

## Rapport – Patientsäkerhetsberättelser 2018

### Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) som beskriver hur arbetet med patientsäkerhetsarbetet genomförts i verksamheten under föregående år. I PSB ska också framgå vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, vilka resultat som har uppnåtts, övergripande mål och strategier för kommande år. Berättelsen ska vara klar senast 1 mars året efter rapportåret.

Patientsäkerhetsberättelsen ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

Patientsäkerhetsberättelsen är en del av det kvalitetsledningssystem som vårdgivaren är skyldig att inrätta enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen:

- Vårdgivare ska få bra kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete och förbättringsarbete
- Ge andra intressenter, såsom allmänhet, patienter, patientföreningar och andra vårdgivare tillgång till information om verksamhetens patientsäkerhetsarbete

Berättelsen ska beskriva det arbete som verksamheten gjort under året, när det gäller det strukturerade patientsäkerhetsarbetet, på individ- och enhetsnivå. Den ska beskriva hur det arbetats med och vilka mål som uppnåtts med:

- Avvikelser, klagomål och synpunkter
- Riskanalyser
- Kvalitetsregister
- Hygien
- Läkemedelsgenomgångar
- Patient och anhörigas involvering i patientsäkerhetsarbetet
- Egenkontroller
- Mål och strategier för kommande år

## Resultat

### Sammanställning från granskning av patientsäkerhetsberättelser för 2018

Berättelser har inkommit från Betelhemmet, Ansvar & Omsorg (AoO)

(Björkgården, S:t Anna och Riggargatan) samt Division Social Omsorg (DSO).

Granskningen har utgått från den mall som är framtagen av Sveriges

Kommuner och Landsting (SKL)

Innehåll patientsäkerhetsberättelse	Betelhemmet	S:t Anna och Björkgården	Riggargatan	DSO
Sammanfattning	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Inledning
<b>Strukturer</b>				
Övergripande mål och strategier	Delvis	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Bilaga
Samverkan för att förebygga vårdskador	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet
Patienters och närståendes delaktighet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Klagomål och synpunkter	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Egenkontroll	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet
<b>Process - Åtgärder</b>				
Riskanalys	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Nej
Utredning av händelser	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Informationssäkerhet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
<b>Resultat och Analys</b>				
Egenkontroll	Delvis	Nej	Nej	Delvis
Avvikelser	Delvis	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Klagomål och synpunkter	Delvis	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Händelser och vårdskador	Delvis	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Riskanalys	Delvis	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Övergripande mål och strategier för kommande år	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Nej delvis i löpande text

## Reflektion

Årets patientsäkerhetsberättelser har en bättre kvalitet, i sin helhet, än tidigare år men fortfarande har två verksamheter inte använt SKL's mall, Betel och DSO, vilket försvårar sammanställningen. Det är svårt att få en övergripande bild av patientsäkerheten när allt står i löpande text.

I patientsäkerhetsberättelserna beskrivs en god och säker vård på individnivå men samtidigt saknas det systematiska kvalitetsarbetet på enhetsnivå och det saknas även en helhetsbild som kan påverka patientsäkerheten.

Åtgärder som beskrivs på individnivå har inte kopplingar till föregående års resultat, är de bättre eller sämre, och det beskrivs inte om måluppfyllelse har uppnåtts. Svårigheter att hitta föregående års resultat, vilka mål som det har arbetats med under året och vilka mätbara mål som fanns och om måluppfyllelse har skett. Det saknas också förklaringar till hur olika sammanställda resultat på enhetsnivå t ex från kvalitetsregistren används i förbättringsarbetet i verksamheten av patientsäkerheten.

Strukturerade egenkontroller redovisas men frekvens och omfattning saknas så även samlade analyser av resultat och genomförda åtgärder/handlingsplaner. Det arbetas med olika former av egenkontroller men hur det bearbetas och strategier för förbättringsåtgärder redovisas inte.

Punkten riskanalys har flera verksamheter redovisat för, hur de fortlöpande arbetar med att identifiera händelser som kan eller skulle kunna medföra brister i verksamheten. Däremot det som saknas är vilka riskanalyser som genomförts och vilka anpassningar som har gjorts i verksamheten för att minimera riskerna och vad för lärdomar detta har gett till enheten.

Analyser av totala årsresultaten finns inte alls i två av berättelserna, Betel och DSO, det beskrivs i sammanfattningen men analyseras inte, även de andra kan utveckla analyserna med slutsatser som återspeglar sig i nya målsättningar.

