

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2021

Vård- och omsorgsnämnden

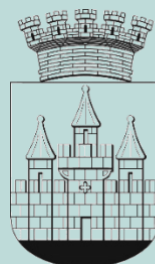
Kvalitetsstrateg Linda Svensson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Susanne Leijon

Diarienummer

VOO 2022/0133

2022-03-01



**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 avvikelse	7
3.4.	Testa förbättringsåtgärd.....	8
3.5.	Förbättra processer och rutiner	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 2021	13
5.1.	Fördjupad verksamhetsuppföljning av externa utförare	13
5.2.	Verksamhetsuppföljning av Boende LSS och Stöd och aktivering	14
5.3.	Verksamhetsuppföljning genom dokumentationsgranskning	15
5.4.	Kvalitetsuppföljning på brukarnivå	15
5.5.	Kvalitetsgranskning av Vevrehemmet.....	16
5.6.	Egenkontroll	17
5.7.	Redovisning av kontroller	17
6.	Mål och strategier för 2022	23
6.1.	Nämndens bidrag till kommunfullmäktiges fokusområden.....	23
6.2.	Nämndens utvecklingsmål	23
6.3.	Förvaltningsövergripande verksamhetsmål	25
6.4.	Verksamhetsmål	26
6.5.	Egenkontroll	27
6.6.	God och nära vård	28

1. Inledning

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen ger en inblick i hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrevs inom vård- och omsorgsförvaltningen under 2021. På alla organisatoriska nivåer i förvaltningen pågick det fortlöpande ett aktivt arbete för att uppnå en god kvalitet på vård och omsorg med patienten/brukaren i centrum.

Coronapandemin påverkade även i år förvaltningens arbete. En del av kvalitetsarbetet innebar att förebygga smittspridning och säkerställa att personalbemanningen var tillfredsställande. Trots ständiga omprioriteringar så genomfördes många kvalitets- höjande förbättrings- och utvecklingsarbeten inom myndighetsfunktionen och alla verksamhetsområdena.

Förkortningar som används i dokumentet:

- HRSS – Hemvård, rehabilitering och service för seniorer
- HSL – hälso- och sjukvårdslag
- LSS – lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
- SBÄ – Särskilt boende för äldre
- 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 för individuell uppföljning av patients/brukares behov och rutiner som styr det vårdpreventiva arbetet enligt Senior alerts verktyg och metoder. 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

Förvaltningen ansvarar för att obehöriga inte ska kunna ta del av patienters/brukares personuppgifter. Hanteringen av personuppgifter är organiserad så att den tar hänsyn till patienters/brukares 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. Upphandling av nytt verksamhetssystem pågår, där moderna krav på informationssäkerhet beaktas såsom konkreta krav på stöd för tvåfaktorsinloggning och en bättre behörighetsstyrning.

I februari 2021 genomfördes en behovs- och riskanalys av behörighetsstruktur och behörighetstilldelning för legitimerad personal. Analysen visade på behov av

- bred behörighet för legitimerad personal på grund av snabba omställningar i verksamheten
- struktur för enklare hantering av behörigheter
- utökade loggkontroller.

Administratörer inom HSL-organisationen implementerade arbetet med behörighetstilldelning för legitimerad personal under 2021 med stöd och vägledning av systemförvaltare. Det innebär att administratörer nu kan skapa, ändra och avsluta behörigheter i verksamhetssystemet utan att beställning behöver göras till systemförvaltare. Arbetssättet skapar förutsättningar för bättre informationssäkerhet då den berörda verksamheten själv kan göra snabba anpassningar av behörigheter utifrån behov.

Kontroll av journalloggar automatiserades i stor utsträckning under året. Automatiseringen möjliggör ökad kvalitet och ökat antal kontroller samtidigt som den manuella hanteringen minskar. En ny rutin är upprättad för att stödja processen.

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 som riktade sig till såväl medarbetare som chefer.

Exempel på genomförda utbildningar:

- Forum för dialog om avvikelser
- Lågaffektivt bemötande
- Läkemedelsdelegering
- Förflyttningsteknik
- Workshop om skyddsåtgärder
- Workshop om kognitiva hjälpmedel

Det finns utsedda medarbetare på enheterna som arbetar med schemaläggning. De har kunskap om medarbetarnas erfarenheter och kompetenser, vilket ger goda förutsättningar för en trygg och säker bemanning där medarbetare med rätt kompetens finns på rätt tid och plats.

2.5. Patientens delaktighet

För att göra patienter och närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet lyfter verksamheterna fram arbetet med samordnad individuell plan (SIP) som en naturlig mötesform då patient/närstående träffar legitimerad personal och där även läkare medverkar. Vid ett sådant möte framför patienten sina önskemål, och vid behov planerar mötesdeltagarna gemensamt för vilken vård och omsorg som patienten kan behöva vid en försämring av hälsan.

Flertalet enheter gör en uppföljning med berörd patient/närstående vid klagomål eller avvikelse, och har en dialog om vilken förbättringsåtgärd som kan vidtas för att minska risken för att händelsen inträffar igen.

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.

Under hösten 2021 kompletterades förvaltningens ledningssystem med en riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete, rutin för egenkontroll samt med en handbok i systematiskt förbättringsarbete.

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 aktuell 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.

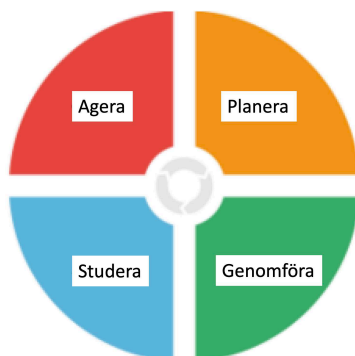
Kontroller genomförs med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamheternas kvalitet.

