

# Systematiskt patientsäkerhetsarbete

inom kommunal hälso- och sjukvård

**PROGRAM**

Uttrycker värdegrund och önskvärd utveckling av verksamheten.

**POLICY**

Uttrycker ett värdegrundsbaserat förhållningssätt och principer för vägledning.

**STRATEGI**

Konkretiserar ett program eller en policy och utgör en grund för Prioritering.

**HANDLINGSPLAN**

Beskriver konkreta mål och åtgärder.

**RIKTLINJER**

Säkerställer ett riktigt agerande och en god kvalitet vid handläggning och utförande.

Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga

## Innehåll

|   |   |
|---|---|
| Patientsäkerhetsberättelse .....                      | 4 |
| Syfte .....   | 4 |
| Systematiskt förbättringsarbete.....                  | 5 |
| Riskanalys.....                                       | 6 |
| Egenkontroll .....                                    | 6 |
| Utredning av avvikelser .....                         | 6 |
| Rapport om verksamhetens patientsäkerhetsarbete ..... | 7 |
| Lästips .....   | 8 |

## Patientsäkerhet

För att säkerställa god kvalitet i verksamheten utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner krävs ett ledningssystem, som är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

För ett systematiskt patientsäkerhetsarbete ska verksamheten genomföra:

- Riskanalyser
- Egenkontroller
- Utredning och analys av avvikelser, klagomål, synpunkter

Resultaten av dessa ska generera i aktiviteter och åtgärder för att förbättra verksamheten och bidra till en bättre patientsäkerhet.

Vad som ska ingå i ett ledningssystem beskrivs mer ingående i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

Vårdgivares skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, tex ansvaret för att utreda vårdskador samt eventuella risker för vårdskador, beskrivs i patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40). I patientsäkerhetslagen framgår det även att vårdgivaren ska ha rutiner för det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetens arbete med att kontrollera och utveckla kvalitén ska dokumenteras. När till exempel en egenkontroll genomförts ska det finnas nedskrivet vilken egenkontroll som genomförts, vad egenkontrollen visade för brister, vilka orsaker man identifierade, vilka åtgärder som planerats in och vilka effekter åtgärder har haft.

Förutom denna fortlöpande dokumentation som sker på verksamhetsnivå har vårdgivaren ett ansvar att varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse, utifrån patientsäkerhetslagen, som summerar årets patientsäkerhetsarbete.

### **I patientsäkerhetsberättelse ska det framgå:**

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som har uppnåtts.

För vårdgivaren Örebro kommun är det medicinskt ansvariga som sammanställer berättelsen. Varje verksamhet ansvarar för att lämna in information om sitt patientsäkerhetsarbete till medicinskt ansvariga. Vårdgivaren Örebro kommuns patientsäkerhetsberättelse omfattar alla verksamheter i egen regi samt externa utförare som har avtal med kommunen enligt LOV (lagen om valfrihet).

## Syfte

Riktlinjen ska säkerställa att verksamheter som bedriver eller utför hälso- och sjukvård i Örebro kommun, arbetar enhetligt med systematiskt patientsäkerhetsarbete genom riskanalyser, egenkontroller och avvikelser.

## Systematiskt förbättringsarbete

En viktig framgångsfaktor i det systematiska förbättringsarbetet är att det blir en del av det dagliga arbetet. Ett systematiskt förbättringsarbete inom patientsäkerhet omfattar:

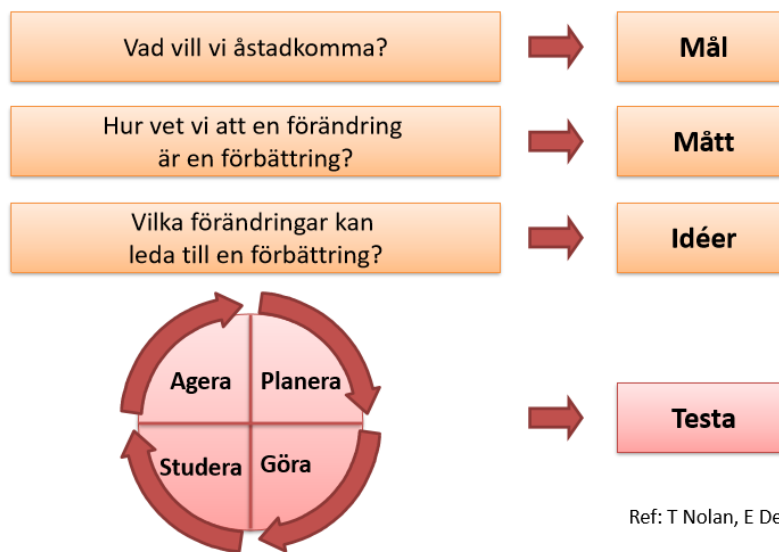
- Riskanalys
- Egenkontroll
- Utredning av händelser, klagomål och synpunkter

Resultaten av dessa ska sammanställas och analyseras av ansvarig chef. Analysen ska ge en samlad bild av verksamhetens brister och det blir ett underlag för att planera lämpliga förbättringsåtgärder. För att veta att åtgärderna gett önskat resultat eller om andra åtgärder ska genomföras är det viktigt att följa upp och utvärdera.

