

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2023

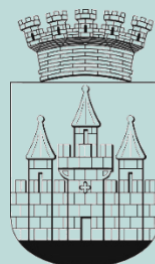
Vård- och omsorgsnämnden

Kvalitetsstrateg Linda Svensson

Diarienummer

VOO 2024/0066

2024-02-19



**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	6
2.5.	Patientens delaktighet	6
3.	Systematiskt kvalitetsarbete	7
3.1.	Genomföra riskanalys.....	7
3.2.	Kontrollera	7
3.3.	Utreda avvikelse	7
3.4.	Testa förbättringsåtgärd.....	7
3.5.	Förbättra rutiner och processer	8
4.	Hantering av avvikelser	9
4.1.	Arbetsflödet vid hantering av avvikelser.....	9
4.2.	Resultat och analys av rapporterade avvikelser	9
5.	Uppföljningar och kontroller under 2023	12
5.1.	Nämndens utvecklingsmål	12
5.2.	Förvaltningsövergripande verksamhetsmål	13
5.3.	Egenkontroll	13
5.4.	Fördjupad verksamhetsuppföljning	14
5.5.	Uppföljning av arbete i nationella kvalitetsregister	15
5.6.	Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	16
5.7.	Dokumentationsgranskning av patientjournal.....	17
5.8.	Dokumentationsgranskning av social dokumentation.....	17
5.9.	Kvalitetsuppföljning på brukarnivå	18
6.	Mål och strategier för 2024	19
6.1.	Kommunfullmäktiges mål.....	19
6.2.	Nämndens utvecklingsmål	19
6.3.	Förvaltningsövergripande verksamhetsmål	19
6.4.	Verksamhetsrådets mål	20
6.5.	Egenkontroll	20
6.6.	Vårdsamverkan Skåne – Nära vård	21

1. Inledning

Kvalitet och patientsäkerhet är av avgörande betydelse för att säkerställa att varje patient/brukare erhåller bästa möjliga vård och omsorg. Årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse ger en kort översikt i hur det systematiska kvalitetsarbetet för vård och omsorg bedrevs inom förvaltningen under 2023 och vad som planeras inför 2024.

Genom att granska genomförda aktiviteter och identifiera områden för förbättring strävar verksamheterna efter att leverera vård och omsorg av högsta kvalitet och med patienten/brukaren i centrum. Utvecklings- och kvalitetsfrågor gavs stort utrymme i verksamheterna under det gångna året och ett omfattande kvalitetsarbete genomfördes. Välfärdsteknik, digitala tjänster och smarta arbetssätt är exempel på områden där aktiviteter genomfördes för att säkra en god kvalitet.

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 arbete med vårdrelaterade infektioner och smittspridning som till exempel covid-19 och virusorsakad gastroenterit.

Exempel på ansvarsområde utifrån roll i förvaltningen:

- Vård- och omsorgsdirektören ansvarar övergripande för att leda och fördela det systematiska kvalitetsarbetet inom förvaltningen
- Avdelningschefen för Kansli och kvalitet 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:

Samverkan inom förvaltningen

Det finns ett flertal rutiner inom förvaltningen som beskriver att vården ska vara multiprofessionell och teambaserad och hur samverkan ska bedrivas. Exempel på sådana rutiner är de som handlar om vårdprevention (undernäring, trycksår med flera). Enheterna samverkar också fortlöpande med bland annat nattpatrullen och vård- och omsorgsjouren.

Samverkan inom kommunen

Förvaltningen har tillsammans med arbetsmarknads- och socialförvaltningen flera gemensamma rutiner om samverkan. Det finns till exempel en rutin som tydliggör hur samverkan ska ske när förvaltningen önskar påkalla behov av insatser från arbetsmarknads- och socialförvaltningen avseende brukare med missbruksproblem.

Samverkan 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.

Samverkan med Region Skåne

Förvaltningen samverkar på flera olika sätt med Region Skåne. För att samordna stöd och åtgärder upprättas samordnade individuella planer (SIP) tillsammans med patienter.

Region Skåne ansvarar för att erbjuda och utföra uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård till de patienter i våra verksamheter som har ett giltigt tandvårdsintyg.

Genom samverkan med Mobilt vårdteam, Mobilt sjukhusteam, iDoc läkarbilar och ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) finns det till exempel möjlighet för patienter att få hembesök av läkare dygnet runt.

Inom ramen för *Vårdsamverkan Skåne – Nära vård* finns en lokal samverkansgrupp som arbetar med olika utvecklingsområden utifrån en gemensam aktivitetsplan, som till exempel personcentrerat arbets- och förhållningssätt och förebyggande och hälsofrämjande insatser.

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 informationssäkerhetsarbete 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 arbetsätt gällande informationssäkerhet.

Under 2023 har vård- och omsorgsförvaltningen arbetat med följande förbättringsåtgärder:

- Införande av nytt verksamhetssystem
- Managring och säkring av mobila enheter
- Införande av tvåfaktorsinloggning
- Riskanalys för informationssäkerhet
- Kontinuitetsplanering för kritiska system

Vård- och omsorgsförvaltningen har påbörjat införandeprojekt av nytt verksamhetssystem under 2023. Det nya verksamhetssystemet har krav på tvåfaktorsinloggning för samtliga medarbetare. Tillsammans med kommunens IT-avdelning har förvaltningen tagit fram en inloggningsmetod i form av personliga säkerhetsnycklar för de medarbetare som inte redan använder SITHS som inloggningsmetod. Säkerhetsnycklarna kommer på sikt även att användas till andra system som hanterar känslig information.