3.3. Utredda 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 tillrätta med brister i verksamheten, förhindra att bristerna upprepas samt att utveckla verksamheten. Exempel på avvikelser som utreds är rapporterade avvikelser enligt HSL och SoL/LSS, 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 processer och rutiner

Förvaltningens ledningssystem innehåller processer och rutiner 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 processer och rutiner som reglerar såväl förvaltningens interna arbete som samverkan med externa aktörer.

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

4. Hantering av avvikelser

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

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. 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 missförhållanden ska hanteras. Medarbetare som upptäcker en avvikelse rapporterar den i verksamhetssystemets avvikelsemodul. Misstanke om missförhållande enligt lex Sarah rapporteras i förvaltningens dokumenthanteringssystem.

4.2. Utredning av avvikelser

Rapporterade avvikelser utreds av legitimerad personal, chef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska beroende på ärendetyp och allvarlighetsgrad. 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 avvikelsen 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.

4.3. 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. Resultat i tabellerna under detta avsnitt inkluderar även externa utförarens resultat. Den övergripande sammanställningen och analysen finns i dokumentet *Avvikelser kvalitetsåret 2020/2021*.

4.3.1. SoL- och LSS-avvikelser och lex Sarah-ärenden

Under kvalitetsåret rapporterades 2 778 SoL- och LSS-avvikelser, vilket i stort sett är på samma nivå som föregående år. Antalet lex Sarah-ärenden som rapporterades var totalt 100 varav 2 bedömdes vara så allvarliga att de anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg. Fördelningen av avvikelser och lex Sarah-ärenden per ärendetyp visas i nedanstående tabell.

Ärendetyp	Antal SoL- och LSS-avvikelser 2019/2020	Antal SoL- och LSS-avvikelser 2020/2021	Antal lex Sarah-ärenden 2019/2020	Antal lex Sarah-ärenden 2020/2021
Bemötande	116	112	26	30
Dokumentation	701	859	8	1
Handläggning av ärende	293	207	3	5
Utförande av insats	1 289	1 195	55	29
Övrigt	330	405	40	35
Summa	2 729	2 778	132	100

Liksom under föregående kvalitetsår var ärendetyperna *Dokumentation* och *Utförande av insats* de med högst antal rapporterade avvikelser. Avvikelserna handlade bland annat om att genomförandeplaner inte upprättades i tid eller var bristfälligt ifyllda och att brukare inte fick sina insatser utförda. Brist på tid och medarbetare på grund av pandemin uppgavs vara de främsta orsakerna till att arbetet med genomförandeplaner inte prioriterades. Omprioritering kopplad till pandemin och bristande planering av insatser angavs som bakomliggande orsaker till att insatser inte blev utförda. Utifrån identifierade kvalitetsbrister planerar berörda verksamheter att genomföra förbättringsåtgärder som till exempel utbildning till medarbetarna och införande av ett planeringsverktyg.

Det uppmärksammades att det fanns brister i vissa enheters systematiska arbete med avvikelser. Under året tog förvaltningen fram en e-utbildning om avvikelser SoL/LSS, lex Sarah och systematiskt förbättringsarbete för att förbättra chefers och medarbetares kunskap och förståelse om avvikelser och kvalitetsarbete.

De strukturella problemen i själva hanteringen av SoL- och LSS-avvikelser som uppmärksammades för några år sedan är fortfarande inte åtgärdade, vilket bland annat beror på att förvaltningen inväntar ett nytt verksamhetssystem.

Exempel på lärdomar från avvikelse- och lex Sarah-utredningar:

När det finns utvalda medarbetare som påminner och stöttar kontaktmännen i arbetet med brukarnas genomförandeplaner så ökar kvaliteten på omvårdnaden. Genomförandeplaner hålls aktuella och tydliggör för medarbetarna hur stöd till brukarna ska genomföras.

Det ger en ökad trygghet för patienterna när stöder av narkotikaklassade läkemedel förhindras genom att installera läkemedelsskåp med Phonirolås. Endast behöriga medarbetare kan då låsa upp skåpen och det är möjligt att logga alla låshändelser.

4.3.2. HSL-avvikelser

Under kvalitetsåret rapporterades totalt 7 543 avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter, vilket var en minskning jämfört med föregående års resultat. Avvikelserna fördelades mellan olika ärendetyper enligt tabellen till höger.

Inom verksamheter i intern regi var det främst avvikelser gällande läkemedelshantering som minskade. Införandet av digital signering för överlämnande av läkemedel medförde att medarbetare snabbt fick en signal om försenad eller utebliven läkemedelsdos hos en patient, vilket då snabbt kunde åtgärdas.

Ärendetyp	Antal HSL-avvikelser 2019/2020	Antal HSL-avvikelser 2020/2021
Läkemedelshantering	3 038	2 429
Fallhändelser	4 903	4 626
Medicinsk omvårdnad	476	351
Medicinteknisk utrustning	54	43
Medicintekniska produkter - hjälpmedel	43	33
Rehabilitering	62	61
Summa	8 576	7 543

I ärendetyperna läkemedelshantering, medicinsk omvårdnad och rehabilitering förekom avvikelser som gällde brister vid informationsöverföringen mellan slutenvård och öppenvård. Det är ett återkommande problem med brist vid informationsöverföring när patienter skrivs ut från slutenvård och samtidigt har fortsatt behov av vård och omsorg. Förvaltningens enheter rapporterar avvikelser som medicinskt ansvarig sjuksköterska sedan vidarebefordrar till slutenvården för utredning och analys.

Beträffande brister i läkemedelslistor från slutenvården fanns det tidigare ett gemensamt projekt men det avstannade i samband med pandemin.

Exempel på lärdomar från avvikelsetredningar:

Vårdkvaliteten för patienterna ökar när uppkomst av trycksår förhindras genom vårdpreventivt arbete och åtgärder såsom tryckavlastande madrass, lägesändringar och översyn av nutrition.

