

Rapport

Dokumentationsgranskning – systematisk kvalitetsgranskning

Typ av styrdokument: Rapport
Beslutande instans: Vård och omsorgsnämnden
Datum för beslut: 2022-12-01 § 85
Diarienummer: 2022.274 VON

Dokumentansvarig: MAS och SAS

Innehåll

Redovisning av dokumentationsgranskning.....	1
1. Sammanfattning	1
2. Inledning	2
3. Syfte	2
4. Genomförande	3
5. Resultat av dokumentationsgranskning	4
5.1. Hemtjänst	4
5.1.1 Områden som fungerar bra.....	4
5.1.2 Områden som behöver förbättras	5
5.1.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner	5
5.1.4 MAS/SAS resultat av granskningen	5
5.1.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	6
5.2. Särskilt boende.....	7
5.2.1 Områden som fungerar bra.....	7
5.2.2 Områden som behöver förbättras	7
5.2.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner	7
5.2.4 MAS/SAS resultat av granskningen	8
5.2.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	9
5.3. Korttid/växelvård	9
5.3.1 Områden som fungerar bra.....	9
5.3.2 Områden som behöver förbättras	9
5.3.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner	9
5.3.4 MAS/SAS resultat av granskningen	9
5.3.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	10
5.4. Boende och arbete, LSS.....	11
5.4.1 Områden som fungerar bra.....	11
5.4.2 Områden som behöver förbättras	11
5.4.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner	11
5.4.4 MAS/SAS resultat av granskningen	11

5.4.5	Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	12
5.5.	Personlig assistans, LSS	13
5.5.1	Områden som fungerar bra.....	13
5.5.2	Områden som behöver förbättras	13
5.5.3	Avdelningens förslag till handlingsplaner	13
5.5.4	MAS/SAS resultat av granskningen	13
5.5.5	Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	14
5.6.	Hemsjukvård.....	15
5.6.1	Områden som fungerar bra.....	15
5.6.2	Områden som behöver förbättras	15
5.6.3	Avdelningens förslag till handlingsplaner	16
5.6.4	MAS/SAS resultat av granskningen	16
5.6.5	Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	16
5.7.	Myndighet.....	17
5.7.1	Områden som fungerar bra.....	17
5.7.2	Områden som behöver förbättras	17
5.7.3	Avdelningens förslag till handlingsplaner	17
5.7.4	MAS/SAS resultat av granskningen	18
5.7.5	Sammanfattning av området på avdelningsnivå.....	18
6.	Förvaltningsövergripande analys och MAS/SAS egna reflektioner	19
7.	Fortsatt plan.....	20
8.	Förslag på prioriterade åtgärder framöver.....	20

Redovisning av dokumentationsgranskning

1. Sammanfattning

Enligt SOSFS 2011:9 ansvarar vårdgivaren för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheten. Ledningssystemet är ett stöd för att systematiskt och löpande utveckla, följa upp samt säkra kvaliteten i verksamheten.

Under 2022 har kvalitetsgranskningen haft fokus på kvalitet inom området *Dokumentation*. Enligt de av vård- och omsorgsnämnden antagna kvalitetskraven är det utförarens ansvar att all dokumentation sker i enlighet med gällande lagkrav, författningar samt allmänna råd. Av den enskildes dokumentation ska det tydligt framgå vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot de uppsatta målen. Det ska finnas rutiner för dokumentationen som ska vara kända och följas av personalen. Den som tagit emot en delegering från legitimerad personal tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och ansvarar för att signera utförd insats.

Syftet med att dokumentera och föra journaler är i första hand att bidra till en god och säker vård och omsorg för den enskilde. För att socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kunna förbättras och utvecklas och för att det ska gå att systematiskt undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt är det en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenterar på ett tillfredställande sätt.

Kollegial dokumentationsgranskning syftar till att systematiskt samla deltagarnas resonemang och diskussion om journalföring, för att därefter identifiera förbättringsområden och utveckla kvaliteten i dokumentationen utifrån respektive profession. Genom granskningen kan även ansvarig chef få stöd i vilka delar av dokumentationen som kan förändras/förbättras. Varje avdelning, både egna regin samt privata verksamheter, har fått instruktioner samt stödmaterial för att utföra kollegial dokumentationsgranskning.

Den generella journalgranskningen kan synliggöra såväl kvalitet som förbättringsområden på ett övergripande plan. MAS/SAS har därför strukturerat granskat ett urval journaler och då granskat en individs hela dokumentation från myndighetsbeslutet till verkställighet samt hälso- och sjukvårdsjournal.

Resultatet presenteras avdelningsvis ihop med MAS/SAS granskning och analys samt en förvaltningsövergripande analys.

Ett antal förbättringsområden har identifierats på avdelningsnivå och handlingsplaner har tagits fram. Även på förvaltningsövergripande nivå har generella områden identifierats som verksamheten behöver arbeta vidare med i syfte att höja kvaliteten i dokumentation.

Egenkontrollen av dokumentationen kommer framöver att ingå som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet, med målsättning att öka kvalitén och kunskapen.

Förslag på prioriterade åtgärder inför införandet av nytt verksamhetssystem är en översyn av introduktionen, fortbildning och kompetensutveckling i dokumentation. Verksamheterna behöver ta fram rutiner för samverkan så att dokumentationen utvecklas och blir ändamålsenlig i syfte att höja kvaliteten i vården och omsorgen om den enskilde.

2. Inledning

Informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvården regleras i Patientdatalagen (SFS 2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, samt Patientlagen (SFS 2014:821). Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten.

Inom Socialtjänstens område är det i huvudsak tre lagar som reglerar kraven på dokumentation och myndighetsutövning; förvaltningslagen (2017:900), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387), med tillhörande föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5).

Dokumentationsskyldigheten gäller alla kommunala verksamheter och ska föras i nära anslutning till händelsen eller när informationen blir känd samt vara skriven på ett lättbegripligt språk så att de som berörs utan hinder kan ta del av innehållet. Den nationella värdegrunden ska genomsyra den sociala dokumentationen och samtalet används som metod för att komma fram till vad som är viktigt i den hjälp och det stöd som ges för att den enskilde ska uppleva ett värdigt liv och välbefinnande.

