

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2022

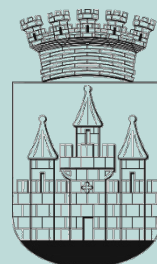
Vård- och omsorgsnämnden

Kvalitetsstrateg Linda Svensson

Diarienummer

VOO 2023/0156

2023-02-28



**LUNDS
KOMMUN**

Innehållsförteckning

1.	Inledning	3
2.	Grunder för säker vård och omsorg	4
2.1.	Organisation och ansvar	4
2.2.	Samverkan	4
2.3.	Informationssäkerhet	5
2.4.	Kunskap och kompetens.....	5
2.5.	Patientens delaktighet.....	6
3.	Systematiskt kvalitetsarbete	7
3.1.	Genomföra riskanalys.....	7
3.2.	Kontrollera	7
3.3.	Utreda avvikelser	7
3.4.	Testa förbättringsåtgärd.....	8
3.5.	Förbättra rutiner och processer	8
4.	Hantering av avvikelser	9
4.1.	Medarbetares rapporteringsskyldighet.....	9
4.2.	Utredning av avvikelser	9
4.3.	Resultat och analys	9
5.	Uppföljningar och kontroller under 2022.....	12
5.1.	Fördjupad verksamhetsuppföljning.....	12
5.2.	Uppföljning av arbete i nationella kvalitetsregister	12
5.3.	Dokumentationsgranskning av patientjournal	13
5.4.	Dokumentationsgranskning av social dokumentation	14
5.5.	Dokumentationsgranskning av genomförandeplan	14
5.6.	Kvalitetsuppföljning på brukarnivå.....	15
5.7.	Egenkontroll.....	16
5.8.	Redovisning av kontroller	16
6.	Mål och strategier för 2023	21
6.1.	Kommunfullmäktiges mål.....	21
6.2.	Nämndens utvecklingsmål.....	21
6.3.	Förvaltningsövergripande kvalitetsmål	22
6.4.	Verksamhetsrådets mål.....	22
6.5.	Egenkontroll.....	22
6.6.	God och nära vård	23

1. Inledning

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ger en inblick i hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrevs inom vård- och omsorgsförvaltningen under 2022. På alla organisatoriska nivåer i förvaltningen pågick det fortlöpande under året ett aktivt arbete för att uppnå en god kvalitet på vård och omsorg med patienten/brukaren i centrum.

Även under 2022 påverkades förvaltningens arbete av coronapandemin då det framför allt under det första kvartalet och årets sista veckor var en hög smittspridning. Högsta prioritet var då att hantera smittspridningen och att säkra insatserna för våra patienter/brukare. Förvaltningens kvalitetsarbete påverkades, men efterhand som belastningen i organisationen minskade fick utvecklings- och kvalitetsfrågor mer utrymme och ett omfattande kvalitetsarbete genomfördes.

Förkortningar som används i dokumentet:

- MAS – Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- HRSS – Hemvård, rehabilitering och service för seniorer
- SBÄ – Särskilt boende för äldre
- Stöd och aktivering – Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning

- IVO – Inspektionen för vård och omsorg
- HSL – Hälso- och sjukvårdslag
- LSS – Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
- SoL – Socialtjänstlag

2. Grunder för säker vård och omsorg

2.1. 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 patientsäkerhet och omsorgskvalitet. 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, som till exempel covid-19 och MRSA (Meticillin-resistenta Staphylococcus aureus).

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

2.2. Samverkan

I förvaltningen samverkar olika yrkesprofessioner, enheter och aktörer för att aktivt förebygga att patienter/brukare med behov av vård och omsorg inte ska drabbas av vårdskada eller få omsorg 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 att vården ska vara multiprofessionell och teambaserad och hur samverkan ska bedrivas inom förvaltningen, som till exempel rutin om att förebygga och behandla undernäring och rutin för uppdelning mellan HRSS och Boende LSS vid utförande av hemvårdsinsatser. Enheterna samverkar också fortlöpande med bland annat vård- och omsorgsjouren, nattpatrullen och växelvården.

Inom kommunen

Förvaltningen har tillsammans med socialförvaltningen flera gemensamma rutiner om samverkan som exempelvis tydliggör när båda förvaltningarna behöver vara involverade vid brukares utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och vem som ansvarar för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser.

Med andra kommuner

Rutin finns om samverkan mellan brukares bosättningskommun och vistelsekommun som reglerar när en brukare med behov av stöd tillfälligt vistas i en annan kommun än bosättningskommunen.

Med Region Skåne

Förvaltningen samverkar på flera olika sätt med Region Skåne. För att samordna stöd och insatser upprättas samordnade individuella planer (SIP) tillsammans med patienter. Genom samverkan med Mobilt vårdteam, Falcks läkarbilar och ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) finns det till exempel möjlighet för patienter att få hembesök av läkare dygnet runt.

2.3. Informationssäkerhet

Syftet med att arbeta strukturerat med informationssäkerhet är att bedöma informationens värde och känslighet så att varje informationstillgång kan omges med relevant skydd. Verksamheten är i många fall beroende av digitala och fysiska informationstillgångar för att arbetet ska kunna fungera. Ett strukturerat informations-säkerhetsarbete blir därför en viktig del i att minimera risken för störningar eller avbrott och säkra kontinuiteten i verksamheten. Den digitaliseringsmodell som förvaltningen tagit fram med roller och ansvar för utveckling och förvaltning av digitala lösningar och välfärdsteknik stödjer strategi och arbetssätt gällande informations-säkerhet.

Under 2022 genomfördes en tillsyn av IVO gällande riskanalys enligt lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. IVO anmärkte på att riskanalys saknades och en sanktionsavgift utdömdes. Sanktionsavgiften är överklagad och väntar på avgörande av förvaltningsrätten i Malmö. Efter tillsynen upprättades en riskanalys med tillhörande åtgärdsplan. Tillsynen visade även på behovet av att upprätta ett ledningssystem för informationssäkerhet och detta arbete har påbörjats.