Antalet fallhändelser minskar när medarbetarna identifierar fallrisker med hjälp av Senior alerts metoder och verktyg. Arbetssättet leder till en förbättrad vårdkvalitet för patienterna.

4.3.3. Lex Maria

Om en avvikelsetredning visar att en patient är drabbad av allvarlig vårdskada eller att det funnits risk för allvarlig vårdskada, ska medicinskt ansvarig sjuksköterska snarast anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria.

Under året bedömdes ingen rapporterad avvikelse uppfylla kriterierna för att anmäla händelsen enligt lex Maria.

4.3.4. Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål lämnas både muntligt och skriftligt och inkommer från bland annat brukare/patienter, närstående, medarbetare och myndigheter.

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 *Avvikelse kvalitetsåret 2020/2021*. Klagomål som inkommer via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg sammanställs och analyseras årligen av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Antalet klagomål och synpunkter som inkom till förvaltningen minskade en aning jämfört med föregående år.

Vid en analys kom verksamheterna fram till att bakomliggande orsaker till kvalitetsbristerna bland annat var kopplade till brister vid planering, information och kommunikation med närstående.

Utifrån de identifierade kvalitetsbristerna planerar verksamheterna att testa förbättringsåtgärder som till exempel att använda planeringsverktyg och att arbeta med dialog/kommunikation med närstående.

Tabellen till höger visar antalet klagomål och synpunkter fördelade på ärendetyp.

Ärendetyp	Antal klagomål och synpunkter 2019/2020	Antal klagomål och synpunkter 2020/2021
Beröm	30	16
Bemötande	28	46
Dokumentation	2	5
Handläggning av ärende	20	12
Information	11	13
Nämndsbeslut	14	5
Tillgänglighet	5	5
Utförande av insats	60	77
Övrigt	54	39
Rapporterade på fel period i Stratsys	8	0
Summa	232	218

4.3.5. Klagomål via Inspektionen för vård och omsorg

Det inkom inte några klagomål via Inspektionen för vård och omsorg under 2021 som förvaltningen skulle utreda.

4.3.6. Klagomål via patientnämnden

Den årliga sammanställningen från patientnämnden visade att tio personer vände sig till dem med klagomål gällande brister vid vård och behandling under perioden januari till oktober 2021. Två klagomål skickades vidare till förvaltningen för yttrande. Ett av klagomålen handlade till exempel om att närstående upplevde att kommunikation och information från sjuksköterskor var bristfällig. En analys visade att det bland annat berodde på ett oväntat och snabbt vårdförlopp.

5. Uppföljningar och kontroller under 2021

Under 2021 genomförde förvaltningen flertalet uppföljningar och kontroller för att granska vård- och omsorgskvaliteten och patientsäkerheten. Närmare beskrivning av dessa finns bland annat i dokumenten *Verksamhetsberättelse 2021* för respektive verksamhetsområde, *Verksamhetsplan 2021* och *Årsanalys 2021*.

5.1. Fördjupad verksamhetsuppföljning av externa utförare

Under hösten 2021 genomfördes en fördjupad verksamhetsuppföljning av externa utförare som omfattade totalt 26 verksamheter. Syftet var att kontrollera att utförarna uppfyller avtalskraven. Uppföljningen omfattade kontroll av

- Arbetsgivaransvar
- Ekonomi
- Dokumentation i patientjournaler
- Vissa utvalda kvalitetskrav

Underlag till uppföljningarna inhämtades genom skriftlig information från utförarna gällande ekonomi och medarbetare, enkätsvar från verksamhetschefer och intervjuer med medarbetare.

5.1.1. Resultat

Resultatet av verksamhetsuppföljningarna redovisas dels i respektive utförares rapport och dels som en sammanfattning i dokumentet *Rapport fördjupad verksamhetsuppföljning externa utförare 2021*. Resultatet återkopplades till respektive utförare i samband med ordinarie avtalsuppföljning. I de fall uppföljningen visade på brist i förhållande till avtalet krävdes att utföraren gjorde en handlingsplan för att åtgärda bristen.

Det sammanlagda resultatet av uppföljningarna var generellt sett bra och visade att utförarna i stor omfattning följer de avtalskrav som granskades. En del mindre brister uppmärksammades vid uppföljningarna. Hos en utav utförarna av hemvård – där det efter tidigare avtalsuppföljningar pågått dialog kring kvalitetsbrister – påvisades däremot en bristande patientsäkerhet. Utföraren har nu avslutat sitt uppdrag i förvaltningen.

Exempel från två granskningsområden:

Dokumentation i patientjournaler

En granskning av dokumentation i patientjournaler genomfördes i syfte att säkerställa att utförarna uppfyller lagstiftningens krav på dokumentation samt följer medicinskt ansvarig sjuksköterskas rutiner och anvisningar. Granskningen visade att alla utförare hade brister i dokumentationen i olika omfattning, bland annat vid bedömningar och ordinationer av hälso- och sjukvårdsinsatser. Handlingsplaner för att åtgärda bristerna krävdes in, och nya granskningar av dokumentationen kommer att genomföras inför ordinarie avtalsuppföljningar under våren 2022.

Kvalitetskrav – Nämndens värdegrund och värdighetsgarantier

Alla medarbetare ska ha kännedom om nämndens värdegrund och värdighetsgarantier. Granskningen visade att medarbetarna hos de flesta utförarna hade kännedom om dem. Brister i kännedom identifierades endast hos enskilda medarbetare.

5.2. Verksamhetsuppföljning av Boende LSS och Stöd och aktivering

Under våren 2021 genomfördes en verksamhetsuppföljning av enheter i intern regi inom verksamhetsområdena Boende LSS och Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning. Uppföljningen omfattade kontroll av bland annat

- systematiskt förbättringsarbete vid avvikelser
- vårdprevention
- egenvård.

