

Rapport – Patientsäkerhetsberättelser 2019

Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) senast 1 mars året efter rapportåret (PSL 2010:659). I PSB ska vårdgivaren beskriva hur arbetet med patientsäkerhet genomförts i verksamheten under föregående år, hur planering, ledning och kontroll säkerställts för att uppnå god vård. Det organisatoriska ansvaret och hur det fördelas ska beskrivas. I PSB ska det även framgå vilka åtgärder som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten, vilka resultat som har uppnåtts med jämförelse till tidigare år, övergripande mätbara mål och strategier kopplade till målen för kommande år (HSL 2017:30). Patientsäkerhetsarbetet ska beskrivas så detaljerat och transparent att det går att utvärdera hur verksamheterna utför sitt arbete. PSB ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av den (PSL 2010:659).

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
- Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten, intern och externt, som säkerställer kvaliteten och förebygger vårdskador
- Fortlöpande bedriva egenkontroller och riskanalyser med systematik
- Ge andra intressenter, såsom allmänhet, patienter, patientföreningar och andra vårdgivare tillgång till information om verksamhetens patientsäkerhetsarbete, ha transparens

PSB ska beskriva det arbete som verksamheten gjort under året, när det gäller det strukturerade patientsäkerhetsarbetet, på individ- och enhetsnivå. Det som ska beskrivas är;

- Övergripande mål och strategier
- Organisatoriska ansvaret
- Samverkan för att förebygga vårdskador
- Patient och anhörigas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet
- Hälso-och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
- Informationssäkerhet
- Egenkontroller
- Avvikelser
- Klagomål och synpunkter
- Händelser och vårdskador
- Riskanalyser
- Mål och strategier för kommande år

Sammanställning av granskningen på patientsäkerhetsberättelser för 2019

Berättelser har inkommit från Betelhemmet, Ansvar & Omsorg, Björkgården, S:t Anna och Riggargatan samt Division Social Omsorg (DSO).

Granskningen har utgått från den mall som är framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I år har granskningen varit mer ordagrann enligt lagarna, vad en patientsäkerhetsberättelse ska innehålla. Så att det ska uppnås en transparens som beskriver vad verksamheterna gör mer ingående för att andra ska kunna bilda sig en reell uppfattning om mål och pågående arbete i patientsäkerhet.

Väl beskrivet = **Grön** = uppfyller lagparagrafernas krav

Beskrivet = **Blå** = uppfyller kraven men ska utvecklas

Delvis = **Orange** = saknas delar som ska beskrivas

Inte beskrivet = **Röd** = uppfyller inte kraven

Innehåll patientsäkerhetsberättelse	Betelhemmet	Björkgården	Riggargatan	S:t Anna	DSO
Sammanfattning	Delvis	Väl beskrivet	Delvis	Beskrivet	Inte beskrivet
Strukturer					
Övergripande mål och strategier	Delvis	Väl beskrivet	Delvis	Delvis	Delvis
Organisation och ansvar	Delvis	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet
Samverkan för att förebygga vårdskador	Delvis	Beskrivet	Delvis	Delvis	Delvis
Patienters och närståendes delaktighet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis	Beskrivet	Delvis
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	Delvis	Beskrivs	Delvis	Beskrivet	Delvis
Klagomål och synpunkter	Delvis	Beskrivs	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Egenkontroll	Beskrivs	Väl beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Process - Åtgärder	Delvis	Väl beskrivet	Delvis	Beskrivet	Inte beskrivet
Riskanalys	Delvis	Beskrivet	Delvis	Delvis	Inte beskrivet
Utredning av händelser - vårdskador	Beskrivet	Beskrivet	Delvis	Inte beskrivet	Delvis
Informationssäkerhet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Resultat och analys					
Egenkontroll	Delvis	Väl beskrivet	Inte Beskrivet	Inte beskrivet	Inte beskrivet
Avvikelser	Delvis	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Klagomål och synpunkter	Beskrivet	Delvis	Inte beskrivet	Beskrivet	Delvis
Händelser och vårdskador	Inte beskrivet	Beskrivet	Inte beskrivet	Inte beskrivet	Inte beskrivet
Riskanalys	Inte beskrivet	Väl beskrivet	Inte beskrivet	Delvis	Inte beskrivet
Mål och strategier för kommande år	Delvis	Väl beskrivet	Delvis	Beskrivs	Delvis

Till tabellen finns konkreta kommentarer om förbättringsförslag till varje enskild verksamhet, se bilagor.

