

KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETS- BERÄTTELSE 2019

Vård- och omsorgsnämnden

Kvalitetsstrateg Linda Svensson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska Susanne Leijon

Dnr VOO 2020/0164

Innehållsförteckning

Inledning	4
Systematiskt kvalitetsarbete	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för god kvalitet och patientsäkerhet.....	5
Informationssäkerhet	6
Planera för kvalitet och patientsäkerhet.....	6
Avvikelser.....	7
<i>Medarbetarnas rapporteringsskyldighet.....</i>	<i>7</i>
<i>Utredning av avvikelser</i>	<i>7</i>
<i>Brukares/patienters och närståendes delaktighet</i>	<i>8</i>
<i>Resultat och analys.....</i>	<i>8</i>
Klagomål och synpunkter	10
<i>Resultat och analys.....</i>	<i>10</i>
Riskanalys	11
Övergripande mål och strategier för 2019	12
Genomföra förbättringsåtgärder.....	14
Studera och utvärdera	15
Resultat och analys	15
Agera och förbättra.....	16
Mål och strategier för kommande år.....	16

Inledning

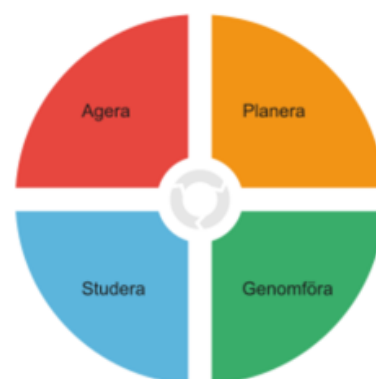
Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar aktivt med att förebygga, förändra och förbättra för att uppnå en god kvalitet på vård- och omsorgsarbete och patientsäkerhet. Förvaltningen bedriver ett kvalitetsarbete där värderingar, arbetssätt och verktyg samverkar för att nå en högre brukar- och patienttillfredsställelse med mindre resursåtgång. Kvalitetsarbetet har bland annat sin grund i värderingar som att sätta brukaren/patienten i centrum, arbeta med förbättringar och att skapa förutsättningar för delaktighet.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är en redovisning av det systematiska kvalitetsarbete som förvaltningens verksamheter i intern regi bedriver. Verksamheter i extern regi upprättar sina egna patientsäkerhetsberättelser.

Systematiskt kvalitetsarbete

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

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



Underlag till förvaltningens kvalitetsarbete hämtas från bland annat interna rapporter och utredningar och från statistik i nationella kvalitetsregister och undersökningar. För att kunna basera mål för kommande år på aktuell fakta så har förvaltningen en arbetsgång med att redovisa uppföljningar av till exempel avvikelser per kvalitetsår, det vill säga en period som nu senast omfattade oktober 2018 till september 2019. Det innebär att resultat av uppföljningar kan användas som underlag vid förvaltningens och verksamheternas verksamhetsberättelser och verksamhetsplaner som avser ett vanligt kalenderår.

Upplägget av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen följer arbetssättet med PGSA-hjulet från och med nästa avsnitt som börjar på sidan 8.

Organisation och ansvar

Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskriver bland annat fördelningen av ansvar och befogenheter mellan chefer och medarbetare när det gäller arbetet med kvalitet och patientsäkerhet. Som stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet finns kvalitetsstrategier på förvaltningsnivå och kvalitetsutvecklare på verksamhetsnivå. Vårdhygien, som är en expertfunktion inom Region Skåne, stödjer förvaltningens förebyggande arbete med vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

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 genomföra granskningar och uppföljningar inom hälso- och sjukvårdsområdet
- Enhets- och verksamhetschefer samt myndighetschef ansvarar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- Alla medarbetare ansvarar för att vara delaktiga i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

Samverkan för god kvalitet och patientsäkerhet

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

Exempel på rutiner och avtal för samverkan:

Inom förvaltningen

Det finns ett flertal rutiner som beskriver hur samverkan ska bedrivas inom till exempel områdena vårdpreventivt arbete och individuella uppföljningar.