Underlag till uppföljningarna inhämtades genom enkätsvar från sammanlagt 21 enhetschefer, intervjuer med legitimerad personal samt tillgängliga statistikuppgifter från vård- och omsorgsförvaltningen.

5.2.1. Resultat

Resultaten av verksamhetsuppföljningarna samt förslag på förbättringsområden redovisas i respektive verksamhetsområdes rapport i dokumenten *Verksamhetsuppföljning 2020/2021*. Resultaten återkopplades till berörda verksamhetschefer efter genomförd uppföljning.

Exempel på resultat:

Vårdprevention

Legitimerad personal uppgav att de inte hinner arbeta med vårdprevention. De använder inte Senior alerts material vid riskbedömning av trycksår, samverkar generellt inte vid fallhändelser och använder inte smärtskattningsinstrument vid bedömning av smärtintensitet. De uppgav dock att någon form av smärtskattning görs, och förväntar sig att medarbetarna hör av sig vid förändrat beteende hos patienterna.

Förbättringsområde: Det vårdpreventiva arbetet med enskilda patienter ska bedrivas i team och verksamheten bör hitta samverkansformer för detta. Senior alerts material ska användas vid riskbedömningar. För att patienter ska kunna bli korrekt smärtlindrade behöver arbetssättet med att bedöma smärtintensitet med ett smärtskattningsinstrument implementeras och omfatta alla medarbetare.

Egenvård

De flesta cheferna kände till att de ansvarar för att det finns en skriftlig planering från ordnatören för att utföra egenvård. Hälften uppgav att de hade brukare där egenvård utfördes, men majoriteten av dessa chefer uppgav också att det inte fanns en skriftlig planering för alla brukare samt att de inte samverkade med ordnatören. De flesta återkopplade dock till ordnatören om förutsättningarna för egenvård förändrades.

Förbättringsområde: Hantering av egenvård behöver ses över och rutinen måste vara känd hos alla chefer. Av kommentarerna från cheferna kan man utläsa att alla inte följer rutinen för egenvård. En skriftlig planering från ordnatören ska finnas och kommunens sjuksköterskor ska inte involveras om ordinationen kommer från Region Skåne.

5.3. Verksamhetsuppföljning genom dokumentationsgranskning

En dokumentationsgranskning av social dokumentation genomfördes inom alla verksamhetsområdena under året och sammanlagt mer än 1 000 journaler granskades i både intern och extern verksamhet. Följande områden granskades:

- Beställningar
- Genomförandeplaner
- Löpande social journal
- Löpande arbetsanteckningar

Alla granskningar genomfördes på distans på grund av coronapandemin. Detta medförde att vissa områden inte kunde granskas – som till exempel observationer gällande fysiska personakter och rapportböcker – på grund av att inga platsbesök genomfördes.

5.3.1. 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 2021*.

Exempel från två granskningsområden:

Genomförandeplaner

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. Andelen ökade jämfört med föregående år. Ett utvecklingsområde gällande genomförandeplaner är bland annat att brukarens delaktighet vid upprättandet ska finnas dokumenterat i alla genomförandeplaner.

Löpande social journal

Resultatet för löpande social journal visade att dokumentationen fortsätter att utvecklas och att förbättringar gjordes inom samtliga verksamhetsområden för fjärde året i rad. Åtgärder som till exempel upprättande av genomförandeplan och genomförda möten dokumenterades av utföraren i högre omfattning. Ett av utvecklingsområdena är att dokumentera sammanfattningar på ett mer likvärdigt sätt inom samtliga verksamhetsområden.

5.4. Kvalitetsuppföljning på brukarnivå

Under 2021 genomfördes fortlöpande över 2 500 kvalitetsuppföljningar på brukarnivå. Det är det högsta antalet registrerade uppföljningar som någonsin registrerats under ett år. Syftet med uppföljningarna är bland annat att få en aktuell kvalitetsbild avseende brukarnas upplevelse av kvalitet och att identifiera utvecklingsområden. Sedan april följs brukarnöjdhet kopplad till digitalt utfört stöd, och från oktober ställs helt nya frågor till brukarna. Ett flertal av de nya frågorna ställs till brukare inom alla verksamheter, medan en del frågor endast är riktade till brukare i en viss verksamhet.

Exempel på frågor:

- Får du vara med och bestämma hur du vill att personalen ska hjälpa dig?
- Behöver du säga till personal vad de ska göra?
- Har personalen stöttat dig att nå dina mål?
- Känner du dig trygg med stödet från personalen?
- Hur gör du för att framföra synpunkter eller klagomål?
- Får brukaren helt eller delvis stöd genom digital teknik eller genom digitala hjälpmedel?
- Är du nöjd med det digitala stödet?

5.4.1. Resultat

Sammanställningar av kvalitetsuppföljningarnas resultat redovisades tre gånger under året, nu senast i dokumentet *Uppföljning av kvalitet - Kvartalsrapport oktober - december 2021*. Liksom under tidigare år lämnade brukarna oftast positiva svar på frågorna.

Exempel på resultat:

Har personalen stöttat dig att nå dina mål?

Enligt en sammanställning av svar på förvaltningsövergripande nivå från oktober till december 2021 var det 487 brukare som svarade på frågan. Resultatet visade att sammantaget 85 procent av brukarna upplevde att personalen stöttade dem att nå sina mål.

Känner du dig trygg med stödet från personalen?

Inom särskilt boende för äldre svarade 93 procent av brukarna att de kände sig trygga med stödet från personalen. Av fritextsvaren gick det att utläsa att brukarna tyckte att personalen var snäll och vänlig. Det framgick även att känslan av trygghet påverkades av personalens kunskaper, om det var många vikarier eller när personal inte kunde svara på frågor.

Får brukaren helt eller delvis stöd genom digital teknik eller genom digitala hjälpmedel? / Är du nöjd med det digitala stödet?