Förvaltningens informationshantering blir alltmer komplex i takt med den tekniska utvecklingen och ställer större krav på organisatoriska och tekniska åtgärder.

Förbättringsåtgärder som kommer att genomföras under 2023 är:

- Införandet av ett nytt verksamhetssystem som ska ersätta dagens system
- Managring och säkring av mobila enheter för att möjliggöra ett mobilt arbetssätt
- Införande av tvåfaktorsinloggning för kritiska system

Tekniska lösningar är endast så säkra som de människor som använder dem och därför behövs en ökad medvetenhet och kunskap kring informationssäkerhet. Kommun-kontoret påbörjade under 2022 en utbildningskampanj där alla medarbetare får kontinuerlig utbildning i informationssäkerhet och dessa kommer att fortsätta under 2023.

2.4. Kunskap och kompetens

Yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet och säker omvårdnad säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer i verksamheterna. Under året genomfördes en mängd utbildningar och föreläsningar som riktade sig till såväl medarbetare som chefer.

Exempel på tema för genomförda utbildningar och föreläsningar:

- Psykisk ohälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism
- Digitaliseringsarbete inom vård och omsorg
- Lågaffektivt bemötande
- Avvikelser
- Rehabiliterande arbetssätt
- Socialrätt

2.5. Patientens delaktighet

Patienter görs delaktiga i patientsäkerhetsarbetet på olika sätt beroende på händelse. Omfattning varierar dock mellan olika verksamheter och enheter. Det finns ett behov av att arbeta med åtgärder och utveckling av delaktigheten i patientsäkerhetsarbetet i samband med utredning av avvikelser.

Exempel på delaktighet:

I samband med en utredning av avvikelse förs samtal mellan medarbetare och patient om vad som orsakat avvikelsen och hur arbetet kan bedrivas framåt för att undvika att samma avvikelse inträffar igen. Patienten ges möjlighet att själv komma med förslag på arbetets utformning.

Efter en fallhändelse kan fysioterapeut/arbetsterapeut besöka patienten och ha en dialog om fallförebyggande åtgärder som till exempel balansträning eller förskrivning av hjälpmedel.

En samordnad individuell plan (SIP) upprättas tillsammans med patienten ifall insatser för vård och omsorg behöver samordnas. Patienten och/eller närstående framför sina önskemål till mötesdeltagarna – till exempel legitimerad personal och läkare – och mötesdeltagarna planerar sedan gemensamt för vilken vård och omsorg som ska ges till patienten.

3. Systematiskt kvalitetsarbete

Förvaltningen arbetar med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten på vården och omsorgen. Kvalitet betyder att verksamheterna når upp till kvalitetskrav i beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument.

Det systematiska kvalitetsarbetet innebär att verksamheterna arbetar aktivt med att genomföra riskanalyser, göra kontroller, utreda avvikelser, testa förbättringsåtgärder och att förbättra processer och rutiner.

3.1. Genomföra riskanalys

Verksamheterna arbetar förebyggande genom att fortlöpande bedöma om det finns risker för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheternas kvalitet. Vid identifiering av risker beaktas olika perspektiv som till exempel bristande efterlevnad av regelverk som innebär att en verksamhet inte lever upp till beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument.

Underlag till kvalitetsarbetet hämtas från bland annat interna rapporter och uppföljningar och från statistik i nationella kvalitetsregister och undersökningar. För att kunna genomföra riskanalyser baserade på aktuella fakta så har förvaltningen en arbetsgång med att redovisa till exempel avvikelser per kvalitetsår, det vill säga en period som omfattar oktober år 1 till och med september år 2. Det innebär att resultatet kan användas som underlag i arbetet med riskanalys inför beslut om kommande års egenkontroller och verksamhetsplaner.

3.2. Kontrollera

Kontroller syftar till att granska att verksamheterna når upp till kvalitetskrav i beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument för att bland annat säkerställa att

- lagar och rutiner följs
- verksamheten bedrivs kostnadseffektivt
- allvarliga fel upptäcks och åtgärdas.

En kontroll genomförs som till exempel en löpande kontroll eller egenkontroll.

Kontroller genomförs med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamheternas kvalitet.

3.3. Utreda avvikelse

En avvikelse uppstår om verksamheten inte når upp till kvalitetskrav i beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument. Syftet med att utreda avvikelser är att komma till rätta med brister i verksamheten, förhindra att bristerna upprepas samt att utveckla verksamheten. Exempel på avvikelser som utreds är rapporterade avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter, misstänkta missförhållanden enligt lex Sarah och inkomna klagomål.

3.4. Testa förbättringsåtgärd

En förbättringsåtgärd kan testas enligt modellen med PGSA-hjulet när en kontrollresultat avviker, i samband med utredning och analys av en avvikelse eller som en direktåtgärd när en risk fått ett högt riskvärde i en riskanalys.



1. Planera

För att kunna välja rätt förbättringsåtgärd kopplad till avvikelsen/risken måste orsaken till kvalitetsproblemet vara tydlig. Val av åtgärd ska baseras på fakta.

2. Genomföra

Förbättringsåtgärden genomförs enligt planering.

3. Studera och utvärdera

Förbättringsåtgärdens effekt ska studeras för att utvärdera om den genomförda åtgärden ledde till avsedd kvalitetsförbättring och måluppfyllelse.

4. Agera

Om målet är uppnått implementeras förbättringsåtgärden och lärdomen sprids till berörda medarbetare/enheter/verksamheter. Om en åtgärd inte leder till avsedd förbättring ska kvalitetsproblemet ta ytterligare ett varv i PGSA-hjulet för att testa en annan förbättringsåtgärd.

3.5. Förbättra rutiner och processer

Förvaltningens ledningssystem innehåller rutiner och en del processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och göra det möjligt att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Det finns rutiner som reglerar såväl förvaltningens interna arbete som samverkan med externa aktörer.

Befintliga rutiner och processer revideras och förbättras om resultat av genomförda riskanalyser, kontroller och utredningar av avvikelser visar att de inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet. I de fall det saknas rutiner tas sådana fram snarast.

