avsedd förbättring. Även kontroller av följsamhet av rutiner och författningar genomförs för att utvärdera om de når upp till ställda krav och mål. Dessa kontroller görs genom till exempel egenkontroll och olika typer av verksamhetsuppföljning.



## Egenkontroll

Tabellen visar vilka egenkontroller som genomfördes under kvalitetsåret, i vilken omfattning de genomfördes och källan till resultatet.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Granskning av dokumentation gällande utredning och bedömning	2 ggr/år	Personakter enligt SoL/LSS
Granskning av dokumentation gällande beslut	2 ggr/år	Personakter enligt SoL/LSS
Granskning av dokumentation gällande uppdrag till utföraren	2 ggr/år	Personakter enligt SoL/LSS
Granskning av dokumentation gällande uppföljning av beviljade insatser	2 ggr/år	Personakter enligt SoL/LSS
Säkerställa att nyanställda genomgår introduktionsutbildning	2 ggr/år	Winlas och Luvit
Granska om medarbetarna följer rutinen Vårdprevention enligt Senior alert	2 ggr/år	Nationellt kvalitetsregister Senior alert
Granska om medarbetarna följer rutinen Att arbeta enligt BPSD-metoden	2 ggr/år	Nationellt kvalitetsregister BPSD-registret
Granska om medarbetarna följer rutinen Smärtskattning	2 ggr/år	Nationellt kvalitetsregister Svenska palliativregistret

## Resultat och analys

Resultat och analys av egenkontrollerna redovisas mer specifikt i respektive verksamhetsområdes verksamhetsberättelse för 2020.

Här visas en kort sammanställning med exempel från olika verksamhetsområden.

### Dokumentation vid handläggning av ärenden SoL/LSS

Sammantaget bedömdes resultatet visa på att dokumentation i beslutsunderlag, beslut, uppdrag till utförare och uppföljningar höll en god nivå och som till helhet innehöll aktuella uppgifter enligt föreskrift.

### Introduktionsutbildning för nyanställda

Målet är att alla nyanställda medarbetare ska genomgå introduktionsutbildning steg 1. En förbättringsåtgärd som Boende LSS vidtog under året var att samordnare mer uttalat fick i uppdrag att säkerställa att nyanställda får information och instruktioner gällande introduktionsprogrammet. Åtgärden var inte tillräcklig för alla enheter att uppnå målet. Under andra kvartalet på kvalitetsåret var det 10 enheter av 19 inom verksamhetsområdet Boende LSS som nyanställde medarbetare, och 3 av dessa 10 enheter nådde upp till målet. Inom Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning var det 5 av 10 enheter som nyanställde medarbetare varav 1 av 5 nådde målet.

### **Antalet registreringar i BPSD-registret ska vara fler än antalet registrerade personer**

Åtgärderna i form av utbildning och stöd var inte tillräckliga för att nå målet i år. Totalt sett på verksamhetsnivå så uppfyllde både Särskilt boende för äldre och Hemvård, rehabilitering och service för seniorer målet, men det fanns enheter inom områdena som ännu inte nådde målet som ska vara uppfyllt senast hösten 2021.

### **Minst 75 procent av planerade åtgärder vid konstaterad risk enligt Senior alert ska följas upp inom planerad tid**

En schemaläggning av regelbundna Senior alert-möten räckte inte för att nå målet. Inom verksamhetsområdet Särskilt boende för äldre nådde 9 av 13 enheter målet, och inom Hemvård, rehabilitering och service för seniorer 3 av 16 enheter. Målet ska vara uppfyllt senast hösten 2021.

### **Kvalitetsindikatorn *Utförd smärtskattning* i Svenska palliativregistret ska ha ett utfallsvärde på 100 procent**

Trots genomförda föreläsningar och studiecirkelar uppnåddes inte målet. Under kvalitetsårets andra hälft var det 7 av 13 enheter i Särskilt boende för äldre som nådde målet, och 8 av 18 enheter inom Hemvård, rehabilitering och service för seniorer. Målet ska vara uppfyllt senast hösten 2021.