Förvaltningen har även påbörjat införande av managerade och säkrade mobila enheter. Detta medför kontroll på appar och tillhörande information som hanteras i de mobila enheterna.

Vård- och omsorgsförvaltningen har tillsammans med kommunens informationssäkerhetssamordnare vidareutvecklat den riskanalys som ligger till grund för informationssäkerhetsåtgärder inom förvaltningen. Riskanalysen utgår från ISO/IEC 27001 standard för ledningssystem och syftar till att täcka samtliga informationstillgångar.

Samtidigt med riskanalysen pågår även arbetet med att uppdatera och ta fram kontinuitetsplanering för kritiska verksamhetsystem.

Samtliga åtgärder som varit pågående under 2023 kommer att fortsätta vidare under 2024.

2.4. Kunskap och kompetens

Yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet och säker omvårdnad säkerställs genom fortlöpande kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer i verksamheterna. Det årliga medarbetarsamtalet ska mynna ut i en individuell utvecklingsplan där medarbetare och chef specificerar vilka områden som ska vara i fokus för medarbetarens utveckling under året.

Under 2023 planerades och genomfördes en mängd utbildningar och föreläsningar som riktade sig till såväl medarbetare som chefer.

Exempel på tema för genomförda utbildningar och föreläsningar:

- MHFA (första hjälpen för psykisk hälsa)
- Rehabiliterande arbetssätt
- Skydd, tvång och begränsningar
- Social dokumentation
- Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld
- Värdegrund

2.5. Patientens delaktighet

Patienter görs delaktiga i patientsäkerhetsarbetet på olika sätt beroende på händelse. Omfattningen av delaktighet 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 om möjligt samtal mellan medarbetare och patient om vad som orsakat avvikelsen och hur arbetet kan bedrivas framåt för att undvika att samma avvikelse inträffar igen.

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 åtgärder för vård och omsorg behöver samordnas. Patienten och/eller närstående framför sina önskemål till mötesdeltagarna – till exempel sjuksköterska 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.

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. 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 misstänkta vårdskador, 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.

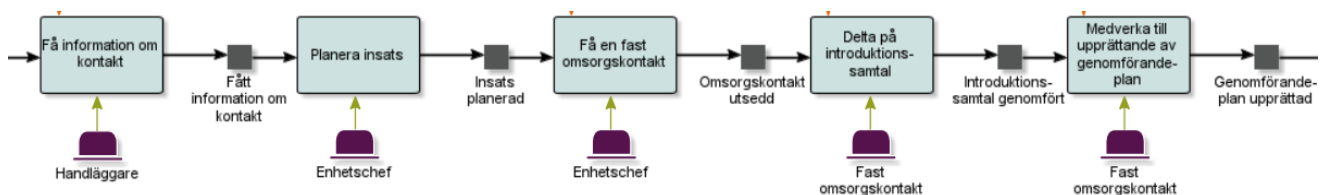
Befintliga rutiner och processer revideras och förbättras om resultat av genomförda riskanalyser, kontroller och utredningar av avvikelser visar att de inte är ändamåls-enliga för att säkra verksamhetens kvalitet. I de fall det saknas rutiner tas sådana fram snarast.

3.5.1. Rutiner

I slutet av 2023 startades ett rutinråd med uppdrag att hantera främst förvaltnings-övergripande rutiner. Rutinrådet består av representanter från enheten Kansli och kvalitet, myndighetsfunktionen och de fyra verksamhetsområdena. Förväntade effekter på rutinrådets arbetsätt är bland annat att revideringar av rutiner hanteras snabbt och att rutiner får en bra förankring hos medarbetare ute i verksamheterna.

3.5.2. Processer

Förvaltningen arbetar aktivt med att identifiera och kartlägga främst huvudprocesser (= förvaltningens basuppdrag) med tillhörande underliggande delprocesser. Innehållet i delprocesserna utgår från patientens/brukarens perspektiv och tydliggör aktiviteter, relationer och samband både inom och mellan olika enheter/verksamheter. På så vis skapar delprocesserna förståelse och ger kunskap om varandras aktiviteter samt utgör ett underlag i arbetet med verksamhetsutveckling och systematiskt kvalitetsarbete.



Skärmdokument av en del av delprocessen om att få vård och omsorg i ordinärt boende (hemvård). I exemplet finns stegen: att få information om kontakt (handläggare), planera insats och få en fast omsorgskontakt (enhetschef), delta på introduktionssamtal och medverka till upprättande av genomförandeplan (fast omsorgskontakt)

4. Hantering av avvikelser

Avvikelse som är kopplade till patienter/brukare rapporteras av medarbetare direkt i förvaltningens verksamhetssystem. Synpunkter och klagomål från till exempel närstående, patientnämnden och IVO lämnas antingen muntligt till chef eller medarbetare, skriftligt via brev/e-post eller genom kommunens e-tjänst.

I början av maj 2023 bytte förvaltningen verksamhetssystem för hantering av avvikelser. I samband med bytet upprättades en ny rutin, handbok och process för avvikelshantering. Rutinen för missförhållanden enligt lex Sarah reviderades liksom tillhörande handbok och process.