3.5.1. Processer

Förvaltningen har endast några få kartlagda processer och det pågår sedan ett par år tillbaka ett arbete med att identifiera och kartlägga främst huvudprocesser med tillhörande delprocesser. Delprocesserna tydliggör aktiviteter, relationer och samband både inom och mellan olika enheter/verksamheter och skapar på så vis förståelse och ger kunskap om varandras aktiviteter. För att kunna arbeta mer aktivt med verksamhetsutveckling och systematiskt kvalitetsarbete kommer ytterligare processer att identifieras och kartläggas.

4. Hantering av avvikelser

Avvikelse som är kopplade till patienter/brukare rapporteras av medarbetare direkt i förvaltningens verksamhetssystem, medan misstänkta missförhållanden enligt lex Sarah rapporteras antingen muntligt eller skriftligt på en rapportblankett. Synpunkter och klagomål från till exempel närstående och externa vårdgivare lämnas antingen muntligt till chef eller medarbetare, skriftligt via brev/e-post eller genom kommunens e-tjänst.

Under hösten 2022 reviderades rutinen *Avvikelse på hälso- och sjukvårdsinsats eller medicinteknisk produkt*. I rutinen förtydligades att utredningar av avvikelser bör genomföras av en ansvarig utredare med stöd av andra professioner – det vill säga multiprofessionellt och teambaserat – för att få ett helhetsperspektiv på en avvikelse.

Det pågår ett arbete med att utreda om det finns förutsättningar för att lägga ihop de två nuvarande avvikelserutinerna till *en* rutin. Syftet är att förenkla och förbättra hanteringen av avvikelser för såväl chefer som medarbetare.

4.1. Medarbetares rapporteringsskyldighet

Medarbetare har en skyldighet att rapportera händelser som påverkar patientsäkerheten, det vill säga händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Om en avvikelseutredning visar att en patient är drabbad av allvarlig vårdskada eller att det funnits risk för allvarlig vårdskada, ska MAS snarast anmäla detta till IVO enligt lex Maria.

Även andra typer av negativa händelser, tillbud och missförhållanden som drabbar eller riskerar att drabba brukare måste rapporteras. Förvaltningen har rutiner och flödes-scheman som beskriver hur dessa avvikelser och misstänkta missförhållanden enligt lex Sarah ska hanteras.

4.2. Utredning av avvikelser

Rapporterade avvikelser utreds av chef eller legitimerad personal beroende på ärendetyp. Syftet med en utredning är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkar det. Syftet är också att ge underlag till beslut om förbättringsåtgärd för att förhindra att liknande händelse inträffar på nytt, eller att begränsa effekten om avvikelserna inte helt går att förhindra. Klagomål som inkommer via patientnämnden hanteras av MAS. Klagomål via IVO utreds och hanteras främst av berörd chef på den enhet där händelsen inträffat, ibland i samverkan med MAS. I enstaka fall hanteras klagomålen endast av MAS.

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.

4.3. Resultat och analys

Under 2022 ändrades arbetssättet för de årliga sammanställningarna och analyserna av rapporterade avvikelser och missförhållanden med avsikt att förenkla, förbättra och utveckla kvalitetsarbetet för alla berörda chefer. Verksamheternas analysarbete skedde i dialog mellan kvalitetsstrateger, MAS och respektive verksamhets ledningsgrupp.

Statistikuppgifter inhämtades på verksamhetsnivå i stället för på enhetsnivå vilket medförde ett större underlag till analyserna. En förvaltningsövergripande sammanställning och analys finns i dokumentet *Avvikelser kvalitetsåret 2021/2022*.

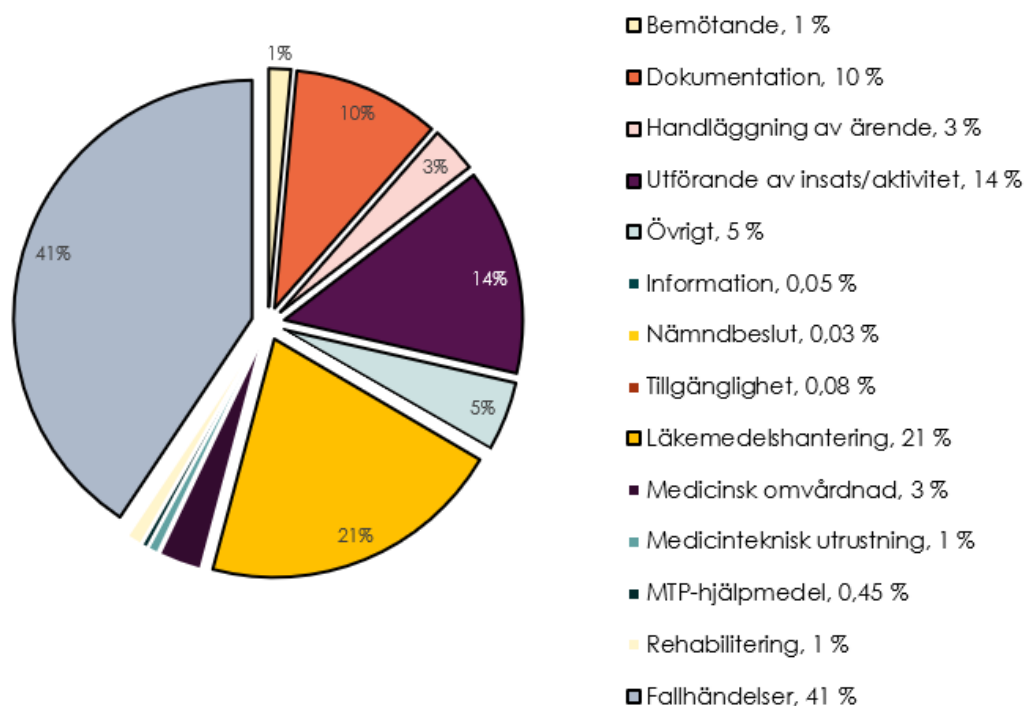
4.3.1. Rapporterade avvikelser

Under kvalitetsåret rapporterades totalt 12 378 avvikelser, vilket är en ökning med 16 procent jämfört med föregående år. Statistikuppgifterna som redovisas i tabellen nedan avser resultat från utförare i både intern och extern regi. Antalet avvikelser fördelade sig per avvikelseområde enligt följande:

Avvikelseområde	Antal avvikelser
Synpunkter och klagomål	194
varav inkomna via IVO	17
varav inkomna via patientnämnden	3
SoL/LSS-avvikelser	3 823
Missförhållanden enligt lex Sarah	124
varav allvarliga som anmäldes till IVO	6
HSL-avvikelser	8 237
varav allvarliga som anmäldes enligt lex Maria	0

Utredningarna av de sex allvarliga lex Sarah-ärendena som anmäldes till IVO höll generellt en god kvalitet. I ett ärende begärde IVO kompletterande uppgifter. IVO avslutade samtliga ärenden då de bedömde att utredningarna följde gällande bestämmelser och att adekvata åtgärder hade vidtagits för att förhindra att liknande missförhållanden inträffar igen.

Andelen avvikelse typer fördelade sig enligt nedanstående diagram:



4.3.2. Klagomål via Inspektionen för vård och omsorg

Det inkom 17 klagomål till förvaltningen via IVO varav ett av dem berörde utförare i extern regi. Ett av klagomålen gällde till exempel flera upplevda brister inom områdena läkemedelshantering, kommunikation samt vård och behandling. Utredningen visade på en del brister under patientens vårdtid, och åtgärder vidtogs för att förebygga att liknande händelse återupprepas.

4.3.3. Klagomål via patientnämnden

Den årliga sammanställningen från patientnämnden visade att sju personer vände sig till dem med klagomål gällande brister vid vård och behandling under 2022. Tre klagomål skickades vidare till förvaltningen för yttrande varav ett berörde en utförare i extern regi. Ett av klagomålen handlade exempelvis om att närstående upplevde brister i kommunikation mellan sjuksköterskor, medarbetare SoL och primärvårdens läkare. En analys visade att verksamheten brast i dokumentation, kommunikation, teamarbete och i viss mån även omvårdnadsarbete och att en åtgärdsplan upprättades.

4.3.4. Analysarbete

I analysarbetet fokuserade verksamheterna bland annat på att identifiera bakomliggande orsaker till avvikelserna på systemnivå – det vill säga orsaker kopplade till organisation och inte till person. Därefter planerade verksamheterna för förbättringsåtgärder.

Exempel på bakomliggande orsaker och planerade förbättringsåtgärder:

Bakomliggande orsaker per avvikelseyp	Planerade förbättringsåtgärder
Fallhändelser – det saknas en strukturerad samverkan mellan fysioterapeuter, sjuksköterskor och enhetschef SoL	Utveckla teamarbetet och involvera hela teamet i det fallförebyggande arbetet
Läkemedelshantering – information missas på grund av stora informationsmängder i signeringsverktyget Appva	Se över vad som läggs in i Appva så att informationsmängden minskar
Utförande av insats – genomförandeplaner följs inte alltid på grund av att det är svårt att hitta rätt information	Se över genomförandeplanens utformning och förenkla den så att det på ett enkelt sätt går att ta del av innehållet
Bemötande – det saknas information och/eller förståelse för brukares utvecklingsnivå	Arbeta för att tydliggöra så att brukares utvecklingsnivå ställs i relation till utformningen av stöd
Handläggning av ärende – oplanerad frånvaro såsom sjukdom leder till att vissa moment i handlägningsförfarandet missas	Handläggare ska följa prioriteringsordning vid vakanser och oplanerad frånvaro

Förvaltningens samlade analys visade på fyra områden som behöver utvecklas, exempelvis att förbättra teamarbetet mellan olika professioner kopplade till fallhändelser och läkemedelshantering och att öka samverkan mellan verksamheterna och myndighetsfunktionen för att skapa en större förståelse för varandras uppdrag.

5. Uppföljningar och kontroller under 2022

Under 2022 genomförde förvaltningen flertalet uppföljningar och kontroller för att granska vård- och omsorgskvaliteten och patientsäkerheten. Närmare beskrivning av dessa finns bland annat i dokumentet *Årsanalys 2022* och i respektive verksamhetsområdes *Verksamhetsberättelse 2022* och *Verksamhetsplan 2022*.

5.1. Fördjupad verksamhetsuppföljning

En fördjupad verksamhetsuppföljning av förvaltningens alla verksamheter – det vill säga utförare i både intern och extern regi – påbörjades under hösten 2022. Syftet med uppföljningen var att bedöma om det fanns kvalitetsbrister utifrån verksamheternas arbete med vårdprevention kopplat till de nationella kvalitetsregisterna Senior alert, BPSD-registret och Svenska palliativregistret. Resultatet kommer att redovisas och återkopplas till verksamheterna i början av 2023.

5.2. Uppföljning av arbete i nationella kvalitetsregister

Verksamheterna arbetar med tre nationella kvalitetsregister med syfte att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra den vård och omsorg som ges till patienter och brukare. Dokumentation av genomförda riskbedömningar, bakomliggande orsaker och/eller åtgärder registreras i respektive register om patienten inte motsätter sig registreringen. I så fall används metoder och verktyg i det förebyggande arbetet men resultatet dokumenteras då endast i patientjournalen.

5.2.1. Resultat

Följande resultat från kvalitetsregisterna är delvis hämtade från dokumentet *Nyhetsbrev kvalitetsregister för helår 2022*.

Exempel på resultat och förbättringsåtgärder:

BPSD-registret

Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom/kognitiv sjukdom.

Målet var att det skulle finnas fler registreringar än antalet riskbedömda personer vilket då skulle indikera att både riskbedömning och uppföljning har genomförts. Inom HRSS gjordes 140 registreringar på 116 personer, och inom SBÄ 476 registreringar på 305 personer. Resultatet visade att båda verksamheterna uppfyllde målet. Ett av pågående förbättringsarbeten är ett fokusarbete med syfte att bland annat öka kunskapen om demenssjukdomar/kognitiva sjukdomar och personcentrerad omvårdnad.