### **Verksamhetsuppföljning med inriktning på patientsäkerhet**

Under året genomfördes en verksamhetsuppföljning inom området Hemvård, rehabilitering och service för seniorer. Underlagen till enheternas rapporter bestod av tre delar; enkätsvar från enhetschefer, intervjuer med legitimerad personal och utvalda statistikuppgifter från förvaltningen och nationella kvalitetsregister. Verksamhetsuppföljningen innehöll följande frågeområden med inriktning på patientsäkerhet:

- Systematiskt förbättringsarbete vid avvikelser
- Vårdprevention
- Delegerade och ordinerade arbetsuppgifter
- Rehabilitering
- Beslutsstöd

Intervjuerna med legitimerad personal genomfördes på plats ute på enheterna. Planeringen var att följa upp sammanlagt 21 enheter inom verksamhetsområdet Hemvård, rehabilitering och service för seniorer under våren och därefter genomföra verksamhetsuppföljning för områdena Boende LSS och Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning. På grund av covid-19 avbröts verksamhetsuppföljningen redan under våren och endast åtta uppföljningar genomfördes i sin helhet.

### **Resultat och analys**

Resultatet av verksamhetsuppföljningen samt analys och förslag på förbättringsområden redovisas dels i respektive enhets rapport och dels som en sammanfattning i dokumentet *Verksamhetsuppföljning hemvården intern verksamhet 2020 – Sammanfattande rapport med förslag på förbättringsområden*.

Nedan visas exempel från två frågeområden.

### **Vårdprevention**

Verksamheten måste arbeta aktivt med det vårdpreventiva arbetet och förvaltningen har flera rutiner som stödjer detta. Ingen intervjuad legitimerad personal kände till att det står i rutinen om trycksår att alla medarbetare som träffar brukare/patienter måste identifiera vilka som finns i riskzonen för trycksår. Däremot uppgav alla att de använder Senior alerts material vid riskbedömning av trycksår. Alla chefer och medarbetare måste ha kunskap om rutiner och deras innehåll som är kopplade till vårdprevention för att praktiskt kunna utföra de aktiviteter som respektive yrkesprofession ansvarar för.

### **Rehabilitering**

Verksamhetens arbete med rehabilitering styrs bland annat av nämndens basuppdrag och mål beslutade i ledningsgruppen. Flertalet enhetschefer och legitimerad personal uppgav att merparten av medarbetarna SoL arbetar utifrån ett rehabiliterande och funktionsbevarande arbetssätt men att det kan förbättras. Alla medarbetare behöver känna till och arbeta utifrån ett rehabiliterande och funktionsbevarande arbetssätt så att patienters kroppsfunktioner bibehålls och att hjälpmedel inte ersätter vardaglig träning.

### **Verksamhetsuppföljning genom dokumentationsgranskning**

En dokumentationsgranskning av social dokumentation genomfördes inom alla verksamhetsområden under året då sammanlagt nästan 1 000 brukares journaler granskades i både intern och extern verksamhet. Följande frågeområden granskades:

- Beställningar
- Genomförandeplaner
- Löpande social journal
- Löpande arbetsanteckningar
- Rapportböcker
- Fysiska personakter

Granskningarna genomfördes på plats ute på enheterna fram till april månad och därefter på distans på grund av covid-19. Detta medförde att de delar av granskningen som endast kunde genomföras genom observationer av fysiskt material på enheterna uteblev under tre kvartal.

### **Resultat och analys**

Resultatet av dokumentationsgranskningen samt analys och förslag på utvecklingsområden redovisas dels i respektive enhets rapport och dels som en sammanfattning i dokumentet *Dokumentationsgranskning 2020*.

Exempel från två frågeområden:

#### **Genomförandeplaner**

Av förvaltningens rutin för genomförandeplan framgår att det ska finnas en beskrivning av hur stöd till brukare ska genomföras utifrån behovsbeskrivning i beställning från handläggare. Resultatet av granskningen visade att det fanns en beskrivning av hur stöd ska ges i 72 procent av de granskade genomförandeplanerna vilket är en förbättring i jämförelse med föregående års dokumentationsgranskning. Beskrivning av hur stöd ska ges till brukare behöver utvecklas så att det tydligt framgår hur stöd ska ges för att mål ska uppnås.



## **Löpande social journal**

Enligt Socialstyrelsens författning om dokumentation ska bland annat uppgifter om faktiska omständigheter och andra händelser av betydelse som inträffat journalföras. Granskningen visade att 78 procent av det som dokumenteras i brukarnas sociala journaler bedömdes vara händelser av vikt. Resultatet är en ökning med 6 procentenheter jämfört med föregående år. Att dokumentera händelser av vikt är ett utvecklingsområde för verksamheten.