4.1. Arbetsflödet vid hantering av avvikelser

Hantering av avvikelser sker systematiskt och strukturerat enligt följande:



Samtliga medarbetare i verksamheten som uppmärksammar eller får kännedom om händelser som påverkar patientsäkerheten eller omsorgskvaliteten ska rapportera dessa som avvikelser i verksamhetssystemet.

Rapporterade avvikelser utreds sedan av chef eller legitimerad personal beroende på händelse. En utredning ska identifiera bakomliggande orsak till avvikelserna på främst systemnivå, det vill säga en orsak som är kopplad till organisation eller produkt och inte till person. För att kunna välja rätt förbättringsåtgärd kopplad till avvikelserna måste orsaken till kvalitetsproblemet vara tydligt.

Vid en uppnådd kvalitetsförbättring ska förbättringsåtgärden implementeras och lärdomen av avvikelserna spridas till berörda medarbetare/enheter/verksamheter. På så vis ökar lärandet i verksamheterna och det riskförebyggande arbetet stärks.

En utredning ska avslutas senast tre veckor efter rapporterad avvikelse. Utredningen ska då vara färdig och det ska finnas minst en beslutad förbättringsåtgärd.

4.2. Resultat och analys av rapporterade avvikelser

Ett analysarbete av rapporterade avvikelser genomfördes på verksamhetsnivå för verksamheter i intern regi baserat på statistikunderlag för perioden oktober 2022 till och med 1 maj 2023.

Anledningen till att statistikunderlaget inte omfattade hela kvalitetsåret berodde på att flertalet typningar av avvikelser lades till eller togs bort vid införandet av det nya verksamhetssystemet. Det gav som effekt att statistikunderlagen från de båda verksamhetssystemen inte kunde läggas ihop på ett enkelt sätt.

En förvaltningsövergripande sammanställning av resultat och analys finns i dokumentet *Avvikelse kvalitetsåret 2022/2023*.

4.2.1. Rapporterade avvikelser

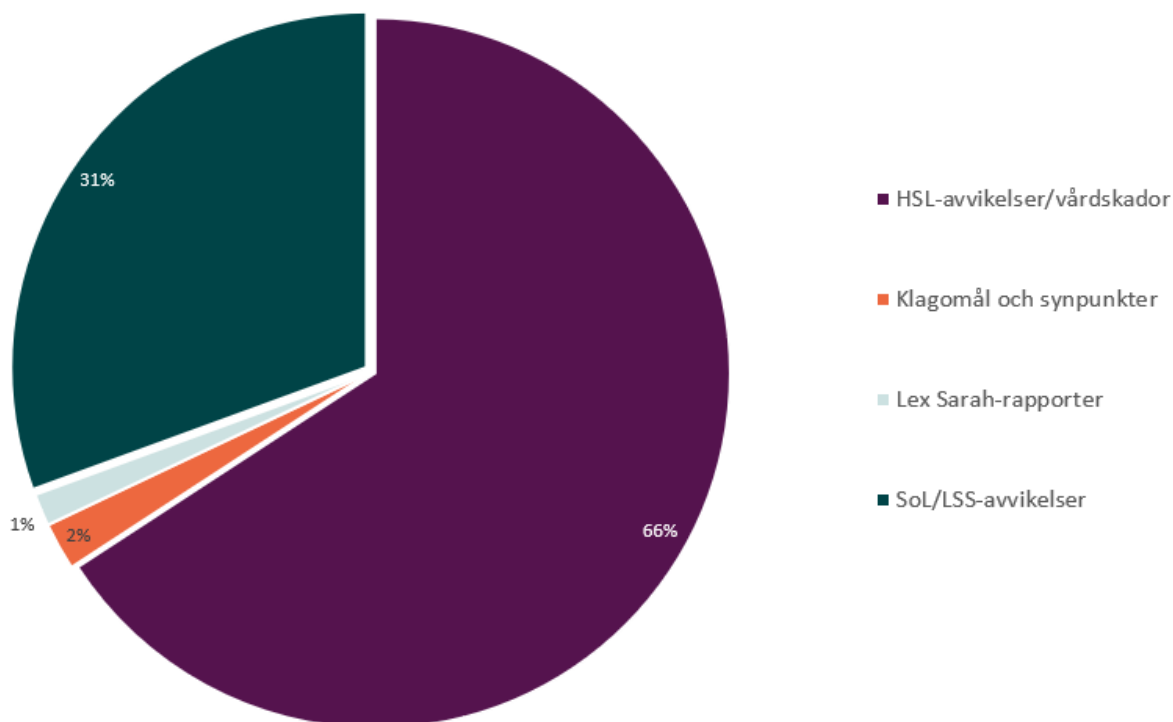
Under hela kvalitetsåret rapporterades totalt 9 833 avvikelser. Statistikuppgifterna som redovisas i tabellen nedan avser resultat från verksamheter i intern regi. Antalet avvikelser fördelade sig per avvikelseområde enligt följande:

Avvikelseområde	Antal avvikelser
Synpunkter och klagomål	219
varav inkomna via IVO	7
varav inkomna via patientnämnden	0
SoL/LSS-avvikelser	3 004
Missförhållanden enligt lex Sarah	144
varav allvarliga som anmäldes till IVO	4
HSL-avvikelser/vårdsador	6 466
varav allvarliga som anmäldes enligt lex Maria	1

Utredningarna av de fyra allvarliga lex Sarah-ärendena och händelsen enligt lex Maria som anmäldes till IVO höll en god kvalitet. IVO avslutade samtliga ärenden utan att vidta några åtgärder då de bedömde att nämnden fullgjort sin anmälnings- och utrednings-skyldighet.