För att uppfylla kraven är verksamheten skyldig att granska dokumentationen årligen. En generell dokumentationsgranskning kan påvisa såväl kvalitet som förbättringsområden överlag. Genom kollegial journalgranskning finns möjligheten att systematiskt samla resonemang och diskussion om journalföring, för att därefter hitta förbättringsområden och utveckla kvaliteten i dokumentationen utifrån respektive profession. Den kollegiala dokumentationsgranskningen syftar också till att medarbetare genom diskussion och reflektion, ska få återkoppling på kvalitén i sin egen dokumentation. Genom granskningen ska medarbetaren även få konstruktivt stöd i vilka delar av dokumentationen som kan förändras/förbättras.

3. Syfte

Syftet är att höja kvaliteten i dokumentationen genom att:

- Identifiera förbättringsområden och genomföra åtgärder i verksamheten
- Få en lärandeprocess genom den kollegiala granskningen
- Identifiera goda exempel och sprida dem i verksamheten

4. Genomförande

Dokumentationsgranskningen genomfördes inom samtliga avdelningar av vård- och omsorgsförvaltningen. Granskningen genomfördes under våren 2022.

Målsättningen var att minst tio procent av alla journaler skulle granskas. Då antalet brukare är ojämnt fördelat beroende av verksamhet, så granskade vissa enheter något färre och andra verksamheter fler.

Urvalet gjordes slumpvis och i varje ärende som granskades tittade man på aktuell dokumentation utifrån ett antal frågeställningar i en granskningsmall. Varje fråga i granskningsmallen poängsattes utifrån följande skala;

0 poäng: dokumentation saknas helt

1 poäng: dokumentation finns men är ofullständig

2 poäng: godkänd dokumentation finns

Granskningen har utförts av olika personer/funktioner i förvaltningen, vilka utsetts som granskningsansvariga, exempelvis dokumentationsombud, stödpedagoger och metodutvecklare. Genomförandet har skett på det sätt som varit lämpligt utifrån respektive verksamhet, utifrån instruktioner samt stödmaterial för att utföra kollegial dokumentationsgranskning.

Granskningsansvarig ansvarade för att sammanställa resultatet och överlämna till ansvarig enhetschef. Enhetschef ansvarade därefter för att gå igenom sammanställningen, analysera och utifrån resultatet från sina enheter ta fram prioriterade förbättringsområden samt goda exempel. Denna sammanställning skickades till ansvarig avdelningschef.

Avdelningschef/verksamhetschef har sedan sammanställt avdelningens/verksamhetens resultat och beskrivit minst tre prioriterade förbättringsområden samt ett antal områden som fungerar bra och kan användas som goda exempel. Därtill har avdelningschef/verksamhetschef gjort en samlad analys av dokumentationsgranskningen inom sin avdelning och upprättat en handlingsplan som innehåller förbättringsåtgärder för aktuella områden. Denna handlingsplan har skickats till SAS och MAS.

SAS och MAS har i denna rapport sammanställt resultatet från dokumentationsgranskningen avdelningsvis, samt gjort en övergripande förvaltningsanalys som inkluderar förslag till övergripande förbättringsåtgärder gällande dokumentation för förvaltningen. Resultatet kommer även att analyseras i den årliga kvalitetsberättelsen samt patientsäkerhetsberättelsen.

5. Resultat av dokumentationsgranskning

I detta avsnitt presenteras resultaten av den kollegiala dokumentationsgranskningen avdelningsvis. Det synliggörs vilka områden som fungerar bra, samt vilka områden som behöver förbättras/utvecklas. Avdelningens egna förslag till handlingsplaner beskrivs. Vidare redogörs för resultatet utifrån MAS och SAS del av dokumentationsgranskningen. En sammanfattning av resultatet görs även på avdelningsnivå.

5.1. Hemtjänst

5.1.1 Områden som fungerar bra

Avdelning – Hemtrevnad	Följande områden fungerar bra
Hemtjänst – privat	Ingen redovisning från enheten.

Avdelning - Bräcke	Följande områden fungerar bra
Hemtjänst - privat	Dokumentation Genomförandeplan fungerar till största delen bra.
Hemtjänst - privat	Dokumentation gällande Huvudbilden fungerar bra.

Avdelning - Ruths	Följande områden fungerar bra
Hemtjänst - privat	Genomförandeplanerna är upprättade de senaste sex månaderna.
Hemtjänst - privat	Den sociala dokumentationen har genomgående skrivits med respekt för den enskilde.
Hemtjänst - privat	Den sociala dokumentationen är saklig, bygger på ett korrekt underlag och det framgår vem som har lämnat uppgifterna och när.
Hemtjänst - privat	Det framgår i genomförandeplanen vilka HSL insatser som ska genomföras utifrån aktuell beställning.
Hemtjänst - privat	Genomförandeplanen ger tillräcklig information för att säkra kontinuiteten i utförandet

Avdelning	Följande områden fungerar bra
Hemtjänst – egen regi	Samtliga brukare har en genomförandeplan.
Hemtjänst – egen regi	Respektfull dokumentation.
Hemtjänst – egen regi	Tydlig dokumentation.
Hemtjänst – egen regi	Delaktighet från brukaren i genomförandeplanen.
Hemtjänst – egen regi	God information om beslutade insatser.

5.1.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning - Hemtrevnad	Följande områden behöver förbättras
Hemtjänst - privat	Att genomförandeplanen ska tala om hur man skapar meningsfullhet för den enskilde.
Hemtjänst - privat	Att genomförandeplanen skall tala om hur man skapar trygghet för den enskilde.
Hemtjänst - privat	Att det framgår i de sociala anteckningarna hur situationen har förändrats över tid i förhållande till genomförandeplanen och anledningen till förändringen framgår.

Avdelning - Bräcke	Följande områden behöver förbättras
Hemtjänst - privat	Att det framgår i genomförandeplanen när och hur den ska följas upp.
Hemtjänst - privat	Att det framgår hur den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplan.

Avdelning - Ruths	Följande områden behöver förbättras
Hemtjänst - privat	Att i genomförandeplanen införa mer detaljerad dokumentation gällande risker för våra kunder; Fallrisk, Undernäring, Munhälsa och Trycksår.
Hemtjänst - privat	Bristar i hur den enskildas situation har förändrats i relation till genomförandeplanen
Hemtjänst - privat	Beställningen behöver vara aktuell och innehålla relevant information.

Avdelning – egen regi	Följande områden behöver förbättras
Hemtjänst – egen regi	Bättre information på huvudbilden (närstående, personal).
Hemtjänst – egen regi	Formulera mål och resurser hos brukaren.
Hemtjänst – egen regi	Genomförandeplan revidering och GF-plan upprättad inom 14 dagar.