Under perioden april till december registrerades sammanlagt 865 val av olika digitala stödinsatser. Digitala lås, trygghetslarm och digitala inköp var de vanligaste förekommande formerna av digitalt stöd till brukarna. Resultatet visade att 92 procent av brukarna var nöjda med det digitala stödet. Den vanligaste orsaken till missnöje var att det dröjde för lång tid att få larmen besvarade.

5.5. Kvalitetsgranskning av Vevrehemmet

I februari 2021 inkom ett öppet brev från Veberöds Byaråd (VB) gällande det särskilda boendet Vevrehemmet i Veberöd. I brevet framkom det att VB under de senaste två åren fått signaler om att medborgarna i Veberöd inte kände sig trygga med vården eller omhändertagandet av brukarna. En kvalitetsgranskning genomfördes som grundades på information i brevet från VB samt från olika typer av granskningar, rapporter och undersökningar från förvaltningen och Socialstyrelsen. Information inhämtades också från förvaltningens HR-enhet, berörd verksamhetschef och via individuella intervjuer med enhetschef och medarbetare på Vevrehemmet.

5.5.1. Resultat

Granskningen syftade till att bedöma om det fanns kvalitetsbrister på Vevrehemmet utifrån synpunkterna från VB. Åtta frågor om bland annat genomförandeplaner, klagomålshantering och kompetensutveckling togs fram för att kunna göra en sådan bedömning. Det samlade resultatet av granskningen visade på en generellt bra kvalitet.

Exempel på resultat:

Är genomförandeplaner aktuella?

Myndighetsfunktionens uppföljning av genomförandeplaner 2020 visade att 26 av 28 brukare hade en aktuell genomförandeplan, det vill säga att planerna inte var äldre än sex månader och att det fanns text dokumenterad under berörda livsområden. Vid dokumentationsgranskningen samma år visade resultatet att samtliga granskade genomförandeplaner var aktuella. Bedömning: rutinen gällande genomförandeplaner följs i tillräcklig omfattning.

Har enhetschef och medarbetare kännedom om rutin för klagomålshantering?

Enligt förvaltningens rutin ska muntliga klagomål skrivas ner. Vid intervjuerna med medarbetarna framkom det att klagomål alltid hanterades, men ingen medarbetare uppgav att de skrev ner mottagna klagomål. Enhetschefen hade god kännedom om klagomålsrutinen. Bedömning: rutinen gällande klagomål följs inte i tillräcklig omfattning. Alla medarbetare behöver ha kännedom om rutinen och hur muntliga klagomål ska hanteras. Enhetschefen rekommenderades att säkerställa medarbetarnas följsamhet till rutinen om klagomål.

5.6. 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 beslutar varje år om ett antal egenkontroller. Sedan våren 2021 finns en rutin om att medicinskt ansvarig sjuksköterska, myndighetschef och verksamhetschefer var och en bör välja ut minst två risker för egenkontroll. Samtliga egenkontroller för kvalitetsåret 2020/2021 är redovisade i tabellen på nästkommande sidor.

5.7. 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
- Förbättringsåtgärd/åtgärd
- Resultat efter åtgärd

Underlag	Risikanalyt	Kontroll/mål	Förbättringsåtgärd/ åtgärd	Resultat efter åtgärd
Fokusområden från EVP 2022 – 2024		Nämndens utvecklingsmål – Möjligheter att i första hand tillgodose behov genom en digital insats ska utvecklas, med brukarens individuella behov i centrum. Antalet insatser som genomförs digitalt ska öka med 100 procent.	Utvecklingsarbete i enlighet med <i>Digital roadmap</i> och <i>Handlingsplan för digitalisering</i> pågick fort-löpande under året.	Utfallet av kontrollen visar på 169 genomförda insatser vilket inte når ända upp till målet med 194 insatser.
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. Antal förebyggande aktiviteter genomförda med stöd av en träningsapp ska öka med 100 procent.	Fysioterapeuter satte ihop ett träningsprogram med olika fallförebyggande styrke- och balansövningar i en app.	Resultatet med 84 genomförda träningspass når inte upp till målet på 1 228. I stort sett alla träningspass gjordes tidsmässigt i närheten av satsningen på fall-prevention vilket visar på behov av en ökad marknadsföring av appen.
Förvaltningens kvalitetsuppföljning på brukarnivå	Tidigare års resultat visade på ojämn kvalitet mellan enheterna.	Verksamhetsmål – Ökad kvalitet för personer med funktionsnedsättning/LSS. Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i samtliga frågor i den individuella kvalitetsuppföljningen.	Boende LSS arbetade bland annat med bemötande i form av handledning och utbildning av medarbetarna. Stöd & Aktivering satsade till exempel på att implementera och fördjupa sig inom lågaffektivt bemötande.	35 enheter (88 %) inom Boende LSS och alla 19 enheter inom Stöd och Aktivering når verksamhetsmålet.
Granskning av dokumentation: beslutsunderlag		Verksamhetsmål – Brukarens individuella behov, mål och målluppfyllelse ska stå i centrum. Vid beslut om insats ska minst 90 procent av målen vara tydliga och mätbara.	Myndighetsfunktionen genomförde bland annat regelbundna metodmöten där de diskuterade, fördjupade sig och kvalitets-säkrade olika delar i arbetsmetoder och handläggning.	Utfallet på kontrollen är 89 procent och uppnår därmed nästan målet.