Hemsjukvården inom HRSS gjorde flest registreringar i Sverige under 2022 och BPSD-registret framhåller Lunds kommun som exempelkommun på ett väl fungerande BPSD-arbete i hemsjukvården. Det särskilda boendet Ribbingska inom SBÄ vann BPSD-registrets innovationspris 2022 genom sitt promenadprojekt.

Senior alert

Senior alert är ett verktyg för att stödja det förebyggande arbetet för personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

Den årliga uppföljningen visade att HRSS genomförde riskbedömningar för 310 personer varav i genomsnitt 87 procent hade en risk inom något av de fem riskområdena. Motsvarande siffror för SBÄ var 529 personer och 92 procent.

En av planerade åtgärder för 2023 är att kvalitetsutvecklare fortsätter arbetet inom HRSS med genomgång av Senior alerts arbetsmetod och verktyg samt förebyggande arbete och riskbedömningar gällande undernäring.

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistrets syfte är att förbättra vården för personer som befinner sig i livets slutskede. Sjuksköterskor registrerar vilka vårdåtgärder som gjordes under sista veckan i livet för att på så sätt uppmärksamma vårdkvaliteten.

Under 2022 var målet att alla patienter skulle smärtskattas under den sista levnadsveckan. Inom HRSS smärtskattades 70 procent av patienterna, och inom SBÄ var det 79 procent. Verksamheterna nådde inte upp till förvaltningens mål men resultaten var dock högre än hela rikets som kom upp i 62 procent. Flertalet enheter arbetade med palliativa studiecirkel under året och genomförde utbildningar i att använda smärtskattningsinstrument.

5.3. Dokumentationsgranskning av patientjournal

Det genomfördes två dokumentationsgranskningar av patientjournaler under året. Syftet var att säkerställa att verksamheterna uppfyller lagstiftningens krav på dokumentation samt följer medicinskt ansvarig sjuksköterskas rutiner och anvisningar. Granskningen omfattade följande områden:









- Kontaktuppgifter
- Ordinationer
- Riskbedömningar
- Skyddsåtgärder
- Journalens utformning
- Avvikelser

5.3.1. Resultat

Resultaten av dokumentationsgranskningarna redovisas i respektive enhets och verksamhetsområdes granskningsmall i IT-ledningsstödet Stratsys.

Exempel på resultat:

Granskningen visade att det inte fanns bedömningar till alla pågående ordinationer men att en stor del av de granskade journalerna var tydligt och lättförståeligt utformade.

Verksamhetsområde – granskningsområde	Poäng halvår 1 (av max 20 poäng)	Poäng halvår 2 (av max 20 poäng)
HRSS – Ordinationer	11,2 	11,5 
SBÄ – Ordinationer	10,2 	8,1 
HRSS – Journalens utformning	12,9 	16,3 
SBÄ – Journalens utformning	16,2 	12,4 

5.4. Dokumentationsgranskning av social dokumentation

En dokumentationsgranskning av social dokumentation genomfördes inom alla verksamhetsområdena under året och sammanlagt mer än 900 journaler granskades i både intern och extern verksamhet. Följande områden granskades:

- Beställningar
- Genomförandeplaner
- Löpande social journal
- Löpande arbetsanteckningar

Liksom förra året genomfördes alla granskningar på distans på grund av coronapandemin. Eftersom inga platsbesök genomfördes medförde detta att vissa områden inte kunde granskas som till exempel observationer av fysiska personakter och rapportböcker. Under 2023 kommer dokumentationsgranskning att åter igen genomföras genom platsbesök.

5.4.1. Resultat

Resultatet av dokumentationsgranskningen samt analys och förslag på utvecklingsområden redovisas dels i rapporterna för respektive enhet, dels som en sammanfattning i dokumentet *Dokumentationsgranskning 2022*.

Exempel från granskningsområdena:

På en övergripande nivå konstaterades att det till stor majoritet fanns aktuella genomförandeplaner i brukarnas journaler och att planerna innehöll aktuella livsområden och mål enligt beställning från handläggaren. Andelen genomförandeplaner med tydliga beskrivningar av hur stöd ska ges och där det fanns en koppling till brukarens uppsatta mål var hög. Det fanns en viss variation av resultatet beroende på verksamhetsområde, men generellt sett ökade andelen jämfört med föregående år. Ett utvecklingsområde gällande genomförandeplaner är bland annat att beskrivningarna av hur brukaren behöver stöd för att uppnå sina mål ska bli tydligare.

Resultatet för löpande social journal visade att dokumentationen fortsätter att utvecklas och att förbättringar gjordes inom samtliga verksamhetsområden för femte året i rad. Åtgärder som till exempel upprättande av genomförandeplan och genomförda möten dokumenterades av utföraren i högre omfattning. Ett av utvecklingsområdena är att utföraren i större utsträckning ska dokumentera vidtagna åtgärder i den löpande sociala journalen.

5.5. Dokumentationsgranskning av genomförandeplan

För att kontrollera om genomförandeplaner innehåller ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv genomfördes en dokumentationsgranskning av ca 200 genomförandeplaner. Kontroller gjordes inom flertalet livsområden som till exempel förflyttning, personlig vård och kommunikation.

5.5.1. Resultat

Det sammantagna resultatet av rehabiliterande/habiliterande perspektiv i genomförandeplanerna var 79 procent. Resultaten varierade mellan olika livsområden men framför allt mellan olika verksamhetsområden. Den största skillnaden sågs mellan äldreomsorgen (SBÄ 54 procent och HRSS 55 procent) och LSS-verksamheterna (Boende LSS och Stöd och aktivering med vardera 91 procent). Resultatet av dokumentationsgranskningen redovisas i dokumentet *Rehabiliterande/habiliterande perspektiv i genomförandeplaner 2022*.