Inom kommunen

Förvaltningen har tillsammans med socialförvaltningen flera gemensamma rutiner om samverkan vid exempelvis utskrivning från sjukhus, hjälpmedel och hemsjukvårdsinsatser.

Med andra kommuner

Rutin finns om samverkan mellan en brukares bosättningskommun och vistelsekommun.

Med Region Skåne

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

Informationssäkerhet

Förvaltningen ansvarar för att obehöriga inte ska kunna ta del av brukares/patienters personuppgifter. Hanteringen av personuppgifter är organiserad så att den tar hänsyn till brukares/patienters personliga integritet samt upprätthåller förtroendet för förvaltningens behandling av uppgifterna. En informationssäkerhetsklassning är gjord med hjälp av SKR:s verktyg KLASSA och en handlingsplan finns framtagen utifrån identifierade sårbarhetsområden. Arbete med att identifiera behov inför nästa generation av journalsystem har påbörjats, där informationssäkerhet finns med som ett viktigt framtida krav.

En risk- och sårbarhetsanalys genomfördes 2018. Den visade att det krävs en större uppgradering av verksamhetssystemet för att möta moderna krav på behörighets- hantering och informationssäkerhet. Identifierade utvecklingsområden är att införa tvåfaktorsinloggning samt att säkerställa att det finns aktuella kontinuitetsplaner.

Samtliga administratörer deltog under året i en utbildning i behörighetsadministration där de fick nya verktyg för att kunna följa att medarbetare SoL/LSS har rätt behörighet i verksamhetssystemet. Motsvarande utbildning håller på att tas fram för de administratörer som arbetar mot legitimerad personal.

Systematiska och återkommande stickprovskontroller av journalloggar genomfördes enligt förvaltningens rutin för att granska om medarbetare obehörigen läser journaler. Den nuvarande rutinen fastställdes under 2019 men är i behov av revidering då den inte möter kraven på informationssäkerhet fullt ut.

Slumpmässigt utvalda patientjournaler granskades kvartalsvis utifrån fem frågor. Granskningen av legitimerad personals journalföring ingår i förvaltningens egenkontroll.

Förkortningar som används i dokumentet:

- HSL – hälso- och sjukvårdslag
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg
- LSS – lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
- MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska
- SKR – Sveriges kommuner och regioner
- SoL – socialtjänstlag
- Sus – Skånes universitetssjukhus

Planera för kvalitet och patientsäkerhet



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

Avvikelser

Medarbetarnas rapporteringskyldighet

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

Utredning av avvikelser

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

Exempel på lärdomar från avvikelseutredningar:

Läkemedelshantering

Det är viktigt med tydliga ordinationshandlingar och att ha en kvalitetssäkrad delegeringsutbildning för att undvika brister vid läkemedelshantering.

Fallhändelser

Vid arbete med fallhändelser och vårdprevention är det viktigt med ett multi-professionellt teamarbete.

Medicinsk omvårdnad

För att kunna ge en god medicinsk omvårdnad är det av betydelse att uppmärksamma patienters behov av specifik omvårdnad vid byte av vårdformer eller boende, att säkerställa informationsöverföringen mellan medarbetare SoL/LSS och legitimerad personal, och att informera alla medarbetare om nya rutiner.

Medicintekniska hjälpmedel

Det är av vikt att informera brukare/patienter om att de ska underhålla förskrivna hjälpmedel för att undvika vårdskador orsakade av funktionsfel eller försämringar av produkternas egenskaper.

Utförande av SoL/LSS-insats

Det är viktigt med en grundlig introduktion av medarbetare SoL/LSS vid nyanställning för att få en följsamhet till förvaltningens rutiner.

Brukares/patienters och närståendes delaktighet

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

Resultat och analys

Förvaltningen gör årligen en övergripande sammanställning och analys av rapporterade avvikelser och missförhållanden, som i sin tur bygger på analyser och kommentarer från enhets- och verksamhetschefer. Den övergripande sammanställningen och analysen finns i dokumentet *Avvikelser kvalitetsåret 2018/2019*.

