

Rapport - Patientsäkerhetsberättelser 2024

Uppdrag

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) senast 1 mars året efter rapportåret (3 kap, 10 § PSL). PSB 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 är att tydligt beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som har uppnåtts. Patientsäkerhetsberättelsen ska även beskriva hur verksamheterna arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Där ska även finnas en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit och hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats. Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Sveriges kommuner och regioner (SKR), har en mall som stöd för PSB. Den är framtagen för att PSB ska stämma överens med den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Mallen är ett stöd i arbetet med patientsäkerhet och kan användas av alla vårdgivare oavsett storlek.

Den Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet lyfter fram fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden för god och säker vård:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
 - En god säkerhetskultur
 - Adekvat kunskap och kompetens
 - Patienten som medskapare
-
- Ökad kunskap om inträffade vårdskador
 - Tillförlitliga och säkra system och processer
 - Säker vård här och nu
 - Stärkt analys, lärande och utveckling
 - Ökad riskmedvetenhet och beredskap



Genomfört

Nedan presenteras en sammanställning av verksamheternas patientsäkerhetsberättelser för 2024.

Forenede Care

Björkgården, St Anna och Riggargatan har alla använt mall från SKR vid upprättandet av patientsäkerhetsberättelse. Rapporteringen följer den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet gällande grundläggande förutsättningar och fokusområden.

Alla PSB beskriver samma grundorganisation och alla tre verksamheter har övergripande mål och strategier i lättöverskådligt tabellformat. Verksamheterna har olika övergripande mål men många av de verksamhetsspecifika målen är desamma. Det redogörs för mål och måluppfyllelse under 2024 samt i vilka forum åtgärderna arbetats med, dock saknas det resultat för en del av måluppfyllelsen. Texten står att man ska arbeta med kvalitetsregister och att det finns en målbild som man inte når, men hur långt man har nått eller några andra siffror som beskriver resultatet finns inte. Det står inte heller beskrivet vem som ansvarat för åtgärderna.

Alla tre PSB beskriver tydligt olika samverkanspartners för att förebygga vårdskador, dock redovisas inte samarbetet med VON och MAS/MAR i Nyköpings kommun.

Alla PSB beskriver väl arbetet med egenkontroller, avvikelser och riskanalyser samt att det finns årshjul i verksamheterna. Det är tydliga tabeller som beskriver mål, resultat och analys. Statistik över avvikelser har förbättrats och beskrivs fint med en efterföljande analys inom alla tre verksamheterna dock saknas det fortfarande statistik med analys från kvalitetsregistren från alla utom Riggargatan. Svenska Hält saknas helt. Siffror för antal avvikelser stämmer dock inte med de antal avvikelser som går att plocka ut från Procapita. Återigen belyses att utredning och bedömning om vårdskada sker med Forenede Cares MAS/MAR. Detta arbetssätt är inte förenligt med det uppdrag som MAS/MAR har från VON i Nyköpings kommun, dvs att säkerställa kraven om god och säker vård för patienten. Det är således oklart hur många allvarliga avvikelser som egentligen funnits inom Forenede Care under 2024. Det hänvisas även till Forenede Cares interna rutiner, riktlinjer och ledningssystem men det saknas hänvisning till Nyköpings kommuns riktlinjer som verksamheterna också är skyldiga att följa.

Inför 2025 har alla tre verksamheterna beskrivit nya övergripande mål, dock på lite olika sätt. Genomgående är att det finns en beskrivning av vilka specifika åtgärder man tänker vidta samt i vilket forum man ska prata om åtgärderna. Det saknas dock beskrivning om hur målen ska följas upp och om det finns några målvärden för jämförelser till nästkommande år. Det beskrivs i en PSB (Riggargatan) att man under 2025 ska bli bättre inom palliativ vård, men i PSB

står inget om hur man arbetar idag och vilka resultat man har idag. I en PSB (Björkgården) står det också beskrivet om digitalt signeringssystem men de andra verksamheterna nämner det inte alls.

Betelhemmet

Betelhemmet har fortsatt använt sig av mallen från SKR. Rapporteringen följer den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet gällande grundläggande förutsättningar och fokusområden.

Betelhemmets PSB ger en övergripande sammanställning där verksamheten beskrivs inom alla områden. Det finns en beskrivning av övergripande mål och strategier samt hur man arbetat med dem under 2024. Det förekommer även detta år en hel del beskrivningar gällande verksamheten som inte har en tydlig koppling till patientsäkerhet t ex trädgårdsdag och jul/sommarfest, vilket inte är relevant att ta med i en patientsäkerhetsberättelse. Under avsnitten organisation och samverkan saknas redovisning gällande samarbetet med VON och MAS/MAR i Nyköpings kommun.

Man beskriver arbetet med kvalitetsregistren Senior alert och Palliativregistret och att 100 % har registrerats. Gällande Palliativregistret saknas dock info om man nått upp till de nationella målvärden. Betelhemmet har ej deltagit i svenska HALT- mätningen. Man uppger att registrering påbörjades men att den inte fullföljdes. Man anger ej anledning till detta och vad man avser att vidta för åtgärder för att det ej ska upprepas.

Betelhemmet beskriver hur de arbetar med egenkontroller där även resultatet beskrivs. Det finns otydlighet gällande vad som anges under målbeskrivning, resultat och analys/lärande vilket gör det svårt för MAS/MAR att bedöma arbetet.

Betelhemmet beskriver sitt arbete med avvikelser. Man uppger att sjuksköterska och verksamhetschef ansvarar för att anmäla händelser gällande Lex Maria till MAS i Nyköpings kommun, vilket inte är korrekt. I PSB nämns en mindre vårdskada som utretts på enheten, detta har inte kommit till MAS/MAR:s kännedom.