Andelen avvikelser fördelade sig per område enligt nedanstående cirkeldiagram:

HSL-avvikelser/vårdsador 66%, Klagomål och synpunkter 2%, Lex Sarah-rapporter 1%, SoL/LSS-avvikelser 31%.



4.2.2. Klagomål via Inspektionen för vård och omsorg

Det inkom sju klagomål till förvaltningen via IVO varav de flesta berörde SoL/LSS och hanterades inom respektive enhet. Ett av klagomålen gällde en felaktigt utförd hälso- och sjukvårdsåtgärd. Det gjordes en omfattande utredning av händelsen och flertalet förbättringsåtgärder vidtogs, bland annat olika typer av insatser kopplade till kompetensutveckling för sjuksköterskor.

4.2.3. Klagomål via patientnämnden

Den årliga sammanställningen från patientnämnden visade att fyra personer vände sig till dem med klagomål. Samtliga ärenden hanterades av patientnämnden genom att de klagande fick information, och därefter avslutades ärendena utan att förvaltningen kontaktades för yttrande.

4.2.4. Analysarbete

Inför respektive verksamhetsområdes analystillfälle sammanställdes de underliggande enheternas samlade statistik av avvikelser som underlag för dialog kring bakomliggande orsaker och åtgärder.

Exempel på bakomliggande orsaker och planerade förbättringsåtgärder:

Bakomliggande orsaker per avvikelseyp	Planerade förbättringsåtgärder
Fallhändelser Medarbetare har inte alltid kunskap om eller prioriterar fallförebyggande arbete.	Kompetensutveckling samt synliggöra och använda befintligt utbildningsmaterial.
Läkemedelshantering Bristar i introduktion och utbildning i signeringsverktyget Appva.	Appva behöver bli en del av introduktionen för medarbetare samt att ansvaret för utbildning i Appva tydliggörs.
Utförande av insats Medarbetare läser inte alltid genomförandeplanerna vilket ibland leder till att förändringar av insatser missas. Planerna upplevs vara svåra och inte ge stöd i arbetet.	Det finns en förhoppning om att förändring av genomförandeplanens utformning kan göras i samband med införandet av ett nytt verksamhetssystem.
Bemötande Gamla sanningar och arbetssätt lever kvar vilket leder till att medarbetarna inte arbetar enhetligt eller efter gällande genomförandeplaner.	Få medarbetarna att reflektera mer kring syftet med stödet än själva insatsen som utförs. De behöver ges stöd för att kunna vara mer lyhörda, uppmärksamma och fokusera på brukarnas egentliga behov.
Handläggning av ärende Årliga uppföljningar genomförs inte på grund av personalomsättning.	Arbeta mer med årshjulet för att säkerställa att beställningar inte hinner löpa ut utan uppföljning.

5. Uppföljningar och kontroller under 2023

Under 2023 genomförde förvaltningen flertalet uppföljningar och kontroller för att granska vård- och omsorgskvaliteten och patientsäkerheten. Närmare beskrivning av dessa finns bland annat i nämndens dokument *Årsanalys 2023*, samt i respektive verksamhetsområdes *Verksamhetsberättelse 2023* och *Verksamhetsplan 2023*.

5.1. Nämndens utvecklingsmål

Utifrån de kommunfullmäktigmål som definieras i ekonomi- och verksamhetsplanen (EVP) för 2023 – 2025 fattar nämnden beslut om egna utvecklingsmål och insatser för att bidra till gällande mål.

Exempel på utvecklingsmål och resultat:

Det förebyggande och rehabiliterande/habiliterande arbetet ska utvecklas med inriktning mot ökad självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser. 80 procent av genomförandeplanerna ska innehålla ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv.

För att kontrollera om genomförandeplaner innehåller ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv genomfördes en dokumentationsgranskning av cirka 200 genomförandeplaner. Kontroller gjordes inom flertalet livsområden som till exempel förflyttning, personlig vård och kommunikation. Resultatet av dokumentationsgranskningen redovisas i dokumentet *Rehabiliterande/habiliterande perspektiv i genomförandeplaner 2023*.

5.1.1. Resultat

Det sammantagna resultatet av rehabiliterande/habiliterande perspektiv i genomförandeplanerna var 79 procent, vilket var samma som förra året. Resultaten varierade mellan olika livsområden men framför allt mellan olika verksamhetsområden. Den största skillnaden sågs mellan äldreomsorgen (SBÅ 51 procent och HRSS 44 procent) och LSS-verksamheterna (Boende LSS 97 procent och Stöd och aktivering 91 procent).

I flera genomförandeplaner inom verksamheterna SBÅ och HRSS fanns en tydlig beskrivning av hur stödet ska ges för att bibehålla eller förbättra brukarens funktioner för att brukaren ska vara så självständig som möjligt. I en del genomförandeplaner och inom vissa livsområden var det mest fokus på vad medarbetarna skulle göra, och det framgick inte om brukaren var delaktig eller kunde göra vissa moment själv.