Exempel på resultat:

I flera genomförandeplaner inom verksamheterna SBÄ och HRSS fanns det tydligt beskrivet hur stödet ska ges för att brukare ska bibehålla sina funktioner men sällan hur det ska förbättras. I en del fanns det tydliga mål om att klara en viss insats själv men var inte beskrivet i planen hur det ska gå till.

Generellt fanns det väldigt tydliga beskrivningar av habiliterande perspektiv i samtliga granskade genomförandeplaner inom verksamheterna Boende LSS och Stöd och aktivering. Det var genomgående tydligt beskrivet hur medarbetarna ska stötta, bemöta och anpassa omgivningen för att brukare ska kunna utföra så mycket som möjligt själv och kunna vara delaktiga i samhället efter bästa förmåga.

5.6. Kvalitetsuppföljning på brukarnivå

En kvalitetsuppföljning på brukarnivå genomförs i samband med individuppföljning. Syftet är bland annat att få en aktuell bild av brukarnas upplevelse av kvalitet och att identifiera utvecklingsområden. Arbetet med kvalitetsuppföljning pågår fortlöpande och under 2022 genomfördes över 2 500 uppföljningar. Enhets- och verksamhetschefer ansvarade för att löpande analysera resultaten och använda dem i det systematiska kvalitetsarbetet.

Exempel på frågor:

- Har personalen stöttat dig att nå dina mål?
- Brukar personalen bemöta dig bra?
- Är du nöjd med det digitala stödet?

5.6.1. Resultat

Sammanställningar av kvalitetsuppföljningarnas resultat redovisades två gånger under året, nu senast i dokumentet *Uppföljning av kvalitet – Halvårsrapport juli - december 2022*.

Exempel på resultat:

Resultatet visade att majoriteten av brukare var nöjda med det utförda stödet och att medarbetare stöttade dem att nå individuella mål. Det visade också att medarbetare generellt hade ett bra bemötande och att brukare upplevde att de hade inflytande på hur stödet skulle genomföras.

Trygghetslarm, digitala lås och digitala inköp var de vanligast förekommande åtgärderna av digitalt stöd som utfördes under året. Det senaste halvårsresultatet visade att 85 procent av brukarna var nöjda med det digitala stödet och att 89 procent upplevde att känslan av trygghet hade ökat eller bibehållits genom stödet.

5.7. Egenkontroll

Syftet med egenkontroll är att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument. Förvaltningen ansvarar för att regler följs inom sitt verksamhetsområde och varje år bör medicinskt ansvarig sjuksköterska, myndighetschef och verksamhetschefer var och en välja ut minst två risker för egenkontroll. Samtliga egenkontroller för kvalitetsåret 2021/2022 är redovisade i tabellen på nästkommande sidor.

5.8. Redovisning av kontroller

På följande sidor redovisas ett urval av förvaltningens genomförda kontroller. Det finns ytterligare kontroller som är kopplade till nämndens utvecklingsmål och verksamhetsmål men som inte redovisas här.

Kontrollerna redovisas i tabellform med information om:

- Underlag
- Riskanalys
- Kontroll/mål
- Genomförd förbättringsåtgärd
- Resultat efter åtgärd

Underlag	Risicanalys	Kontroll/mål	Genomförd förbättringsåtgärd	Resultat efter åtgärd
Fokusområden från EVP 2022 - 2024		Nämndens utvecklingsmål – De digitala insatser som erbjuds ska bibehålla eller öka brukarens upplevda trygghet och självständighet. Antalet insatser som genomförs digitalt ska öka med 100 procent (mål = 338 insatser).	Utvecklingsarbete i enlighet med <i>Digital roadmap</i> och <i>Handlingsplan för digitalisering</i> pågick fort-löpande under året.	Utfallet av kontrollen visar på 859 genomförda insatser vilket når upp till målet.
Fokusområden från EVP 2022 - 2024		Nämndens utvecklingsmål – Det förebyggande och rehabiliterande/habiliterande arbetet ska utvecklas för att öka individens självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser. 80 procent av genomförandeplaner i nya ärenden ska innehålla ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv.	Exempelvis utbildade SBÄ samordnarna som ger stöd till medarbetarna gällande upprättande av genomförandeplaner.	Förvaltningens övergripande resultat är 79 procent och klarar delvis målet. Resultat uppdelat per verksamhetsområde: <ul style="list-style-type: none"> • HRSS: 55 procent • SBÄ: 54 procent • Boende LSS: 91 procent • Stöd och aktivering: 91 procent
Förvaltningens kvalitetsuppföljning på brukarnivå	Tidigare års resultat visar på ojämnhet mellan enheterna.	Verksamhetsmål – Ökad kvalitet för personer med funktionsnedsättning/LSS. Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i samtliga frågor (Obs! Ändrat till utvalda frågor – se kolumnen med resultat) i den individuella kvalitetsuppföljningen.	Boende LSS hade bland annat brukarmöten där medarbetarna reflekterade kring hur stödet utförs och kan anpassas efter brukarens behov. Stöd och aktivering implementerade lågaffektivt bemötande och förde en lärande dialog om bemötande och arbetssätt.	85 procent av samtliga enheter klarar målet. Måluppfyllelsen mäts genom resultat på utvalda frågor i den individuella kvalitetsuppföljningen. Urvalet av frågor bygger på de som är gemensamma för samtliga enheter för att möjliggöra jämförbarheten mellan verksamhetsområden och enheter.
Beslutsunderlag		Verksamhetsmål – Brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse ska stå i centrum. Vid beslut om insats ska minst 93 procent av målen vara tydliga och mätbara.	Myndighetsfunktionen genomförde ärendehandledning och handläggartäffar samt kollegiegranskningar och reflektionsseminarium kopplade till beställning och målarbete.	Utfallet på kontrollen är 90 procent.