Underlag	Risikanalys	Kontroll/mål	Förbättringsåtgärd/ åtgärd	Resultat efter åtgärd
Nationella kvalitetsregistret för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens	På flera enheter var antalet registreringar i BPSD-registret under 2020 i stort sett samma som antalet registrerade personer, vilket indikerade att uppföljningar av åtgärder inte genomfördes.	Egenkontroll halvårsvis HRSS och SBÅ – Granska om medarbetarna följer rutinen <i>Att arbeta enligt BPSD-metoden</i> . Antalet registreringar i BPSD-registret ska vara fler än antalet registrerade personer.	Verksamhetsområdena HRSS och SBÅ utvecklade till exempel utbildningsmaterial samt jämförde uppgifter i registret med de i patientjournalen för att hitta förbättringsområden.	Inom HRSS finns det 162 registreringar för 115 personer och inom SBÅ 501 registreringar för 305 personer, vilket innebär att båda verksamhetsområdena uppnår målet.
Nationella kvalitetsregistret Senior alert	Om arbetssättet med vårdpreventivt arbete inte tillämpas riskerar patienters hälsa att försämrans. Resultat i Senior alert 2020 visade att uppföljning av åtgärder hade ett lågt utfallsvärde.	Egenkontroll halvårsvis HRSS och SBÅ – Granska om medarbetarna följer rutinen <i>Vårdprevention enligt Senior alert</i> . Minst 75 procent av planerade åtgärder vid konstaterad risk enligt Senior alert ska följas upp inom planerad tid.	HRSS: Flera enheter fick stöd från kvalitetsutvecklare för att komma igång med vårdpreventivt arbete enligt Senior alert. SBÅ: Flera enheter angav att de har bra struktur för det vårdpreventiva arbetet. Framöver kommer datum för uppföljning av åtgärder att planeras med större marginal så de blir genomförda inom tidsramen.	HRSS: 5 av 16 hemvårdsområde når målvärdet. Övriga enheter har gjort en åtgärdsplan. SBÅ: Under halvår 2 är resultatet att 7 av 13 enheter når målvärdet.
Nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret	Enligt förvaltningens rutin <i>Smärtskattning</i> ska smärntintensitet alltid bedömas med hjälp av smärtskattningens instrument. Förvaltningens utfallsvärde 2020 för kvalitetsindikator <i>Utförd smärtskatt-</i>	Egenkontroll halvårsvis HRSS och SBÅ – Granska om medarbetarna följer rutin om smärtskattning. Kvalitetsindikatorn <i>Utförd smärtskattning</i> i Svenska palliativregistret ska ha ett utfallsvärde på 100 procent.	HRSS: Fyra enheter arbetade med studiecirkel i palliativ vård och några enheter utbildade medarbetare i smärtskattningens instrumentet Abbey Pain Scale. Det palliativa nätverket planerar för uppstart under 2022. SBÅ: Verksamhetsområdet startade ett palliativt nätverk som förberedde samtliga enheter på att	Med ett utfallsvärde på 40 procent inom HRSS och 70 procent inom SBÅ når inget av verksamhetsområdena upp till målet.

Underlag	Risikanalyt	Kontroll/mål	Förbättringsåtgärd/ åtgärd	Resultat efter åtgärd
	<i>ning</i> i Svenska palliativregistret nådde inte upp till rutinens krav.		starta studiecirkel i palliativ vård under 2022. En del enheter utbildade medarbetarna i smärtskattningsinstrumentet Abbey Pain Scale.	
Skriftlig plan om egenvård från ordinator	Risk att brukares egenvård utförs felaktigt om det saknas skriftlig plan för egenvård från ordinator.	Egenkontroll halvårsvis Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning – Säkerställa att brukare med egenvård har skriftlig plan från ordinator.	Enheter efterfrågade egenvårdsintyg för brukare som saknat intyg. Informationsblad till brukare om egenvård och intyg håller på att tas fram.	Under halvår 2 visar resultatet att det på elva enheter finns brukare som saknar en skriftlig plan för egenvård, vilket innebär att målet inte uppnås.
	Risk att avvikelser inte används som underlag i det systematiska förbättringsarbetet.	Egenkontroll halvårsvis Boende LSS – Säkerställa att avvikelser används i det systematiska förbättringsarbetet.	De flesta enheterna analyserade avvikelser och planerade åtgärder vid genomgång på APT.	Alla enheter som svarat på egenkontrollen halvår 2 uppger att avvikelser används i det systematiska förbättringsarbetet.
Blankett <i>Lex Sarah – uppföljning åtgärder</i>	Missförhållanden kan kvarstå i verksamheten om inte åtgärder genomförs efter lex Sarah-utredningar.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen och Boende LSS – Säkerställa att åtgärder genomförs efter lex Sarah-utredningar.	Åtgärder efter lex Sarah-utredningar genomfördes enligt rutin inom både myndighetsfunktionen och Boende LSS.	Myndighetsfunktionen: Samtliga åtgärder är genomförda enligt plan. Boende LSS: Alla enheter som rapporterat ett lex Sarah-ärende samt svarat på egenkontrollen halvår 2 uppger att åtgärder är genomförda efter lex Sarah-utredningar.

Underlag	Risakanalys	Kontroll/mål	Förbättringsåtgärd/ åtgärd	Resultat efter åtgärd
Blankett <i>Lex Sarah – uppföljning åtgärder</i>	Missförhållanden kan kvarstå i verksamheten om inte åtgärder följs upp efter lex Sarah-utredningar.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen och Boende LSS - Säkerställa att åtgärder följs upp efter lex Sarah-utredningar.	Uppföljning av åtgärder efter lex Sarah-utredningar genomfördes enligt rutin inom både myndighetsfunktionen och Boende LSS.	Myndighetsfunktionen: Samtliga uppföljningar är genomförda enligt plan. Boende LSS: Alla enheter som rapporterat ett lex Sarah-ärende samt svarat på egenkontrollen halvår 2 uppger att åtgärder är uppföljda efter lex Sarah-utredningar.
Granskning av dokumentation: beslut Checklista <i>Granskning av journaler</i>	Dokumentation kopplad till myndighetsutövning kvalitetsgranskas kontinuerligt.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen - Granskning av dokumentation gällande beslut.		Dokumentation av beslutsunderlag håller en hög nivå och majoriteten av det som ska finnas med enligt föreskrift finns i granskat underlag.
Granskning av dokumentation: uppdrag till utföraren Checklista <i>Granskning av journaler</i>	Dokumentation kopplad till myndighetsutövning kvalitetsgranskas kontinuerligt.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen - Granskning av dokumentation gällande uppdrag till utföraren.	Utvecklingsområde: - Att beställningar innehåller aktuella mål	Dokumentation av uppdrag till utföraren håller en hög nivå och majoriteten av det som ska finnas med enligt föreskrift finns i granskat underlag. Ett litet antal uppdrag saknar aktuella mål.
Granskning av dokumentation: uppföljning av beviljade insatser Checklista <i>Dokumentation</i>	Dokumentation kopplad till myndighetsutövning kvalitetsgranskas kontinuerligt.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen - Granskning av dokumentation gällande uppföljning av beviljade insatser.	Utvecklingsområde: Att det vid uppföljning framgår - hur den enskilde uppfattar insatsen i förhållande till sina behov och önskemål - om behov av åtgärder har identifierats genom uppföljning.	Dokumentation av uppföljning av beviljade insatser håller en hög nivå och majoriteten av det som ska finnas med enligt föreskrift finns i granskat underlag. Ett utvecklingsområde är att utveckla vissa delar av dokumentationen.