5.1.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

I handlingsplan för privata utförare beskrivs aktiviteter kopplade till olika mål. Exempelvis har en utförare som mål att beskriva hur meningsfullhet och trygghet ska framgå i den enskildes genomförandeplan och då lyfts aktiviteter som dialog på APT om begreppen samt använda dokumentationsansvariga medarbetare för kunskapsspridning. Dokumentationsansvariga ombud lyfts som en viktig del när det gäller att stötta medarbetare i vikten av att förstå samt utföra en god dokumentation. En utförare har i handlingsplanen beskrivit att de behöver arbeta mer strukturerat kring hur den enskildes delaktighet dokumenteras i framtagandet av genomförandeplan. Egen regi lyfter i sin handlingsplan fram aktiviteter för att tydliggöra brukarens mål samt aktualisera huvudbilden med kontaktuppgifter.

5.1.4 MAS/SAS resultat av granskningen

MAS/SAS har totalt granskat 25 slumpmässigt utvalda journaler från hemtjänst inom både egen regi samt privat regi.

Huvudbilden var till största delen komplett med kontaktuppgifter till anhöriga. Under personalfliken saknades ibland uppgifter till vissa personalkategorier eller så kunde de vara inaktuella. Särskilt saknas till stor del kontaktuppgift till biståndshandläggare. Fliken för ”Upplysningar” används inte strukturerat, t ex var tandvårdskort sällan dokumenterat.

I utredningarna var det ofta svårt att se vad som var information hämtat från tidigare utredning, då exempelvis funktionsstatus kunde förändrats betydligt, eller att individen blivit inskriven i hemsjukvården. Relevant information var inte alltid väl beskriven för att kunna följas upp på ett adekvat sätt. Individens livssituation bedöms vara väl beskriven även om målen med bedömda insatser kunde skilja sig från utredning till genomförandeplan.

Genomförandeplanerna är väl dokumenterade och aktualiserade till stor del, men hur den enskilde varit delaktig i upprättandet är inte alltid tydligt beskrivet. Hälso- och sjukvårdsinsatser är sporadiskt beskrivna och dokumentation om dem saknas helt ibland. Vid genomgång av journaler har MAS/SAS också uppmärksammat att vid revidering av t ex genomförandeplaner avslutas inte alltid de inaktuella planerna, vilket kan leda till svårigheter att ta till sig den senaste informationen runt den enskilde.

I HSL-journalen saknades i vissa journaler information av vikt, som fanns dokumenterat i SoL-journalen, exempelvis när det gäller en medicinsk tillfällig försämring som personalen dokumenterat. Omvårdnadsplanerna är ofta väl dokumenterade, men vid granskning hittades också ett antal som inte var avslutade samt att utvärdering/uppföljning saknades vid t.ex. sår. Beställningar från sjuksköterskor var aktuella och väl beskrivna. Dokumenterade riskbedömningar saknades i 19 av de granskade journalerna och endast i 2 st fanns det åtgärder kopplade till riskbedömningarna.

I HSL-journalen för rehab fanns endast någon enstaka journal som innehöll en aktuell och sammanhållen funktions- eller aktivitetsbedömning. Som uppföljning av insatta hjälpmedel hänvisas ofta att personalen får höra av sig vid behov. Beställda insatser är ofta väl beskrivna. Risker fanns beskrivna i vissa journaler men ingen beskriven riskanalys. Fall var vanligaste risken som var dokumenterad.

5.1.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå

Dokumentationsombud lyfts fram som framgångsfaktor för att sprida kunskap om vikten av dokumentation i den enskildes journal. Verksamheterna lyfter också den enskildes delaktighet i upprättande av planering för vården och omsorgen som ett område för förbättring samt tydliggörande om brukarens mål med beslutade insatser.

I dokumentationen av den enskildes journal bör det tydligt framgå hur den enskilde gjorts delaktig i planeringen av sin vård och omsorg. Det är också viktigt att ta fram rutiner hur verksamheterna ska arbeta strukturerat med dokumenterade riskbedömningar för att kunna erbjuda åtgärder som minskar risken för skador och ohälsa.

Genomförandeplanerna är sammanfattningsvis väl dokumenterade, personcentrerade och innehåller relevant information som är av vikt för att kunna ge den enskilde en god omsorg.

5.2. Särskilt boende

5.2.1 Områden som fungerar bra

Avdelning	Följande områden fungerar bra
SÄBO – egen regi	Genomförandeplanerna är uppdaterade och relevant information finns.
SÄBO – egen regi	Genomförandeplanen skrivs med respekt.
SÄBO – egen regi	Det framgår när genomförandeplanen är upprättad på SÄBO och av vem.
SÄBO – egen regi	Händelser är skrivna samma dag som det hänt.

Avdelning - Ginstgården	Följande områden fungerar bra
SÄBO – privat	Pågående genomförandeplan är uppdaterad.
SÄBO – privat	Aktuell information om anhöriga.
SÄBO – privat	Trygghet för den enskilde kommer fram.
SÄBO – privat	Genomförandeplanen skrivs med respekt.
SÄBO – privat	Dokumentation utförs samma dag som händelsen.

5.2.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning – egen regi	Följande områden behöver förbättras
SÄBO – egen regi	Riskbedömningar saknas i genomförandeplanen.
SÄBO – egen regi	Korttiden hade svårt att svara på vissa frågor i dokumentationsgranskningen. T.ex. är genomförandeplanen en löpande dokumentation under vistelsen på Korttid
SÄBO – egen regi	Uppföljningarna samt dokumentation om brukarnas delaktighet kan bli bättre.
SÄBO – egen regi	Tydliggöra vad som ska finnas under fliken Upplysning. Handlingsplan hur vi gör om brukaren inte öppnar dörren

Avdelning - Ginstgården	Följande områden behöver förbättras
SÄBO – privat	Den enskilds delaktighet är inte dokumenterad.
SÄBO – privat	Information om vem som upprättat genomförandeplanen.
SÄBO – privat	Bristande i hur genomförda riskbedömningar dokumenteras i journalsystemet.

5.2.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

I de inkomna handlingsplanerna beskriver cheferna att de ska förbättra dokumentationen i genomförandeplanerna genom att skapa tydliga mallar samt att genomföra

riskbedömningar kopplat till åtgärder ska dokumenteras tydligare i genomförandeplanen. De beskriver att det vill utveckla dokumentationen kring riskbedömningar.