Underlag	Risکاناليس	Kontroll/mål	Genomförd förbättringsåtgärd	Resultat efter åtgärd
Patientjournal	Brister i patientsäkerhet.	Egenkontroll halvårsvis HRSS och SBÅ – Granska att det finns bedömningar kopplade till ordinationer i patientjournaler.	Genomgång av resultaten skedde på APT och diskussion kring det svaga resultatet fördes för att utveckla och säkerställa dokumentationen.	Resultaten visar att det finns stora brister i dokumentationen gällande ordinationer. Det finns inte alltid bedömningar till pågående ordinationer.
Svenska palliativregistret	Patienter får otillräcklig eller bristfällig smärtlindring.	Egenkontroll halvårsvis HRSS, SBÅ och Boende LSS – Granska att smärtskattningar genomförs enligt rutin. Utfallsvärdet i registret ska vara 100 procent på varje enhet inom verksamhetsområdena.	HRSS: Enheterna jobbade aktivt med studiecirkel och kompetens. SBÅ: Under året genomfördes utbildning i smärtskattningsinstrument för baspersonal. Boende LSS: -	HRSS: 74 procent SBÅ: 79 procent Boende LSS: Finns inga registreringar gjorda i Svenska palliativregistret
Social journal	Risk för otillåten begränsningsåtgärd för brukaren.	Egenkontroll halvårsvis Boende LSS – Kontrollera att riskbedömning utförts innan enhetschef tagit beslut om skyddsåtgärd.	Genomförde workshops avseende skyddsåtgärder vid två tillfällen för chefer och pedagogiska samordnare. Ledningsgruppen hade genomgång av rutinen för skyddsåtgärder.	Resultat halvår 2: <ul style="list-style-type: none"> • 28 ja • 6 nej • 10 ej aktuellt • 3 ej svarat
Social journal	Brukaren kan få fel stöd, hjälp och/eller service.	Egenkontroll halvårsvis HRSS – Kontrollera om det är dokumenterat i <i>händelse av vikt</i> att genomförandeplanen följts upp enligt rutin.	Enheterna arbetade med att höja kompetensen hos personalen samt att strukturerat följa upp den sociala dokumentationen.	Resultat halvår 2: 14 enheter har korrekt dokumentation medan den brister på 9 enheter.
Skriftlig plan om egenvård från ordinator	Brukare kan få felaktigt utförd egenvård.	Egenkontroll halvårsvis HRSS och Stöd och aktivering – Säkerställa att brukare med egenvård har skriftlig plan från ordinator. Alla berörda brukare ska ha en skriftlig plan.	HRSS: MAS och kvalitetsutvecklare informerade samtliga enheter gällande egenvård och egenvårdsintyg. Stöd och aktivering: Bjöd vid behov in till SIP. Arbetade med att kontrollera och begära in egenvårdsintyg. Skrev avvikelser i de fall egenvårdsintyg inte inkom.	HRSS: Resultatet sviktar då man tolkat egenkontrollen olika. Stöd och aktivering, halvår 2: på sex enheter har brukare en skriftlig plan från ordinator. Åtta enheter svarar nej medan sju svarar att det ej är aktuellt då ingen brukare har egenvård.

Underlag	Risکاناليس	Kontroll/mål	Genomförd förbättringsåtgärd	Resultat efter åtgärd
Beställning i verksamhets-systemet Procapita	Risk att statistiska värden blir felaktiga.	Egenkontroll halvårsvis SBÅ – Kontrollera att samtliga beställningar är verkställda.	-	Samtliga beställningar på enheterna är verkställda enligt rutin.
Verkställighet i verksamhets-systemet Procapita	Risk att statistiska värden blir felaktiga.	Egenkontroll halvårsvis SBÅ – Kontrollera att verkställighet avslutats efter information från handläggaren.	-	Alla enheter har under året avslutat verkställighet enligt rutin.
Instruktioner för hjälpmedel samt information om medarbetares utbildning	Brukare kan få fel stöd, hjälp och/eller service	Egenkontroll halvårsvis Stöd och aktivering – Kontrollera att hjälpmedel kan hanteras och användas på ett säkert sätt.	Såg till att skriftliga instruktioner för hjälpmedel fanns. Erbjud alla medarbetare utbildning i hantering av hjälpmedel.	Vid halvår 2 visar resultatet att sex av elva enheter har svarat ja på frågan om de har skriftliga instruktioner och personal har relevant utbildning för hantering av befintliga hjälpmedel, två nej och tre att det inte är aktuellt.
Blankett <i>Lex Sarah – uppföljning åtgärder</i>	Risk att åtgärder utifrån lex Sarah-utredningar inte genomförs och/eller följs upp.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen – Säkerställa att åtgärder genomförs efter lex Sarah-utredningar.	-	Åtgärder genomförs i de ärenden det varit aktuellt.
Blankett <i>Lex Sarah – uppföljning åtgärder</i>	Risk att åtgärder utifrån lex Sarah-utredningar inte genomförs och/eller följs upp.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen – Säkerställa att åtgärder följs upp efter lex Sarah-utredningar.	-	Rutinen för uppföljning av vidtagna åtgärder har följts i de ärenden där uppföljning varit aktuellt.
Beslutsunderlag	Av dokumentationen framgår inte vad som beslutats och vilka skäl som ligger till grund för beslutet.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen - Granskning av dokumentation gällande beslut.	-	Halvår 1: Dokumentation av beslutsunderlag håller en hög nivå och majoriteten av det som ska finnas med enligt föreskrift finns i granskat underlag. Halvår 2: Resultatet visar på ett utmärkt resultat.