### Metod för kvalitetsarbete/ förbättringsarbete

Utifrån eventuella brister identifierade i riskanalyser, egenkontroller, utredningar av avvikelser, klagomål och synpunkter behöver man ha en metod för det systematiska förbättringsarbetet. Nedan ser du en beskrivning av en metod som kan liknas vid en förbättringssnurra. De olika stegen behöver även dokumenteras.

## Förbättringsmodell - PGSA



- **P** Planera - ett problem har identifierats, tex genom en egenkontroll, orsak analyseras och åtgärder planeras.
- **G** Genomföra – Man genomför de planerade åtgärderna
- **S** Utvärdera/ Studera – Man utvärderar om åtgärderna gett önskad effekt.
- **A** Förbättra/ agera – De åtgärder som gett önskad effekt implementeras i hela verksamheten/permanentas.

Om problemet inte är helt åtgärdat går man ett varv till i förbättringssnurran.

## Risikanalyser

Risikanalys innebär att verksamheten arbetar förebyggande. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Det är viktigt att fundera över vilka olika perspektiv som ska omfattas i risikanalysen. För en risikanalys som görs inför en planerad förändring av organisationen behöver både patientsäkerhetsperspektivet och personalperspektivet tas med.

I risikanalysen ska verksamhet identifiera alla tänkbara risker som skulle kunna inträffa och medföra brister i verksamhetens kvalitet.

För varje sådan risk ska verksamheten uppskatta:

1. sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. hur stor den negativa konsekvenser skulle kunna bli

### Mallar och stöddokument

Mallar och stöddokument finns på [orebro.se](http://orebro.se) Hälso- och sjukvård – vårdgivare, längst ned på sidan under rubriken Patientsäkerhet/Systematiskt patientsäkerhetsarbete. Som ett stöd i arbetet ska *Risikanalys-metodhandbok för Örebro kommun* användas.

## Egenkontroll

### Egenkontroll inom egna enheter/avdelningar

Alla verksamheter ansvarar för att egenkontroller genomförs. Egenkontroller är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de riktlinjer (processer) och rutiner som har fastställts. Med utgångspunkt från resultatet och identifierade brister ska åtgärder vidtas för att förbättra verksamheten i den omfattning som behövs.

### Exempel på egenkontroller

- Uppföljning av avvikelser och klagomål/synpunkter
- Journalgranskning av dokumentation
- Kontroll av läkemedelshantering
- Kontroll av följsamhet av basal hygien
- Jämförelser av resultat, t.ex. från kvalitetsregister, med riket, länet eller inom kommunen

### Mallar och stöddokument

Information om vilka egenkontroller, hur ofta de ska genomföras, mallar och stöddokument för egenkontroller, finns på [orebro.se](http://orebro.se) Hälso- och sjukvård – vårdgivare, längst ner på sidan under rubriken Systematiskt patientsäkerhetsarbete och Egenkontroller.

## Utredning av avvikelser

Vårdgivare ska rapportera och utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Avvikelse och klagomålshantering är grundläggande delar i patientsäkerhetsarbetet.

Utredning ska göras så snart en händelse inträffat. Det centrala är att ta reda på vad som kan göras för att det inträffade inte ska hända igen, dvs ta redan på varför det inträffat och inte vem som har gjort fel.

Verksamheten ska så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och identifiera bakomliggande orsaker. Utredningen ska också innehålla förslag till åtgärder för att minska sannolikheten för att det ska hända igen.

Rapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

### **Mallar och stöddokument**

Information, mallar och stöddokument för egenkontroller och statistik finns på orebro.se Hälso- och sjukvård – vårdgivare, längst ner på sidan under rubriken Systematiskt patientsäkerhetsarbete och Egenkontroller.

## **Sammanställning och analys av patientsäkerhetsarbetet**

Det ska finnas en arbetsgång/rutin för hur enheterna ska rapportera i organisationen så att man på en övergripande nivå kan sammanställa och analysera resultaten.

Verksamheten ska sammanställa en beskrivning av det gångna årets patientsäkerhetsarbete med den analys man gjort på sina identifierade brister, de åtgärder man genomfört och resultat man uppnått.

Sammanställning och analys över flera enheter görs av avdelningschef/verksamhetschef/alternativt ledningsgrupp. Externa utförare som har avtal med kommunen enligt LOV (lagen om valfrihet) sammanställer sin enhets analys. Sammanställningen ska sedan delges medicinskt ansvariga

### **Mallar och stöddokument**

Mall för sammanställning och analys för patientsäkerhetsarbetet finns på [www.orebro.se](http://www.orebro.se) - Hälso- och sjukvård – för vårdgivare, längst ned på sidan under rubriken Patientsäkerhet/Systematiskt patientsäkerhetsarbete.

## **Sammanfattning**

- Riskanalyser ska dokumenteras utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv, diarieföras och delges medicinskt ansvariga för kännedom.
- Genomförda egenkontroller och vid identifierade brister ska handlingsplaner finnas tillgänglig vid efterfrågan.
- Antalet avvikelser, klagomål och synpunkter ska kunna redovisas vid efterfrågan.
- Verksamheten ska sammanställa resultat och analys av genomförda riskanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser på en aggregerad nivå.
- I slutet av året redovisas till medicinskt ansvariga en sammanställning och analys av identifierade brister, vidtagna åtgärder samt vilka effekter de haft.

## Lästips

- Socialstyrelsen, Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete- handbok vid tillämpning av (HSLF-FS 2017:40)
- Sveriges kommuner och regioner, Handbok-Risk och händelseanalys
- Örebro kommun, Kvalitetshandbok