Inom LSS-verksamheterna fanns genomgående ett tydligt habiliterande perspektiv i genomförandeplanerna. Det var tydligt beskrivet hur medarbetarna ska stötta, bemöta och anpassa omgivningen för att brukaren ska kunna utföra så mycket som möjligt själv och kunna vara delaktig i samhället efter bästa förmåga. I yngre brukares genomförandeplaner var det oftast beskrivet hur nya förmågor ska förvärvas medan det i äldre brukares genomförandeplaner i större utsträckning var fokus på att bibehålla förmågor.

5.2. Förvaltningsövergripande verksamhetsmål

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

Exempel på verksamhetsmål och resultat:

Boende LSS och Stöd och aktivering – Ökad kvalitet för personer med funktionsnedsättning/LSS. Alla enheter ska ha resultat över 75 procent i utvalda frågor i den individuella kvalitetsuppföljningen.

Utfallet på Boende LSS visade att 78 procent av enheterna uppnådde verksamhetsmålet. Som exempel på framgångsfaktorer nämns att ha en löpande dialog med brukarna hur de önskar få sitt stöd utfört, hur de önskar att medarbetarna bemöter dem samt om de känner sig trygga i boendet. Samtliga enheter inom Stöd och aktivering hade ett resultat på över 75 procent i de utvalda frågorna.

HRSS och SBÄ – Brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse ska stå i centrum. Andelen mål i beställningen som är uppfyllda ska vara minst 83 procent.

Utfallet för HRSS var 79,5 procent. Samtliga enheter gjorde till exempel förbättringar avseende genomförandeplaner som följer handläggarens beställning. Utfallet i SBÄ var 78 procent.

Myndighetsfunktionen – Brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse ska stå i centrum. Vid beslut om insats ska minst 93 procent av målen vara tydliga och mätbara.

Årets utfall på 91 procent ligger på samma nivå som föregående år. Ett aktivt utvecklingsarbete genomfördes kopplat till beställningarnas kvalitet där fokus till stor del var på hur mål kan formuleras på ett tydligare och mer mätbart sätt.

5.3. Egenkontroll

Syftet med egenkontroll är att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument. Utifrån riskbedömningar utarbetas och genomförs årligen egenkontroller inom förvaltningens myndighets- och verksamhetsområden.

5.3.1. Resultat

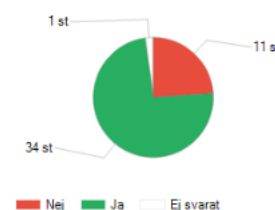
Resultaten av förvaltningens alla egenkontroller redovisas i respektive verksamhetsområdes *Verksamhetsberättelse 2023*. Nedanstående resultat representerar halvår 2 av kvalitetsåret.

Exempel på kontroll, resultat och förbättringsåtgärder:

Boende LSS och Stöd och aktivering – Kontroll av att det finns aktuell riskbedömning för brukare

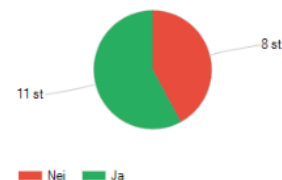
Boende LSS: Under året genomfördes flera aktiviteter för att säkerställa att riskbedömningar görs enligt rutin. Exempelvis upprättades ett årshjul för pedagogiska samordnare och en process färdigställdes för när en ny brukare flyttar in.

34 Ja, 11 nej, 1 har ej svarat.



Stöd och aktivering: Verksamheten arbetade aktivt med frågan under året men ser att det finns en förbättringspotential. Egenkontrollen kommer att finnas kvar under 2024.

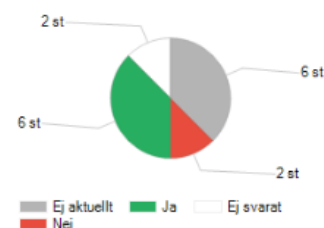
11 Ja, 8 nej.



HRSS – Kontrollera att patienter med ordination behovsbedömd måltidsleverans har aktuell riskbedömning i Senior alert

Under året genomfördes besök på enheterna där det informerades om behovsbedömd måltidsleverans.

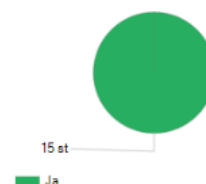
6 Ja, 2 nej, 2 har ej svarat, 6 ej aktuellt.



SBÄ – Kontrollera att samtliga beställningar är verkställda

Det finns en god arbetsordning och organisering på enheterna och samtliga beställningar verkställdes enligt rutin.

15 Ja.

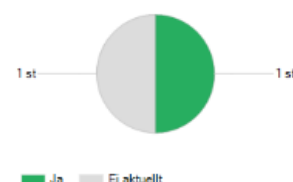


Myndighetsfunktionen – Säkerställa att åtgärder genomförs efter lex Sarah-utredningar

Samtliga åtgärder genomfördes efter lex Sarah-utredningar.

Verksamhetssystemet för hantering av lex Sarah-ärenden byttes ut under året och systemet ger nu automatiska påminnelser för genomförande av åtgärder.

1 Ja, 1 ej aktuellt.



5.4. 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. Frågor som skulle besvaras var till exempel om verksamheten arbetar med att förebygga undernäring/trycksår/blåsdysfunktion enligt förvaltningens rutiner.