Kommentar till sammanställningen

MAS gör denna sammanställning till Vård-och omsorgsnämnden som vårdgivare, för att ge en helhetsbild av patientsäkerhetsarbetet i de olika verksamheterna.

2019 års PSB ger en oroande bild av de omfattande brister som påvisas i verksamheternas beskrivningar. Detta är tredje året som samman brister förekommer, trots klara direktiv i lagarna och SKR´s mall om vad en PSB ska innehålla samt förtydliganden från MAS. Dessutom saknas påvisad medvetenhet berörande förändrade direktiv och riktlinjer, dessa framstår som fortledes icke implementerade till tillfredställande nivå.

Patientsäkerhetsberättelserna uppnår inte kvalitén på den detaljnivå som egentligen lagarna kräver, förutom Björkgården och delvis St.Anna.

Att skriva en sammanfattning i av PSB bör ge en samlad bild, översikt av innehållet i rapporten. Alla borde skriva en inledning där ansvarsområdena i verksamheten beskrivs mer ingående, hur många enheter med vilken inriktning som innefattas, hur många boende, alla strukturmått, så att läsare får en förståelse för vad för förutsättningar det finns i verksamheten.

DSO har valt att inte använda SKR´s mall, trots beslut i nämnden, vilket försvårar sammanställningen och gör det svårt att få en övergripande bild av patientsäkerheten och patientsäkerhetsarbetet.

DSO beskriver fortfarande inte en uppdelning i olika verksamhetsdelar; Särskilda boende, Funktionsnedsatta, Hemsjukvård och hemtjänst. Det kan omöjligt vara samma sätt att arbeta över alla verksamhetsområden med patientsäkerhet, då arbetssätt och klientel är så skiftande!! Dessutom finns ingen beskrivning av att DSO bedriver vård-och omsorg alla dygnets timmar.

Det beskrivs att det görs en hel del aktiviteter i verksamheterna men de förankras inte i hur detta genomförs, ingen koppling till tidigare resultat eller redovisade målvärden. Det saknas generellt fortfarande struktur-process-och resursmått. Det systematiska arbetet över året saknas, inga analyser eller motiveringar till varför just vissa åtgärder görs, beskrivs. I flera PSB omnämns inte delegerad omvårdnadspersonal överhuvudtaget, vilket är konfunderande, då de har en viktig funktion i patientsäkerhetsarbetet. Det går inte att få en övergripande översikt av utmaningar och problem inom patientsäkerheten. Egenkontroller som ska genomföras borde preciseras i ett årshjul, för att få systematisk översikt. Att verksamheterna inte har bättre kontroll på patientsäkerhetsarbetet än vad som beskrivs i PSB, är förvånande.

Det beskrivs i DSO´s PSB att det utförs arbete på en ytlig generell nivå men i stort utan mätbara mål. Det har heller inte definierats några processer eller gjorts några riskanalyser för att förhindra att patienter utsätts för en vårdskada. Uppföljningar redovisas inte, vilket borde vara en självklarhet vid insatta åtgärder och kontroller. Hur ska någon utanför eller inom verksamheten få ett

grepp om vad som händer och varför, när systematiken saknas. Hur genomförs uppföljningen på vad som utförs på enheterna, hur säkerställs det att arbetet sker enligt lagar och riktlinjer?

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

Egenkontroller och de verktyg som används behöver beskrivas och analyseras mer och då ska de även ingå i resultatbeskrivningen, detta görs inte generellt. Avvikelse och läkemedel redovisas men resten av egenkontrollerna försvinner. Det hänvisas till MAS rapporter och då blir det oförståeligt varför dessa resultat inte redovisas. I verksamhetsberättelserna finns siffror och resultat som är användbara i PSB. Även rapporter från verksamheternas arbetsmiljöarbete kan fungera som underlag i analysarbetet, finns det risker för personal påverkas även patienter etc.