Det finns även beskrivningar om att utveckla informationen om hur personalen ska agera om den enskilde inte öppnar dörren samt förbättra informationen under "Upplysningar" på huvudbilden.

5.2.4 MAS/SAS resultat av granskningen

MAS/SAS har granskat 25 slumpmässigt utvalda journaler från särskilda boende som drivs i egen regi samt särskilda boende i privat regi.

På huvudbilden var uppgifterna om närstående ibland lite knapphändiga. Ibland fanns det enbart ett förnamn och telefonnummer till en närstående. Fliken "Upplysningar" var oftast helt tom. Där saknades upplysningar om tandvårdskort, lägenhetsnummer, koder eller nycklar mm.

Det var svårt att utlösa de faktiska behoven i utredningen för att se om dessa blivit tillgodosedda på boendet. Granskningen visade att utredningarna kunde innehålla information som inte var aktuell; som att person bor tillsammans med en make/maka fast att det på huvudbilden står att personen är änka/änkling eller hänvisning till förhållande i bostaden som relaterade till en tidigare bostad som inte var aktuell vid utredningen.

Det saknades ofta information om aktuella och planerade insatser, viktiga aktiviteter och händelser som påverkat/påverkar den enskild samt relevant information för att utföra och följa upp insatser.

Det fanns många aktuella genomförandeplaner och den enskildes medverkan var tydligt beskriven. Genomförandeplanen var oftast fylld och beskrivande men inkluderade sällan vård och omsorg utifrån beställningar och instruktioner från hälso- och sjukvårdsavdelningen.

De flesta omvårdnadsplaner var aktuella och innehöll bra information. Det fanns en del brister gällande uppdaterad information i den enskildes hälsoplan och beställningar kunde vara inaktuella.

Rehab beskriver oftast att det finns ett hjälpmedel och hur det ska användas samt att personalen ska höra av sig vid behov. Vid vissa tillfällen fanns det hjälpmedel beskrivna i genomförandeplanen men ingen aktuell dokumentation från rehab om hur dessa ska användas. Detta beror antagligen på att hjälpmedlet förskrivits innan personen kommit till boendet och att rehab inte gjort någon ny funktions eller aktivitetsbedömning sedan personen beviljats ett boende. Ingen av de utvalda journalerna innehöll en aktuell funktions- eller aktivitetsbedömning. Rehabs beställda insatser innehåller sällan något mål och därmed inte heller någon tidpunkt för uppföljning av den utförda insatsen. Det fanns ingen dokumenterad riskanalys i samband med förskrivning av hjälpmedel.

I en tredjedel av de granskade journalerna (8 av 25) fanns det någon dokumenterad riskbedömning medans 18 av 25 journaler innehåller beskrivningar av fall och i flertalet journaler fanns det dokumentation som pekade mot problem med undernäring. I tre av de totalt 25 granskade journalerna fanns det åtgärder beskrivna utifrån en riskbedömning.

5.2.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå

Myndighet kan förbättra sina utredningar genom att ta bort inaktuell information samt tydligt beskriva de behov som finns och som ligger till grund för ett beslut om särskilt boende. Det är viktigt att dessa behov kan omvandlas till tydliga mål för den enskilde, så att man kan säkerställa att den enskildes situation förbättras, när personen flyttar till ett särskilt boende.

Den legitimerade personalen och då främst arbetsterapeut och fysioterapeut behöver bli informerade när en person flyttar till ett boende så att en funktions- eller aktivitetsbedömning kan genomföras. Behovet av hjälpmedel i boendet bör utvärderas och uppdateras med tydliga beskrivningar till personalen. Sjuksköterskor bör se över aktuella omvårdnadsplaner samt hälsoplan så att alla uppgifter är aktuella.

Genomförandeplanerna beskriver väl den enskildes önskan men hälso- och sjukvårdsperspektivet behöver bli tydligare för att vården och omsorgen ska ses som en helhet kring brukaren.

Det uppmärksammades en del brister när det gäller riskbedömningar och speciellt när det gäller dokumentationen kring vilka åtgärder som man kommit överens med brukaren om att genomföra för att minska riskerna för fall, trycksår, undernäring samt ohälsa i munnen.

5.3. Korttid/växelvård

Granskning av korttid/växelvård har genomförts, men redovisning av resultat har ej gjorts separat, utan detta redovisas istället tillsammans med granskningen av särskilt boende.

5.3.1 Områden som fungerar bra

Finns ingen separat redovisning för enheten.

5.3.2 Områden som behöver förbättras

Finns ingen separat redovisning för enheten.

5.3.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

Handlingsplan gällande avdelning korttid/växelvård är inkluderad i den handlingsplanen som avdelningschef upprättat för särskilt boende, se avsnitt 4.2.3.

5.3.4 MAS/SAS resultat av granskningen

MAS/SAS har totalt granskat 15 slumpmässigt utvalda journaler inom insatsen korttid/växelvård.

Huvudbilden var i samtliga granskade journaler väl uppdaterad, både vad gäller närstående och personal. I de journaler där det fanns behov av information under fliken upplysningar, så var informationen relevant och aktuell.

I samtliga ärenden fanns aktuella och uppdaterade beslut. I 2 av 15 granskade journaler saknades bevakningsdatum för uppföljning av beslut. Samtliga beslut om korttid stämmer överens med det som framkommer i utredningen.

Det fanns upprättade och aktuella genomförandeplaner i samtliga journaler och de uppsatta målen i genomförandeplanen stämde väl överens med mål satta utifrån beslutet.

Genomförandeplanen innehöll även aktuella beställningar och information från HSL i de flesta fall. Genomförandeplanen är under vistelsen på korttid ett levande dokument som uppdateras utifrån hur individen återhämtar sig. Beslut och genomförandeplaner som gällde flexibel växelvård var inte lika detaljerade.

SoL-dokumentationens innehåll och omfattning är till stor del beroende av mål och syfte med korttidsvistelsen. Inför uppföljnings- och planeringsmöten görs en skriftlig utvärdering från rehab och sjuksköterska.

HSL-journalen innehöll relevanta och uppdaterade hälsoplaner, främst gällande insatser kring korttid. Omvårdnadsplaner och beställningar var aktuella.

I ca hälften av de granskade journalerna gällande korttid fanns en aktuell funktions- och aktivitetsbedömning, samt aktuell information om hjälpmedel från rehab. Det saknas dock beställningar kring rehabinsatser i de flesta fall samt beskrivning av hur och när målet med insatserna/hjälpmedlen ska utvärderas.