5.4.1. Resultat

Resultaten redovisas i respektive verksamhetsområdes rapport *Fördjupad verksamhetsuppföljning 2022 - Vårdprevention* och återkopplades till verksamheterna i början av 2023.

Exempel på resultat och förslag på förbättringsåtgärder:

Resultaten visade att inom flertalet verksamheter var antalet riskbedömningar gällande blåsdysfunktion betydligt färre än för övriga riskbedömningsområden i Senior alert. Verksamheterna behöver utveckla och förbättra arbetssättet med vårdprevention.

Resultaten vid granskningarna i BPSD-registret och journalerna för verksamheterna SBÄ och HRSS visade att patienter som hade smärta vid skattningstillfället inte fick någon ändrad ordination av smärtstillande läkemedel. Ett förslag på åtgärd var att förbättra arbetssättet med BPSD-registret.

5.5. Uppföljning av arbete i nationella kvalitetsregister

Verksamheterna arbetar med tre nationella kvalitetsregister med syfte att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra den vård och omvårdnad som ges till patienter. 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.

5.5.1. Resultat

Följande resultat är hämtade från förvaltningens dokument *Svenska palliativregistret 2023*, *Senior alert 2023* samt *Verksamhetsberättelse 2023* för verksamhetsområdena HRSS och SBÄ.

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.

Exempel på aktivitet och resultat:

En aktivitet inom SBÄ var att antalet registreringar skulle vara 50 procent högre än antal registrerade patienter, vilket då skulle indikera att både riskbedömningar och uppföljningar var genomförda. Under året gjordes 578 registreringar på 340 patienter vilket motsvarar 70 procent.

Senior alert

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

Exempel på aktivitet och resultat:

Den årliga uppföljningen visade att HRSS genomförde riskbedömningar för 377 patienter varav i genomsnitt 91 procent hade en risk inom något av de fem riskområdena. Motsvarande siffror för SBÄ var 513 patienter och 95 procent.

En planerad aktivitet inom SBÄ var att skapa en bättre struktur för ett gemensamt arbetssätt på alla enheter. Av olika anledningar genomfördes inte aktiviteten men är nu planerad för 2024 kopplad till verksamhetens vårdpreventiva arbete.

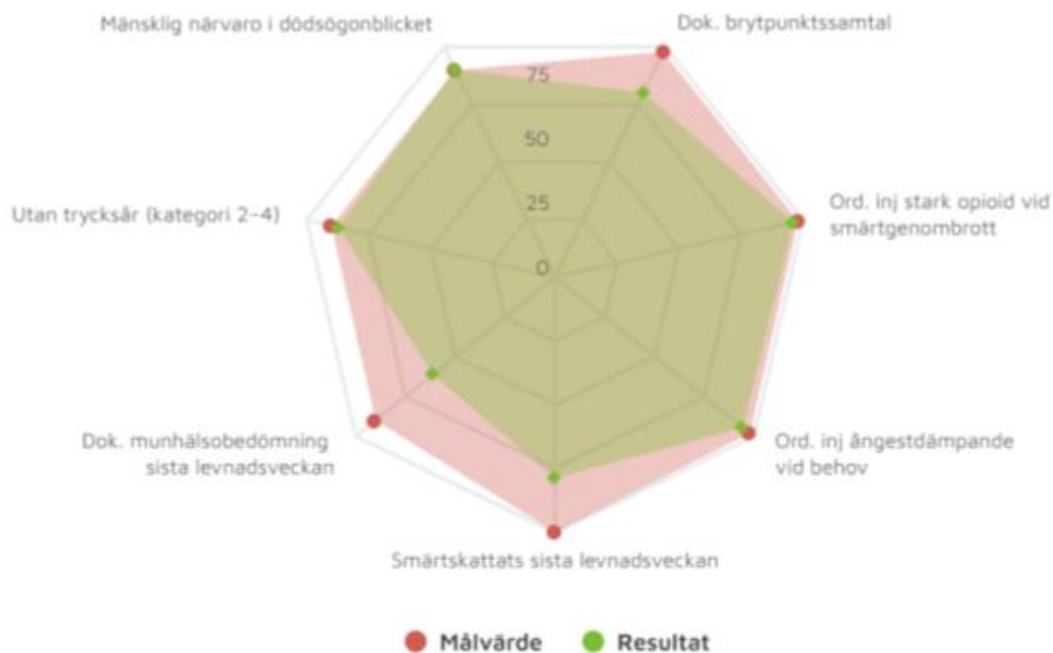
Svenska palliativregistret

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

Exempel på mål och resultat:

Spindeldiagrammet på nästa sida visar registrets målvärde och förvaltningens resultat för de olika kvalitetsindikatorerna.

Spindeldiagrammets kvalitetsindikatorer resultat och målvärde, från 0 till 100 (ungefärliga siffror):
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket 90 av 90, Dok. brytpunktssamtal 80 av 98, Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott 95 av 98, Ord. inj ångestdämpande vid behov 94 av 98, Smärtskattats sista levnadsveckan 80 av 100, Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan 63 av 90, Utan trycksår (kategori 2-4) 88 av 90.