Underlag	Riskanalys	Kontroll/mål	Genomförd förbättringsåtgärd	Resultat efter åtgärd
Beställning	Av dokumentationen framgår inte vad som ingår i uppdraget, vilket eller vilka mål som gäller för insatsen samt form för uppföljning.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen - Granskning av dokumentation gällande uppdrag till utföraren.	-	Halvår 1: I samtliga uppdrag till utföraren framgår det vad som ingår i uppdraget. Halvår 2: Bra resultat där dokumentationen i uppdragen till utföraren till stor del följer gällande föreskrifter och riktlinjer för dokumentation.
Beslutsunderlag	Av dokumentationen framgår inte att uppföljning genomförts.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen - Granskning av dokumentation gällande uppföljning av beviljade insatser.	-	Halvår 1: Dokumentation av uppföljning av beviljade insatser håller en hög nivå och majoriteten av det som ska finnas med enligt föreskrift finns i granskat underlag. Halvår 2: Enhet 2 visar ett utmärkt resultat.
Social journal	Risk att individen inte får rätt stöd på grund av att löpande social dokumentation saknas.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen - Granskning av dokumentation i social journal.	-	Halvår 1: Dokumentation i löpande social journal håller en hög nivå. All dokumentation är saklig och värderingsfri och till majoritet framgår det var uppgifter kommer ifrån. Halvår 2: Resultatet visar på ett utmärkt resultat.
Beslutsunderlag	Av dokumentationen framgår inte vilka uppgifter som ligger till grund för utredning och bedömning av den enskildes behov.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen - Granskning av dokumentation gällande utredning och bedömning.	-	Halvår 1: Dokumentation av beslutsunderlag håller en hög nivå och majoriteten av det som ska finnas med enligt föreskrift finns i granskat underlag. Halvår 2: Resultatet visar på ett bra resultat.

6. Mål och strategier för 2023

Under kommande rubriker visas ett urval av mål som ska uppnås under 2023 samt indikatorer kopplade till målen. Observera att det inom varje verksamhetsområde finns många fler mål än vad som visas här. Mer detaljerade uppgifter finns i respektive verksamhetsområdes dokument *Verksamhetsplan 2023*.

6.1. Kommunfullmäktiges mål

Kommunfullmäktige fattade beslut om fyra mål genom antagandet av ekonomi- och verksamhetsplanen (EVP) för 2023 – 2025. Målen ska sätta en riktning för och genomsyra alla kommunens och de kommunala bolagens verksamheter:

1. En tillitsbaserad styrning och ledning
2. Sveriges tryggaste kommun
3. Fler Lundabor i arbete
4. Klimatneutralitet 2030

6.2. Nämndens utvecklingsmål

Utifrån de fyra mål som kommunfullmäktige definierar i EVP 2023 - 2025 fattade vård- och omsorgsnämnden beslut om egna utvecklingsmål och indikatorer som ska mäta om målen uppnås. Nedanstående utvecklingsmål är kopplade till kommunfullmäktiges målområde *Sveriges tryggaste kommun*. De respektive verksamhetsområdena beslutar i början av året om aktiviteter ska som bidra till målområdet.

Nämndens utvecklingsmål	Indikatorer	Mål 2023
Det förebyggande och rehabiliterande/habiliterande arbetet ska utvecklas med inriktning mot ökad självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser.	Beställning av insats ska innehålla ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv (stödjande, tränande).	80 %
	Genomförandeplaner ska innehålla ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv.	80%
De digitala insatser som erbjuds ska bibehålla eller öka brukarens upplevda trygghet och självständighet.	Brukare med en digital insats upplever att insatsen bibehåller eller ökar tryggheten.	95 %
	Brukare med en digital insats upplever att insatsen bibehåller eller ökar självständigheten.	80 %
	Digital teknik ska minska behovet av personal med minst 45 000 timmar.	45 000

6.3. Förvaltningsövergripande kvalitetsmål

Förvaltningen beslutar om övergripande kvalitetsmål. Varje verksamhetsområde och enhet ska arbeta mot målen och kan formulera egna aktiviteter med utgångspunkt från uppdraget.

Verksamhetsmål	Indikatorer	Mål 2023
Ökad kvalitet - äldreomsorg	Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i utvalda frågor i den nationella brukarundersökningen.	100 %
	Alla enheter ska ha resultat över 60 procent utvalda frågor i den individuella kvalitetsuppföljningen.	100 %
Brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse ska stå i centrum.	Andel mål i beställningen som är uppfyllda.	83 %
	Vid beslut om insats ska målen vara tydliga och mätbara.	93 %
	Av genomförandeplanen ska det framgå hur målet ska uppnås.	80 %

Verksamhetsmål	Indikatorer	Mål 2023
Ökad kvalitet - personer med funktionsnedsättning/LSS	Alla enheter ska ha resultat över 75 procent i utvalda frågor i den individuella kvalitetsuppföljningen.	100 %

6.4. Verksamhetsområdets mål

Förvaltningens enheter och verksamheter kan även besluta om egna mål, indikatorer och/eller aktiviteter att uppnå under året.

6.5. Egenkontroll

Förvaltningen ansvarar för att regler följs inom sitt verksamhetsområde. Varje år beslutar medicinskt ansvarig sjuksköterska, myndighetschef och verksamhetschefer om egenkontroller inom sina respektive ansvarsområden, som till exempel:

Verksamhetsområde	Egenkontroll	Mål/godkänt resultat
Boende LSS	Kontrollera om det finns en upprättad handlingsplan för de risker som inte kan åtgärdas omedelbart	Det finns en eller flera handlingsplaner för samtliga brukare
Stöd och aktivering	Kontrollera att brukaren har samtyckt till skyddsåtgärd	Det finns dokumenterade samtycken för alla beslutade skyddsåtgärder
HRSS	Kontrollera om det är dokumenterat i händelse av vikt att genomförandeplanen följts upp enligt rutin	Det finns aktuell genomförandeplan och i <i>Händelse av vikt</i> framgår det att planen följts upp inom 6 månader för minst 8 av 10 brukare på varje enhet

6.6. God och nära vård

Inom ramen för Vårdsamverkan Skåne är en handlingsplan upprättad avseende god och nära vård för perioden 2022 – 2025. Till handlingsplanen finns bilagan *Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022 – 2025*. Den innehåller flera olika områden för utveckling och samverkan som till exempel:

- Personcentrerat arbets- och förhållningssätt
 - Patientkontrakt och samordnad individuell plan (SIP)
 - Utveckling av insatser för tidvis sviktande
- Förebyggande och hälsobefrämjande insatser
- Kompetenssamverkan
 - Stödfunktioner för den nära vården