Underlag	Riskanalys	Kontroll/mål	Förbättringsåtgärd/ åtgärd	Resultat efter åtgärd
Granskning av dokumentation: löpande social journal	Dokumentation kopplad till myndighetsutövning kvalitetsgranskas kontinuerligt.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen - Granskning av dokumentation i social journal.	Utvecklingsområde: - Att dokumentera uppgifter om att kvalitetsuppföljning genomförs och vad som framkom vid uppföljningen	Dokumentation i löpande social journal håller en hög nivå. All dokumentation är saklig och värderingsfri och till majoritet framgår det var uppgifter kommer ifrån. Det finns löpande dokumentation i alla granskade journaler och majoriteten av det som dokumenteras är händelser av vikt.
Granskning av dokumentation: utredning och bedömning Checklista <i>Granskning av journaler</i>	Dokumentation kopplad till myndighetsutövning kvalitetsgranskas kontinuerligt.	Egenkontroll halvårsvis myndighetsfunktionen - Granskning av dokumentation gällande utredning och bedömning.	Utvecklingsområde: - Handläggarens egna observationer - Dokumentation av inhämtade samtycken i de fall det är relevant - Övervägande av andra insatser i samband med bedömning och om behovet kan tillgodoses på annat sätt behöver utvecklas mer	Dokumentation av beslutsunderlag håller en hög nivå och majoriteten av det som ska finnas med enligt föreskrift finns i granskat underlag. Det finns tydliga behovsbeskrivningar och mål i samtliga beslutsunderlag.

6. Mål och strategier för 2022

Under kommande rubriker visas ett urval av mål som ska uppnås under 2022 samt indikatorer och aktiviteter kopplade till målen. Observera att det inom varje verksamhetsområde finns många fler mål och aktiviteter än vad som visas här. Mer detaljerade uppgifter finns i respektive verksamhetsområdes dokument *Verksamhetsplan 2022*.

6.1. Nämndens bidrag till kommunfullmäktiges fokusområden

Kommunens styrmodell är horisontell och bygger på att varje nivå i organisationen sätter sina egna mål för uppdraget i linje med kommunens övergripande vision, fokusområden och mål. Lunds kommuns fokusområden 2021-2023 är:

- Lundaborna i fokus
- Smartare Lund
- Organisationen Lund
- Ekonomi

För att möta kommuninvånarnas behov och säkerställa en bibehållen eller ökad kvalitet, verksamhetsutveckling och samtidig kontrollerad kostnadsutveckling beslutade vård- och omsorgsnämnden om följande strategiskt prioriterade områden:

- Förebyggande insatser
- Rehabilitering/Habilitering
- Välfärdsteknik
- Samarbete civilsamhället
- Alternativa boendeformer
- Modern och attraktiv arbetsgivare

6.2. Nämndens utvecklingsmål

Vård- och omsorgsnämnden beslutar om egna utvecklingsmål och om vilka indikatorer som ska mäta om målen uppnås. Under respektive målformulering framgår det vilket av kommunfullmäktiges fokusområde som utvecklingsmålet syftar att bidra till.

Nämndens utvecklingsmål	Indikatorer	Utfall 2021	Mål 2022
Det förebyggande och rehabiliterande/habiliterande arbetet ska utvecklas med inriktning mot ökad självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser. <i>Lundaborna i fokus</i>	Genomförandeplaner i nya ärenden ska innehålla ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv.		80 %
	Medarbetare ska få utbildning/fortbildning i det rehabiliterande/habiliterande arbetssättet.		50 %

Nämndens utvecklingsmål	Indikatorer	Utfall 2021	Mål 2022
De digitala insatser som erbjuds ska bibehålla eller öka brukarens upplevda trygghet och självständighet. <i>Smartare Lund</i>	Antalet insatser som genomförs digitalt ska öka med 100 procent.	169	
	Brukare med en digital insats upplever att insatsen bibehåller eller ökar tryggheten.		80 %
	Brukare med en digital insats upplever att insatsen bibehåller eller ökar självständigheten.		80 %

6.2.1. Aktiviteter – Särskilt boende för äldre

Aktiviteter	Startdatum	Slutdatum	Kommentar
Arbetsmetoder för att mäta effekten av förebyggande träningsinsatser ska säkerställas genom projekt i samverkan med universitetet eller annan forskningsanknytning.	2022-01-01	2022-12-31	