SoL- och LSS-avvikelser och lex Sarah-ärenden

Under kvalitetsåret rapporterades 3.415 SoL- och LSS-avvikelser i intern och extern verksamhet vilket var en ökning med 21 procent jämfört med föregående år. Antalet lex Sarah-ärenden som rapporterades var totalt 145 varav 13 bedömdes vara så allvarliga att de anmäldes till IVO. Fördelningen av avvikelser och lex Sarah-ärenden per ärendetyp visas i nedanstående tabell.

Ärendetyp	Antal SoL- och LSS-avvikelser	Antal lex Sarah-ärenden
Bemötande	123	41
Dokumentation	969	18
Handläggning av ärende	587	1
Utförande av insats	1.305	47
Övrigt	431	38
Summa	3.415	145

Ärendetypen *Utförande av insats* hade högst antal rapporterade avvikelser. Ärendetypen var samtidigt den som förändrades mest i förhållande till förra årets resultat, med en minskning på 8 procentenheter. Ett verksamhetsområde angav att orsaken till det förbättrade resultatet kunde vara att medarbetarna nu arbetade mer efter genomförandeplaner än förut.

Det upptäcktes strukturella problem i själva hanteringen av SoL- och LSS-avvikelser som behöver åtgärdas. Ett förslag till förbättringsåtgärd var att genomföra en översyn av strukturen för att göra avvikelshanteringen enklare och tydligare.

HSL-avvikelser

Mängden HSL-avvikelser i intern och extern verksamhet ökade något för ärendetyperna läkemedelshantering och medicinsk omvårdnad jämfört med föregående år medan antalet fallhändelser minskade - se kvalitetsårets resultat i nedanstående tabell.

Ärendetyp	Antal HSL-avvikelser
Läkemedelshantering	3.176
Fallhändelser	4.612
Medicinsk omvårdnad	489
Medicinteknisk utrustning	54
Medicintekniska produkter - hjälpmedel	49
Rehabilitering	28
Summa	8.408

Läkemedelshantering

Merparten av avvikelser avseende läkemedelshantering berodde på att medarbetare glömde att överlämna läkemedel enligt ordinationshandling. Förväxling av läkemedel och överdosering förekom i mindre skala.

Under våren togs möjligheten bort att delegera administrering av narkotikaklassat läkemedelsplåster och plåstren får nu endast hanteras av sjuksköterskor. Åtgärden gjorde att avvikelserna av felaktig hantering av dessa läkemedelsplåster som orsakade överdoseringar minskade drastiskt.

Fallhändelser

Det förekom att fallhändelser orsakade frakturer men merparten av fallhändelserna gav inga allvarliga skador. Oavsett skada eller ej är fallhändelser ett område som måste tas på största allvar eftersom ett fall ofta ger någon form av konsekvens för brukaren/patienten.

Medicinsk omvårdnad

Avvikelse som rapporterades från verksamheterna till andra vårdgivare omfattade främst avvikelser till Sus Lund/Malmö och några enstaka till primärvårdsenheterna. Merparten avsåg händelser kring den medicinska omvårdnaden som till exempel felaktiga läkemedelslistor, att utskrivningsinformation saknades eller att epikrisen inte överensstämde med patientens faktiska status.

Medicinteknisk utrustning

Ett fåtal avvikelser inom ärendetypen medicinteknisk utrustning utreddes och anmäldes till Läkemedelsverket.

Rehabilitering

Avvikelse gällande rehabilitering var få och det finns anledning att misstänka att denna typ av avvikelser är underrapporterade.

Lex Maria

Under kvalitetsåret anmäldes tre allvarliga händelser enligt lex Maria till IVO. Analyser visade på brister i bland annat kommunikation, information och dokumentation samt bristande följsamhet till befintliga rutiner. Åtgärder som vidtogs var exempelvis revidering av delegeringsrutiner samt information och genomgång av rutiner avseende vårdpreventivt arbete och dokumentation.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter lämnas både muntligt och skriftligt och inkommer från bland annat brukare, närstående, medarbetare och myndigheter. Förvaltningen har en rutin och ett flödesschema som beskriver hanteringen av klagomål och synpunkter.