Riskbedömningar gällande fall saknas i de flesta fall och det förekommer inga aktuella vårdplaner där fallrisk förekommer. Gällande riskbedömningar kring undernäring återfinns dessa i ett flertal journaler, dock saknas en aktuell vårdplan kopplat till denna risk. Gällande riskbedömningar kring trycksår och munhälsa saknas riskbedömningar i samtliga granskade journaler.

5.3.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå

Genomförandeplanerna är ett levande dokument som innehåller tillräcklig, relevant och aktuell information.

Dokumentationen från rehab gällande a) funktions- och aktivitetsbedömning, b) aktuell information om hjälpmedel och c) beställningar kring rehabinsatser behöver utvecklas och förtydligas.

Riskbedömningar behöver upprättas och förtydligas när man uppmärksammar behov av detta gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Detta är även något som avdelningen själva framfört som förbättringsområde, se avsnitt 4.2.2.

5.4. Boende och arbete, LSS

Resultat som redovisas i detta avsnitt gäller för hela avdelningen Boende och arbete, alltså både för insatsen bostad med särskild service (fortsättningsvis BmSS) och daglig verksamhet (fortsättningsvis DV). De har även en gemensam handlingsplan. I beskrivningen av MAS/SAS resultat av granskningen görs dock en uppdelning.

5.4.1 Områden som fungerar bra

Avdelning – BoA	Följande områden fungerar bra
BoA	Det finns fungerande genomförandeplaner i verksamheten
BoA	Välformulerad dokumentation, respektfull och korrekt och tar hänsyn till den enskildes integritet
BoA	De individuella målen framgår av genomförandeplanen

5.4.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning - BoA	Följande områden behöver förbättras
BoA	Relevant information på huvudbilden och fliken upplysningar behöver uppdateras
BoA	Beskriva brukarens egna resurser i genomförandeplanen
BoA	Framgår inte av beställningen av beslut någon arbetsplan för utförarnas planering av insatsen.

5.4.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

Avdelningen för Boende och arbete (BoA) har tagit fram en handlingsplan där målsättningen är att förbättra dokumentationen genom att forma utvecklingsområden utifrån de områden man sett som behöver förbättras. Det handlar bland annat om att se till att huvudbilden och fliken upplysningar innehåller aktuell och relevant information.

Avdelningen önskar även ett bättre samarbete och dialog med myndighetsavdelningen för att beställningarna av insatsen ska bli tydligare. Förhoppningen är att detta blir mer tydligt i samband med att nytt verksamhetssystem införs och att arbetssättet IBIC blir fullt implementerat.

I övrigt avser man att fokus läggs på att arbeta med respektive enheters resultat framöver.

5.4.4 MAS/SAS resultat av granskningen

MAS/SAS har totalt granskat 25 slumpmässigt utvalda journaler inom insatsen BmSS samt 5 journaler med beslut om daglig verksamhet.

Utifrån huvudbilden kan man se att arbetet kring att uppdatera denna med relevant och aktuell information har påbörjats. Information kring närstående och personal är aktuella. Fliken upplysningar innehåller oftast få eller inga uppgifter, men man behöver där också göra en bedömning kring vilken information som är relevant utifrån respektive individ och boendeform.

I 4 av 25 granskade journaler så saknas det ett aktuellt och uppdaterat beslut, i ytterligare några journaler var besluten ej tillräckligt tydliga och det var svårt att utläsa de faktiska behoven i utredningen. Detta kan delvis förklaras av att dokumentationen flyttades från socialförvaltningens till vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetssystem i december 2019. En annan orsak till bristfällig information är åldern på besluten, vilket innebär att aktuella behov eller mål med insatsen inte finns beskrivna i utredningen.

Bevakningsdatum för uppföljning av beslutet saknades ofta. För beslut av daglig verksamhet fanns det i 3 av 5 granskade journaler.

Aktuella genomförandeplaner återfanns i samtliga av de 25+5 granskade journalerna. De är tydliga och innehåller relevant information, samt beskriver de insatser som den enskilde har behov av stöd kring. Informationen i genomförandeplanen är dock ej beskriven utifrån beslutet/beställningen och oftast saknas det information om aktuella beställningar från HSL.

I LSS-dokumentationen finns i de flesta fall tillräcklig information om aktuella och planerade insatser, viktiga aktiviteter och händelser som påverkat/påverkar den enskilde. Det finns även relevant information för att utföra och följa upp insatser, bland annat i form av bemötandestrategier och återkommande uppföljningar.

I de fall där den enskilde har HSL-insatser så finns en relevant och uppdaterad hälsoplan. Även omvårdnadsplaner och beställningar var aktuella och innehöll tydlig information. Omvårdnadsplaner var uppdaterade och de som var inaktuella var avslutade.

3 av 25 granskade journaler innehöll aktuella funktions- och aktivitetsbedömningar från rehab, varav två av dem ej var fullständiga. Det saknas även beställningar av rehabinsatser i journalen och ingen av journalerna innehöll någon riskanalys från rehab. Det låga antalet här kan bero på att insatser från rehab inte alltid är aktuellt inom BmSS. Vid vissa tillfällen fanns det hjälpmedel beskrivna i genomförandeplanen men ingen aktuell dokumentation från rehab om hur dessa ska användas.

När det gäller riskbedömningar kring fall så saknades detta i samtliga granskade journaler. Detsamma gäller riskbedömningar kring trycksår och munhälsa. I 5 av 25 journaler förekommer det riskbedömningar kring nutrition (ej specificerat undernäring) i HSL-journalen. Riskbedömningar var endast gjorda i enstaka journaler med beslut om daglig verksamhet, då främst när det fanns beslut om vistelse på Eternellen, en dagverksamhet för personer med demensdiagnos (SoL beslut).

5.4.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå

Arbetet med att uppdatera huvudbilden med aktuell och relevant information har påbörjats.

Det finns aktuella genomförandeplaner i samtliga journaler, som innehåller relevant information och tydligt beskriver den enskilde stödbehov. Dokumentationen är välformulerad, respektfull och innehåller i de flesta fall tillräcklig information för att utföra och följa upp insatser.

Det finns relativt stora brister gällande dokumentationen kring riskbedömningar samt funktions- och aktivitetsbedömningar, vilket behöver förbättras i de fall detta är aktuellt. Information om föreliggande risker gällande fall, trycksår, munhälsa och nutrition, samt aktuella bedömningar/insatser/beställningar från rehab och/eller HSL behöver utvecklas, samt tydliggöras i den enskildes genomförandeplan.