I PSB ska tydliga mål detaljeras och motiveras, istället för diffust uttryckta åtgärder såsom "ska bli bättre" och "förbättras", det bör vara mätbara mätvärden för att resultat ska kunna jämföras. I resultat redovisas "en ökning", "positiv" utveckling men jämfört med vad? Så var är detaljnivån och vilka resultat vill verksamheten uppnå. Det redovisas siffror men det är svårt att veta vad är grunden, vilka ingår i dessa siffror, t ex DSO presenterar 333 registrerade i Senior Alert, av hur många? Hur hjälper detta patientsäkerheten, beskrivning och motivering saknas. Arbetsgrupper nämns på flera håll, vad fyller de för funktion och vad är deras resultat, beskrivs inte. Så, processmått, resursmått och jämförelser med föregående år saknas generellt. Det redovisas inte heller antal skyddsåtgärder med kartläggning som bör finnas med i PSB, t ex antal fallpreventiva åtgärder m.m Beskrivning av det preventiva arbetet rörande psykisk hälsa/ohälsa samt suicidrisk bör också ingå.

Fortfarande saknas även 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. 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 inflyttning och möjligheten till synpunkter. Patienten och anhöriga, där det är lämpligt, borde även vara mer delaktiga vid riskanalyser, avvikelser och vid större förändringar.

Ju tydligare det går att identifiera riskfaktorer i en verksamhet desto mer resurs- och kostnadseffektivt kan verksamheten arbeta utifrån sitt uppdrag. Motiveringar till insatser och åtgärder finns inte och hur detta har förbättrat verksamhetens sätt att arbeta. Om insatserna är kostnadseffektiva och hur de gynnar de patientsäkerheten framgår inte.

Hur patientsäkerhetskulturen är i verksamheterna och hur det arbetas med att stärka patientsäkerheten beskrivs inte, eller hur medarbetarnas omsorg och kompetens säkerställs och av vem, framgår inte heller. Framför allt, sjuksköterskorna arbetssätt, borde säkerställas och kontrolleras, så att de arbetar enligt lag, evidens, har fungerande rutiner och förutsättningar till handledning. Detta borde finnas beskrivet i PSB.

Patientsäkerhetskultur handlar om att varje medarbetare ser sin egen roll i vad som händer och att det är allas ansvar att påverka.

Bedömning

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljnivå så att det går att utläsa hur patientsäkerhetsarbetet med systematik och fortlöpande utvecklas, att beskriva verksamheternas olika delar och hur de bedrivs kvalitetssäkert med god vård, detta efterlevs inte! Undantaget Björkgården som uppfyller kraven i PSB fullt ut och delvis St Anna.

Bedömningen av patientsäkerheten är att det bedrivs en patientsäker verksamhet på Björkgården och St Anna, viss tveksamhet i patientsäkerhet gällande Riggargatan och Betelhemmet och stor sannolikhet att det inte är helt patientsäkert i DSO.

Varje enskild enhetschef ska göra en PSB för sin enhet som lämnas till respektive verksamhetschef för sammanställning, för att uppnå en övergripande kontroll över verksamheterna. Detta är en patientsäkerhetsrisk när det inte kommuniceras eller finns processer och rutiner för detta.

Det systematiska arbetet i DSO är fortfarande inte implementerad och detta syns tydligt i verksamhetens PSB. Det är oroande att patientsäkerhet inte tycks värderas högre – att kompetensen att förhålla sig systematiskt lyser med sin frånvaro.

Angelägna förbättringar med hög prioritet till 2020 års PSB är;

- Att även DSO använder SKR's mall för PSB
- Att fördelning av de olika verksamhetsdelar inom DSO redovisas
- Att PSB innehåller överskådliga tabeller, analyser, jämförelser och motiveringar
- Att PSB innehåller återkoppling på detaljnivå
- Att det finns processbeskrivningar

- Att samtliga verksamheter använder PDSA och SMARTA mål i sitt verksamhetsarbete med tydlig redovisning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Tarja Viitanen