Resultat och analys

Förvaltningen gör årligen en övergripande sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter som bygger på analyser och kommentarer från berörda enhets- och verksamhetschefer. Den övergripande sammanställningen och analysen finns i dokumentet *Avvikelser kvalitetsåret 2018/2019*. Klagomål som inkommer via patientnämnden och IVO sammanställs och analyseras årligen av MAS.

Klagomål och synpunkter till förvaltningen

Antalet klagomål och synpunkter som inkom till förvaltningen ökade med 12 procent jämfört med föregående år. Det är dock oklart om ökningen berodde på försämrad kvalitet eller på ökad kunskap om möjligheten att lämna klagomål. Antalet klagomål var få vilket anges som orsak till att inga analyser gjordes på varken enhets-, verksamhets- eller förvaltningsnivå för att hitta mönster eller trender som indikerade kvalitetsbrister. Nedanstående tabell visar antalet klagomål och synpunkter fördelade på ärendetyp. Resultatet inkluderar klagomål som lämnats till verksamheter i extern regi.

Ärendetyp av klagomål och synpunkt	Antal
Bemötande	32
Dokumentation	2
Handläggning av ärende	28
Utförande av insats	89
Beröm	22
Övrigt	64
Summa	237

Klagomål via Inspektionen för vård och omsorg

Från IVO inkom ett klagomål som utreddes av MAS. Klagomålet gällde brister vid medicinsk omvårdnad och bemötande. Analysen visade att läkare borde ha kontaktats i ett tidigare skede av händelseförloppet och att dokumentationen i patientjournalen borde varit fylligare. Lärdomen i detta fall var att en vårdplanering borde ha genomförts med läkare och närstående direkt när patienten kom till korttidsenheten.

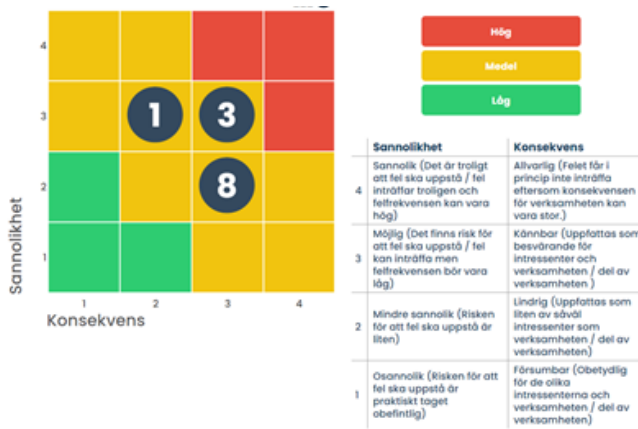
Klagomål via patientnämnden

Patientnämnden rapporterade sex klagomål till Lunds kommun varav fem av dem krävde utredning av MAS och berörda verksamhetschefer. Klagomålen handlade om upplevda brister vid bemötande, omvårdnad och vård och behandling. Analyserna visade bland annat att medarbetare behöver uppdateras om innehållet i rutiner och avtal samt informera och involvera närstående i vården i den mån det är möjligt.

Risicanalys

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

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



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

Det finns oftast ett resultat av en riskanalys som underlag till beslut och/eller mål, men kopplingen är ibland otydlig bland annat beroende på brister i dokumentation av genomförda analyser. Det är ett förbättringsområde för förvaltningen att arbeta mer strukturerat med riskanalyser på alla nivåer i organisationen.

Exempel på riskanalyserade händelser samt vidtagna åtgärder:

Läkemedelshantering

Flertalet avvikelser handlade om att medarbetare SoL/LSS glömde att ge patienter läkemedel och signera överlämnandet. Det förekom också att arbetsuppgifter utfördes utan att medarbetare hade delegering för uppgiften. En åtgärd var att testa ett verktyg för digital signering och utvärdera om dessa typer av avvikelser minskade.

Det rapporterades flera avvikelser avseende överdosering med narkotikaklassade läkemedelsplåster. En åtgärd som vidtogs var att ta bort möjligheten att delegera arbetsuppgiften till medarbetare SoL/LSS. Numera är det endast sjuksköterskor som får hantera plåsterbytena. Efter delegeringsbegränsningen har endast en avvikelse rapporterats, vilket innebär att genomförd förbättringsåtgärd gav bra effekt.