## **Kvalitetsuppföljning på brukarnivå**

Under året genomfördes fortlöpande över 2 100 kvalitetsuppföljningar på brukarnivå vars resultat sammanställdes och analyserades på övergripande nivå en gång i halvåret. Syftet med uppföljningarna var bland annat att få en aktuell kvalitetsbild avseende brukarnas upplevelse av kvalitet och att hitta utvecklingsområden. Frågorna som ställdes var:

- Brukar du kunna påverka vilka tider du får stöd?
- Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter om hur stödet ska utföras?
- Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?
- Brukar personalen veta vad de ska stötta dig med?
- Brukar det vara lagom många personal som stöttar dig?
- Är du trygg med det stöd du får?
- Är du sammantaget nöjd med det stöd du får?

## **Resultat och analys**

Sammanställningar av kvalitetsuppföljningens resultat och förslag på utvecklingsområden redovisas en gång i halvåret, nu senast i dokumentet *Uppföljning av kvalitet och genomförandeplan - Halvårsrapport juli - december 2020*. Liksom under tidigare år lämnar brukarna oftast positiva svar på frågorna. Inom verksamhetsområdet Boende LSS var det 90 procent av enheterna som nådde målet med 60 procent nöjda/mycket nöjda brukare i samtliga frågor. Motsvarande resultat för Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning var 95 procent. Respektive enhets- och verksamhetschef ansvarar för att analysera sina resultat samt planera och genomföra förbättringsåtgärder.

## Agera och förbättra

Förvaltningen arbetar för en effektiv organisation och effektivt utnyttjande av resurser på både kort och lång sikt. Verksamheten och de individuella insatserna ska vara av god kvalitet och följas via kvalitetsmål och indikatorer. För att uppnå god vård- och omsorgskvalitet och patientsäkerhet har olika utfallsvärden från 2019 och 2020 analyserats för att användas som underlag till en del beslut om mål samt målvärde att uppnå under 2021. I dokumenten *Verksamhetsplan 2021 och Nationella kvalitetsregister 2019* finns mer detaljerade uppgifter om mål och strategier för kommande år.



Verksamheten strävar efter en god och jämn kvalitet på all vård- och omsorg. Goda exempel av förbättringsåtgärder tas ofta tillvara och sprids i olika forum till berörda enheter. I de fall målen inte uppnås eller åtgärder inte ger avsedd effekt behöver kvalitetsproblemen snurra ytterligare ett varv i PGSA-hjulet.

## Mål och strategier för kommande år

Förutom de planerade målen så tillkommer med största sannolikhet mål fortlöpande under året i de fall det uppkommer icke önskvärda händelser. Vid de tillfällena genomför medicinskt ansvarig sjuksköterska eller berörda enhets- eller verksamhetschefer riskanalyser och beslutar om åtgärder och mål för att uppnå en god vård- och omsorgskvalitet och/eller patientsäkerhet.

Nedan visas exempel på beslutade mål och strategier för 2021.

### Nämndens utvecklingsmål

#### **Antalet insatser som genomförs digitalt ska öka med 100 procent**

Möjligheter att i första hand tillgodose behov genom en digital insats ska utvecklas, med brukarens individuella behov i centrum. Digitala insatser ska möjliggöra både högre kvalitet för brukaren och en effektivare vård och omsorg. En utvecklingsledare och projektorganisation kommer även fortsättningsvis att arbeta fortlöpande med utveckling och digitaliseringsarbete efter en digital färdplan som uppdateras årligen.

#### **80 procent av genomförandeplaner i nya ärenden ska innehålla ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv**

Det rehabiliterande/habiliterande arbetet ska utvecklas för att öka individens självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser. Rehabilitering och funktionsbevarande insatser skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet för brukare/patienter. Rehabiliteringsresurser kommer att fokuseras till rehabiliterande/habiliterande insatser samt till utveckling och implementering av arbetsmetoder som stärker arbetet.

### Verksamhetsmål

#### **Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i minst tolv frågor i den nationella brukarundersökningen**

Kvaliteten ska vara jämn i verksamheten och alla enheter i äldreomsorgen ska uppnå kvalitetsmålet. Insatserna ska vara av god kvalitet och brukarna vara nöjda. För att öka kvaliteten i äldreomsorgen pågår det ett kontinuerligt kvalitetsarbete, och verksamheten kommer på olika sätt att arbeta med de tre kvalitetsfrågorna vars resultat var lägre än 60 procent i brukarundersökningen 2020.