6.2.2. Aktiviteter – Hemvård, rehabilitering och service för seniorer

Aktiviteter	Startdatum	Slutdatum	Kommentar
Korttidsverksamheterna ska utvecklas och utrustas gällande välfärdsteknik.	2022-01-01	2022-12-31	
Varje enhet ska identifiera 10 patienter med undernäring/risk för undernäring med bedömningsinstrumentet MNA i senior alert.	2022-01-19	2022-12-15	
Öka andelen mobila trygghetslarm i verksamheten med 35% genom att byta ut befintliga stationära larm till mobila trygghetslarm.	2022-01-25	2022-12-31	

6.2.3. Aktiviteter – Stöd och aktivering för personer med funktionsnedsättning

Aktiviteter	Startdatum	Slutdatum	Kommentar
Hälften av enheterna har provat att använda QR-koder i sin verksamhet. Ansvariga: enhetschef och teknikcoach.	2022-01-19	2022-12-31	
Fortsätta att utveckla arbetet med planeringstavlor på enheten. Ansvarig: enhetschef och teknikcoach	2022-01-19	2022-12-31	

6.3. Förvaltningsövergripande verksamhetsmål

Förvaltningen beslutar om övergripande verksamhetsmål. Varje verksamhetsområde och enhet ska arbeta mot målen och formulera en verksamhetsplan med specifika mål, indikatorer och aktiviteter med utgångspunkt från uppdraget.

6.3.1. Särskilt boende för äldre

Verksamhetsmål	Indikatorer	Mål 2022
Ökad kvalitet - äldreomsorg	Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i minst tolv frågor i den nationella brukarundersökningen.	100 %

Aktiviteter	Startdatum	Slutdatum	Kommentar
Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i minst tolv frågor i den nationella brukarundersökningen: Fortsätta se över inomhusmiljöer	2022-02-02	2022-12-31	
Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i minst tolv frågor i den nationella brukarundersökningen: Se över utomhusmiljöer på fyra enheter	2022-02-02	2022-12-31	
Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i minst tolv frågor i den nationella brukarundersökningen: Alla enheter skall fortsätta utveckla arbetet med inlägg på instagram	2022-02-02	2022-12-31	

6.3.2. Myndighetsfunktionen

Verksamhetsmål	Indikatorer	Mål 2022
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 %

Aktiviteter	Startdatum	Slutdatum	Kommentar
Genomföra tre kollegiereflekstionstillfällen under 2022	2022-01-01	2022-12-31	
Genomföra tre reflektionsseminarium under 2022	2022-01-01	2022-12-31	
Genomföra gemensamma ärendehandledning och handläggartäffar mellan enheterna under 2022	2022-01-01	2022-12-31	
Dialogforum 3.0: Utveckla ett nytt koncept och form för att genomföra Dialogforum	2022-01-01	2022-12-31	

6.4. Verksamhetsmål

Varje verksamhetsområde beslutar om sina specifika verksamhetsmål, indikatorer och aktiviteter.

6.4.1. Hemvård, rehabilitering och service för seniorer

Verksamhetsmål	Indikatorer	Aktiviteter	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
Förbättra personkontinuiteten hos brukarna i hemvården	Brukare med dagliga besök ska möta max 14 medarbetare under en tvåveckors period.	Kontinuiteten ska förbättras genom att optimera personalens grundschema, dela in personalen i mindre grupper och planering enligt handboken i systemet Lifecare planering.	2022-01-01 2022-12-31	

6.4.2. Boende LSS

Verksamhetsmål	Indikatorer	Aktiviteter	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
Trygghet och kontinuitet i bemanningen		Inrätta bemanningspool som pilot under 6 mån	2022-01-18 2022-10-31	

6.4.3. Myndighetsfunktionen

Verksamhetsmål	Indikatorer	Aktiviteter	Startdatum + Slutdatum	Kommentar
Förbättringsprocessen – avvikelser och Lex Sarah		Minst 2 tillfällen av förbättringsmöte mellan myndighetsfunktion och utförare under året	2022-01-01 2022-12-31	
		Ta fram en modell för egenkontroll och granskning för att mäta antalet avvikelser utreds och följs upp	2022-01-01 2022-12-31	

6.4.4. Kansli och kvalitet

Mål/indikator	Aktiviteter	Ansvarig	Uppdragsgivare	Tidplan
Vidareutveckla/ implementera det systematiska förbättringsarbetet	Utveckla processarbetet	Kvalitetstrateger	Kvalitetschef	
	Genomföra verksamhetsuppföljning utifrån nationella kvalitetsregister	Kvalitetstrateger	Förvaltningsdirektör	
	Revidera ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Kvalitetstrateger	Kvalitetschef	

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.

6.5.1. Särskilt boende för äldre

Egenkontroll	Aktiviteter	Mål
Granska att det finns bedömningar kopplade till ordinationer i patient- journaler	Granska om legitimerad personal följer MAS rutin om dokumentation genom att kontrollera att det finns bedömningar kopplade till alla pågående ordinationer	Resultatet ska vara minst 18 poäng på varje HSL-område inom verksamhetsområdet SBÅ
Granska att smärtskattningar genomförs enligt rutin	Granska om medarbetarna följer förvaltningens rutin om smärtskattning genom att följa utfallsvärdet av kvalitetsindikatorn "Smärtskattats sista levnadsveckan" i Svenska palliativregistret	Utfallsvärdet ska vara 100 procent på varje enhet inom verksamhetsområdet SBÅ

6.5.2. Myndighetsfunktionen

Egenkontroll	Aktiviteter	Mål
Granskning av dokumentation gällande utredning och bedömning	Egenkontrollen utförs av handläggare/enhetschef vid två tillfällen per år, där varje handläggargrupp (3-4 personer) granskar 10 ärenden	
Säkerställa att åtgärder genomförs efter lex Sarah-utredningar	Varje enhetschef kontrollerar om beslutade åtgärder efter lex Sarah-utredning har genomförts enligt plan det senaste halvåret	

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 teambaserad vårdform för de mest sjuka
- Förebyggande och hälsobefrämjande insatser
- Kompetenssamverkan
 - Stödfunktioner för den nära vården