Medicinsk omvårdnad

En undersökning visade på ett högt antal återinläggningar av patienter från korttidsenheten till slutenvården, som dessutom genererade en hög arbetsbelastning för berörda sjuksköterskor. Som en del i förbättringsåtgärderna övertog mobilt vårdteam mellersta Skåne läkarmedverkan på korttidsenheten från primärvården.

Det fanns många avvikelser som gällde bristande informationsöverföring vid patienters utskrivning från slutenvården. Den bristande informationsöverföringen har pågått under flera år och de förbättringar som har genomförts i slutenvården har inte gett någon större effekt. En åtgärd som vidtogs var att skicka en skrivelse till Region Skånes chefsläkare och påtala om allvarliga brister i patientsäkerheten vid vårdens övergång. En lärdom var att det är viktigt att fortlöpande följa upp hur genomförda förbättringsåtgärder fungerar, och att fortsätta med det tills åtgärden gett avsedd effekt. I detta fall med bristande informationsöverföring kommer förvaltningen att fortsätta påtala och arbeta för att förbättra utskrivningsinformationen från slutenvården.

Övergripande mål och strategier för 2019

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

Under 2019 arbetade förvaltningen med flertalet övergripande mål, fokusområden och strategier för att höja vård- och omsorgskvaliteten och patientsäkerheten. Dessa beskrivs närmare i bland annat dokumenten *Verksamhetsplan 2019*, *Årsanalys 2019* och *Nationella kvalitetsregister 2018*.

Ett urval av mål, kopplingar till resultat från tidigare år samt genomförda åtgärder presenteras här:

Utveckla information och kommunikation med fokus på att stödja individens självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser

Som underlag till målet fanns SKR:s statistikuppgifter och information om fall och fallskador med beaktande av hälsofrämjande insatser, försämrad livskvalitet och stora kostnader för samhället. Minst 100 av kommunens seniorer skulle erbjudas fallpreventiv rådgivning i samarbete med förvaltningens träffpunkter. Exempel på åtgärder som vidtogs var rådgivning vid evenemanget *Balansera mera* och i samband med utökad grupp gymnastik på träffpunkterna.

Ökad kvalitet - äldreomsorg

Målet baserades på föregående års statistikuppgifter från Socialstyrelsens nationella brukarundersökning i äldreomsorgen. Undersökningen visade att många brukare var generellt nöjda med äldreomsorgen men att resultaten varierade en hel del, dels mellan de olika frågorna och dels mellan enheterna. En av indikatorerna var att alla enheter skulle ha ett resultat på över 60 procent i minst tolv frågor i brukarundersökningen. Resultatet på exempelvis frågan om brukarna vet var de ska vända sig med klagomål och synpunkter var ganska lågt och därför bjöd en del enheter inom särskilt boende in till anhörigmöten för att bland annat informera om hur klagomål och synpunkter kan framföras.

Ökad kvalitet - personer med funktionsnedsättning/LSS

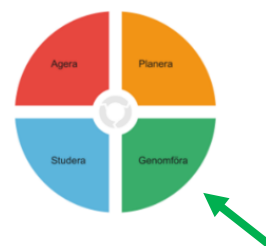
Målet baserades på förra årets resultat av de kvalitetsfrågor kring brukarnöjdhet som biståndshandläggare ställde i samband med individuppföljning. Den övergripande brukarnöjdheten var hög och utmaningen bestod av att förbättra det totala värdet för samtliga sju frågor med minst fem procent. En åtgärd som genomfördes för att höja utfallsvärdet på den specifika frågan om personal brukar bemöta brukare på ett bra sätt, var att genomföra bemötandeutbildningar.

Förbättra vården för patienter i livets slutskede

Som underlag till målet fanns utfallsvärdet för indikatorn *Utförd smärtskattning* i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret. Utfallsvärdet har varit lågt under flera år trots att flertalet åtgärder genomförts. Indikatorn för att mäta måluppfyllelse var att minst 50 procent av patienterna som registrerades i Svenska palliativregistret skulle ha smärtskattats med ett smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan. Exempel på åtgärder som vidtogs var att genomföra studiecirkelar och utbildningar i palliativ vård.