Koppling mellan kommande utmaningar, mål och hur de ska uppnås är inte beskrivet. I alla patientsäkerhetsberättelser saknas beskrivning av hur verksamheterna ska genomföra verksamhetsförbättringar ur ett patientsäkerhetsperspektiv och hur uppföljning ska ske.

Förvånande är att ingen har redovisat hur de har tagit lärdom av riskanalyser, avvikelser, klagomål och synpunkter i sina verksamheter.

Samverkan med patient och anhörig borde vara mer utvecklat, förutom det som redovisas med anhörigträffar, informationen vid inflytt och möjligheten till synpunkter. Patienten och anhöriga, där det är lämpligt, borde även vara delaktiga vid riskanalyser, avvikelser och vid större förändringar.

Saknas även redovisning av samverkan med andra verksamheter i patient nära arbete, Samordnad Individuell Plan, för att säkra upp runt individen, detta redovisas inte alls.

Implementering av riktlinjer och rutiner beskrivs inte av två verksamheter och hur säkerställande av att personalen känner till dessa framgår inte alls.

Även om det är så många gröna rutor i sammanställningen, är det ingen som når upp till SKL's begärda nivå i sina berättelsers innehåll. Verksamheterna redovisar det påtagliga men beskriver inte ingående innehållet i hur de ska arbeta framåt med preventiva och förbättrande förändringsarbete.

Glädjande att fler har implementerat det preventiva arbetet med riskanalyser på ett strukturerat sätt, dock inte DSO. Det som saknas hos alla är hur detta ska dokumenteras systematiskt.

AoO redovisar för en bra struktur med kontinuerliga riskanalyser, kvalitetsråd på månadsbas, information till nyinflyttade och deras anhöriga som bidrar till god och säker vård.

Mål finns i alla redovisningar men det saknas hur detta ska göras och hur måluppfyllelse ska nås, hur uppföljningar ska ske och hur detta ska gagna verksamheten att bli patientsäker.

DSO är den verksamhet som påvisar minst strategier för det strukturella arbetet i sin patientsäkerhetsrapport. I deras målbeskrivning för förbättringsarbete finns inga "hur", endast bör fortsätta att bli bättre. Det saknas riktning och planer för ett strukturellt förbättringsarbete som är förankrat och implementerat på enhetsnivå/chefer. Dessutom har inte DSO något beskrivet system för avvikelshantering eller förbättringsarbete av informationssäkerhet, journaldokumentationen eller uppföljning av delegeringar till omvårdnadspersonal.

DSO som verksamhet är stor, MAS anser att patientsäkerhetsberättelsen borde delas upp i de olika verksamhetsområdena, Funktionsnedsatta, Särskilda boenden, Hemsjukvård/hemtjänst, för att få en inblick i hur det arbetas i de olika delarna med patientsäkerheten. Dessa olika delar i verksamheten är inte likställda utifrån olika klientel av patienter och kräver olika insatser för förbättringsåtgärder.

Fortfarande, det som saknas generellt hos alla;

- Strukturmått; förutsättningar, t ex antal sjuksköterskor, antal hälso-och sjukvårdsuppdrag, antal patienter mm.
- Processmått; vad som faktiskt görs, konkretiserat
- Resursmått; resultat och effekter t ex uppföljningar av handlings/åtgärdsplaner och vad de ledde till

Mest störande som MAS, är att flera av verksamheterna inte tar patientsäkerhetsberättelsen på allvar och inser inte att detta kan vara en möjlighet till stöd och underlättande i verksamhetens dagliga samt årliga arbete, om patientsäkerhetsberättelsen görs på rätt sätt och verksamheten hittar en struktur i sin dokumentation av utförda åtgärder och uppföljningar.

Det andra är, att det mesta av innehållet i rapporterna var kopierat från året innan!

### **Bedömning**

MAS bedömning är att verksamheterna är patientsäker med reservation för att den bedöms skör.

Patientsäkerheten behöver förstärkas genom en aktiv och levande patientsäkerhetskultur i verksamheterna som styrs och sammanfattas i ett tydligt strukturerat dagligt och årligt arbete.

Till nästa års patientsäkerhetsberättelse ska

- SKL's mall användas i enlighet med nämndbeslut från 2017
- tabeller, för överskådlighet
- SMARTA mål

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

*Tarja Viitanen o Ann Gustafsson Nordblom*