Inom HRSS var verksamhetsmålet att 50 procent av hemvårdsenheterna skulle starta studiecirkel i palliativ vård. Arbetet pågick under året och målet uppnåddes. Under 2024 planeras bland annat för två nätverksträffar för palliativa ombud och genomgång av statistik och förbättringsåtgärder på enheterna.

Under 2023 skulle SBÅ ta fram ett årshjul för legitimerad personal för att få till en struktur med arbetet i registrets olika delar. Arbetet med årshjulet påbörjades och kommer att fortsätta under 2024.

5.6. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

En farmakikonsult genomförde på uppdrag av MAS en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på 15 särskilda boenden, hemvården yngre, korttidsboendet och ett LSS-boende. Granskningen omfattade bland annat en dialog med sjuksköterskor, medarbetare SoL/LSS och kvalitetsutvecklare HSL om rutiner för läkemedelshantering samt en granskning av läkemedelslistor, signeringslistor och förbrukningsjournaler för narkotiska preparat.

De två rapporterna *Sammanfattande rapport av kvalitetsgranskning av läkemedelshantering* beskriver endast de mest frekventa avvikelserna som framkom i granskningen.

Exempel på resultat:

Flertalet kontroller visade att läkemedelslistor var ofullständiga, ordinationer fanns under felaktig rubrik och var otydliga, och att maxdos saknades för vid behovsordinationer.

Vidare påpekades att brytningsdatum ofta saknades på läkemedel som får förkortad hållbarhet efter öppnande som till exempel mixturer, salvor och ögondroppar i endospipetter.

5.7. Dokumentationsgranskning av patientjournal

Två gånger om året genomförs en dokumentationsgranskning av patientjournaler genom kollegial granskning. Syftet är att säkerställa att verksamheterna uppfyller lagstiftningens krav på dokumentation samt följer medicinskt ansvarig sjuksköterskas rutiner och anvisningar. Exempel på områden som granskas:

- Ordinationer
- Riskbedömningar
- Skyddsåtgärder
- Journalens utformning
- Avvikelser

5.7.1. Resultat

Resultaten av dokumentationsgranskningarna redovisas i respektive enhets och verksamhetsområdes granskningsmall i IT-ledningsstödet Stratsys samt i den sammanfattande rapporten *Dokumentationsgranskning av patientjournal*.

Exempel på resultat:

Resultaten av granskningarna visade på brister i dokumentationen inom flera områden. Resultaten varierade mellan olika frågeområden, men även mellan olika verksamheter. Den största skillnaden mellan verksamheterna fanns inom området riskbedömningar. Inom HRSS fanns det dokumenterade riskbedömningar gällande nutrition, trycksår och fall i ungefär hälften av de granskade patientjournalerna, medan det inom SBÄ fanns motsvarande riskbedömningar i nästan alla journaler. Som en förklaring till att det saknades riskbedömningar i journalerna inom HRSS uppgavs att de var registrerade i Senior alert i stället eller att det inte funnits behov av att genomföra en riskbedömning.

5.8. Dokumentationsgranskning av social dokumentation

En granskning av social dokumentation genomfördes inom alla verksamhetsområdena under året och sammanlagt mer än 1 000 journaler granskades hos utförare i både intern och extern regi. Exempel på områden som granskades:

- Beställningar
- Genomförandeplaner
- Löpande social journal
- Löpande arbetsanteckningar
- Fysisk personakt

Det genomfördes även en separat granskning av 60 beställningar för att undersöka om de innehöll ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv.

5.8.1. Resultat

Resultaten av dokumentationsgranskningarna samt analys och förslag på utvecklingsområden redovisas dels i rapporterna för respektive enhet, dels som en sammanfattning i dokumentet *Dokumentationsgranskning av social dokumentation 2023*.

Exempel på resultat och utvecklingsområden:

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 fortsatt hög. Det fanns en viss variation av resultat mellan på verksamhetsområdena, men generellt sett minskade det något jämfört med föregående år. Ett utvecklingsområde gällande genomförandeplaner är bland annat att beskrivningar av hur brukare behöver stöd för att uppnå sina mål ska bli tydligare.

Granskningen av beställningar visade att de i hög grad innehöll många centrala faktorer som är viktiga för att främja ett rehabiliterande/habiliterande förhållningssätt och arbetssätt. Resultatet visade att 76 procent av beställningarna innehöll ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv, vilket var nära verksamhetsmålet på 80 procent. Ett utvecklingsområde som identifierades var att dokumentationen behöver utvecklas så att brukares egna resurser framkommer i alla beställningar.

5.9. 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 2023 genomfördes över 2 575 uppföljningar. Enhets- och verksamhetschefer ansvarar 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?

5.9.1. Resultat

En sammanställning av kvalitetsuppföljningarnas resultat redovisas två gånger per år, nu senast i dokumentet *Uppföljning av kvalitet – Halvårsrapport juli - december 2023*.

Exempel på resultat:

På övergripande nivå visade resultatet att majoriteten av brukarna var nöjda med det personella och digitala stödet som utfördes. Resultatet visade också att medarbetarna generellt hade ett bra bemötande och att brukarna till stor del upplevde sig delaktiga och hade inflytande på hur stödet skulle genomföras. Majoriteten av brukarna upplevde att medarbetarna hade stöttat dem i att nå sina individuella mål.