Genomföra förbättringsåtgärder

Flera strategiska åtgärder genomfördes under året med syfte att öka förvaltningens vård- och omsorgskvalitet och patientsäkerhet samt uppnå beslutade mål.



Nedan visas exempel på mål, arbetssätt och genomförda åtgärder:

Säker läkemedelshantering

Som en åtgärd för att uppfylla målet på en säker läkemedelshantering testades ett verktyg för digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser. Verktuget upphandlades och planeras att införas i samtliga hemvårdsområden och boenden LSS.

God medicinsk omvårdnad

Målet med att få 100 % korrekta läkemedelslistor från slutenvården när patienter skrivs ut är baserat på lagen om samverkan vid utskrivning och registrerade avvikelser. MAS:ar i flera kommuner i mellersta Skåne skickade en skrivelse till chefsläkare på Sus och psykiatrin i Malmö/Lund där problemet med bristfälliga läkemedelslistor påtalades. Parterna samverkade, en projektgrupp bildades och förbättringsåtgärder togs fram av Sus.

Utveckling inom området välfärdsteknologi för ökad tillgänglighet, självständighet och trygghet för brukaren och ökad effektivitet för verksamheten

Fem nya produkter som leder till ökad självständighet och trygghet hos brukarna skulle implementeras. Förvaltningen beslutade bland annat att under 2020 kunna erbjuda positioneringslarm till brukare med kognitiv funktionsnedsättning som har svårt att lokalisera sig på egen hand. Det togs fram rutiner, och förskrivare av positioneringslarm utbildades.

Utveckling av mobilt vårdteam för de mest sjuka med behov av kommunal hälso- och sjukvård

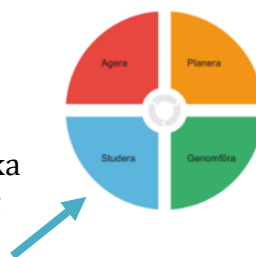
50 % av alla patienter som bedöms tillhöra målgruppen skulle erbjudas den nya vårdformen med mobilt vårdteam. En förvaltningsövergripande koordinator erbjöd enheterna stöd i arbetet och samarbetade med primärvården.

Stärka och utveckla demensvården

Efter en utredning om förutsättningar för god demensvård startade förvaltningen upp ett förvaltningsövergripande demensteam som bland annat arbetade med utbildning, rådgivning och handledning.

Studera och utvärdera

Genom egenkontroll utvärderas om verksamheterna och/eller enheterna når upp till ställda krav och mål. Tabellen nedan visar vilka kontroller som genomfördes under kvalitetsåret, i vilken omfattning de genomfördes och källan till resultatet.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Besiktning av lyftar har utförts enligt avtal	1 g/år	Hjälpmedelsverksamhetens databas
Förebyggande underhåll på vårdsängar och rullstolar har utförts enligt avtal	1 g/år	Hjälpmedelsverksamhetens databas
Behovsbedömning vid förskrivning av rullstol har skett i enlighet med beslutsstöd	1 g/år	Patientjournal
Förskrivningsprocessen följs vid förskrivning av rullstol	1 g/år	Patientjournal
Granskning av dokumentation gällande utredning och bedömning	2 ggr/år	Personakter enligt SoL/LSS
Granskning av dokumentation gällande beslut	2 ggr/år	Personakter enligt SoL/LSS
Granskning av dokumentation gällande uppdrag till utföraren	2 ggr/år	Personakter enligt SoL/LSS
Granskning av dokumentation gällande uppföljning av beviljade insatser	2 ggr/år	Personakter enligt SoL/LSS
Åtgärder planeras vid konstaterad risk - Senior alert	2 ggr/år	Senior alert
Planerade åtgärder utförs vid konstaterad risk - Senior alert	2 ggr/år	Senior alert
Balansträning och styrketräning utförs vid konstaterad risk för fall - Senior alert	2 ggr/år	Senior alert
Följa utfallsvärdet av indikatorn "Smärtskattats sista levnadsveckan"	2 ggr/år	Svenska palliativregistret
Dokumentation i patientjournalen	2 ggr/år	Patientjournal
Genomförda kontroller av journalloggar	2 ggr/år	Patientjournal