Inför 2025 presenteras 4 övergripande mål med sammanlagt 22 underliggande delmål. Vissa av målen som presenteras saknar dock tydlig koppling till patientsäkerhet varpå de ej bör tas upp i PSB. Det saknas i vissa fall tydlighet kring hur målen ska följas upp.

Division Social Omsorg (DSO)

DSO har fortsatt använt sig av mallen från SKR. Rapporteringen följer den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet gällande grundläggande förutsättningar och fokusområden.

PSB ger en bra övergripande sammanställning över samtliga delar. Verksamheten beskrivs inom alla områden med förklarande detaljer, tabeller och exempel. Det är enkelt att förstå processer och det kommunövergripande arbete med informationssäkerhet. Struktur kring samverkan, internt och

externt, beskrivs tydligt och bra. I beskrivning av verksamheten saknas ett boende helt i PSB, det gäller Hållet.

PSB beskriver att det finns områden inom patientsäkerhet där man genomfört åtgärder men ännu inte sett resultat, som exempel Basal hygien. FSO har ej utfört självskattning enligt rutin vilket måste ses som en stor risk för vårdrelaterade infektioner. FSO beskrivs som den verksamhet med få mätningar och låga resultat till följsamhet till basal hygien och det saknas analys kring orsaken till detta samt en tydlig redovisning hur det förbättrande arbetet skall säkerställa att verksamhet ska följa rutinen.

Vårdhygien har under 2024 utfört sex hygienronder på kommunala SÄBO äldre. Dessa resultat och åtgärder redovisas inte i PSB, vilket kan konstateras som en brist.

PSB beskriver att för att kunna möta upp de ökade behoven kommer sjuksköterskebemanningen på jourtid utökas både inom hemsjukvård och säbo, det saknas dock en redovisning som tydligt beskriver vilka behov som ökat. Redogörelse saknas om även behov av rehabiliterande insatser kommer att öka eller är det just under jourtid som behoven ökar. Då behov av ökad bemanning ses saknas en analys av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs och säkerställs på jourtid. Detta kopplat till att verksamhet behöver mer resurser på jourtid.

PSB beskriver att resursteam demens ansvarar för att planera och genomföra minst tre möten per år för att handleda och utveckla arbetet i verksamheterna. Det saknas beskrivning vad dessa möten skall innefatta, för vilken målgrupp samt om de är utförda och vad de genererat för effekter.

I samverkansavtal med region Sörmland kring läkarmedverkan med giltighetsdatum from 1/1-2024 är det beslutat att kommuner och region skall registrera patienter i kvalitetsregistrets swedem. Läkarmedverkan godkänns av divisionschef eller likvärdig person i respektive kommun. I Nyköpings kommun fattar även VON beslut över de kvalitetsregister som verksamheten skall använda. Beslutet att delta enligt överenskommelsen är även taget av VON under nov 2024. Enligt VON's mål om 70 procent registrerat med bedömning i BPSD två gånger per år. Det framgår inte av PSB om nivåerna av registrering ligger i linje med målvärdet.

MAS/MAR saknar helt analys kring detta och hur verksamheten avser att arbeta med demensvården utifrån mål med registrering i BPSD samt Swedem på ett kvalitetssäkert sätt 2025.

För 2025 presenteras 9 mål, vilket är en skillnad från föregående år då man hade 5 mål. Målen är väl beskrivna utifrån område, omfattning, åtgärder, uppföljning åtgärd samt ansvarig för åtgärden. Målen har en tydligt kopplade till patientsäkerhet.

Bedömning

Genomgående följer alla verksamheters PSB samma mall. Detta underlättar en strukturerad granskning dock är innehållet i de olika PSB så skiftande att det är svårt att få en röd tråd övergripande.

Bedömning från MAS/MAR är att PSB för 2024 ska godkännas i sin helhet dock kommer kompletteringar enligt nedan att behöva upprättas.

Bedömning Forenede Care

Forenede Care behöver komplettera sina PSB med uppgifter om allvarigare avvikelser och riskanalyser då detta inte kommit till MAS/MAR i Nyköpings kommun.

Två verksamheter behöver förtydliga kring mål för 2025. Riggargatan har beskrivit sina mål i löpande text och det är svårt att veta vilka åtgärder som hör till vilka områden. Björkgården har tydliga mål och förslag till åtgärder dock är det luddigt kring vad som faktiskt ska göras, hur målen ska nås och vem som följer upp.

Bedömning Betelhemmet

Uppgift om vårdskada som beskrivs i PSB behöver delges MAS/MAR Nyköpings kommun. Strukturen för avvikelsehantering behöver förtydligas för att säkerställa att allvarliga vårdskador eller där risk för allvarlig vårdskada funnits delges MAS/MAR Nyköpings kommun för bedömning om anmälan enligt Lex Maria ska göras eller ej.

Tabellen för egenkontroller behöver förtydligas gällande mål och resultatbeskrivningarna

Bedömning DSO

Analys kring FSOs brister i det vårdhygieniska arbetet.

Tydliggöra ökad bemanning kopplat till ett ökat vårdbehov för att öka patientsäkerheten under jourtid.

Redovisning kring hur verksamheten avser att arbeta för att följa beslutade kvalitetsregister. Tydligare redovisning kring data från BPSD för 2024. Redovisning kring hur Nyköping avser arbeta utifrån beslut fattade i samband med den nationella demensstrategin "Nationell demensstrategi 2025-2028" S2025/0012.

Förslag till Att-satser

Att alla verksamheter får ett enskilt möte med MAS/MAR där specifik återkoppling ges om varje enskild PSB

Att inkomma med kompletteringar (Till MAS/MAR eller VON) utifrån
bedömning av PSB