### **Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i samtliga frågor i den individuella kvalitetsuppföljningen**

Kvaliteten ska vara jämn i verksamheten och alla enheter inom verksamhetsområdena Boende LSS och Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning ska uppnå kvalitetsmålet. Insatserna ska vara av god kvalitet och brukarna vara nöjda. Det pågår ett förbättringsarbete där varje enhet arbetar utifrån sitt resultat för att öka kvaliteten och nå målet.

### **Vid beslut om insats ska minst 90 procent av målen vara tydliga och mätbara**

Brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse ska stå i centrum och insatserna ska vara av god kvalitet. Självbestämmande, inflytande, säkerhet och kontinuitet har stor betydelse för brukarens upplevelse av kvalitet i insatserna. Målet nåddes nästan under 2020 och i år kommer myndighetsfunktionen att arbeta med förbättringsåtgärder enligt en framtagen handlingsplan.

### **Egenkontrollmål**

#### **Antalet registreringar i BPSD-registret ska vara fler än antalet registrerade personer**

På flera enheter var antalet registreringar i BPSD-registret under 2020 i stort sett samma som antalet registrerade personer, vilket indikerar att uppföljningar av åtgärder inte genomfördes. För att öka vårdkvaliteten och patientsäkerheten kommer förvaltningens demensteam bland annat att fortsätta sitt fördjupningsarbete i syfte att öka kunskapen om demenssjukdomar/kognitiva sjukdomar och personcentrerad omvårdnad.

#### **Minst 75 procent av planerade åtgärder vid konstaterad risk enligt Senior alert ska följas upp inom planerad tid**

Om arbetssättet med vårdpreventivt arbete avseende fallhändelser, trycksår, ofrivillig viktnedgång, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion inte tillämpas riskerar patienters hälsa att försämrans. Förvaltningens resultat i kvalitetsregistret Senior alert 2020 visade att uppföljning av åtgärder hade ett lågt utfallsvärde. För att nå en förbättrad vårdkvalitet och patientsäkerhet kommer en del enheter att göra en översyn av hur uppföljning av åtgärder planeras under året.

#### **Kvalitetsindikatorn *Utförd smärtskattning* i Svenska palliativregistret ska ha ett utfallsvärde på 100 procent**

Smärta är ett vanligt symtom i livets slutskede som obehandlad ger patienter sämre livskvalitet och ökar risken för medicinska komplikationer. Enligt förvaltningens rutin *Smärtskattning* ska smärtintensitet alltid bedömas med hjälp av smärtskattningsinstrument. Förvaltningens utfallsvärde 2020 för kvalitetsindikator *Utförd smärtskattning* i Svenska palliativregistret nådde inte upp till rutinens krav. För att nå en förbättrad vårdkvalitet och patientsäkerhet kommer bland annat medarbetare SoL/LSS att få utbildning i hur smärtskattningsinstrumentet Abbey Pain Scale ska användas.

#### **Två loggkontroller per halvår ska genomföras i Procapita**

Medarbetare får endast hantera brukares och patienters personuppgifter i social journal och patientjournal om det är nödvändigt för att kunna utföra arbetsuppgifter. Enligt rutinen *Kontroll av journallogg* ska loggkontroller genomföras en gång per kvartal för att säkerställa att personuppgifter hanteras korrekt i Procapita. Om rutinen inte följs finns det risk för bristande förtroende för verksamhetens hantering av personuppgifter.

### **Utvecklingsmål tillsammans med Region Skåne**

Utvecklingsmålen är en del i Hälso- och sjukvårdsavtalet där förvaltningen har ett åtagande tillsammans med Region Skåne med syfte att höja kvaliteten för den enskilde patienten samtidigt som resursanvändningen ska förbättras. Exempel på utvecklingsmål har varit att:

- Gemensamma rutiner och arbetsformer ska säkerställa en säker, trygg och effektiv överföring av vårdansvaret vid utskrivning från slutenvård
- Skapa en samordnad rehabilitering på basnivå och en samordnad hjälpmedelsförsörjning som bidrar till bästa möjliga livssituation för patienten med nedsatt funktion

Genomförandeplanen för utvecklingsmålen sträckte sig fram till 2020. Det finns nu ett förslag från Centralt samverkansorgan om att ta fram en ny utvecklingsplan som ska börja gälla den 1 september 2021.