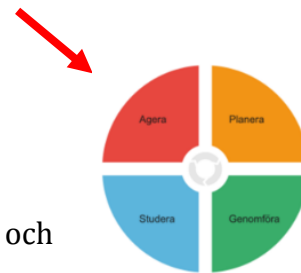
Resultat och analys

Utfallet för egenkontrollerna ingår som en del i förvaltningens interna kontroll och redovisas i dokumentet *Granskningsrapport intern kontroll 2019*. I tabellen nedan visas en kort sammanställning på förvaltningsnivå med exempel på genomförda åtgärder från olika verksamhetsområden.

Område för intern kontroll	Måluppfyllelse	Åtgärd
Medicintekniska produkter - säkra hjälpmedel	Nej	Det gjordes en beställning av förebyggande underhåll av medicintekniska produkter
Medicintekniska produkter - förskrivningsprocessen	Nej	Det togs fram åtgärder för att medarbetare ska använda beslutsstöd, men de redovisades inte specifikt i utvärderingen
Dokumentation av handläggning av ärenden SoL/LSS	Ja	Inga åtgärder planerades eftersom processen för handläggning och dokumentation fungerade bra
Nationella kvalitetsregister - Senior alert	Nej	Grupper för balansträning startades på träffpunkter och stöd i vårdpreventivt arbete kommer att erbjudas
Nationella kvalitetsregister - Svenska palliativregistret	Ja	Ett palliativt nätverk startades och en föreläsning anordnades
Dokumentation i patientjournalen	Ja	Åtgärder för att förbättra dokumentationen sattes in, men redovisades inte specifikt i utvärderingen
Genomförda kontroller av journalloggar	Ja	Trots problem med hantering av kontroll av journalloggar planerades eller vidtogs inga åtgärder

Agera och förbättra

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



Mål och strategier för kommande år

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

Nämndens utvecklingsmål

Genom att använda ny teknik och smarta arbetssätt skapas en tidsenlig och effektiv vård och omsorg som leder till ökad tillgänglighet och självständighet samt trygghet och kvalitet för brukarna.

- Möjligheter att i första hand tillgodose behov genom en digital insats ska utvecklas, med brukarens individuella behov i centrum
 - Antal beslut som verkställs genom digitala insatser ska öka
 - Två digitala utbildningar gällande välfärdsteknik ska produceras för medarbetare och chefer

Förebyggande insatser syftar till att behålla god hälsa och självständighet, motverka ensamhet och isolering samt fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser. Rehabilitering och funktionsbevarande insatser avser insatser som bidrar till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Rehabiliterande och funktionsbevarande arbetssätt ska leda till en minskad individuell hjälpmedelsförskrivning.

- Det förebyggande och rehabiliterande arbetet ska utvecklas för att öka individens självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser
 - Kostnaden för individuellt förskrivna hjälpmedel ska minska med 5 %
 - 1.000 personer över 55 år ska ha tagit del av den fallförebyggande film som utarbetats

Verksamhetsmål

Verksamhetens mål och indikatorer riktas mot en ökad kvalitet i verksamheten. De goda resultaten ska bibehållas, verksamheterna ska hålla en jämn nivå på kvalitet och nöjdhet och skillnaderna i kvalitet mellan enheterna ska jämnas ut. Förvaltningens utfall 2019 nådde inte upp till målen.

- Ökad kvalitet - äldreomsorg
 - Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i minst tolv frågor i den nationella brukarundersökningen
- Ökad kvalitet - personer med funktionsnedsättning/LSS
 - Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i samtliga frågor i den individuella kvalitetsuppföljningen

Verksamheten och de individuella insatserna ska vara av god kvalitet och utformas individuellt tillsammans med brukaren/patienten och vid behov dennes närstående/formella företrädare. Självbestämmande, inflytande, säkerhet och kontinuitet har stor betydelse för brukarens upplevelse av kvalitet i insatserna. Enheternas resultat under 2019 varierade en del och flera enheter nådde inte upp till målen.

- Brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse ska stå i centrum
 - Andel mål i beställningen som är uppfyllda (80%)
 - Vid beslut om insats ska målen vara tydliga och mätbara (80%)
 - Av genomförandeplanen ska det framgå hur målet ska uppnås (80%)

Egenkontrollmål

BPDS-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Registret rekommenderar att medarbetare följer upp vidtagna åtgärder efter en tid och då gör en ny registrering. Utan uppföljning riskerar personer med demenssjukdom att ha BPSD-problematik som skulle kunna ha minskats med rätt omvårdnadsåtgärder. Inom många enheter var antalet registreringar 2019 i stort sett samma som antalet registrerade personer, vilket indikerar att uppföljningar av åtgärder inte genomfördes.

- Förbättrad vårdkvalitet och patientsäkerhet - medarbetarna ska följa förvaltningens rutin *Att arbeta enligt BPSD-metoden*
 - Antalet registreringar ska vara fler än antalet registrerade personer (målet ska vara uppfyllt hösten 2021)

Kvalitetsregistret Senior alert används som ett verktyg för att stödja det vårdpreventiva arbetet avseende fallhändelser, trycksår, ofrivillig viktnedgång, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Patienter ska riskbedömas, åtgärder genomföras, följas upp och utvärderas. Om arbetssättet inte tillämpas riskerar patienters hälsa att försämrans. Förvaltningens resultat i Senior alert 2019 visade att just uppföljningsdelen hade ett lågt utfallsvärde.

- Förbättrad vårdkvalitet och patientsäkerhet - medarbetarna ska följa förvaltningens rutin *Vårdprevention enligt Senior alert*
 - Minst 75 procent av planerade åtgärder vid konstaterad risk ska följas upp inom planerad tid (målet ska vara uppfyllt hösten 2021)

Svenska palliativregistrets syfte är att förbättra kvaliteten på vården för personer som befinner sig i livets slutskede. Smärta är ett vanligt symptom i livets slutskede som obehandlad ger patienter sämre livskvalitet och ökar risken för medicinska komplikationer. Enligt förvaltningens rutin *Smärtskattning* ska smärtintensitet alltid bedömas med hjälp av smärtskattningsinstrument. Förvaltningens utfallsvärde 2019 för registrets kvalitetsindikator *Utförd smärtskattning* nådde inte upp till rutinens krav.

- Förbättrad vårdkvalitet och patientsäkerhet - medarbetarna ska följa förvaltningens rutin *Smärtskattning*
 - Kvalitetsindikatorn *Utförd smärtskattning* ska ha ett utfallsvärde på 100 procent (målet ska vara uppfyllt hösten 2021)

Utvecklingsmål tillsammans med Region Skåne

Utvecklingsmålen är ett gemensamt utvecklingsåtagande tillsammans med Region Skåne med syfte att höja kvaliteten för den enskilde patienten samtidigt som resursanvändningen ska förbättras. Genom att söka nya gemensamma vårdformer och samtidigt öka de förebyggande insatserna för riskgrupperna förväntas parterna ges bättre möjligheter att möta det ökade vårdbehovet som följer den demografiska utvecklingen.

- Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka
 - Patienter med behov av en särskilt organiserad teambaserad vårdform ska ha tillgång till denna
- Utveckling av insatser och samverkansformer för tidvis sviktande
 - Patienter som tillfälligt sviktar ska kunna erbjudas temporära insatser från den nya vårdformen som utvecklas för målgruppen med ett varaktigt vårdbehov
 - Gemensamma rutiner och arbetsformer ska säkerställa en säker, trygg och effektiv överföring av vårdansvaret vid utskrivning från slutenvård
- Utveckling av arbetssätt och proaktivt stöd till riskgrupper
 - Utveckla och implementera gemensamma strategier för att i tid kunna identifiera patienter med hög risk att utveckla ett omfattande och långvarigt vårdbehov
- Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning
 - Skapa en samordnad rehabilitering på basnivå och en samordnad hjälpmedelsförsörjning som bidrar till bästa möjliga livssituation för patienten med nedsatt funktion