5.5. Personlig assistans, LSS

5.5.1 Områden som fungerar bra

Avdelning	Följande områden fungerar bra
LSS PA	Samtliga områden har höga poäng där 26 områden av 36 ligger mellan 1,80 - 2,00
LSS PA	Speciellt väl är området "Genomförandeplaner" där samtliga utom ett har 2.00 i poäng.
LSS PA	En förklaring till resultatet är att avdelningen sedan länge har haft metodutvecklare som har arbetat med att säkerställa dokumentationen.

5.5.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning	Följande områden behöver förbättras
LSS PA	Språkbruket behöver göras enklare så att den enskilde kan ta del av innehållet.
LSS PA	Tillse att genomförandeplaner uppdateras minst var sjätte månad.
LSS PA	Samtliga riskbedömningar får låga poäng det kan dock bero på att risken inte har identifierats.

5.5.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

Inom LSS personlig assistans kommer verksamheten att börja arbeta strukturerat med riskbedömningar så att det blir tydligt om någon risk har identifierats. Avdelningen kommer även att påbörja ett förbättringsarbete kring språkbruket för att förenkla språket i dokumentationen.

5.5.4 MAS/SAS resultat av granskningen

MAS/SAS valde ut nio ärenden (av totalt 50 ärenden) som skulle granskas. Av dessa hade tre stycken privat assistans och en var avliden. Utav de som hade privat assistans fanns det dokumentation från daglig verksamhet eller korttid, som granskades.

Uppgifterna på huvudbilden var vanligtvis väl ifyllda och uppdaterade.

Inom LSS arbetar man med såväl bemötandestrategier som genomförandeplaner.

Majoriteten av de granskade genomförandeplanerna var fullständiga. Någon enstaka var inte komplett, några brukare hade flera aktiva planer eftersom de gamla planerna inte var avslutade. I en brukares journal hade rubriken "Genomförandeplan" använts för annan dokumentation än den avsedda. I drygt hälften av genomförandeplanerna fanns hälso- och sjukvårdsinsatser inkluderat i genomförandeplanen.

Det är få av brukarna som har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Många av brukarna har hinder i form av svårigheter att uttrycka sig eller formulera ord men det fanns brukare som hade förmåga att vara delaktiga, som inte hade varit aktiva vid upprättandet av planerna.

Bemötandestrategier var på det stora hela bra skrivna men hos enstaka brukare var strategin skriven utifrån ett personalperspektiv där personalen blev huvudpersonen och brukaren framställdes som ett objekt. Det fanns även olämplig dokumentation i någon journal.

I de löpande anteckningarna fanns det många beskrivningar kring vardagen men det fanns även journaler som saknade detta. I flera journaler saknas det tydliga anteckningar kring aktuella hälso- och sjukvårdsinsatser hos brukare som har exempelvis sår, instabil medicinering eller infektionstecken.

I sjuksköterskans dokumentation fanns det oftast uppdaterade omvårdnadsplaner och beställningar till vårdpersonal. Någon enstaka journal innehöll gamla omvårdnadsplaner samt inaktuella beställningar.

Det var väldigt få brukare där rehab hade aktiva ärende i. Det fanns en del hjälpmedel utskrivna men sällan någon aktuell utvärdering eller uppföljning.

Gällande riskbedömningar så fanns det inte någon riskbedömning dokumenterad från någon profession. I de åtta journaler som granskades hade sex av brukarna dokumenterade risker för fall, trycksår och/eller undernäring.

5.5.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå

Många journaler var välskrivna och tydliga. I vissa journaler står det liknande information i genomförandeplanen och i bemötandestrategin. Här kan man förtydliga vilken information som ska finnas under respektive rubrik.

Verksamheten behöver göra en översyn av aktuella genomförandeplaner och bemötandestrategier och justerar de journaler som har olika brister så att det bli tydligare hur brukaren vill att vård och omvårdnad ska utföras.

Avdelningen behöver förtydliga gällande rutiner för hur anteckningar inom LSS ska dokumenteras för att beskriva avvikelser från genomförandeplanen och viktiga händelser. Det behöver även förtydligas när och hur anteckning HSL ska föras utifrån delegerade HSL-insatser och uppdrag samt medicinska observationer/förändringar.

Det är viktigt att det riskförebyggande arbetet startas upp samt att alla professioner görs delaktiga i arbetet, för att förebygga vårdskador hos brukarna.

5.6. Hemsjukvård

5.6.1 Områden som fungerar bra

Avdelning - SSK	Följande områden fungerar bra
Hemsjukvård ssk	Det framgår hur den enskilde kommunicerar/använder hjälpmedel för kommunikation
Hemsjukvård ssk	Egenvårdsintyg
Hemsjukvård ssk	Medicinteknisk hantering
Hemsjukvård ssk	Omvårdnadsdiagnos/mål/delaktighet, bedömning/åtgärd, utvärdering/resultat
Hemsjukvård ssk	Vikt

Avdelning - Rehab	Följande områden fungerar bra
Hemsjukvård rehab	Kontaktuppgifter till närstående
Hemsjukvård rehab	Information om aktuella hjälpmedel
Hemsjukvård rehab	Uppföljning av insatser
Hemsjukvård rehab	Avsluta beställningar

5.6.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning - SSK	Följande områden behöver förbättras
Hemsjukvård - ssk	Riskbedömningar (fall, undernäring, trycksår och munhälsa)
Hemsjukvård - ssk	Information om hur patienten har medverkat vid upprättandet av hälsoplanen
Hemsjukvård - ssk	Läkemedelsavstämningar

Avdelning - Rehab	Följande områden behöver förbättras
Hemsjukvård rehab	SIP och egenvårdsintyg, sällan aktuellt. Mål med insatser och bättre beskrivning av planerade insatser. Förskrivningsprocess och riskanalys. Arbetsterapeut använder färre bedömningsinstrument och färre beställningar
Hemsjukvård rehab	Huvudbild saknar personaluppgifter. Saknar nyckel till journalträdet - olika för AT/FT
Hemsjukvård rehab	SIP och egenvårdsintyg, sällan aktuellt. Mål med insatser och bättre beskrivning av planerade insatser. Förskrivningsprocess och riskanalys. Arbetsterapeut använder färre bedömningsinstrument och färre beställningar

5.6.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

Sjuksköterskeenheten kommer att förbättra dokumentationen av den enskildes delaktighet vid upprättande av "Min hälsoplan". Det kommer även att göras en satsning på att dokumentera årlig läkemedelsgenomgång.