Liksom tidigare år var trygghetslarm, digitala lås och digitala inköp de vanligaste förekommande formerna av digitalt stöd. Nedan visas ett urval av resultat kopplade till digitalt stöd:

- 92 procent av brukarna var nöjda med det digitala stödet, vilket innebar att resultatet bibehölls under hela 2023
- 95 procent av brukarna upplevde att deras känsla av trygghet ökade eller bibehölls genom det digitala stödet, vilket var en förbättring i jämförelse med resultatet halvår 1/2023
- 93 procent av brukarna upplevde att deras självständighet ökade eller bibehölls genom det digitala stödet, vilket var en förbättring med 10 procentenheter i jämförelse med resultatet halvår 1/2023

6. Mål och strategier för 2024

Under kommande rubriker visas ett urval av mål som ska uppnås under 2024. Observera att det inom varje verksamhetsområde finns många fler mål än vad som beskrivs här. Mer detaljerade uppgifter finns i respektive verksamhetsområdes dokument *Verksamhetsplan 2024*. När det gäller strategier och olika aktiviteter kopplade till dem så finns det vid tidpunkten för skrivandet av detta dokument ännu inga aktiviteter som respektive verksamhet har beslutat om.

6.1. Kommunfullmäktiges mål

Kommunfullmäktige fattade beslut om fyra mål genom antagandet av ekonomi- och verksamhetsplanen (EVP) för 2024 – 2026. Målen ska sätta en riktning för och genom- syra 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 2024 - 2026 fattade vård- och omsorgsnämnden beslut om egna utvecklingsmål och indikatorer som ska mäta om målen uppnås. Nedanstående utvecklingsmål är kopplade till målområde *Sveriges tryggaste kommun*. De respektive verksamhetsområdena beslutar i början av året om aktiviteter ska som bidra till målområdet.

Nämndens utvecklingsmål	Indikatorer	Mål 2024
Det förebyggande och rehabiliterande/habiliterande arbetet ska utvecklas med inriktning mot ökad självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser.	Förvaltningen ska på enhets- och verksamhetsnivå redovisa genomförda insatser för ökad självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser.	100 %
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.	97 %
	Brukare med en digital insats upplever att insatsen bibehåller eller ökar självständigheten.	93 %

6.3. Förvaltningsövergripande verksamhetsmål

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

Verksamhetsmål	Indikatorer	Mål 2024
Brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse ska stå i centrum.	Andel mål i beställningen som är uppfyllda.	84 %
	Vid beslut om insats ska målen vara tydliga och mätbara.	92 %
	Av genomförandeplanen ska det framgå hur målet ska uppnås.	80 %

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 MAS, verksamhetschefer och myndighetschef om egenkontroller inom sina respektive ansvarsområden, som till exempel:

Verksamhetsområde	Egenkontroll	Mål/godkänt resultat
MAS	Granska om det finns uppföljningar kopplade till ordinationer i patient-journaler (nutrition)	Finns det dokumenterade uppföljningar för samtliga ordinationer besvaras egenkontrollen med Ja
Boende LSS	Kontrollera om handlingar som tillhör brukarens personakt förvaras på nätverksplats och/eller Teams	Egenkontrollen besvaras med Nej om det inte finns handlingar som tillhör brukares personakt på nätverksplats och/eller i Teams
Hemvård och hälsa	Kontrollera att genomförandeplaner är upprättade eller uppdaterade enligt rutin	För att få ett godkänt resultat ska samtliga 10 granskade genomförandeplaner vara upprättade eller uppdaterade enligt rutin
SBÄ	Kontroll av att information kring SoL inhämtas och dokumenteras vid byte av utförare inom kommunal regi	För att få godkänt resultat ska det finnas dokumentation i Lifecare om kontakt med tidigare utförare för samtliga nyinflyttade brukare som bytt utförare i kommunal regi
Stöd och aktivering	Kontroll av att det finns aktuell riskbedömning för brukare	Egenkontrollen besvaras med Ja om aktuell riskbedömning finns för samtliga brukare
Myndighetsfunktionen	Granskning av dokumentation gällande uppföljning av beviljade insatser	Andel ärenden där dokumentationen motsvarar ställda krav (max 120 poäng): Utmärkt: 108–120 poäng (90–100%) Bra: 60–107 poäng (50–89,9%) Mindre bra: 36–59 poäng (30–49,9%) Dåligt: 12–35 poäng (10–29,9%) Inte acceptabelt: 0–11 poäng (0–9,9%)

6.6. Vårdsamverkan Skåne – Nära vård

Inom ramen för Vårdsamverkan Skåne är en handlingsplan upprättad avseende god och nära vård för perioden 2022 – 2025. Den innehåller flera olika områden för utveckling och samverkan:

1. Personcentrerat arbets- och förhållningssätt
 2. Förebyggande och hälsofrämjande insatser
 3. Kompetenssamverkan
 4. Gemensamma digitala lösningar
 5. Barn och ungas hälsa
 6. Rehabilitering
- Jämlik vård, trygghet och kontinuitet
 - Tillgänglighet och kvalitet
 - God samverkan och gemensam helhetssyn



Det pågår flera projekt i samverkan som kommer att fortsätta även under 2024.

Exempel:

- Sjuksköterska med kombinationstjänstgöring inom hemvård och vårdcentral
- Kognitiva ronder med demensteamets sjuksköterskor och vårdcentral