Rehabiliteringsenheten har satt som mål att alla patienter ska ha en rehabiliteringsplan samt att det ska finnas en beskrivning av planerade insatser samt ett tydligt mål att sträva mot.

Gemensamt för båda avdelningarna är att de ska förbättra arbetet med riskanalyser och tydligt beskriva det riskförebyggande arbetet.

5.6.4 MAS/SAS resultat av granskningen

I patientens hälsoplan som återfinns i sjuksköterskans dokumentation är det svårt att utläsa hur den enskilde har medverkat. Journalen innehåller omvårdnadsplaner som tydligt beskriver de omvårdnadsbehov patienten har. Men dokumentation innehåller ganska ofta inaktuella omvårdnadsplaner som inte är avslutade. När det gäller beställningar till utförare (kopplat till tid) så behöver de vara mer följsamma till förändringarna i patientens status och därmed förändring av insats. Det finns ofta en ny beställning i journalen som är överförd till utföraren men den beställda tiden är inte alltid justerad när insatsen förändras.

Inom Rehabs dokumentation är det svårt att få en överblick hur den enskilde har varit delaktig i att planera sina insatser och sätta ett mål för rehabiliteringen. Det finns även svårigheter att utläsa vilka insatser som pågår, hur de planeras att genomföras och följas upp.

Det finns ibland tydlig dokumentation av uppföljningar av såväl träningsprogram som utprovade hjälpmedel men av de stickprov som genomförts så är det ganska vanligt att det är personalens ansvar att utvärdera och höra av sig om rehabs insats inte blev bra. MAS/SAS anser att vårdpersonal inte har tillräcklig kunskap för att ansvara för uppföljningar.

Enligt kvalitetskraven för hälso- och sjukvård ska en funktionsbedömning utföras inom två veckor efter inskrivning i hemsjukvård samt vid flytt till särskilt boende och inom två dagar vid korttidsvistelse samt uppdateras minst en gång per år. Av alla granskade journaler återfanns endast någon enstaka genomförd bedömning.

Generellt i såväl sjuksköterskornas som rehabs dokumentation så fanns det brister gällande beskrivning av riskbedömningar. I sjuksköterskans dokumentation fanns det vissa riskbedömningar som var exemplariskt dokumenterade med upprättade handlingsplaner och planerade insatser som följdes upp. Men vissa journaler innehöll bara en riskbedömning men saknade planerade insatser samt planerad uppföljning, trots påvisade risker. Ett flertal patienter som hade återkommande fall saknade helt dokumenterade riskbedömningar samt förebyggande insatser från såväl rehab som sjuksköterskor.

5.6.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå

Alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats. Det ska finnas en tydlig omvårdnadsplan som beskriver diagnos (problem/behov), planerade insatser samt mål med insatserna. Denna dokumentation kan förbättras gentemot vårdpersonalen, som ska utföra hälso- och sjukvårdsinsatser samt mot brukaren så att insatserna integreras i brukarens vardag.

Det är av största vikt att det förebyggande arbetet genomförs på ett strukturerat sätt. Det ska dokumenteras i journalen så att det blir tydligt vilka mål och insatser som har överenskommit med den enskilde. Det bör framgå tydligt när och hur insatserna ska följas upp. Ett visst uppföljningsansvar kan läggas på vårdpersonalen men det övergripande ansvaret för uppföljning av insatser, oavsett om det gäller en sjuksköterskeinsats eller en rehab insats, bör ligga kvar inom professionen.

Bristen på aktivitets- och funktionsbedömningar (ADL-bedömning eller liknande) inom rehab har troligen en koppling till arbetssätt och resurser. Att tidigt göra en bedömning av funktions- och aktivitetsförmågan vid inskrivning i hemsjukvården, för att bedöma behov av rehabilitering och habilitering för att undvika lidande och öka hälsa är till stor hjälp för såväl den enskilde som för personalen som ska ge omvårdnad. Risker kan upptäckas vilket bland annat kan minska andelen fall. Det är en stor vinst för alla att stöd och hjälp utformas på det mest effektiva sättet för brukaren så att förmågor bibehålls eller återerövrats efter träning.

5.7. Myndighet

5.7.1 Områden som fungerar bra

Avdelning	Följande områden fungerar bra
Myndighet	Dokumentation gällande ansökan, vem som ansöker och när den enskilde ansöker
Myndighet	Handläggningstiden är rimlig
Myndighet	Beslut fattas enligt delegation
Myndighet	Utredningens omfattning
Myndighet	Bedömning av den enskildes behov

5.7.2 Områden som behöver förbättras

Avdelning	Följande områden behöver förbättras
Myndighet	Dokumentation gällande samtycke
Myndighet	Den enskildes individuella mål kan beskrivas bättre
Myndighet	Information till den enskilde om handläggningsprocess

5.7.3 Avdelningens förslag till handlingsplaner

Myndighetsavdelningen har tagit fram en handlingsplan där de satt upp mål och utvecklingsområden direkt kopplade till de områden man sett som behöver förbättras.

Avdelningen vill förbättra dokumentationen gällande samtycke från den enskilde samt arbeta för att formulera tydligare individuella mål.

Avdelningen kommer även att lägga fokus på att skapa delaktighet för den enskilde genom att på ett enkelt sätt beskriva handläggningsprocessen. En rutin kring detta kommer att upprättas.

5.7.4 MAS/SAS resultat av granskningen

MAS och SAS granskning av myndighetsavdelningen genomfördes i samband med övrig journalgranskning för respektive avdelning, där frågor kring bland annat beslut, bevakningsdatum och målsättning lyftes fram. Man har även tittat på huruvida beslutet stämmer överens med de insatser som utförs samt om målen i utredningen stämmer överens med de mål man senare satt upp i den enskildes genomförandeplan.

Resultatet ser lite olika ut beroende på vilken verksamhet som granskats. När det gäller besluten om korttid så återfanns aktuella och uppdaterade beslut i samtliga granskade ärenden, och de stämde också överens med det som framkommer i utredningen.

I utredningar gällande hemtjänst och särskilt boende kunde det vara svårt att utläsa de faktiska behoven, då informationen ofta var hämtade från tidigare utredningar. Utredningarna kunde innehålla information som inte längre var aktuell eller innehålla otillräckligt med information för att kunna följas upp på ett adekvat sätt. Individens livssituation bedömdes vara väl beskriven även om målen med bedömda insatser kunde skilja sig från utredning till genomförandeplan.

På avdelningen för boende och arbete fanns ett stort antal journaler där det saknades ett aktuellt och uppdaterat beslut och det var svårt att utläsa de faktiska behoven i utredningen. En orsak till bristfällig information i besluten som lyftes fram var att de är så inaktuella att den enskildes behov eller mål med insatsen inte finns beskrivna i utredningen. Samma avdelning kunde se att det i beställningarna av beslut ofta saknades en arbetsplan för utförarnas planering av insatsen och lyfte i sin handlingsplan fram önskemål om ett bättre samarbete och dialog med myndighetsavdelningen för att beställningarna av insatsen ska bli tydligare.

5.7.5 Sammanfattning av området på avdelningsnivå

Myndighetsavdelningen är första kontakten med förvaltningen för den som ansöker om och har behov av insatser enligt SoL och LSS. Att handläggningen sker på ett rättssäkert sätt är en förutsättning för att den enskilde ska få rätt stöd i rätt omfattning och få sina behov tillgodosedda. I myndighetsavdelningens egna granskning framkommer att områden som handläggningstid, utredningens omfattning samt bedömning av behov är områden som fungerar väl.

Beslut/beställningar från myndighet behöver dock i flera fall innehålla aktuell och adekvat information för att säkerställa att utförarna får ett tillräckligt och relevant underlag för planering av utförandet. En tydligare samverkan mellan myndighet och verkställighet skulle kunna underlätta detta.

6. Förvaltningsövergripande analys och MAS/SAS egna reflektioner

Utifrån redovisning av resultat för respektive avdelning, avdelningarnas egna förslag till handlingsplaner, samt utifrån MAS och SAS sammanställning av granskningen framkommer det att:

Följande områden fungerar bra
Genomförandeplanerna innehåller aktuell och relevant information
Omvårdnadsplaner är oftast aktuella och innehåller relevant information
Myndighetsavdelningens dokumentation gällande ansökan, vem som ansöker och när den enskilde ansöker framkommer tydligt.
Inom LSS är dokumentationen oftast välformulerad, respektfull samt korrekt beskriven och tar hänsyn till den enskildes integritet.
Rehabs beskrivning av aktuella hjälpmedel är väl dokumenterat.

Följande områden behöver förbättras
Upplysningar behöver uppdateras med aktuell och relevant information
Den enskildes delaktighet behöver förtydligas i all dokumentation
Beslut/beställningar från myndighet behöver innehålla aktuell och adekvat information för att säkerställa att utförarna får ett tillräckligt och relevant underlag för planering av utförandet.
Aktivitets- och funktionsbedömning bör genomföras och dokumenteras av rehab.
Riskbedömningar behöver upprättas gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Erbjudna åtgärder ska dokumenteras och följas upp

Denna sammanställning ger en indikation om vilka områden som inom förvaltningen behöver bibehållas och utvecklas.

I samband med den journalgranskning som genomfördes av MAS och SAS uppmärksammades även andra förbättringsområden som inte avdelningarna själva nämnt eller redovisat. Det handlar framför allt om vikten av kunskap kring grunderna vad gäller dokumentation – att dokumentera sakligt, korrekt, väsentligt, tillräckligt och respektfullt. Enligt kvalitetskraven antagna av vård- och omsorgsnämnden så ansvarar utföraren för att all dokumentation sker enligt gällande lagkrav, författningar och allmänna råd. Det ska finnas rutiner för dokumentationen som ska vara kända och följas av personalen. Utföraren skall även säkerställa att all personal har resurser och tid att dokumentera.

För att socialtjänst, vård- och omsorg och hälso- och sjukvården ska kunna förbättras och utvecklas och för att det ska gå att systematiskt undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt är det en grundläggande förutsättning att verksamheten dokumenterar på ett tillfredställande sätt.

Utifrån ovanstående vill MAS/SAS framhålla vikten av en god introduktion av personal i samtliga personalkategorier, från omvårdnadspersonal till enhetschefer, där kunskap kring dokumentation prioriteras och säkerställs. MAS/SAS vill även lyfta fram behovet av en fortsatt och kontinuerlig kompetensutveckling för att bibehålla och utveckla kvaliteten i all dokumentation som förs.

Ytterligare en slutsats som kunnat dras är vikten av att samverkan initieras mellan myndighet och verkställighet där behov finns; vid uppstart av nya ärenden samt vid uppföljning och omprövning av beslut. Lika viktig är samverkan mellan utförarverksamheter samt mellan utförare och verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

En god samverkan mellan verksamheter underlättar en rättssäker hantering av ett ärende från ansökan till verkställighet, vilket bidrar till att informationen och dokumentationen kring den enskilde samordnas. Verksamheterna behöver ta fram rutiner för samverkan så att dokumentationen utvecklas och blir ändamålsenlig i syfte att höja kvaliteten i vården och omsorgen om den enskilde.

7. Fortsatt plan

Målsättningen är att dokumentationsgranskningen framöver kommer att ingå som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet genom egenkontroll. Varje avdelning/verksamhet ansvarar för att minst 10% av alla journaler granskas årligen.

Vid sådan egenkontroll kan avdelningschef/enhetschef lätt utläsa vilka områden inom dokumentation som man som enskild verksamhet behöver prioritera att arbeta vidare med och förbättra. Verksamheten kan även följa utvecklingen över tid.

Med en kontinuitet i journalgranskningen är förhoppningen att verksamheterna lyckas höja kvaliteten i dokumentationen genom att man;

- identifierar förbättringsområden och genomför åtgärder i verksamheten
- får en lärandeprocess genom den kollegiala granskningen, samt
- identifierar goda exempel och sprider dem i verksamheten.

MAS och SAS kan komma att göra ytterligare journalgranskningar eller stickprov ur dokumentationen i verksamheter där behov av detta uppmärksammas.

8. Förslag på prioriterade åtgärder framöver

- Se över hur introduktionen ser ut kopplat till dokumentation för samtliga personalkategorier,
- säkerställa att samtliga personalkategorier får fortbildning och kompetensutveckling inom området,
- säkerställa att samverkan initieras och/eller utvecklas mellan verksamheter, samt
- påbörja förbättringsarbeten inför införandet av nytt verksamhetssystem 2024.